



Региональная
экспертная группа
по здоровью мигрантов



Механизм удаленной постановки
на диспансерный учет граждан, живущих
с ВИЧ и находящихся в миграции:
анализ опыта и обзор
лучших практик в странах региона
Восточной Европы и
Центральной Азии

2024

**Механизм удаленной постановки
на диспансерный учет граждан, живущих с ВИЧ и находящихся в
миграции: анализ опыта и обзор лучших практик в странах
региона Восточной Европы и Центральной Азии**

2024

Авторы: Аксенов Павел Герардьевич, Вятчина Мария Васильевна

Для цитирования:

Аксенов, П., Вятчина, М. Механизм удаленной постановки на диспансерный учет граждан, находящихся в миграции: анализ опыта и обзор лучших практик в странах региона ВЕЦА. Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов, 2024.

Оглавление

<i>Executive Summary</i>	4
Благодарности.....	5
Список аббревиатур	6
Термины и определения для целей настоящего обзора.....	7
Глава 1. Введение	8
Глава 2. Методология	10
Глава 3. Анализ данных	13
3.1. Пандемия COVID-19 и импульс для развития дистанционных услуг	13
3.2. Предпосылки разработки и реализации механизма удаленной постановки на учет и диспансерное наблюдение при ВИЧ-инфекции.....	15
3.3. Общее описание механизма	18
3.4. Страновые результаты	22
3.5. Законодательство и стратегические кейсы в рамках правовой помощи	26
Выводы	32
Перспективы и рекомендации.....	35
Источники	36
Нормативно-правовые акты, инструкции, СОПы, рекомендации	36
Аналитические отчеты и академические публикации.....	37
Приложения	41
Приложение 1. Инструкция по удаленной постановке на учет	41
Приложение 2. Типовые действия в рамках правовой помощи гражданам с ВИЧ-инфекцией в состоянии миграции в РФ при наличии родственников-граждан РФ.....	45
Приложение 3. Путеводители для проведения полуструктурированных интервью	46
<i>Приложение 3.1. Путеводитель для интервью со специалистами некоммерческого и государственного секторов стран ВЕЦА, участвующих в Механизме удаленной постановки на учет (представители Кыргызстана, Молдовы, Таджикистана, экспертов РЭГ)</i>	<i>46</i>
<i>Приложение 3.2. Путеводитель для интервью со специалистами некоммерческого и государственного секторов стран ВЕЦА, не участвующих в Механизме удаленной постановки на учет (в т.ч. для экспертов из российских учреждений)</i>	<i>48</i>
<i>Приложение 3.3. Путеводитель для интервью с представителями пациентского сообщества</i>	<i>50</i>

Executive Summary

People living with HIV, including migrants from other countries, need continuous access to prevention, treatment, care, and support. The Russian Federation remains the main destination for migrants from neighbouring countries, primarily Tajikistan and Kyrgyzstan. However, HIV infection continues to be a significant challenge for these migrants. Russia has restrictive legislation that prevents foreigners diagnosed with HIV from staying in the country long term, working, or obtaining residence permits or citizenship. If someone tests positive for HIV, they may be forced to leave the country either voluntarily or through deportation. For labour migrants, forced return to their home country can result in serious hardship or even be impossible.

In recent years, Russia has made some improvements to that policy. The regime was humanised to a certain extent: a novel was introduced allowing foreigners with HIV to stay in the country if they had close relatives and comply with legislation on addressing HIV infection. However, due to the limited application of this law and the lack of access to free antiretroviral therapy (ART), many challenges remain for migrants with HIV in Russia, both in terms of their legal status and access to healthcare.

The Regional Expert Group on Migration and Health (REG) supports an initiative aimed at providing remote registration and monitoring for citizens of Eastern European and Central Asian (EECA) countries living with HIV while migrating to Russia. Moldova, Kyrgyzstan, and Tajikistan initially joined the initiative, with Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, and Uzbekistan expected to join later. The remote registration process involves several steps: (1) identifying or re-identifying a person living with HIV in the host country, (2) collecting diagnostic documents in the host country and sending them to the AIDS centre in the person's country of origin, (3) the AIDS centre reviewing the case, (4) issuing a treatment plan and ART prescription, (5) arranging for ARV medication to be delivered from the country of origin to the host country, and (6) continuing ART in the host country with regular follow-ups from the AIDS centre of the country of origin.

The REG's participatory action research of a two-year implementation of the remote registration mechanism used a range of qualitative methods, including document analysis, in-depth interviews with 13 experts, a review of related studies, and participation in partner events. The findings, analysed using web-based software, provide key conclusions and recommendations for expanding remote registration and monitoring systems in the EECA region. Suggested measures include enhancing legal literacy among migrants, strengthening collaboration between legal and health sectors, advocating for legal reforms to address existing issues, and increasing funding for NGOs that play a critical role in implementing the system. The results will guide practitioners, NGO leaders, social workers, and other stakeholders working to accelerate the HIV response in the EECA region and beyond.

Благодарности

Авторы обзора выражают благодарность за сотрудничество Елене Романяк и команде Региональной экспертной группы по здоровью мигрантов: Кириллу Барскому, Зинаиде Абросимовой, Данилу Кашницкому и Ольге Маховой.

Эта работа была бы невозможна без поддержки со стороны экспертов, помогающих специалистов НПО и медицинского сообщества и лично Нурали Аманжолова, Айбека Бекболотова, Анны Поповой, Жени Майилян, Романа Назарова, Дилшода Каримова, Алины Кожокаръ, Дмитрия Коренева, Белека Курмантаева, Дины Масалимовой, Алиджона Солиева, Артура Титова.

Список аббревиатур

АРВТ, АРТ — антиретровирусная терапия.

АРВ-препараты — антиретровирусные препараты.

ВЕЦА — Восточная Европа и Центральная Азия.

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.

ВНЖ — вид на жительство.

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения.

ГФ, Глобальный фонд — Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

ЕАЭС — Евразийский экономический союз.

ИБ — иммуоблот, метод верификации серопозитивности, который позволяет дать заключение об истинной позитивности, сомнительном результате или ложной серопозитивности.

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем.

ИФА, IFA — иммуноферментный анализ, метод определения присутствия антител к ВИЧ.

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ.

НПО, НКО — неправительственная организация, некоммерческая организация.

Роспотребнадзор — Федеральная служба Российской Федерации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Росстат — Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации.

РФ — Российская Федерация.

РЭГ — Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов.

СОПы — стандартные операционные процедуры.

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита.

СанПиН — санитарные правила и нормы.

ТБ — туберкулез.

CD4 — клетки, составляющие одну из подгрупп лейкоцитов, известны также как «Т-хелперы» или CD4 Т-лимфоциты. Подсчет этих клеток в крови позволяет оценить состояние иммунной системы.

COVID-19 — коронавирусная инфекция; потенциально тяжелое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2.

PrEP — доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции.

Термины и определения для целей настоящего обзора

Выдворение — вид административного наказания, назначаемого в судебном порядке в отношении иностранных граждан или лиц без гражданства за нарушение законодательства РФ, которое предполагает принудительное перемещение / высылку указанной персоны за пределы страны.

Депортация — принудительная мера для выезда иностранного гражданина или лица без гражданства, когда отсутствуют законные основания находиться в России.

Диспансерный учет — упорядоченная система сбора, регистрации и обобщения информации о состоянии пациента и динамическое наблюдение за его состоянием.

Запрет на въезд — ограничение одного из прав иностранца в России – права въезда и пребывания в России. Устанавливается в случае совершения указанным лицом двух и более правонарушений за время предыдущего пребывания в России.

Н=Н — концепция доказательной медицины “U=U” (Undetectable = Untransmittable) или «нельзя обнаружить = нельзя передать», которая подтверждает, что люди, живущие с ВИЧ, получающие эффективную антиретровирусную терапию и достигшие неопределяемого уровня вирусной нагрузки, не могут передать ВИЧ сексуальному партнеру или вертикальным путем.

Недокументированный статус — неурегулированный статус человека в государстве, гражданством которого он не обладает.

Партиципаторный подход в исследованиях здоровья — подход к исследованиям здоровья и медицины, который основан на анализе, сборе данных и других возможных действиях, нацеленных на улучшение здоровья и сокращение неравенства в сфере здравоохранения посредством вовлечения людей и сообществ, заинтересованных в этих изменениях.

Телемедицина — вид медицинских услуг, которые осуществляются с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий.

Центр СПИД(а) — в рамках данного обзора профильное государственное учреждение здравоохранения, обеспечивающее профилактику, диагностику, лечение и уход при ВИЧ-инфекции в странах региона Восточной Европы и Центральной Азии.

Циркулярная миграция — мобильность людей между странами, в том числе краткосрочная или долгосрочная мобильность, которая может быть выгодной для всех сторон миграционного процесса, если происходит добровольно и связана с потребностями в рабочей силе.

Экспресс-аптечка — запас антиретровирусных и других препаратов для лечения социально значимых заболеваний, с помощью которого можно перекрыть на короткие сроки потребности в терапии для клиентов ВИЧ-сервисных НПО.

Глава 1. Введение

Люди, живущие с ВИЧ, нуждаются в постоянном доступе к жизненно важным услугам по профилактике, лечению и уходу независимо от их местоположения. При получении положительного результата теста на ВИЧ люди в ситуации мобильности зачастую не имеют возможности вернуться домой для прохождения обследований, постановки на учет в медицинском учреждении для последующего диспансерного наблюдения и получения бесплатного лечения. Наибольшие сложности испытывают те, кто уже длительное время находится в миграции, у кого частично или полностью утрачены родственные, социальные и экономические связи со страной исхода; это дополняется высокой экономической зависимостью от страны пребывания.

В новых условиях ВИЧ-положительным людям в ситуации миграции сложно адаптироваться, найти возможности получения необходимых консультаций, прохождения регулярных обследований, получения антиретровирусных препаратов с целью начала или непрерывного продолжения антиретровирусной терапии. Мигранты могут подвергаться социальной изоляции, стигме и дискриминации, усугубляется это языковым барьером и другими сложностями. Имеются и правовые барьеры в виде законодательства, которое ограничивает мобильность людей с социально значимыми заболеваниями, как это происходит в случае Российской Федерации как страны приема. Нахождение на территории РФ иностранных граждан, живущих с ВИЧ, может быть признано нежелательным и привести к невозможности получить документированный статус. Впоследствии оно может быть квалифицировано надзорными и судебными органами как правонарушение, ведущее к выдворению и последующему пожизненному запрету на въезд в страну.

С 2021 года при поддержке Региональной экспертной группы по здоровью мигрантов (РЭГ) в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) реализуется инициатива по удаленной постановке на учет и диспансерное наблюдение для мигрантов. Инициатива направлена на снижение бремени ВИЧ-инфекции и связанных с ней социальных и экономических последствий среди этой уязвимой группы населения и предполагает партнерство государственных учреждений здравоохранения и НПО участвующих стран в обеспечении доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в стране исхода. На момент подготовки настоящего обзора практика удаленной постановки, которая также называется механизмом удаленной постановки на учет и диспансерное наблюдение, реализуется для граждан Кыргызстана, Молдовы и Таджикистана, которые находятся на территории Российской Федерации. Развиваются партнерства и идет подготовка к расширению инициативы в отношении граждан Азербайджана, Армении, Грузии, Казахстана и Узбекистана. Предварительные результаты показывают важность и высокую востребованность механизма удаленной постановки как для граждан, нуждающихся в жизненно важных услугах по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, так и для стран, стремящихся помочь своим гражданам в миграции.

В настоящем обзоре представлен накопленный опыт и лучшие практики реализации механизма удаленной постановки на учет в странах-участницах инициативы. В нем исследованы следующие основные вопросы:

1. Каковы предпосылки разработки и начала реализации механизма?
2. Каковы основные факторы, способствующие и препятствующие реализации механизма в странах-участницах с позиции центров СПИД и НПО?
3. Каким образом механизм повлиял на качество жизни участников из числа пациентского сообщества, реализацию их прав на здоровье и свободу передвижения?
4. Каковы основные барьеры в доступе к ключевым услугам, включая диагностику, дистанционное консультирование, предоставление противовирусных препаратов, прием АРВТ и иных услуг в рамках диспансерного наблюдения для граждан, находящихся вне страны?
5. Каково влияние механизма на правоприменительную практику в отношении мигрантов, в частности, нормы об обязательной депортации мигрантов с ВИЧ-инфекцией?
6. Каковы предпосылки для расширения партнерской сети помогающих организаций из числа НПО и учреждений здравоохранения для повышения устойчивости и охвата?
7. Какие появились новые подходы/услуги/алгоритмы среди помогающих организаций в связи с реализацией механизма удаленной постановки на учет?

Настоящий обзор включает в себя такие разделы как описание методологии и данных, предпосылки развития дистанционных услуг в регионе ВЕЦА, формулирование механизма дистанционной постановки на диспансерный учет в контексте ВИЧ при поддержке РЭГ, а также анализ стратегических кейсов правового сопровождения иностранцев на территории Российской Федерации. Описываются практические аспекты двухлетней реализации механизма в четырех странах региона, выявленные барьеры и достигнутые результаты. В разделах с выводами авторы постарались отразить закономерности в алгоритмах реализации дистанционных практик. В конце сформулированы рекомендации для дальнейшего развития механизма в странах ВЕЦА и повышения его устойчивости.

Предлагаемый документ выделяет инновационные компоненты механизма и перспективные направления развития проектов и программ для помощи людям, живущим с ВИЧ, столкнувшимся с вызовами миграции. Он может быть полезен для сотрудников государственных учреждений здравоохранения, НПО и пациентских сообществ в регионе ВЕЦА, а также для исследователей и специалистов в сфере миграции, трансграничных проектов и проектов на базе сообществ.

Глава 2. Методология

В данном разделе описываются процедуры сбора и анализа данных, состав источников, а также приводятся этические принципы и ограничения исследования.

Сбор данных и процедуры анализа

Данный проект выполнен в партиципаторном подходе (participatory action research¹) к исследованиям здоровья и медицины, который, в свою очередь, основан на анализе, сборе данных и других возможных действиях, нацеленных на улучшение здоровья и сокращение неравенства в сфере здравоохранения посредством вовлечения людей и сообществ, заинтересованных в этих изменениях.

Формирование архива данных исследования проходило с помощью нескольких качественных методов: анализ нормативных документов, проведение экспертных интервью, работа с публикациями предыдущих исследований по близким темам. В рамках подготовки к исследованию и погружения в контекст вопроса авторы принимали участие в нескольких партнерских мероприятиях, где обсуждались темы, связанные с социально-значимыми заболеваниями и миграцией:

- Региональная научно-практическая конференция «Здоровье ВИЧ-положительных мигрантов стран Восточной Европы и Центральной Азии», Москва, РФ, 24–25 июня 2024 г., организаторы — Фонд «Шаги» и Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов.
- Встреча специалистов из республиканских центров СПИД по удаленной постановке на учет своих граждан в миграции, Москва, РФ, 24 июня 2024 г., организатор — Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов.
- Тренинг по вопросам здоровья мигрантов для помогающих специалистов, Санкт-Петербург, РФ, 30 июня–1 июля 2024 г., организатор — Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов.
- Организационная встреча по развитию Партнерской сети помощи мигрантам, Уреки, Грузия, 23–25 сентября 2024 г., организатор — Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов.
- Круглый стол «Правовые вопросы ВИЧ-инфекции» в рамках научно-практической конференции «Эпидемиологическое благополучие и предупреждение распространения ВИЧ и сопутствующих инфекций», Суздаль, РФ, 4–5 декабря 2024 г., организатор — ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

¹ Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 60(10), 854–857; Schenker, M. B., Castañeda, X., & Rodriguez-Lainz, A. (Eds.). (2019). *Migration and health: a research methods handbook*. University of California Press. P. 27–28.

Всего в ходе полевого этапа с сентября по ноябрь 2024 года было организовано 13 глубинных полуструктурированных интервью, часть из которых проходила лицом к лицу, а часть — удаленно с использованием выбранной каждым участником исследования программы (Zoom, Google Meet, Telegram, Whatsapp). Собеседниками выступили как руководители медицинских учреждений, так и работники НПО: менеджеры, социальные работники, а также участники транснациональных экспертных партнерств. Среди социальных работников были персоны, которые делились в анонимном формате историями выстраивания стратегий помощи, и, будучи равными консультантами с опытом жизни с ВИЧ-инфекцией, рассказывали о том, как механизм дистанционной постановки отразился на их повседневности.

Участники исследования представляли следующие государства региона ВЕЦА: Армения, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Таджикистан. Однако, поскольку в фокусе исследования — практики трансграничного сотрудничества, упоминались также кейсы работы с Азербайджаном, Беларусью, Грузией, Узбекистаном, Украиной, а также с Республикой Корея (Южнокорейской республикой), Кубой, Таиландом и Турцией, если говорить о странах за пределами региона ВЕЦА.

Анализ данных происходил с помощью веб-версии программы Atlas.ti при совместном чтении и обсуждении возникающих в транскриптах тем, среди которых, например, были такие как *«трансграничное сотрудничество»*, *«пересылка и транспортировка»*, *«барьеры»* и их типы. Аргументы, которые возникали в ходе обсуждений, были триангулированы с помощью других источников (публикации и презентации участников конференций и круглых столов по данной теме, уточняющие запросы к экспертам, уточнения в нормативно-правовых документах).

Этические принципы

Все собеседники, принимавшие участие в исследовании, были предварительно проинформированы о проекте. Интервью проводились после получения письменного или устного информированного согласия и фиксировались на аудиоустройство. Участники исследования пользовались свободой выбора в том, на какие вопросы отвечать или какие темы оставить не для распространения. После дословной расшифровки аудиофайлы были удалены, а полученные транскрипты анонимизированы для последующей работы. Кроме того, информантам было разъяснено, что после интервью они все еще могут отозвать записи из общего архива проекта или попросить об удалении из транскриптов тех данных, которые они сочтут неподходящими для исследования. Авторский коллектив гарантирует, что файлы, содержащие личные данные, в том числе записи голоса и видеоизображения, не хранятся и не используются каким-либо образом, кроме как для анонимизированного анализа.

Ограничения

Данное исследование имеет несколько ограничений. Во-первых, исследование основано на качественных методах и не предлагает никаких количественных оценок для трансграничного механизма дистанционной постановки на учет для людей, живущих с ВИЧ, в стране, отличной от страны гражданства в регионе ВЕЦА.

Во-вторых, в силу того, что авторы отчета базируются в России, в тексте используются только бинарные категории для обозначения пола и гендера участников исследования. В результате ограничительных мер в отношении квир персон в Российской Федерации, авторы избегают использования феминитивов и принятую международную терминологию.

Из-за временных ограничений и ограничений метода (преимущественно экспертные интервью, отсутствие участвующего наблюдения) авторы проводят оценку внедрения механизма, опираясь на видение врачей, чиновников, сотрудников НПО и социальных работников. Опыт самих людей в ситуации миграции представлен в меньших масштабах, с использованием личных историй, полученных либо от самих мигрантов, либо от их социальных работников.

Глава 3. Анализ данных

3.1. Пандемия COVID-19 и импульс для развития дистанционных услуг

В начале 2020 года мир испытал потрясение, когда пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 прокатилась по всем странам и континентам. По состоянию на весну 2023 года, за период наиболее острой фазы заболевания, его жертвами стали свыше 687 миллионов человек, а количество умерших приблизилось к 7 миллионам².

Пандемия стала серьезным испытанием для систем здравоохранения всех стран. По оценкам ВОЗ, внутренние расходы на здравоохранение на душу населения впервые снизились после пика пандемии в 2021–2022 годах, даже несмотря на значительное увеличение внешней помощи странам с низким и средне-низким уровнем дохода³. Снижалась доступность услуг в сфере здоровья для населения, что происходило из-за сокращения кадровых ресурсов медучреждений, их перепрофилирования на помощь пациентам с COVID-19, изменений в графиках работы, задержек и приостановления оказания плановой медицинской помощи. В то же время наблюдалось значимое снижение обращаемости в учреждения здравоохранения со стороны населения, что объяснялось строгими режимами изоляции, стрессами и страхами относительно нового заболевания, недоверием, индивидуальными финансовыми сложностями. По данным Четвертого раунда глобального мониторинга доступности услуг системы здравоохранения ВОЗ, доступность наиболее важных и востребованных услуг, включая первичную (поликлиническую), скорую и неотложную медицинскую помощь, паллиативную и восстановительную, помощь силами местных сообществ (в том числе аутич), в наиболее сложные периоды пандемии в середине 2020 года могла снижаться до 56%, постепенно сокращая этот показатель до 23% к концу 2022 года⁴.

Последствия пандемии в системе здравоохранения, включая помощь силами местных сообществ, оказали существенное влияние на сферу профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции в странах региона Восточной Европы и Центральной Азии. Например, на пике заболеваемости в 2020 году тестирование на ВИЧ-инфекцию среди общего населения в Российской Федерации снизилось более чем на 15% по сравнению с допандемическим 2019 годом, в Молдове – на 33%, а в Кыргызстане – на 12%, что в свою очередь повлияло на снижение количества новых выявленных случаев⁵. Хотя в те годы не наблюдалось перебоев с поставками препаратов для АРТ и поддерживающей терапии опиоидными агонистами среди ключевых групп населения, многие пациенты не могли получить к ним доступ по причинам, отмеченным выше. Ключевые группы населения, включая людей, живущих с ВИЧ, и людей с повышенным риском инфицирования ВИЧ, оказались в уязвимом положении из-за

² Number of coronavirus (COVID-19) cases, recoveries, and deaths worldwide as of May 2, 2023. Available <https://www.statista.com/statistics/1087466/covid19-cases-recoveries-deaths-worldwide/>.

³ Global spending on health: emerging from the pandemic. Geneva, World Health Organization, 2024. Available <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379750/9789240104495-eng.pdf?sequence=1>.

⁴ Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, May 1st, 2023. P. 11–15. Available <https://iris.who.int/handle/10665/367352>.

⁵ Rahman, F. & Aksenov, P. (2021). HIV and TB patients face new barriers to accessing services in COVID-19 era. Available <https://www.tbonline.info/posts/print/hiv-and-tb-patients-face-new-barriers-accessing-se/>.

существенного сокращения программ на базе местных сообществ, в том числе аутрич-работы и программ снижения вреда, доступа к PrEP, консультированию, экспресс-тестированию. По данным опроса специалистов в странах Европы и Центральной Азии, из шести ключевых групп населения наиболее пострадавшими в плане доступа к важным услугам оказались секс-работники, а такие группы как мигранты и трансгендерные люди оказались по большей части вне поля зрения сервисных организаций⁶. Хотя страны региона ВЕЦА стремительно восстанавливаются после пандемии, экспертное сообщество и специалисты считают, что ее последствия в сфере профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции еще будут проявляться в будущем⁷.

В таких непростых условиях учреждения здравоохранения, неправительственные организации, местные сообщества и все вовлеченные партнеры постоянно вели поиск новых подходов для преодоления барьеров и последствий, связанных с пандемией. Во время режимов самоизоляции развивались дистанционные методы работы, включая онлайн консультирование, самотестирование, доставку препаратов, разработку мобильных приложений и другие способы.

«У нас, видите, еще до ковида [COVID-19 – прим.авт.] были такие условия, что, когда мы создавали сайт центра, мы сделали так, что сможем оказывать онлайн консультации по записи. Прямо через наш сайт. Была ссылка на платформу Zoot. Люди записывались на онлайн консультацию, когда уже находились на наблюдении и не могли выехать, например, в случае с беременными женщинами. И это работало уже и во времена ковида. Таким образом мы настроили удаленный доступ, когда пациент мог получить консультацию врача, уже где-то через 2 дня после записи». (Кыргызстан)

Для пациентов, уже стоящих на учете в центрах СПИД и получающих антиретровирусную терапию, увеличились сроки, на которые выдавались препараты на руки. В то время как в допандемические годы пациент мог получить запас препаратов максимум на 3 месяца, то после 2020 года такие сроки могли увеличиваться до 6 месяцев и более при условии приверженности к терапии и регулярных обследований в рамках диспансерного наблюдения.

«Даже до ковидного [COVID-19 - прим. авт.] периода, некоторым своим гражданам, которые выезжали на определенные сроки в другие страны, мы выдавали на руки препараты. Тогда это было максимум на три месяца, потому что в клинических протоколах был такой пункт, что каждые три месяца человек должен прийти, пройти обследование и получить очередную партию. Но во время ковида одним из положительных моментов стало то, что мы консолидировались с пациентами и вышли с предложением, что можно выдать препараты на более длительные сроки. В первый

⁶ The impact of the COVID-19 pandemic on the HIV response in Europe and Central Asia. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. ECDC 2024. P.7. Available <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/impact-covid-19-pandemic-hiv-response-europe-and-central-asia-monitoring>.

⁷ The impact of the COVID-19 pandemic on the HIV response in Europe and Central Asia. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. ECDC, 2024. P 10. Available <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/impact-covid-19-pandemic-hiv-response-europe-and-central-asia-monitoring>.

раз – на шесть месяцев, а уже сейчас по нашим клиническим протоколам можно выдавать препараты даже до 12 месяцев — стабильным пациентам». (Таджикистан)

Ограничение передвижений и закрытие границ в рамках антипандемических мер стимулировали гражданский сектор к поискам новых форм трансграничного сотрудничества для поддержки уязвимых групп, в том числе беженцев и мигрантов⁸. Важную роль играли НПО, которые благодаря гибкости и ориентированности на срочные нужды людей развивали аутрич-программы, выездную работу по доставке антиретровирусных препаратов и средств профилактики, помогали в развитии навыков самотестирования у клиентов, создавали мобильные приложения и платформы для онлайн консультирования⁹.

«<...> после ковида [COVID-19 – прим. авт.] мы начали очень-очень активно предоставлять услуги онлайн. И группа взаимопомощи, и психологическое консультирование, и юридическое консультирование. То есть очень много консультирования мы начали предоставлять через онлайн платформы. Но сейчас в тех регионах [Армении - прим. авт.], где нет лекарств, то есть не предоставляются, люди приходят сюда. Или лекарства мы для них отправляем». (Армения)

Преодолевая последствия пандемии COVID-19 и реагируя на вызовы военных конфликтов в регионе, специалисты, вовлеченные в профилактику, выявление и лечение социально значимых заболеваний, активно используют полученный опыт для организации доступа людей, живущих с ВИЧ, к жизненно важным услугам. Механизм удаленной постановки на учет и диспансерное наблюдение для людей, живущих с ВИЧ, в ситуации миграции является одной из таких моделей.

3.2. Предпосылки разработки и реализации механизма удаленной постановки на учет и диспансерное наблюдение при ВИЧ-инфекции

Несмотря на серьезные изменения в экономической ситуации, военные действия в Украине и изменения миграционного законодательства, Российская Федерация остается основной страной въезда для граждан соседних стран. По данным Росстата, в 2023 году в Российскую Федерацию приехало 490 864 мигрантов из государств региона ВЕЦА, что на четверть меньше 2022 года¹⁰. Основными странами исхода были Таджикистан и Кыргызстан, на долю которых пришлась почти половина прибывших граждан. Значимую часть также составили граждане

⁸ См. например: Нестеров, Р. Управление профилактическими программами в работе с уязвимыми в отношении ВИЧ-инфекции группами населения (на примере ВИЧ-сервисной некоммерческой организации). Диссертации рукописи на соискание степени к.с.н. по специальности 5.4.7. Социология управления. Москва, 2024. С.95. Доступ: https://www.rudn.ru/storage/media/science_dissertation/db9c8701-d44a-429c-a87b-4c76501b71bc/kCZJcL7wKfAKNrkeLHf0rDUkHuiN6ZuuB3mmocY6.pdf.

⁹ Вятчина, М. Обзор лучших практик на базе гражданского общества и медицинских учреждений по оказанию помощи мигрантам-иностранным гражданам в Российской Федерации и преодолении барьеров в их доступе к услугам в связи с ВИЧ. РЭГ, 2022. Доступ: https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/Luchshie_Praktiki_RUS-1.pdf.

¹⁰ Росстат. (2024). Численность и миграция населения Российской Федерации в 2023 году; Численность и миграция населения Российской Федерации в 2022 году. Доступ <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13283>.

Украины, Армении, Казахстана и Узбекистана, причем официальное количество людей с украинским гражданством уменьшилось почти в три раза по сравнению с 2022 годом¹¹. При этом реальное количество въехавших в страну может быть больше, поскольку органами статистики учитываются лишь те иностранные граждане, которые зарегистрировались по месту жительства или временного пребывания на срок 9 месяцев и дольше.

В последние годы происходят изменения в миграционной политике Российской Федерации в сторону ее ужесточения. Произошедшая в марте 2024 года трагедия в Крокус Сити Холле в Москве, когда теракт унес жизни 120 людей, стала одним из способов оправдания рестриктивных мер, поскольку в числе задержанных были граждане Таджикистана. Так, согласно открытым данным МВД РФ, в первом полугодии 2024 года число иностранных граждан, в отношении которых было вынесено решение об административном выдворении и депортации из России, выросло на 53,2% относительно аналогичного периода 2023 года, а всего было вынесено 92,8 тыс. решений¹². Количество решений о недопуске иностранцев в Россию также увеличилось более чем в два раза. Одна из причин для вынесения решений о нежелательности пребывания — выявление у иностранца ВИЧ-инфекции.

По общему правилу, иностранные граждане, имеющие ВИЧ-положительный статус, не могут получить в РФ разрешения на временное пребывание, на работу или учебу, вид на жительство и иные основания долгосрочного пребывания¹³. В случае выявления такого статуса надзорные органы принимают решение о нежелательности пребывания гражданина на территории страны, что может повлечь депортацию или административное выдворение при отказе добровольно покинуть страну в установленные сроки. Впоследствии таким гражданам будет пожизненно запрещено въезжать в Россию.

Формально ограничительные меры объясняются необходимостью защитить граждан РФ от распространения ВИЧ-инфекции и других опасных заболеваний. Однако, по мнению экспертов, с эпидемиологической точки зрения эти меры далеко не всегда эффективны. Положения законодательства работают лишь для той части мигрантов, которые обращаются за оформлением разрешений и обязаны предоставить справки об отсутствии заболевания; они не касаются тех, кто приезжает на короткий срок до 90 дней или, например, граждан стран-участниц ЕАЭС, для которых не требуется оформления патента и имеются другие послабления для пребывания в РФ¹⁴. Кроме того, сталкиваясь с социальной изоляцией, стигматизацией, языковым барьером и нестабильностью материального положения в стране пребывания, имея низкий уровень знаний о способах профилактики ВИЧ и других опасных заболеваний, люди в ситуации миграции оказываются в условиях повышенного риска

¹¹ Росстат. (2024). Численность и миграция населения Российской Федерации в 2023 году; Численность и миграция населения Российской Федерации в 2022 году. Доступ <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13283>.

¹² МВД зафиксировало рост числа депортированных из России мигрантов на 50% // Коммерсант. Опубликовано 05.09.2024. Доступ <https://www.kommersant.ru/doc/6948572>.

¹³ Правила депортации в отношении ВИЧ-положительных иностранцев в России. РЭГ, 2021. Доступ <https://migrationhealth.group/pravila-deportatsii-v-otnoshenii-vich-polozhitelnyh-inostrantsev-v-rossii/>.

¹⁴ Миграционный эксперт (2024). Медицинское освидетельствование граждан ЕАЭС. Доступ <https://all-migration.com/journal/migratsionnye-dokumenty-tonkosti-i-nyuansy/meditsinskoe-osvidetelstvovanie-grazhdan-eaes/>.

инфицирования ВИЧ¹⁵. Как одна из социальных детерминант здоровья, миграция диктует человеку определенные правила — на первый план человек ставит работу, а вопросы здоровья отодвигает¹⁶, зачастую находясь в тяжелых, изматывающих условиях.

Эксперты обращают внимание на то, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России в разы выше, чем в странах исхода, поэтому для мигрантов пребывание в РФ само по себе уже является фактором риска, повышающим вероятность инфицирования¹⁷.

«В прошлом году 33% из новых выявленных случаев приходились на трудовых мигрантов. В этом году за девять месяцев пока 29%. Но в этом году мы нарастили тестирование среди <...> мигрантов в целом. И выявили достаточно много — 225 случаев из 760 случаев — это достаточно высокие показатели. Но плюс еще <...> — это их жены. Их мы не включаем как мигрантов, но это как члены семьи мигрантов. Поэтому порядка 50% новых случаев связаны именно с миграцией, можно так сказать.» (Таджикистан)

В последние годы положения российского законодательства были смягчены в отношении граждан в ситуации миграции, живущих с ВИЧ. Были расширены основания, по которым решения о нежелательности пребывания таких граждан на территории страны с обязательным последующим выездом или депортацией не принимаются. В частности, такими основаниями стали:

а) наличие членов семьи — супруга (супруги), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных), которые являются гражданами Российской Федерации либо иностранными гражданами или лицами без гражданства, — постоянно проживающих на территории Российской Федерации; и при этом

б) отсутствие нарушения законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции¹⁸.

Положение людей, живущих с ВИЧ в ситуации миграции на территории России, остается сложным и непредсказуемым. Мигранты, которые имеют подозрения о наличии заболевания или даже знают свой диагноз, склонны это скрывать от членов семьи, друзей и знакомых, уклоняться от прохождения тестирования и тем самым оказываться в сфере недокументированной миграции, усугубляя свое психологическое состояние и физическое здоровье.

¹⁵ Покровская, А.В., Юмагузин, В.В., Киреев, Д.Е., Винник, М.В., Покровский, В.В. Влияние миграционных процессов на ситуацию по ВИЧ-инфекции (аналитический обзор) // Вестник РАМН. 2019. Т. 74. №2. С. 92. Доступ <https://vestnikramn.spr-journal.ru/jour/article/view/1106>.

¹⁶ Назарова И. Б., Нестеров Р. С. Клиенты ВИЧ-сервисной НКО: структура, типология, особенности поведения // Народонаселение. 2023. Т. 26. №. 2. С.160.

¹⁷ Кокоурова, А., Ширманова, И. Мигрантов с ВИЧ не лечат и депортируют из России. Но многие из них заражаются вирусом именно здесь // Если быть точным. 2022. Доступ <https://tochno.st/materials/migrantov-s-vich-ne-lechat-i-deportiruyut-iz-rossii-no-mnogie-iz-nikh-zarazhayutsya-virusom-imenno-zdes>.

¹⁸ 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)". Ст. 11, пп. 2–3. Доступ <https://base.garant.ru/10104189/>.

«Представьте себе, вот человек 30 лет жил в России, у него нет паспорта, он в принципе, хоть и гражданин Армении, но в Армении у него больше ничего нет. То есть семья там живет, и работа там, в общем все-все там. Но он не может вернуться и боится. И плюс, знаете, когда мы отправляем людей в [Фонд - прим. авт.] "Шаги" и говорим, что там безопасно, можете сдать анализы, очень многие опасаются. <...> Но если раз сходят туда, уже там знакомятся, видят, что там все нормально: О'кей, можно доверять — и доверяют. Но сначала с опасением, потому что они не знают, что это за организация, что она может делать с их данными.» (Армения)

В случае диагностирования ВИЧ-инфекции и при прохождении необходимых медицинских освидетельствований — как правило, за счет личных финансовых средств, поскольку в РФ не предоставляется АРВТ для иностранных граждан — человеку может быть сложно выделить ресурсы для поездки в страну исхода, чтобы встать там на диспансерный учет.

«Вот, допустим, те, которые до дистанционного учета выявлялись в России, связывались с нами. Они приезжали в Кыргызстан, испытывали очень сильный стресс, потому что проблема — ВИЧ-статус — уже была. Возможно, что и накоплений [финансовых - прим. авт.] нет. И тут ему говорят: хотя бы три месяца — полгода еще тут побудь. И они едва выдерживали. У них психологически прямо как давка шла. А тут, получается, что человек может там уже начать прием препаратов, не менять привычный образ, уклад и как-то спокойно к этому идти. И потом уже приехать в страну <...>» (Кыргызстан)

Как подчеркивается в действующих рекомендациях Всемирной организации здравоохранения¹⁹, прием АРВТ должен начинаться как можно скорее после диагностирования — чем раньше, тем лучше. На основе этих рекомендаций, которые предписывают срочное начало лечения, а также обращают внимание на необходимость возвращения пациентов с ВИЧ в программы лечения, несмотря на прерывания, была сформулирована необходимость внедрить механизмы для трансграничной помощи. Наиболее быстрой формой ее осуществления стали дистанционные услуги, которые были апробированы в регионе ВЕЦА во время пандемии COVID-19.

3.3. Общее описание механизма

В 2022 году в регионе ВЕЦА по инициативе РЭГ была начата разработка алгоритма дистанционной постановки на диспансерный учет людей в ситуации миграции, у которых выявлена ВИЧ-инфекция. Благодаря взаимодействию между организациями здравоохранения

¹⁹ World Health Organization. (2022). Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics. World Health Organization. Available <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340190/9789240022232-eng.pdf>.

и страновых НПО²⁰, эта инициатива успешно запущена в Молдове, Кыргызстане²¹ и Таджикистане²². Со стороны России в этот механизм включены Фонд «Шаги», Фонд поддержки социальных инициатив и общественного здравоохранения (ПСИОЗ), другие НПО, которые в случае необходимости оказать помощь за пределами Москвы и Московской области вовлекают партнерские организации в других регионах РФ²³. В результате совместных усилий был выработан механизм, позволяющий человеку встать на первичный учет для получения услуг по лечению ВИЧ в стране исхода, не покидая страну приема (см. Рис.1).

Наряду с упомянутыми государствами подготовка нормативной базы для закрепления этого механизма ведется в Азербайджане, Армении, Грузии, Казахстане и Узбекистане. Казахстан в регионе выступает одновременно как страна приема²⁴ и страна исхода. В Армении наблюдается похожая ситуация²⁵: часть граждан этой страны находится в миграции (в Грузии, в Российской Федерации, в странах Европы и Америки), и местные НПО отправляют им АРВТ, но в то же время в стране есть иностранцы, например, мигранты из Индии²⁶, России, Ирана и Кубы, которые также нуждаются в лечении.

²⁰ Подробный список организаций-партнеров РЭГ в регионе ВЕЦА доступен по ссылке: <https://migrationhealth.group/hiv/kto-pomogaet-v-veca/>.

²¹ Бекболотов, А., Байызбекова, Д., Жумалиева, Ч., Сатыбеков, Б., Мажитов, Р. Ситуационный и экономический анализ в сфере миграции и предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ в Кыргызской Республике. РЭГ, 2023. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2023/09/Analiz_Kurguzstan_RUS_FINAL-2.pdf.

²² Джураева, Н., Солиев, А., Ёкубов, И. Ситуационный и экономический анализ в сфере миграции и предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ в Таджикистане. РЭГ, 2022. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2023/01/Study_Tadjikistan_12.01.23.pdf.

²³ См. список организаций-партнеров РЭГ в РФ: <https://migrationhealth.group/hiv/kto-pomogaet>.

²⁴ В Казахстане иностранные граждане могут получать некоторые услуги в связи с ВИЧ за счет средств Глобального Фонда наравне с гражданами страны. По данным экспертов, в 2022 году 170 человек получали бесплатно АРВТ за счет ГФ, что составляло 20% от потребности 833 иностранцев с ВИЧ, зарегистрированных на тот момент в Казахстане. См. подробнее: Кулкаева, Г., Садуакасова, Л., Сембина, Ж. Ситуационный и экономический анализ предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан-мигрантов в республике Казахстан. РЭГ, 2022. С. 22–24. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/STUDY_Kazakhstan_RUS.pdf.

²⁵ См.: Тер-Оганнисян, В., Майилян, Ж. Анализ правовых и институциональных барьеров в доступе к услугам в связи с ВИЧ среди мигрантов в Республике Армения. РЭГ, 2021. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY_Armenia_RUS_FINAL.pdf.

²⁶ REG (2024). Population size estimate and assessment of needs in ART among PLHIV and KP foreign migrants in Armenia. Regional Expert Group on Migration and Health. Available https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2025/02/Annex_11.3.5_Armenia_Study_Foreign_migrants_HIV_size_estimation_ENG-3.pdf.

Рис. 1. Механизм удаленной постановки на учет в связи с ВИЧ-инфекцией.



В самом общем виде механизм включает в себя несколько этапов.

Этап 1: Первичное или повторное выявление гражданина с ВИЧ-инфекцией в ситуации миграции в стране пребывания.

На данном этапе специалисты НПО устанавливают контакт и доверительные отношения с человеком, разъясняют возможности удаленной постановки на учет для получения услуг профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции, обсуждают возможные риски и дальнейшие шаги.

Этап 2. Сбор документов в стране пребывания и их отправка в центр СПИД²⁷ страны исхода.

В партнерстве с профильными учреждениями здравоохранения в стране пребывания, специалисты НПО помогают иностранцу с ВИЧ-положительным статусом пройти обследования, как правило на платной основе, и собрать необходимые документы для удаленной постановки на учет в центре СПИД страны исхода в соответствии с действующими правилами этого учреждения. Как правило, обязательными документами являются копия

²⁷ Название «центр СПИД» используется здесь как унификация для упрощения чтения. В каждой из стран в регионе ВЕЦА эта организация называется по-разному. Например, в Кыргызстане это Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ, в Таджикистане — Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, в Армении — Национальный центр инфекционных болезней, в Молдове — Больница дерматологии и коммуникабельных заболеваний. Общим для данных учреждений является то, что это государственные учреждения странового уровня, поскольку на момент подготовки обзора оказание услуг по удаленной постановке на учет остается централизованным, независимо от места регистрации пациента в стране исхода.

паспорта, результаты исследования на вирусную нагрузку или положительный результат качественного исследования на ВИЧ (ИФА). Проводятся первичные консультации с врачом-инфекционистом или эпидемиологом в стране пребывания для решения вопроса получения АРВТ на промежуточном этапе в случае необходимости. Специалисты НПО обеспечивают взаимодействие с центром СПИД страны исхода²⁸. Этот этап может занимать от двух недель и более.

ЭТАП 3. Рассмотрение кейса в центре СПИД страны исхода.

Специалисты центра СПИД страны исхода оценивают полученные данные, запрашивают недостающую информацию и при участии НПО страны пребывания организуют необходимые консультации по вопросам лечения с пациентом в режиме онлайн.

ЭТАП 4. Принятие решения в центре СПИД страны исхода, назначение АРВТ.

Производится регистрация пациента в соответствии с действующими процедурами в случае первичного обращения или возобновление диспансерного наблюдения, если пациент был зарегистрирован ранее. Специалисты центра СПИД назначают курс АРВТ согласно действующим клиническим протоколам и выписывают антиретровирусные препараты на согласованный срок.

ЭТАП 5. Организация пересылки АРВТ препаратов из страны исхода в страну пребывания.

Специалисты НПО или центра СПИД страны исхода совместно со специалистами НПО страны пребывания организуют пересылку назначенных АРВТ различными доступными способами: почтовым отправлением, самостоятельную перевозку, передачу через родственников или знакомых при наличии доверенности. Препараты передаются человеку через партнерскую НПО страны пребывания или лично.

ЭТАП 6. Начало и продолжение АРВТ в стране пребывания и регулярного наблюдения в центре СПИД страны исхода.

Пациент принимает АРВТ согласно назначению. При содействии специалистов НПО в стране пребывания проходит необходимые регулярные обследования, данные которых предоставляются в центр СПИД страны исхода в рамках диспансерного наблюдения. Организуется повторная пересылка назначенных антиретровирусных препаратов в назначенные сроки. Затем пациенту рекомендуется приехать в страну исхода для прохождения плановых исследований и получения запаса препаратов на новый период.

Действия всех заинтересованных специалистов могут варьироваться на каждом этапе реализации механизма в зависимости от потребностей бенефициаров, их жизненных

²⁸ См. например: Иващенко, Е. (2023). «Мы сохраняем здоровье наших граждан». Страны исхода мигрантов об удаленной постановке на медицинский учет людей с ВИЧ. РЭГ. Опубликовано 02.06.2023. Доступ <https://migrationhealth.group/my-sohranyaem-zdorove-nashih-grazhdan-strany-ishoda-migrantov-ob-udalЕННОЙ-postanovke-na-meditsinskij-uchet-lyudej-s-vich/>.

ситуаций, требований и правил учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги профилактики и лечения в стране исхода.

3.4. Страновые результаты

Чтобы показать динамику распространения и закрепления практик дистанционного учета в регионе ВЕЦА, были проанализированы доступные данные из архива исследования и сделана их визуализация (см. Табл. 1).

Таблица 1. Реализация механизма удаленной постановки на диспансерный учет в Молдове, Кыргызстане и Таджикистане

страна региона ВЕЦА	нормативно-правовое закрепление	первые кейсы дистанционной постановки на диспансерный учет для первично выявленных пациентов	вызовы и дополнительные нужды
Молдова	в процессе разработки	2021 год	- Необходимость оплаты доставки АРВТ за счет пациентов.
Таджикистан	Да, с 14.11.2022 г.	2022/2023 год	- Необходимость закрепления документально более чувствительных к нуждам беременных женщин сервисов. - Сложности с пересылкой АРВТ в Россию.
Кыргызстан	Да, с 27.06.2022 г.	2022/2023 год	- Необходимость личного посещения врача минимум один раз каждые 12 месяцев, в противном случае — прекращение выдачи АРВТ.

В самом общем виде данные, отраженные в Таблице 1, соответствуют содержанию нормативных документов. Как уже отмечалось выше в подразделе 3.3, внедрение механизма активно обсуждается в Азербайджане, Армении, Грузии, Казахстане и Узбекистане, однако условия в этих странах отличаются²⁹. Партнерские НПО в Армении организуют пересылку и передачу препаратов АРВТ, но механизм пока еще не имеет документального и нормативного закрепления. Для граждан Узбекистана в помогающих организациях РФ уже подготовлены пакеты документов, однако, несмотря на разработанные СОПы, механизм официально не запущен. НПО из Казахстана активно вовлечены в цепочки помощи в регионе ВЕЦА, помогая мигрантам и как страна приема/пребывания, и как страна исхода. Тем не менее внедрение механизма в Казахстане пока не подтверждено на официальном уровне.

²⁹ Все представленные данные отражают ситуацию на декабрь 2024 года.

В тех странах, где механизм действует, сотрудники НПО и организаций здравоохранения совместно с партнерами в странах приема продолжают искать пути для повышения гибкости и устойчивости работы по организации удаленной постановки на учет и бесперебойного обеспечения пациентов антиретровирусными препаратами. При этом распределение задач при взаимодействии в треугольнике «НПО в стране исхода — центр СПИД в стране исхода — НПО в стране пребывания» может значительно варьироваться. Например, ВИЧ-сервисные НПО в Молдове берут на себя полную коммуникацию с бенефициаром, а НПО в стране приема в этом случае работают как промежуточное звено, помогающее с организацией обследований. Предполагается и некоторая нагрузка на самих мигрантов, которые самостоятельно должны оплачивать доставку препаратов в страну пребывания, в частности, в Россию.

В случае Таджикистана социальные работники, которые находятся в России, ведут коммуникацию с бенефициаром самостоятельно, организуют дистанционные консультации с врачами в стране исхода, в некоторых случаях могут подключаться к переправке АРВТ-препаратов. В 2024 году в стране возникла острая проблема почтовой пересылки, поскольку после теракта в Крокус Сити Холле в Москве в конце марта 2024 года на фоне ужесточения мер миграционного контроля в России³⁰ прием почтовых отправок из этой страны в Россию прекращен. Рабочий вариант решения проблемы с невозможностью пересылки препаратов из Душанбе в Москву был найден благодаря поддержке партнерских НПО в других странах региона.

«Таможня России, видимо, на фоне усиления миграционного контроля не принимает сейчас товары из Таджикистана. Сейчас у нас есть такая проблема, но мы нашли временный выход с нашими партнерами в соседних странах. Через них мы делаем отправку [АРВ-препаратов – прим. авт.]. Такая пересылка занимает немножко больше времени, и опять-таки затраты... Но для новых пациентов никаких проблем нет. Если человек прошел консультирование и согласен лечиться, ему в тот же день могут выдать препараты. В среднем это занимает три-четыре дня у нас.» (Таджикистан)

Взаимодействие лечащих врачей из Таджикистана с социальными работниками НПО в России способствовало росту взаимопонимания и доверия между ними. Медицинские специалисты, которые работают в сфере профилактики и лечения туберкулеза, выразили интерес к выстраиванию аналогичного механизма удаленного поиска тех людей, которым нужна помощь, и организации доступа к ней в миграции.

«Была у нас конференция и наша туберкулезная программа заинтересовалась и говорит: "А как нам быть с нашими гражданами, у кого туберкулез выявляется, допустим, за рубежом? Можем ли мы их лечить?". Я говорю: "Все в ваших руках. Хотите — мы своим опытом, с вами поделимся, объясним." <...> Я инструкции им тоже отправил, чтобы они адаптировали под туберкулез». (Таджикистан)

³⁰ Теракт в «Крокусе» превратился в повод для ужесточения миграционной политики // Независимая газета. Опубликовано 24.12.2024. Доступ https://www.ng.ru/itog/2024-12-24/02_9162_003.html.

Таким образом возникли условия для формирования нового перспективного направления в развитии комплекса практик дистанционной постановки на учет и организации доступа к лечению в контексте миграции.

Социальные работники НПО в стране приема играют ключевую роль в практике реализации механизма удаленной постановки на учет. Участники исследования упоминали, что, когда возникала необходимость, особенно если возникали проблемы с приверженностью пациентов или перебои с доставкой препаратов, НПО самостоятельно информировали центры СПИД стран исхода о состоянии пациентов, мотивировали последних оперативно связываться с лечащими врачами или сдавать необходимые анализы, перекрывали срочные нужды в препаратах из собственных резервов.

«У нас был один случай в Кыргызстане, когда клиент не соблюдал правила и не посетил врача-инфекциониста в течение 12 месяцев. Мы договорились, чтобы ему продлили возможность учета. Подтвердили, что действительно он наблюдается и все нормально. <...> у него был срыв, он перестал принимать препараты. Понятное дело, мы уведомили об этом центр СПИДа, он выпал из наблюдения. Спустя четыре месяца потери в наблюдении он заявил, что хочет снова начать прием терапии [АРВТ - прим. авт.]. Мы дали ему на месяц терапию из аптечки экстренной помощи и договорились опять с центром СПИДа, чтобы они восстановили его в учете. До конца этого года — как раз он уехал сейчас на родину — он должен явиться в центр СПИДа и подтвердить свою личность.» (Российская Федерация)

По данным мониторинга Фонда «Шаги», из 18 пациентов из Молдовы, Кыргызстана и Таджикистана — стран, участвующих в механизме удаленной постановки на учет, 16 человек в течение одного года наблюдения успешно достигли вирусной супрессии до менее чем 200 копий на 1 мл крови, почти у всех наблюдался устойчивый рост иммунного статуса, 13 человек заявили о том, что у них появилась надежда на лучшую жизнь, 12 отметили улучшение качества жизни и лишь один сказал об отсутствии изменений³¹.

На момент подготовки обзора определить точное количество пациентов, получающих услуги в связи с ВИЧ в рамках механизма удаленной постановки на учет, затруднительно. Это количество варьируется по ряду причин, например, из-за разницы в страновых требованиях к предоставлению дистанционных услуг, или по мере возвращения пациентов в страну исхода, изменения страны-направления миграции, или в результате приведения в действия решения о депортации. Например, в 2023 году помогающие специалисты Молдовы упоминали три-шесть человек в неделю, которым передается терапия, при том, что всего таких получателей было почти 200 в разных странах мира³². Представители НПО в Кыргызстане в 2024 году говорили примерно о 350 бенефициарах, получающих АРВТ за пределами страны.

³¹ Данные представлены Фондом «Шаги» в презентации «Трансграничное сотрудничество как метод оказания помощи мигрантам: на примере программы “Шаг к здоровью”», в рамках Научно-практической конференции «Здоровье ВИЧ-положительных мигрантов стран Восточной Европы и Центральной Азии», Москва, РФ, 24–25 июня 2024 г.

³² Иващенко, Е. Страны ВЕЦА о методах предоставления АРВ-терапии своим гражданам, находящимся за рубежом. РЭГ. Опубликовано 23.06.2023. Доступ <https://migrationhealth.group/strany-vetsa-o-metodah-predostavleniya-arv-terapii-svoim-grazhdanam-nahodyashhimsya-za-rubezhom/>.

«В 2024 году примерно 350 ЛЖВ из Кыргызстана получали услуги по лечению ВИЧ-инфекции дистанционно, то есть терапию им предоставляет РЦКГВГиВИЧ — Республиканский центр по контролю за гемоконтактными вирусными гепатитами и ВИЧ. Некоторые из них уезжают за рубеж, уже зная о своем статусе. Другие узнают о статусе уже в миграции и встают на учет дистанционно. Отправка терапии и тем и другим производилась в рамках проекта "Здоровье мигрантов". Так, за год было отправлено более 600 посылок с АРВ-препаратами для мигрантов из Кыргызстана». (Кыргызстан)

Сама по себе миграция — это непредсказуемый и трудно планируемый процесс, в рамках которого человек может прибегать к разным стратегиям, меняя страны или формы трудовой мобильности (сезонную, краткосрочную, долгосрочную) в попытках обеспечить себе и своей семье приемлемые условия жизни.

«После этого периода, 12 месяцев, если человек не приезжает, мы просто прекращаем выдачу лекарств. <...> Мы это очень долго обсуждали, потому что понимали, что контролировать это все обязательно нужно. Было принято такое решение, что 12 месяцев. Но мы сейчас анализируем этот момент <...>. И я думаю, мы будем этот вопрос еще пересматривать. В сторону увеличения будем пересматривать.» (Кыргызстан)

«Есть такие люди, к большому сожалению, так как статус нахождения <...> нелегальный — кого-то депортируют, кто-то просто сам уезжает, там получает [АРВТ – прим. авт.] и приезжает уже с таблетками». (Российская Федерация)

Помимо первично выявленных людей с позитивным ВИЧ-статусом, дистанционно поставленных на учет, есть пациенты, которые давно находятся на диспансерном наблюдении и имеют долгую историю взаимодействия с врачами в стране исхода. Это, в частности, отмечали исследователи из Узбекистана в 2022 году³³: при наличии билета на выезд АРВТ можно было получить на три месяца единоразово, а при оформленной доверенности на знакомого в стране исхода — продолжать получать препараты и дольше при условии регулярного предоставления анализов на CD4. Подобные практики стали востребованными и рутинизировались во время пандемии COVID-19, когда привычные механизмы циркулярной миграции стали невозможны из-за закрытых границ, о чем подробнее написано в подразделе 3.1. данного обзора. Согласно предыдущим исследованиям РЭГ, организация цепочек доступа (“access chain”) в контексте ВИЧ-сервисных услуг во время пандемии включала в себя выдачу препаратов на (более) длительный срок, доставку на дом внутри страны, отправку пациентам, находящимся за рубежом, а также общий тренд на децентрализацию механизмов выдачи АРВТ³⁴.

³³ См. Учаев, С., Абдуллаева, О., & Абдуллаев, Ш. (2022). Оценка доступа к медицинским услугам, уходу и поддержке здоровья трудовых мигрантов, живущих с ВИЧ: Республика Узбекистан. Доступ https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2021/12/study_uzbekistan_rus_final.pdf.

³⁴ См. подробнее: Вятчина, М. Обзор лучших практик на базе гражданского общества и медицинских учреждений по оказанию помощи мигрантам-иностранцам в Российской Федерации и преодолении барьеров в их доступе к услугам в связи с ВИЧ. РЭГ, 2022. С. 14–15. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/Luchshie Praktiki_RUS-1.pdf.

Можно резюмировать, что сравнение охватов пациентов между странами само по себе не играет роль принципиального показателя для целей настоящего обзора. В организации систем здравоохранения стран внутри региона ВЕЦА существуют значительные различия. Поэтому внедрение тех или иных практик, которые позволяют поддерживать приверженность, выявлять новых пациентов и обеспечивать им консультативную помощь и доставку АРВТ, — это сам по себе прорыв для каждой из стран, в которых медицинское сообщество и помогающие НПО заинтересованы в поддержке и дальнейшем развитии соответствующих механизмов. В конечном итоге основополагающее значение имеет долгосрочная динамика качественных изменений в жизни и здоровье людей с положительным ВИЧ-статусом.

3.5. Законодательство и стратегические кейсы в рамках правовой помощи

Юридическая защита прав людей, живущих с ВИЧ и находящихся в миграции — неотъемлемая часть работы по удаленной постановке на учет. По данным Фонда «Шаги», в течение двух лет реализации инициативы правовое сопровождение в России получили 67 человек, в том числе: 14 граждан Армении, 7 — Кыргызстана, 1 — Молдовы, 16 — Таджикистана, 11 — Узбекистана и 18 — других стран региона ВЕЦА. В основном вопросы защиты касались судебного оспаривания решений Роспотребнадзора о нежелательности пребывания на территории РФ по причине выявленного ВИЧ-положительного статуса.

«Из такого самого частого — это все же, если говорить о мигрантах, <...> решение о нежелательности пребывания на территории РФ. У них, соответственно, есть заболевание, ВИЧ-инфекция. По другим категориям — по группам риска, тут достаточно широкий перечень проблем. Кого-то с работы уволили, у кого-то ребенка в детский садик не берут, у кого-то с терапией проблема.» (Российская Федерация)

По действующему порядку, если у иностранного гражданина в РФ выявлена ВИЧ-инфекция или иные опасные заболевания, внесенные в перечень, утвержденный Министерством здравоохранения РФ³⁵, данные этого гражданина передаются в Роспотребнадзор, который является уполномоченным органом по принятию решения о нежелательности пребывания лица на территории страны³⁶. Как было описано выше в подразделе 3.2., такие решения не выносятся в отношении ВИЧ-положительных иностранных граждан, у которых имеются члены семьи (супруги, дети, в том числе усыновленные, и родители, в том числе приемные) — граждане РФ или имеющие иные законные основания для постоянного проживания в РФ, и которые при этом не нарушают законодательство в сфере противодействия ВИЧ-инфекции.

³⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 июня 2015 г. № 384н “Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний”. Доступ <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71059322/>.

³⁶ Постановление Правительства РФ от 24 июля 2021 г. № 1263 "О внесении изменений в Положение о принятии, приостановлении действия и отмене решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения". Доступ https://base.garant.ru/401542360/#block_1001.

Таким образом, если эти два основания не были своевременно документально подтверждены заявителем, Роспотребнадзор принимает решение о нежелательности пребывания данного иностранного гражданина на территории РФ, которое направляется заявителю и одновременно в органы пограничного и миграционного контроля³⁷. Гражданин будет подлежать депортации, если добровольно не покинет Россию в установленные сроки. Необходимо отметить, что на момент подготовки данного обзора утвержденного порядка отмены решений в отношении иностранных граждан с ВИЧ-инфекцией не имелось, поскольку основанием для такой отмены остается излечение гражданина от заболевания³⁸. Оспорить принятые решения возможно только в судебном порядке, если имеются документальные подтверждения вышеуказанных оснований, которые по тем или иным причинам не были представлены в Роспотребнадзор. Типовые действия в рамках правовой помощи людям, живущим с ВИЧ и в состоянии миграции на территории РФ, представлены в Приложении 2 к настоящему обзору.

«Основная проблема, наверное, знаете какая — что люди узнают постфактум об этом вынесенном решении и очень часто узнают, когда срок их <...> добровольного выезда <...> уже нарушен. Это частая практика. То есть их письменно должны уведомлять. Но, как следует из практики, не уведомляют.» (Российская Федерация).

Практика юридических кейсов под эгидой РЭГ показала, что мигранты с ВИЧ-инфекцией не всегда получают соответствующие уведомления от Роспотребнадзора, что вызвано сложностями с местом постоянной регистрации, куда должно приходиться официальное уведомление, или просто не знают о том, что данные об их статусе известны государственным органам и переданы для принятия решения о нежелательности пребывания на территории страны. Они узнают об этом, попадая в поле зрения органов внутренних дел или пограничного контроля, когда уже наступили правовые основания для их депортации или запрета на въезд в РФ.

Возникают коллизии и в установлении фактов близкого родства, как, например, в случае успешного судебного кейса об оспаривании решения территориального органа Роспотребнадзора, который посчитал брак гражданина Армении с гражданкой России

³⁷ Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального медико-биологического агентства от 23 августа 2021 г. N 467/173 "Об утверждении Порядка представления материалов, свидетельствующих о наличии обстоятельств, являющихся основанием для принятия (приостановления, возобновления действия, отмены) решений о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятых в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения, их рассмотрения, а также информирования Федеральной службы безопасности Российской Федерации и территориальных органов Министерства внутренних дел Российской Федерации о принятии (приостановлении, возобновлении действия и отмене) таких решений, форм соответствующих решений и уведомления". Доступ <https://base.garant.ru/402783484/>.

³⁸ См. пункт 6 в: Положение о принятии, приостановлении действия и отмене решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения, утв. Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 551 "О порядке принятия, приостановления действия и отмены решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения". Доступ https://base.garant.ru/71940046/#block_20000.

фиктивным и то, что данный гражданин представляет угрозу в контексте распространения ВИЧ, несмотря на представленные доказательства о соблюдении им законодательства в этой части³⁹.

По мнению юристов, чьи экспертиза и опыт использовались в подготовке настоящего обзора, норма Федерального закона о противодействии распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, устанавливающая исчерпывающий перечень родственников, наличие которых дает основания для невынесения решения о нежелательности пребывания в РФ⁴⁰, не всегда учитывает семейную ситуацию заявителей, особенности их культуры. Например, для многих мигрантов дядя или тетя, брат или сестра, или даже люди более дальней степени родства, могут быть близкими членами семьи, определяющими необходимость и возможности постоянного проживания в РФ. В существующих условиях для них остаются угрозы разрушения родственных связей, разрыва семейных отношений, потери дохода, когда им приходится добровольно или в порядке депортации покидать страну пребывания.

«Еще один дискуссионный вопрос <...>. Женица ко мне обратилась, у нее ВИЧ-инфекцию обнаружили буквально недавно. Мы сразу подали заявление в Роспотребнадзор о том, что у нее есть брат, гражданин Российской Федерации, и что, пожалуйста, не выносите решение [о нежелательности пребывания в РФ – прим. авт.]. А Роспотребнадзор нам сказал: «Знаете, в статье 11 [Федерального закона от 30 мая 1995 г. № 38-ФЗ – прим. авт.] сказано, что это супруг, супруга, дети и родители. Вот перечень лиц, которые, собственно, и дают основания для невынесения решения. Брата тут нет.» <...> Мне кажется, эта норма не должна быть закрытого типа. Извините, почему мы не можем говорить о том, что, если у человека есть родной брат, проживающий на территории РФ, родителей нет у человека, умерли. Почему это не может быть в его жизни самый близкий человек, с которым он ежедневно взаимодействует?». (Российская Федерация)

Выявленной проблемой в части определения родства мигрантов с ВИЧ-инфекцией для избегания решения о нежелательности их пребывания в России стали ситуации, когда правовое положение самих граждан или их родственников меняется в процессе принятия такого решения. Примером могут служить кейсы, когда ВИЧ-положительные мигранты вынужденно покидали страну пребывания до рождения ребенка – гражданина РФ или до получения одним из родителей разрешения на постоянное проживание.

«Давайте тезисно вам кейс один расскажу. Иностранец – гражданин Узбекистана – проживал с гражданкой РФ. В гражданском браке, в официальном не состояли. Она забеременела, а в отношении него вынесли решение о нежелательности пребывания. Он выехал из страны, чтобы в дальнейшем не было проблем с депортацией. Она родила ребенка – гражданина РФ, <...> и в свидетельстве он записан как отец этого ребенка.

³⁹ Новая судебная практика в РФ по вопросу получения гражданства. РЭГ. Опубликовано 10.01.2024. Доступ <https://migrationhealth.group/novaya-sudebnaya-praktika-v-rf-po-voprosu-polucheniya-grazhdanstva-dlya-lzhv/>.

⁴⁰ Федеральный закон РФ 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). Пункт 3, ст. 11. Доступ <https://base.garant.ru/10104189/>.

И у нас в суде возникла такая проблема, что формально на момент вынесения решения [о нежелательности пребывания на территории РФ – прим. авт.] ребенок не родился. То есть юридически факт наличия у него ребенка — гражданина РФ – еще не подтвержден. И тем самым суд говорит мне, что, знаете, у вас решение Роспотребнадзора является законным, потому что на момент его вынесения ребенок еще не родился.» (Российская Федерация)

На момент подготовки обзора вышеупомянутые кейсы оставались открытыми с перспективами обжалования судебных решений в вышестоящих инстанциях. Это говорит об обоснованности позиции правозащитников и важности правового разрешения существующих коллизий.

«У меня аналогичный кейс есть. Из Казахстана парень, <...> у него мама в процессе получения ВНЖ или гражданства [Российской Федерации - прим. авт.], могу ошибаться. И, соответственно, уже вынесли решение о нежелательности пребывания [на территории РФ – прим. авт.]. А мама получит ВНЖ или гражданство, условно, через месяц. С моей точки зрения как юриста, она подходит под условия для его законного нахождения на территории РФ.» (Российская Федерация)

Практика правовой защиты мигрантов, живущих с ВИЧ, выявила ряд особенностей также и в реализации второго упомянутого выше обязательного условия для невынесения решения о нежелательности пребывания иностранного гражданина в РФ. Действующее законодательство и нормативные акты уполномоченных ведомств не регламентируют формы и порядок представления документов, доказывающих факт соблюдения иностранным гражданином российского законодательства о противодействии ВИЧ-инфекции, не предусматривают каких-либо обязательных действий или иных факторов, подтверждающих выполнение этого условия. Как правило, на практике это означает требование предоставить в Роспотребнадзор или в суд любой документ о том, что гражданин знает о своем ВИЧ-статусе и предпринимает меры в части профилактики или лечения. Это может быть справка учреждения здравоохранения страны пребывания или страны исхода, письмо от помогающей НПО или иные свидетельства.

«Здесь важно учитывать то, что во всех кейсах, которые у меня были, этот вопрос [результаты приема АРВТ и формы подтверждающих документов – прим. авт.] ни разу не возникал. Важен был лишь факт получения и приема терапии, чтобы, соответственно, медицинской документацией это подтверждалось. <...> Ну, понятно, у нас на территории [РФ – прим. авт.] они этого делать не могут. Если они находятся в стране исхода и у них есть справка такого характера о том, что они получают терапию, например, от своего государства, сдают анализы <...> и там видна динамика изменений в связи с прохождением лечения. Этого им достаточно. Они не вникают в тонкости. Вот это основание [соблюдение законодательства по противодействию ВИЧ-инфекции – прим. авт.], оно скорее формальное. Все судебные кейсы, которые были, идут вокруг родственников, которые находятся на территории РФ.» (Российская Федерация)

Наличие законных супругов и других родственников, перечисленных в нормативных актах, на практике остается основным условием для ВИЧ-положительного мигранта, чтобы остаться в РФ. При их отсутствии даже самые убедительные доказательства о факте приема терапии, неопределяемой вирусной нагрузке и отсутствии опасности передачи ВИЧ другим гражданам, представленные в суд в рамках оспаривания вынесенных решений о нежелательности пребывания РФ, не принимались во внимание, и ранее принятые решения оставались в силе.

Юридический кейс:

Студент. Гражданин Туркменистана. Находится на территории РФ с 2017 года. Обучается в магистратуре РУДН. Заболевание выявлено в 2020 году. Лечение начато сразу. Вирусная нагрузка неопределяемая с 2020 года, что подтверждается доказательствами материалов дела. Решение РПН о нежелательности пребывания принято в 2022 году.

- *О наличии имеющегося решение гражданин Д. узнал при отказе в продлении регистрации по месту пребывания (общежитие).*
- *Обжалование решения было направлено в Останкинский городской суд.*
- *Суд первой инстанции в удовлетворении исковых требований гражданину К. отказал.*
- *В судебном заседании были предоставлены доказательства лечения, а значит нераспространения заболевания.*
- *Заявлялось требование о принятии во внимание исключительных обстоятельств: долговременность проживания на территории РФ, состояние здоровья, наличие лечения, обучение на территории РФ с указанием на то, что Туркменистан официально не признает существование заболевания на территории страны. Были приведены данные из Интернет-источников, что с 1989 года на учете состояло всего два человека).*
- *Однако, все приведенные доводы оказались недостаточными для суда, в удовлетворении исковых требований гражданину Д. было отказано.⁴¹*

Вместе с тем, эффект антиретровирусной терапии в предотвращении передачи ВИЧ давно и подробно изучен⁴². В 2023 году ВОЗ официально подтвердила принцип «Н=Н» («нельзя обнаружить, нельзя передать»), то есть состояние, когда достигнутая подавленная вирусная нагрузка в организме человека при регулярном приеме АРВТ исключает возможность передачи вируса сексуальному партнеру или вертикальным путем.

ВОЗ отмечает важную роль вирусной супрессии или подавленной вирусной нагрузки при ВИЧ-инфекции в улучшении жизни и здоровья человека, предотвращении передачи вируса половым путем или от матери ребенку. Различаются три основные категории измерения вирусной нагрузки при ВИЧ: (1) отсутствие супрессии; (2) супрессия; и (3) неопределяемая вирусная нагрузка. Каждая из категорий имеет соответствующие

⁴¹ Кейс был представлен в презентации юриста, оказывающего правовую помощь в рамках инициативы РЭГ по удаленной постановке на учет. Региональная научно-практическая конференция «Здоровье ВИЧ-положительных мигрантов стран Восточной Европы и Центральной Азии», Москва, РФ, 24–25 июня 2024 г.

⁴² Турсунов, Р.А., Канестри, В.Г., Симонова, Е.Г., & Раичич, Р.Р. Антиретровирусная терапия-новая эпоха профилактики ВИЧ-инфекции. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*, 2018, 10(1), 37-46.

критерии. При неопределяемой вирусной нагрузке с использованием квалифицированных средств диагностики и при условии непрерывного приема АРВТ риск передачи ВИЧ-инфекции половому партнеру оценивается как нулевой, а при определяемой, но подавленной вирусной нагрузке — как практически нулевой или незначительный. Риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, если женщина, живущая с ВИЧ, принимает АРВТ и поддерживает супрессию вирусной нагрузки во время беременности, родов и грудного вскармливания, оценивается менее чем в 1%, а если у нее неопределяемая вирусная нагрузка до беременности и в течение беременности и родов, риск инфицирования ребенка во время беременности отсутствует.⁴³

Если исходить из того, что целью действующей нормы законодательства о нежелательности пребывания иностранцев с ВИЧ на территории РФ является защита граждан страны от этого заболевания, то принципиальное значение имеет именно фактор сниженного или нулевого риска передачи инфекции, который достигается за счет непрерывного доступа к антиретровирусной терапии.

Анализ кейсов правовой помощи мигрантам с ВИЧ-инфекцией, находящимся на территории РФ, еще раз подтвердил, что действующая норма о нежелательности их пребывания в стране остается существенным фактором разрыва родственных связей, экономических потерь и ухудшения состояния здоровья. Несмотря на то, что основания для невынесения контролирующими органами решений о необходимости выезда улучшают положение той части мигрантов, которые имеют близких родственников и членов семьи с гражданством РФ или со статусом постоянного проживания в РФ, в правоприменительной практике остается большое количество пробелов. Это дает основу для планирования и реализации дальнейших действий партнерских организаций, вовлеченных в развитие механизмов удаленной постановки на учет и диспансерное наблюдение.

⁴³ См. подробнее: Роль вирусной супрессии ВИЧ в улучшении здоровья человека и сокращении риска передачи инфекции: аналитическая справка. Всемирная организация здравоохранения, 2023. Доступ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372690/9789240077409-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Выводы

Внедрение механизма дистанционной постановки на учет — это **инновационный** шаг для систем здравоохранения и программ на базе сообществ в регионе ВЕЦА, который востребован в контексте высокой мобильности населения в глобальных масштабах. Разнообразные практики для профилактики ВИЧ, организации доступа к врачебному наблюдению и содействия передаче АРВТ существовали до пандемии COVID-19 и актуализировались в связи с распространением мер против коронавирусной инфекции. Весь этот опыт множества помогающих организаций и экспертов в сфере здравоохранения в 2022 году был собран вместе и обобщен на базе Региональной экспертной группы по здоровью мигрантов в единый трансграничный механизм.

Опираясь на обширный архив данных, собранных в сентябре–ноябре 2024 года, авторы исследования подчеркивают высокий уровень **кооперативности** между организациями гражданского общества и общественного здравоохранения в регионе ВЕЦА, которые находят взаимопонимание в вопросах профилактики, выявления, лечения ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний. НПО, как в странах исхода, так и в стране пребывания мигрантов с ВИЧ, остаются основным движущим фактором процесса удаленной постановки на учет, как в части непрерывного взаимодействия, обмена информацией и координации мер поддержки, так и в части работы с пациентским сообществом по проблемам приверженности к АРВТ, обеспечения срочных потребностей в терапии и организации медицинских обследований.

Однако работа НПО в значительной мере зависит от **имеющихся возможностей финансирования гражданского сектора**, как внутри страны, так и на уровне региональных программ технической помощи. Перебои с финансированием, ограничения со стороны доноров, процедуры согласования программ и другие барьеры могут существенно влиять на устойчивость реализации механизма в странах ВЕЦА. Необходимы более широкое освещение практики и результатов работы по дистанционному оказанию услуг в контексте ВИЧ-инфекции, поддержка на уровне страновых, региональных и международных стейкхолдеров.

Для части государств региона ВЕЦА много времени и усилий занимает согласование и нормативное регулирование механизма с органами и учреждениями здравоохранения (например, в Узбекистане и Казахстане). Вместе с тем во многих случаях практики помогающих специалистов НПО и медицинского сообщества опережают нормативную базу, как, например, в Молдове, где удаленная постановка пациента на учет была впервые апробирована еще в конце 2021 – начале 2022 года. Это стало возможным в том числе благодаря высокой автономии ВИЧ-сервисных организаций.

Необходимость внедрения механизма дистанционной постановки на учет была в значительной степени продиктована существованием законодательных норм в Российской Федерации, которые предполагают вынесение решений о нежелательности пребывания и депортацию в отношении иностранцев с положительным ВИЧ-статусом. Заявленные как меры для защиты граждан РФ от распространения ВИЧ, на практике эти нормы являются существенным дестабилизирующим фактором для людей в ситуации миграции и не имеют значимого эффекта с точки зрения снижения эпидемиологического бремени. Гораздо большее значение

в этом контексте имеет обеспечение **регулярного доступа к антиретровирусной терапии**, гарантирующего достижение подавленной или неопределяемой вирусной нагрузки и, как следствие, незначительного или нулевого риска передачи ВИЧ.

Существование в российском законодательстве ограниченного перечня близких родственников, наличие которых позволяет не выносить решение о нежелательности пребывания, не в полной мере учитывает разнообразие жизненных ситуаций людей с ВИЧ в состоянии миграции. С одной стороны, эта норма безусловно гуманизирует условия пребывания в стране, особенно тех мигрантов, которые планируют оставаться на долгий срок. С другой стороны, она искусственно сужает круг близких родственников, поскольку для многих людей в ситуации миграции люди иной степени родства (братья, сестры, дяди, тети, племянники и др.) могут быть теми людьми, которые определяют жизненные планы и успешность интеграции в стране пребывания. Представляется, что эта норма **не должна быть закрытого типа**, а предусматривать вариативность в трактовке с учетом конкретных жизненных обстоятельств пациента.

Отсутствие возможности отмены вынесенных решений о нежелательности пребывания иностранцев с ВИЧ в РФ на уровне уполномоченного ведомства создает дополнительную нагрузку на судебную систему Российской Федерации, на самого заявителя и на помогающие организации. Часть иностранцев, живущих с ВИЧ, выезжают из России, чтобы избежать депортации, и их участие в процессе судебного обжалования решения Роспотребнадзора еще более осложняется. Таким образом **внедрение внутриведомственного механизма отмены вынесенных решений** будет способствовать улучшению ситуации с защитой прав мигрантов, снизит порог доступности правовой помощи.

ВИЧ-инфекция является не единственным диагнозом, который предполагает вынесение решений о нежелательности пребывания в Российской Федерации. Внедрение механизма дистанционной постановки на учет в контексте ВИЧ-инфекции открывает перспективу организации дистанционного лечения в регионе ВЕЦА для людей, живущих с другими хроническими заболеваниями. РЭГ может выступать фасилитатором этих процессов, например, в рамках инициативы по **организации доступа к лечению туберкулеза**, интерес к которой был выражен со стороны учреждений здравоохранения Таджикистана и помогающих организаций в России.

Анализ опыта двухлетней реализации механизма удаленной постановки на учет позволяет сделать вывод о том, что он **способен достигать измеряемых результатов**, как в части положительных изменений вирусной нагрузки и общего состояния здоровья пациентов с ВИЧ-инфекцией, так и в части качества их жизни, улучшения жизненных перспектив и планирования, приверженности к продолжению устойчивого приема терапии. Эти достижения свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития данного механизма как неотъемлемой части ответа на эпидемию на уровне стран и региона ВЕЦА в целом.

Наконец, по мнению экспертов, у практик дистанционного учета есть и другие сферы применения. Во-первых, даже при наличии доступного лечения в стране приема, по целому ряду причин некоторые пациенты предпочитают не менять препараты в схеме лечения или продолжать наблюдение в стране гражданства. Во-вторых, во многих регионах мира в

ситуации гуманитарных катастроф и военных конфликтов есть срочная необходимость в формулировании способов организации лечения, которые бы диверсифицировали существующие стандартные протоколы, далеко не всегда обладающие должной чувствительностью к нуждам беженцев и мигрантов.

Приведенные аргументы свидетельствуют, что в ситуации все возрастающих в мировых масштабах потоков мобильности подобные механизмы будут все более **востребованы**.

Перспективы и рекомендации

На основе выводов данного исследования можно определить перечень рекомендаций для учета при планировании мероприятий по дальнейшему развитию механизма удаленной постановки на учет в странах ВЕЦА. Ожидается, что рекомендации будут способствовать институционализации данного механизма, привлечению дополнительной поддержки со стороны региональных и международных доноров, организаций технической помощи и людей, принимающих решения, повышению устойчивости и расширению географии его применения.

1. Повышение юридической грамотности людей в ситуации миграции в РФ и расширение возможностей правовой помощи, как на стадии рассмотрения их кейсов в уполномоченном органе (Роспотребнадзоре), так и на стадии судебного обжалования принятых решений.

2. Укрепление межсекторального взаимодействия для более широкого привлечения медицинских и клинических знаний о ВИЧ-инфекции в рамках правовой помощи, в том числе на стадии судебных разбирательств, создание ресурсных центров по продвижению концепции “Н=Н”. Юристы должны иметь возможность быстро привлекать экспертов из медицинской среды для квалифицированного разъяснения ВИЧ-статуса клиентов, их вирусной нагрузки и иных показателей заболевания, влияющих на вероятность передачи вируса другим людям.

3. Непрерывная работа с лицами, принимающими решения, сотрудниками правоохранительных органов и судебной системы для продвижения необходимых законодательных инициатив и механизмов практического взаимодействия для совершенствования законодательства и недопущения нарушения прав иностранных граждан, в частности, по следующим направлениям:

- расширение формулировок в норме законодательства с перечнем близких родственников, наличие которых позволяет не выносить решения о нежелательности пребывания иностранных граждан с ВИЧ-инфекцией на территории РФ;
- совершенствование порядка рассмотрения индивидуальных кейсов ВИЧ-положительных мигрантов в уполномоченном органе РФ с привлечением помогающих НПО в стране пребывания и возможностью участия самого мигранта;
- принятие порядка отмены решений Роспотребнадзора о нежелательности пребывания, в том числе для разрешения существующих коллизий, связанных со сроками наступления условий, позволяющих мигрантам с ВИЧ оставаться в стране (например, до рождения ребенка – гражданина РФ, или до получения ВНЖ, гражданства родственником, когда заявление было подано до вынесения решения о нежелательности).

4. Работа с Глобальным фондом, иными международными и региональными донорами, для обеспечения необходимой финансовой поддержки деятельности НПО, вовлеченных в реализацию механизма; консультации в рамках Страновых координационных механизмов, учреждений здравоохранения и иных координационных органов для планирования ресурсов национальных программ и планов по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции.

Нормативно-правовые акты, инструкции, СОПы, рекомендации

1. Выдача антиретровирусных препаратов для граждан Республики Узбекистан, находящихся за пределами страны: стандартные операционные процедуры (СОП). Ташкент, 2024.
2. Инструкция по удаленной постановке на учёт и предоставлению услуг в области профилактики и лечения в связи с ВИЧ для граждан Республики Таджикистан, находящихся в миграции. Приложение 1 к приказу ГУ РЦ СПИД №85 от 14 ноября 2022 г.
3. Положение о принятии, приостановлении действия и отмене решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения, утв. Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 551 "О порядке принятия, приостановления действия и отмены решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения". Доступ https://base.garant.ru/71940046/#block_20000.
4. Правила депортации в отношении ВИЧ-положительных иностранцев в России. РЭГ, 2021. Доступ: <https://migrationhealth.group/pravila-deportatsii-v-otnoshenii-vich-polozhitelnyh-inostrantsev-v-rossii/>.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 июня 2015 г. № 384н "Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний". Доступ <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71059322/>.
6. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального медико-биологического агентства от 23 августа 2021 г. N 467/173 "Об утверждении Порядка представления материалов, свидетельствующих о наличии обстоятельств, являющихся основанием для принятия (приостановления, возобновления действия, отмены) решений о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятых в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения, их рассмотрения, а также информирования Федеральной службы безопасности Российской Федерации и территориальных органов Министерства внутренних дел Российской Федерации о принятии (приостановлении,

возобновлении действия и отмене) таких решений, форм соответствующих решений и уведомления". Доступ <https://base.garant.ru/402783484/>.

7. Постановление Правительства РФ от 24 июля 2021 г. № 1263 "О внесении изменений в Положение о принятии, приостановлении действия и отмене решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих реальную угрозу здоровью населения". Доступ https://base.garant.ru/401542360/#block_1001.
8. Приказ об обеспечении доступа мигрантов — граждан Кыргызской Республики к услугам в области профилактики и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией. Приложение: Инструкция по предоставлению услуг в области профилактики и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией для мигрантов — граждан Кыргызской Республики от 27.06.2022.
9. Роль вирусной супрессии ВИЧ в улучшении здоровья человека и сокращении риска передачи инфекции: аналитическая справка. Всемирная организация здравоохранения, 2023. Доступ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372690/9789240077409-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. Росстат. (2024). Численность и миграция населения Российской Федерации в 2023 году; Численность и миграция населения Российской Федерации в 2022 году. Доступ: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13283>.
11. Удаленная постановка граждан, находящихся в миграции, на учет в СПИД-центры стран исхода: Краткие рекомендации для стран ВЕЦА. РЭГ, 2024.
12. Федеральный закон РФ 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). Доступ: <https://base.garant.ru/10104189/>.
13. World Health Organization. (2022). Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics. World Health Organization. Available <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340190/9789240022232-eng.pdf>.

Аналитические отчеты и академические публикации

14. Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 60(10), 854–857.
15. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. (2023). November 2022–January 2023. Interim report. Available <https://iris.who.int/handle/10665/367352>.

16. Global spending on health: emerging from the pandemic. (2024). Geneva, World Health Organization. Available <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379750/9789240104495-eng.pdf?sequence=1>.
17. Number of coronavirus (COVID-19) cases, recoveries, and deaths worldwide. (2023). May 2, 2023. Available <https://www.statista.com/statistics/1087466/covid19-cases-recoveries-deaths-worldwide/>.
18. Rahman, F. & Aksenov, P. (2021). HIV and TB patients face new barriers to accessing services in COVID-19 era. Available <https://www.tbonline.info/posts/print/hiv-and-tb-patients-face-new-barriers-accessing-se/>.
19. Schenker, M. B., Castañeda, X., & Rodriguez-Lainz, A. (Eds.). (2019). Migration and health: a research methods handbook. University of California Press.
20. Suleymanova, L., Balayeva, A. (2023). Situation and Economic Analysis on Migration and HIV Services in Azerbaijan. REG. Available https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2024/02/Situation-and-Economic_EN.pdf.
21. The impact of the COVID-19 pandemic on the HIV response in Europe and Central Asia. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. ECDC, 2024, P. 7. Available <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/impact-covid-19-pandemic-hiv-response-europe-and-central-asia-monitoring>.
22. REG (2024). Population size estimate and assessment of needs in ART among PLHIV and KP foreign migrants in Armenia. Regional Expert Group on Migration and Health. Available https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2025/02/Annex_11.3.5_Armenia_Study_Foreign_migrants_HIV_size_estimation_ENG-3.pdf.
23. Бекболотов, А., Байызбекова, Д., Жумалиева, Ч., Сатыбеков, Б., Мажитов, Р. Ситуационный и экономический анализ в сфере миграции и предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ в Кыргызской Республике. РЭГ, 2023. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2023/09/Analiz_Kurguzstan_RUS_FINAL-2.pdf.
24. Вятчина, М. Обзор лучших практик на базе гражданского общества и медицинских учреждений по оказанию помощи мигрантам-иностранцам в Российской Федерации и преодолении барьеров в их доступе к услугам в связи с ВИЧ. РЭГ, 2022. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/Luchshie_Praktiki_RUS-1.pdf.
25. Джураева, Н., Солиев, А., Ёкубов, И. Ситуационный и экономический анализ в сфере миграции и предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ в Таджикистане. РЭГ, 2022. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2023/01/Study_Tadjikistan_12.01.23.pdf.

26. Иващенко, Е. «Мы сохраняем здоровье наших граждан». Страны исхода мигрантов об удаленной постановке на медицинский учет людей с ВИЧ. РЭГ, 2023. Опубликовано 02.06.2023. Доступ <https://migrationhealth.group/my-sohranyaem-zdorove-nashih-grazhdan-strany-ishoda-migrantov-ob-udalenoj-postanovke-na-meditsinskij-uchet-lyudej-s-vich/>.
27. Иващенко, Е. Страны ВЕЦА о методах предоставления АРВ-терапии своим гражданам, находящимся за рубежом. РЭГ, 2023. Опубликовано 23.06.2023. Доступ <https://migrationhealth.group/strany-vetsa-o-metodah-predostavleniya-arv-terapii-svoim-grazhdanam-nahodyashhimsya-za-rubezhom/>.
28. Кокоурова, А., Ширманова, И. Мигрантов с ВИЧ не лечат и депортируют из России. Но многие из них заражаются вирусом именно здесь // Если быть точным. 2022. Доступ <https://tochno.st/materials/migrantov-s-vich-ne-lechat-i-deportiruyut-iz-rossii-no-mnogie-iz-nikh-zarazhayutsya-virusom-imenno-zdes>.
29. Кулкаева, Г., Садуакасова, Л., Сембина, Ж. Ситуационный и экономический анализ предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан-мигрантов в республике Казахстан. РЭГ, 2022. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/STUDY_Kazakhstan_RUS.pdf.
30. МВД зафиксировало рост числа депортированных из России мигрантов на 50% // Коммерсант. Опубликовано 05.09.2024. Доступ <https://www.kommersant.ru/doc/6948572>.
31. Назарова И. Б., Нестеров Р. С. Клиенты ВИЧ-сервисной НКО: структура, типология, особенности поведения // Народонаселение. 2023. Т. 26. №. 2. С. 153–164.
32. Нельзя обнаружить = нельзя передать. Общественное здравоохранение и подавление вирусной нагрузки ВИЧ. ЮНЭЙДС, 2018. Доступ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_ru.pdf.
33. Нестеров, Р. Управление профилактическими программами в работе с уязвимыми в отношении ВИЧ-инфекции группами населения (на примере ВИЧ-сервисной некоммерческой организации). Диссертации рукописи на соискание степени к.с.н. по специальности 5.4.7. Социология управления. Москва, 2024. Доступ https://www.rudn.ru/storage/media/science_dissertation/db9c8701-d44a-429c-a87b-4c76501b71bc/kCZJcL7wKfAKNrkeLHf0rDUkHuiN6ZuuB3mmocY6.pdf.
34. Новая судебная практика в РФ по вопросу получения гражданства. РЭГ. Опубликовано 10.01.2024. Доступ <https://migrationhealth.group/novaya-sudebnaya-praktika-v-rf-po-voprosu-polucheniya-grazhdanstva-dlya-lzhv/>.
35. Новый опыт: в Молдове удаленно поставили на учет находящуюся за рубежом пациентку с ВИЧ. РЭГ. Опубликовано 31.01.2022. Доступ <https://migrationhealth.group/novyj-opyt-v-moldove-udalенno-postavili-na-uchet-nahodyashhuyusya-za-rubezhom-patsientku-s-vich/>.

36. Покровская, А.В., Юмагузин, В.В., Киреев, Д.Е., Винник, М.В., Покровский, В.В. Влияние миграционных процессов на ситуацию по ВИЧ-инфекции (аналитический обзор) // Вестник РАМН. 2019. Т. 74. №2. С. 88–97. Доступ <https://vestnikramn.spr-journal.ru/jour/article/view/1106>.
37. Ситуационный анализ по вопросам предоставления услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан – мигрантов в Российской Федерации. РЭГ, 2021. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/10/SITUATIONNYJ_ANALIZ.pdf.
38. Теракт в «Крокусе» превратился в повод для ужесточения миграционной политики // Независимая газета. Опубликовано 24.12.2024. Доступ https://www.ng.ru/itog/2024-12-24/02_9162_003.html.
39. Тер-Оганнисян, В., Майилян, Ж. Анализ правовых и институциональных барьеров в доступе к услугам в связи с ВИЧ среди мигрантов в Республике Армения. РЭГ, 2021. Доступ https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY_Armenia_RUS_FINAL.pdf.
40. Турсунов, Р.А., Канестри, В.Г., Симонова, Е.Г., & Раичич, Р.Р. Антиретровирусная терапия-новая эпоха профилактики ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2018, 10(1), 37-46.
41. Учаев, С., Абдуллаева, О., & Абдуллаев, Ш. (2022). Оценка доступа к медицинским услугам, уходу и поддержке здоровья трудовых мигрантов, живущих с ВИЧ: Республика Узбекистан. Доступ https://eecaplatfom.org/wp-content/uploads/2021/12/study_uzbekistan_rus_final.pdf.

Приложение 1. Инструкция по удаленной постановке на учет

Приложение 1
к приказу ГУ «РЦ СПИД»
№85 от «14» ноября 2022 г.

Инструкция по удаленной постановке на учёт и предоставлению услуг в области профилактики и лечения в связи с ВИЧ для граждан Республики Таджикистан, находящихся в миграции

Введение

Данная инструкция предназначена для сотрудников государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» (далее ГУ «РЦ СПИД») и является практическим руководством, которое определяет порядок удаленной постановки на учёт и объём предоставляемых услуг в области профилактики и лечения в связи с ВИЧ для граждан Республики Таджикистан (далее – РТ), находящихся в миграции за пределами РТ.

Документ разработан в соответствии с Кодексом здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 года, №1413 в целях обеспечения равного доступа граждан РТ к ВИЧ-инфекции, находящихся за пределами страны к услугам профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции. При разработке документа учтены рекомендации, изложенные в международных и национальных документах по вопросам профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции (рекомендации, клинические протоколы, руководства, инструкции, алгоритмы, стандартные операционные процедуры и др.).

1. Регистрация случая ВИЧ-инфекции среди граждан РТ, находящихся за пределами страны

1.1. Основания для регистрации случая ВИЧ-инфекции являются:

- результат исследования на ВИЧ методом ИФА (скрининговый и экспериментный) и вирусную нагрузку (далее ВН) - с указанием личных данных обследуемого лица (ВН должна быть идентифицированной, то есть определяемой). В случаях наличия результата иммуносупрессора (ИБ) результата ВН для удаленной постановки не требуется;

- в случаях, когда результат исследования методом ИФА недоступен и результат ВН ниже порога чувствительности наличных тест-систем (неопределимая ВН) – положительный результат качественного исследования на ВИЧ (провирусная ДНК) или результат ИБ с указанием личных данных обследуемого лица.

1.2. Регистрация случая ВИЧ-инфекции проводит ответственный сотрудник эпидемиологического отдела ГУ «РЦ СПИД» в соответствии с действующими процедурами при наличии:

- копии результата исследования, перечисленных в пункте 1.1;
- копии паспорта гражданина РФ с отметкой о месте постоянной регистрации в РФ.

Перечисленные документы и контактные данные (номер телефона, электронная почта) должны быть предоставлены пациентом в ГУ «РЦ СПИД» любым доступным ему способом.

1.3. В ходе регистрации случая ВИЧ-инфекции сотрудник эпидемиологического отдела ГУ «РЦ СПИД»:

- связывается с пациентом в целях определения времени и даты проведения консультирования (видеосвязь);
- установленное время предоставляет пациенту послетестовое консультирование и проводит эпидемиологическое расследование в режиме онлайн;
- оформляет карту эпидемиологического расследования, а также листы информирования о наличии ВИЧ и предупреждения о нераспространении ВИЧ;
- регистрирует случай ВИЧ-инфекции в системе электронного слежения совместно с специалистом лаборатории ГУ «РЦ СПИД»;
- предпринимает усилия по выявлению и обследованию на ВИЧ у партнеров (Индекс тестирование) как на родине, так и в стране пребывания;
- информирует пациента о направлении к другим специалистам (специалисты диспансерного отдела) и связи с ним;
- передает информацию в виде служебной записки по выявленному случаю заведующему отделом организации диспансерного наблюдения и лечения ГУ «РЦ СПИД» (диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД»).

2. Предоставление услуг профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции

2.1. Ответственный сотрудник отдела организации диспансерного наблюдения ГУ «РЦ СПИД» (диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД»):

- связывается с пациентом в целях определения времени и даты консультирования;
- в установленное время предоставляет пациенту консультирование по вопросам профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции в режиме онлайн.

2.2. По результатам консультирования сотрудник диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД» назначает пациенту следующие виды обследования и согласует с пациентом время и дату следующей консультации для назначения АРТ в режиме онлайн:

- общий анализ крови (до или в течении 1 месяца терапии);
- общий анализ мочи (до или в течении 1 месяца терапии);
- уровень билирубина, креатинина, глюкозы в крови (до или в течении 1 месяца терапии);
- активность aminотрансфераз в крови (АЛТ, АСТ) (до или в течении 1 месяца терапии);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (в обязательном порядке);
- определение количество лимфоцитов CD4 (в обязательном порядке);
- иные виды обследований, если они доступны для пациента и по необходимости (ультразвуковое обследование и т.д. до или в течении 1 месяца терапии)

2.3. Сотрудник диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД» в установленное время проводит консультирование пациента и назначает схему АРТ с учетом клинической ситуации.

Назначение АРТ гражданам РТ с ВИЧ, находящимся за пределами страны, проводится при наличии:

- копий результатов обследования, перечисленных в пункте 2.2;
- копии информированного согласия на проведение АРТ (заполняется пациентом и предоставляется в диспансерный отдел ГУ «РЦ СПИД» посредством электронной почты или социальных сетей).

2.4. Граждане РТ с ВИЧ, находящиеся за пределами страны, должны предпринять усилия по покупке АРВ-препаратов для лечения ВИЧ-инфекции за счет собственных средств в стране пребывания.

В случае, если покупка АРВ-препаратов для лечения ВИЧ-инфекции за счет собственных средств невозможна, выдача АРВ-препаратов может проводиться в ГУ «РЦ СПИД» и в офисах партнеров за пределами страны в течение ограниченного периода времени (до 12 месяцев). Выдача АРВ-препаратов проводится непосредственно пациенту, через родственников или посредством почтовой службы. Выдача АРВ-препаратов проводится на период 1 месяц, 3 и 6 месяцев.

2.5. В случае наличия показаний и при необходимости, ответственный сотрудник диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД» проводит назначение и выдачу лекарственных средств для профилактики оппортунистических инфекций по тому же механизму, как и АРВП.

2.6. Все действия ответственного сотрудника диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД» должны быть зафиксированы в медицинской карте пациента и системе электронного слежения.

3. Последующее наблюдение и предоставление услуг профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции

3.1. Сотрудник диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД» назначает и проводит консультирование пациента через 2 недели, 1, 2 и 3 месяца после начала приема АРВ-препаратов пациентом.

3.2. Последующие консультации проводятся с интервалом не более, чем 3 месяца. Внеплановые консультации могут быть проведены в случае наличия потребности со стороны пациента посредством доступной онлайн связи.

3.3. Обязательным условием для продолжения лечения и последующей выдачи АРВ-препаратов, препаратов для профилактики оппортунистических инфекций является:

- наличие результатов обследования на ВН в срок на 6 и 12-й месяц после начала АРТ (в определенных клинических ситуациях может потребоваться более частое обследование, в соответствии с клиническим протоколом);
- наличие результатов обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень билирубина, креатинина, глюкозы в крови; активность аминотрансфераз в крови (АЛТ, АСТ) в соответствии со сроками, указанными в клиническом протоколе по АРТ.

Дополнительное обследование может быть назначено в соответствии с клинической ситуацией.

3.4. Результаты обследования должны предоставляться пациентом установленные сроки, поскольку на их основании принимается решение о продолжении АРТ.

3.5. Последующая выдача АРВ-препаратов может производиться на срок 3 и 6 месяцев при соблюдении пациентом рекомендаций и наличии результатов обследования, перечисленных в пункте 3.3.

3.6. Выдача АРВ-препаратов может быть временно приостановлена сотрудником ГУ «РЦ СПИД» и партнерской организацией, если пациент не соблюдает рекомендации, включая соблюдение приверженности к АРТ, или в случае появления побочных эффектов, либо в случае наличия иных объективных факторов, которые негативно влияют на эффективность и безопасность АРТ. Ответственный врач совместно с пациентом обсуждают текущую проблему и действует согласно клиническому протоколу лечения ВИЧ-инфекции Республики Таджикистан.

3.7. АРВ-препараты для граждан РТ с ВИЧ, находящихся за пределами страны, могут выдаваться в течение не более 12 месяцев, в течение которых пациент следует предпринять усилия для возвращения в РТ в целях верификации диагноза и подробной оценки состояния здоровья.

3.8. Если в течение 12 месяцев после начала АРТ пациент прибывает в РТ, ему следует обратиться в ГУ «РЦ СПИД», где ему будут предоставлены услуги по верификации диагноза и подробной оценке состояния здоровья.

3.9. Если в течение 12 месяцев после начала АРТ пациент не может прибывать в РТ по каким-либо причинам, тогда, с целью удержания пациента на АРТ ему со стороны ответственного врача ГУ «РЦ СПИД» будет предлагаться продолжать лечение в стране пребывания до появления возможности приезда в РТ.

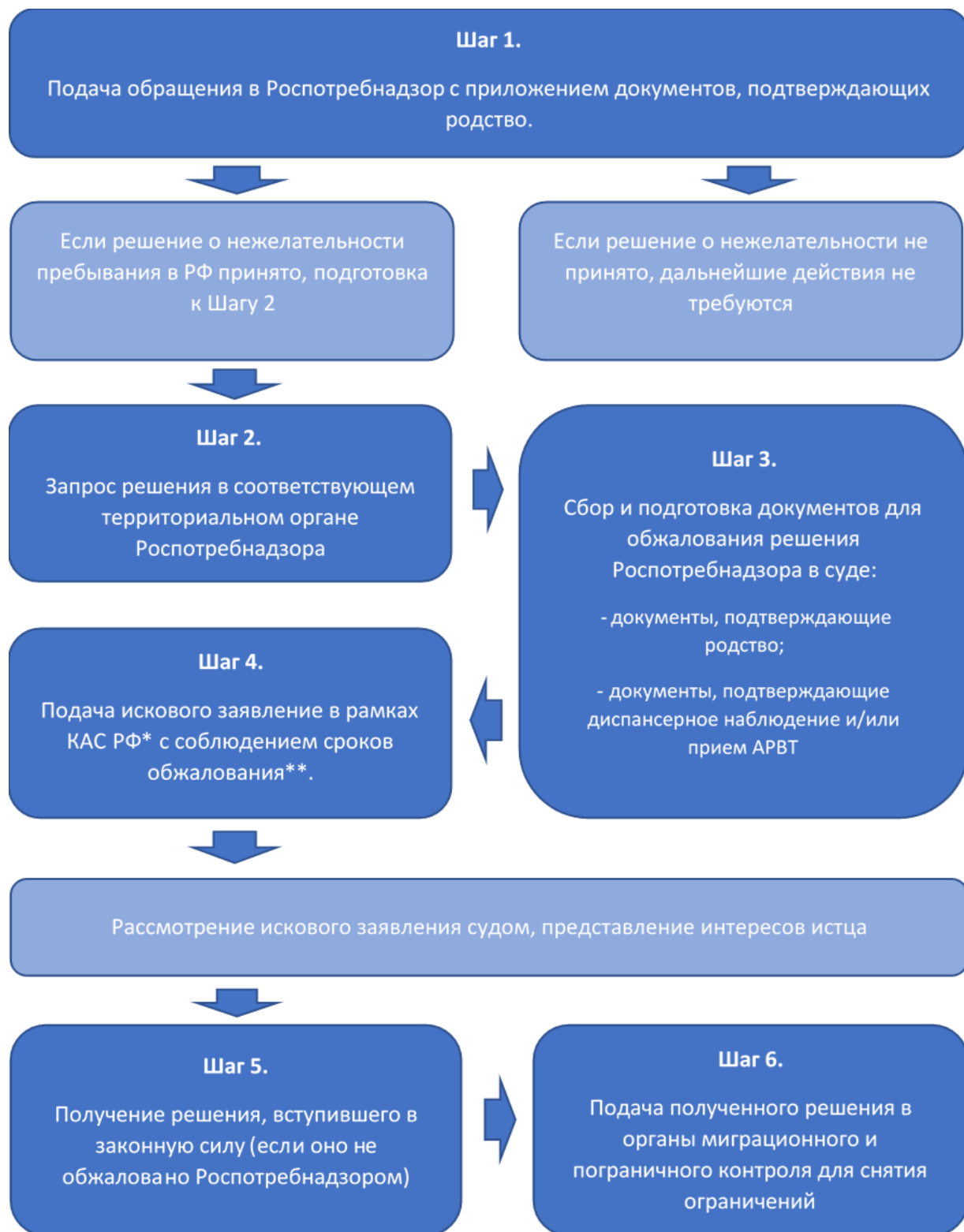
3.9. В течение последующих 12 месяцев оказание услуг по лечению ВИЧ-инфекции проводится в следующем порядке:

- консультации онлайн - каждые 3 месяца;
- предоставление пациентом результатов обследования в соответствии с назначением сотрудника ГУ «РЦ СПИД» и клиническим протоколом по АРТ;

3.10. Наряду с консультацией ответственного специалиста диспансерного отдела ГУ «РЦ СПИД», также за каждым пациентом закрепляется ответственный равный консультант из ГУ «РЦ СПИД», который оказывает следующие услуги:

- равное консультирование пациента посредством соцсетей;
- контроль приверженности к АРТ;
- содействие в подготовке всех необходимых документов для продолжения АРТ;
- содействие в подготовке, отправке и получении АРВП пациентом.

Приложение 2. Типовые действия в рамках правовой помощи гражданам с ВИЧ-инфекцией в состоянии миграции в РФ при наличии родственников-граждан РФ



* Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации

** Срок обжалования решения Роспотребнадзора составляет три месяца со дня его принятия, либо с того момента, когда иностранный гражданин официально об этом узнал.

Приложение 3. Путеводители для проведения полуструктурированных интервью

Приложение 3.1. Путеводитель для интервью со специалистами некоммерческого и государственного секторов стран ВЕЦА, участвующих в Механизме удаленной постановки на учет (представители Кыргызстана, Молдовы, Таджикистана, экспертов РЭГ)

Блок 1. Общая информация об эксперте

Название организации, профиль специалиста/специальность в организации, стаж в данной сфере, возраст.

Блок 2. Специфика организации

Расскажите, пожалуйста, о вашей организации: какой у нее профиль, как давно существует организация, кто основная целевая аудитория? Когда ваша организация начала работать с людьми в миграции?

проблема:

давайте поговорим сначала о том, почему нужна практика удаленной постановки на учет? какие проблемы эта практика решает?

Блок 3. Механизм удаленной постановки на учет

лучшая практика:

Когда и как ваша организация включилась в работу над удаленной постановкой мигрантов на учет в СПИД-центрах вашей страны? От кого вы узнали о такой возможности?

Какие еще организации вовлечены в эту работу в вашей стране?

Существовала ли какая-то подобная возможность в период эпидемии коронавирусной инфекции? Какие еще проекты помощи людям в миграции вы/ваша организация реализовала во время пандемии?

Какие официальные документы/приказы/алгоритмы/инструкции были разработаны в вашей стране/в вашей организации для внедрения этой практики?

результаты:

Можете ли вы сказать, сколько человек уже было поставлено на учет с помощью удаленного механизма в вашей стране / в вашей организации?

С какими барьерами и сложностями вы столкнулись или продолжаете сталкиваться в этой работе?

(уточнение и конкретизация: на этапе диагностики/сбора анализов, оценки результатов диагностики и консультирования пациентов, назначения схем АРВТ, обеспечения доступности препаратов, мониторинга приема терапии и анализов вирусной нагрузки.)

Какова ваша профессиональная (*вариант: и/или субъективная*) оценка того, как механизм удаленной постановки повлиял на здоровье, свободу передвижения, близкое окружение, экономическую активность и иные аспекты жизни пациентов? Можете ли привести примеры или личные истории?

На каких площадках вы/ваша организация презентовали и планируете презентовать результаты своей работы по внедрению практики удаленной постановки на учет?

Если вы/ваша организация делали публикации или презентации о данной практике, не могли бы Вы ими поделиться для нашего анализа?

перспективы:

Какие вы еще видите возможности развития этой практики в вашей стране? Что бы еще хотелось реализовать или как усовершенствовать механизм удаленной постановки на учет? что для этого нужно, чего не хватает?

В какие еще страны едут в трудовую (и иную) миграцию граждане вашей страны, помимо РФ? Есть ли возможности для развития/приспособления данной практики в отношениях с другими странами, для обмена опытом? Кто ваши самые активные партнеры в совместной работе над внедрением этой практики?

Блок 4. Завершение интервью

Есть ли среди рассказанного Вами информация, которую вы бы предпочли убрать из итогового транскрипта интервью?

Есть ли у Вас дополнительные вопросы или комментарии, которыми Вы хотите поделиться до того, как мы закончим интервью?

Большое спасибо!

Приложение 3.2. Путеводитель для интервью со специалистами некоммерческого и государственного секторов стран ВЕЦА, не участвующих в Механизме удаленной постановки на учет (в т.ч. для экспертов из российских учреждений)

Блок 1. Общая информация об эксперте

Название организации, профиль специалиста/специальность в организации, стаж в данной сфере, возраст.

Блок 2. Специфика организации

Расскажите, пожалуйста, о вашей организации: какой у нее профиль, как давно существует организация, кто основная целевая аудитория? Когда ваша организация начала работать с людьми в миграции?

Когда вы впервые услышали о попытках удаленной постановки на учет в связи с ВИЧ-инфекцией для людей, находящихся в миграции? Какова была ваша реакция?

Если отступить немного назад во времени, какие проекты помощи людям вы/ваша организация реализовала во время пандемии коронавирусной инфекции? Каковы были их результаты?

Блок 3. Механизм удаленной постановки на учет

лучшая практика:

Участвуете ли вы или ваша организация каким-либо образом в Механизме удаленной постановки на учет? Почему?

Каковы на ваш взгляд сложности (риски) и преимущества удаленной постановки? Как, по вашему мнению, она способна повлиять на здоровье, возможности передвижения, близкое окружение и экономическую активность людей в ситуации миграции?

Каковы, на ваш взгляд или по оценкам коллегам, основные аргументы ЗА и ПРОТИВ удаленной постановки на учет? Какие из них перевешивают?

Если представить, что будет принято принципиальное решение апробировать Механизм удаленной постановки, какие документы/приказы/алгоритмы/методички будет необходимо разработать в вашей стране/в вашей организации? Какие вы видите препятствия?

результаты:

Можете ли вы сказать, сколько человек уже было поставлено на учет с помощью удаленного механизма в вашей стране / в вашей организации? Какие результаты вы видите для пациентов?

Если вы/ваша организация делали публикации или презентации по данной или похожим практикам, не могли бы Вы ими поделиться для нашего анализа?

перспективы:

Какие вы еще видите возможности развития этой практики в вашей стране? В какие еще страны едут в трудовую (и иную) миграцию граждане вашей страны, помимо РФ? Есть ли возможности для развития/приспособления данной практики в отношениях с другими странами, для обмена опытом? Кто ваши самые активные партнеры в совместной работе над внедрением этой практики?

Блок 4. Завершение интервью

Есть ли среди рассказанного Вами информация, которую вы бы предпочли убрать из итогового транскрипта интервью?

Есть ли у Вас дополнительные вопросы или комментарии, которыми Вы хотите поделиться до того, как мы закончим интервью?

Большое спасибо!

Приложение 3.3. Путеводитель для интервью с представителями пациентского сообщества

Блок 1. Общая информация об информанте

Расскажите, пожалуйста, о себе. Сколько вам лет? Каково ваше образование и род занятий в родной стране? Семейный статус?

Как давно вы находитесь в ситуации миграции? Это ваш первый опыт переезда или вы уже жили и работали в другой стране до этого приезда?

Чем вам приходится заниматься? Как это соотносится с вашим уровнем образования и родом занятий в родной стране?

Расскажите о вашем окружении. Семья находится с вами? Есть ли люди, которые заботятся о вас, которым небезразлично, что вы делаете и что с вами происходит?

Как давно у вас ВИЧ-инфекция? Каким образом вы узнали о своем статусе? Какова была вирусная нагрузка на момент выявления? Как это изменило вашу жизнь?

Блок 2. Механизм удаленной постановки на учет

Как вы узнали о возможности удаленной постановки на учет в Центре СПИД вашей родной страны? Какова была ваша реакция?

Каков был ваш статус в связи с ВИЧ на этот момент (вирусная нагрузка, CD-4)? Имелись ли сочетанные заболевания?

Как проходил процесс удаленной постановки? С какими сложностями вы столкнулись и как их преодолевали?

(конкретизация: на этапе диагностики/сбора анализов, консультации с врачом, подбора схемы терапии, организации пересылки и получения препаратов)

Кто вам помогал и/или мешал в этом процессе? Как бы вы оценили эти действия?

Что сейчас происходит в вашей жизни в части наблюдения и получения терапии?

Произошли ли изменения в вирусной нагрузке? Насколько лучше или хуже вы стали себя чувствовать?

Насколько серьезно вы чувствуете угрозу депортации или иные угрозы в связи с ВИЧ-инфекцией? Можете ли вы пересекать границу, чтобы посещать свою страну?

Как удаленная постановка повлияла на вашу семью или близкое окружение?

Как удаленная постановка повлияла на возможности трудоустройства, выполнения тех или иных видов работ? Стало ли ваше материальное положение лучше или хуже? Чувствуете ли вы себя более защищенным юридически?

Готовы ли вы делиться информацией или помогать другим людям с ВИЧ-инфекцией и в ситуации миграции по поводу удаленной постановки на учет?

Блок 3. Завершение интервью

Есть ли среди рассказанного Вами информация, которую вы бы предпочли убрать из итогового транскрипта интервью?

Есть ли у Вас дополнительные вопросы или комментарии, которыми Вы хотите поделиться до того, как мы закончим интервью?

Большое спасибо!