



Региональная
экспертная группа
по здоровью мигрантов



EMPOWERING
& INNOVATIONS

Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов

**«ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ И ПОТРЕБНОСТЕЙ В
УСЛУГАХ В СВЯЗИ С ВИЧ
СРЕДИ ИНОСТРАННЫХ МИГРАНТОВ, ЖИВУЩИХ С
ВИЧ, В КАЗАХСТАНЕ»**

Аналитическая записка

Алматы, 2025

Публикация была создана и опубликована при поддержке регионального проекта «Устойчивость услуг для ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) — #iSoS: Расширение возможностей и инновации», реализуемого консорциумом организаций под управлением Альянса общественного здоровья при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Точки зрения, представленные в настоящем документе, принадлежат исключительно его авторам и могут не совпадать со взглядами или мнениями Альянса общественного здоровья и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

АББРЕВИАТУРЫ

АРТ – антиретровирусная терапия

БИЖВ - временно пребывающие в Казахстане беременные иностранки, живущие с ВИЧ

ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВНЖ – вид на жительство

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

ДКП – доконтактная профилактика

ЕАЭС – договор Евразийского экономического союза

КГН – ключевые группы населения в отношении риска инфицирования ВИЧ

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ЛУИН – люди, употребляющие инъекционные наркотики

МСМ – мужчины, практикующие секс с мужчинами

НПО – неправительственные организации

ОСМС – система обязательного социального медицинского страхования

ООН – Организация объединенных наций

РВП – разрешение на временное пребывание

РК – Республика Казахстан

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

СР – секс-работник

УИК – уникальный идентификационный код

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕЗЮМЕ АНАЛИЗА.....	4
1. Введение	7
2. Методы и процедуры	9
3. Результаты	12
3.1. Оценка численности в рамках кабинетного исследования.....	12
3.1.1. Люди, живущие с ВИЧ.....	12
3.1.1.1 Мигранты из России	12
3.1.1.2 Мигранты из Узбекистана.....	18
3.1.1.3 Мигранты из Таджикистана и Кыргызстана.....	20
3.1.2. Ключевые группы населения	23
3.2. Результаты экспертных интервью	26
3.2.1. Общая характеристика миграционных процессов глазами экспертов в области профилактики и лечения ВИЧ и представителями групп мигрантов	26
3.2.2. Ключевые группы среди мигрантов.....	28
3.2.3. Доступ к тестированию на ВИЧ.....	30
3.2.4. ВИЧ-инфекция среди мигрантов: оценка численности и организация лечения.....	31
4. Заключение.....	35
5. Рекомендации.....	37
6. Ограничения	38
7. Приложения	39
Приложение 1. <i>Дополнительные материалы</i> . Аналитическая записка «Изучение возможностей для обеспечения из государственного финансирования антиретровирусной терапией и мониторингом лечения для беременных иностранок с ВИЧ, проживающих на территории Казахстана в период беременности».....	39
Приложение 2. Расчет показателей ЛЖВ по используемой методологии	43

РЕЗЮМЕ АНАЛИЗА

Аналитическая записка посвящена оценке численности иностранных мигрантов, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения (КГН), а также анализу барьеров доступа мигрантов к услугам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Фокус анализа направлен на мигрантов из четырех стран региона ВЕЦА: Кыргызстана, России, Таджикистана и Узбекистана. Данные страны (за исключением Таджикистана) имеют общую границу с Казахстаном, из них идет основной поток мигрантов, при этом из Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана наблюдается тренд на увеличение числа трудовых мигрантов.

Анализ проводился с использованием методологии экспресс-оценки, сочетающей кабинетный анализ и полуструктурированные интервью. Кабинетная часть включала сопоставление данных о распространенности ВИЧ и численности ключевых уязвимых групп в странах исхода с данными о мигрантах в Казахстане, а также расчёты потенциальной численности ЛЖВ с поправками на недоучёт и мобильность. Интервью с мигрантами и экспертами из НПО и государственных учреждений (N=16) позволили уточнить реальные миграционные практики, особенности доступа к тестированию и лечению, а также социальные детерминанты уязвимости.

Миграционные процессы в Казахстане остаются динамичными и неоднородными. Для мигрантов из Узбекистана, Кыргызстана и Таджикистана характерно значительное разнообразие миграционных практик: маятниковая миграция, сезонные перемещения и высокая доля недокументированных работников. Всё это существенно затрудняет оценку масштабов миграции. По данным Агентства по миграции Узбекистана, число граждан этой страны, находящихся в Казахстане, может значительно превышать число, зафиксированное в официальной статистике. Аналогично оценки аналитических центров, работающих с рынком труда Казахстана, указывают на существенно более высокие цифры по числу мигрантов из Кыргызстана и Таджикистана, чем приводят официальные данные. После 2022 г. резко вырос поток мигрантов из России, многие из которых рассматривают Казахстан как временное убежище или транзитный пункт. В этой группе преобладают молодые мужчины, что заметно влияет на её эпидемиологическую структуру.

Ещё раз отметим, что из-за сложного доступа к полной миграционной статистике оценить контингент мигрантов (количество и состав на определенный момент времени) трудно; так по состоянию на середину 2025 г. в Казахстане проживает постоянно около 212 тыс. иностранных граждан и 430 тыс. иностранцев имеет РВП – итого 642 тыс.¹ Достоверные оценки количества недокументированных мигрантов на территории Казахстана или людей, вовлеченных в маятниковую миграцию и длительное время пребывающих на территории Казахстана, в настоящее время недоступны. В то же время данная подгруппа может вносить существенный вклад в эпидемическую динамику.

Оценка численности ЛЖВ среди мигрантов указывает на существенно более высокие показатели по сравнению с официально зарегистрированными случаями. В целом в Казахстане может проживать порядка 800–900 ЛЖВ-мигрантов из четырех основных

¹ К сожалению, получить данные из первоисточников не представляется возможным (закрытые данные с неявной процедурой запроса, открытые данные есть только по постоянной миграции и выданным ВНЖ), поэтому информация получена из правительственных пресс-релизов в обработке СМИ, например, https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-inostrantsev-v-kazahstane-mvd-predstavilo-statistiku-575992/ при этом полученные данные могут расходиться с другими https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/pochti-800-tyisyach-inostrantsev-poluchili-rvp-v-kazahstane-575973/, по которым за год выдается около 800 тыс. РВП. Опять же вероятно противоречий между цифрами нет, так как РВП могут истекать в течение года, а численность постоянно находящихся получателей быть существенно меньше.

стран исхода (Кыргызстан, Россия, Таджикистан, Узбекистан), при этом верхняя граница оценок достигает более 1 600 человек. Для граждан Узбекистана оценка числа мигрантов с ВИЧ, проживающих в Казахстане, составляет 79–806 человек, Таджикистана - до 93 человек, а из Кыргызстана – ориентировочно до 131. Для мигрантов с ВИЧ из России расчетный диапазон составляет 216–818 человек.

Согласно данным расчетам, оценочное число ЛЖВ только из изучаемых четырех стран составит по верхней оценке в районе 1 850 человек (более 1600 только по России и Узбекистану). Эти оценки по четырем странам выше данных миграционной службы обо всех известных находящихся в Республике Казахстан ЛЖВ иностранных мигрантов. Данное число включает как тех, кто живет с известным статусом, но не проходил тестирование на ВИЧ в Казахстане, так и ЛЖВ, не знающих свой положительный статус. Отметим, что по статистике вновь выявленных случаев на прочие страны приходится от 12 до 20% (в зависимости от года наблюдения). Таким образом, ещё в Казахстане может находиться 250-450 мигрантов, живущих с ВИЧ.

Мигранты из числа КГН составляют дополнительный значимый сегмент уязвимости. Среди мигрантов из Узбекистана заметны секс-работницы, ЛУИН и МСМ. Для многих КГН Казахстан воспринимается как более безопасное пространство по сравнению со странами исхода. Среди российских мигрантов особенно заметны МСМ, что связано с вытесняющими факторами в стране исхода. Детальные подсчеты количества мигрантов из числа ключевых групп приведены на стр. 23 данного отчета.

Ключевыми социальными детерминантами уязвимости выступают недокументированный статус и страх депортации, отсутствие стабильной занятости, низкая осведомленность о ВИЧ и мерах профилактики в целом, а также о системе оказания помощи при ВИЧ в Казахстане. Кроме того, значительная часть мигрантов опасается разглашения данных о состоянии здоровья и своей принадлежности к КГН как в принимающей стране, так и на родине, а также сталкивается с языковыми барьерами. В таких условиях проблемы здоровья зачастую не являются приоритетом, а доступ к профилактике и лечению остается ограниченным.

Доступ к терапии для мигрантов без ВНЖ не унифицирован и может осуществляться в разных форматах, каждый из которых имеет свои ограничения (терапия за счет средств Глобального Фонда, аптечки взаимопомощи, пересылка препаратов из страны исхода). **Фактически доступ к терапии во многом зависит от личной инициативы, социальных навыков и связей с НПО, из-за чего доступ остается ситуативным, недостаточно прозрачным и устойчивым и в большей степени достигается наиболее мотивированными и социально адаптированными мигрантами.** Несмотря на отсутствие депортации и право на бесплатную помощь для обладателей ВНЖ, анализ показывает, что обязательный тест на ВИЧ и представление мигрантов и ряда специалистов о том, что положительный тест будет затруднять возможность получения ВНЖ, препятствуют легализации части ВИЧ-положительных мигрантов. Низкий уровень информированности, страх раскрытия данных и недоверие к государственным структурам дополнительно препятствуют обращению за помощью.

Отдельную уязвимую группу составляют беременные иностранки с ВИЧ, временно пребывающие в Казахстане, нуждающейся в особой защите в связи с риском передачи инфекции плоду или ребенку. Обеспечение их прав на медицинскую помощь, включая лечение ВИЧ-инфекции, является важным аспектом соблюдения прав человека, включая как доступ к антиретровирусной терапии, так и профилактические меры для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку. Хотя фактически в стране изыскиваются

возможности для предоставления терапии на ранних сроках беременности, по закону беременные иностранки получают АРВ только на этапе родовспоможения (см. прил. 1).

Исходя из полученных результатов, рекомендуется развивать специализированные программы для мигрантов, обеспечивая реальный доступ к медицинским услугам, устранение практик отказа в выдаче ВНЖ из-за ВИЧ-статуса или слухов о наличии подобных и расширение профилактических сервисов и тестирования мигрантов. Важно также улучшить систему сбора данных о миграции, в том числе на основе данных, собираемых неправительственными организациями, чтобы учитывать не только общее количество мигрантов, но и численность представителей ключевых групп.

Международным и частным донорским структурам, включая Глобальный фонд, рекомендуется расширять охват мигрантов без ВНЖ, усиливать программы тестирования, профилактики и информирования, а также формировать устойчивые механизмы обеспечения АРТ для иностранных граждан, в том числе беременных женщин с ВИЧ.

Ограничениями представленного анализа являются неполнота миграционных данных, отсутствие эпидемиологических оценок по ряду стран и в целом ограниченный массив полученных данных. Однако полученные результаты консистентны, подчеркивают значимость мигрантов в Республике Казахстан в контексте эпидемии ВИЧ и необходимость системных мер по укреплению доступа мигрантов к услугам, связанным с ВИЧ.

1. Введение

Республика Казахстан, принимающая большое количество иностранных мигрантов, является одной из стран ВЕЦА с наиболее передовой и гуманной политикой в сфере обеспечения доступа мигрантов к лечению ВИЧ-инфекции. Иностранные мигранты, живущие с ВИЧ, не депортируются из страны. С 2020 г. с выходом новой редакции Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» иностранные граждане, в том числе живущие с ВИЧ, постоянно проживающие в Казахстане и имеющие вид на жительство, имеют право на бесплатную медицинскую помощь в рамках Государственного гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Однако, согласно проведенному анализу по определению законодательных и финансовых барьеров в получении медицинской помощи², несмотря на законодательно установленную возможность получения вида на жительство, гарантирующего бесплатную медицинскую помощь мигрантам с ВИЧ, иностранные граждане должны пройти тест на ВИЧ. Положительный результат впоследствии становится барьером при подаче документов в миграционную службу — сотрудники отказываются принимать у таких иностранцев документы на получение вида на жительство. По данным исследований, проведенных Региональной экспертной группой по здоровью мигрантов³, при получении положительного ВИЧ-статуса мигранты далеко не всегда имеют возможность вернуться в родную страну, встать на медицинский учет и начать получать лечение наравне с другими гражданами страны в силу как экономических, так социальных и психологических причин.

По состоянию на 30.06.2025 87 человек с ВНЖ получают АРВ в Казахстане, еще 172 иностранца с ВИЧ получают АРТ в рамках проекта Глобального фонда. Таким образом, непосредственно за счет ресурсов Казахстана получают терапию 259 мигрантов⁴. Другие мигранты могут не иметь доступа к АРТ на территории Казахстана: отсутствие препаратов в аптечной сети не позволяет приобретать ее даже на платной основе.

Было также выявлено⁵, что ценность сохранения здоровья у мигрантов не является приоритетом на фоне трудностей с легализацией, поиском стабильного заработка и других задач. Предыдущие аналитические данные оценивали ситуацию в Казахстане на период 2020-2021 гг. Однако, начиная с 2022 г. структура миграции в регион изменилась⁶ — появилось большое количество мигрантов из России — страны с высокой распространенностью ВИЧ как среди общего населения, так и среди ключевых групп (людей, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, практикующих сексуальные контакты с мужчинами и пр.). На сегодняшний день отсутствуют какие-либо оценки количества мигрантов в Казахстане, живущих с ВИЧ или обладающих потребностями в профилактике ВИЧ-инфекции в связи с принадлежностью к ключевым группам населения.

² «Ситуационный и экономический анализ предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан-мигрантов в республике Казахстан». РЭГ, 2022 https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/06/STUDY_Kazakhstan_RUS.pdf

³ «Ситуационный анализ по вопросам предоставления услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан – мигрантов в РФ». РЭГ, 2021. Стр. 18-22. https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/10/SITUATIONNYJ_ANALIZ.pdf

⁴ «Страновой отчет – Глобальный мониторинг эпидемии СПИД в Республике Казахстан за 2023 год». Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, 2024. Стр. 9 <https://kncdiz.kz/files/00013839.pdf>; [Внутренняя статистика Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний, 2025 \(предоставлена по запросу\)](#)

⁵ См., например, «Женское здоровье и ВИЧ в контексте миграции в РФ», РЭГ, 2022 https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2022/09/Zhenskoe_Zdorovie_RUS_FINAL_20.09.pdf

⁶ Динамические таблицы миграции населения. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/demography/publications/158501/>

Узбекистан, Кыргызстан и Таджикистан играют в миграционном притоке в Казахстан все более существенную роль, что видно как на данных Бюро национальной статистики Казахстана, так и из отчетов национальных статистических органов и мониторингов рынка труда.

Данная аналитическая записка сфокусирована на оценке числа случаев ВИЧ среди иностранных мигрантов в Казахстане и определении барьеров в доступе к услугам в связи с ВИЧ, с которыми сталкиваются иностранные мигранты, проживающие в Казахстане.

Полученные в результате экспресс-оценки данные позволят сформулировать рекомендации для донорских организаций, НПО и государственных органов для улучшения доступа мигрантов к услугам в связи с ВИЧ.

2. Методы и процедуры

Анализ данных проводился с использованием **методологии экспресс-оценки (rapid situational assessment)**: сочетании количественных и качественных методов сбора первичных и вторичных данных для оперативного анализа масштабов, характера и тенденций в конкретной области⁷. Скорость и простота оценки особенно важна в исследовании миграционных процессов, поскольку они высоко подвержены внешним влияниям и данные могут быстро устаревать.

Представленный анализ основан на сочетании двух эмпирических методов:

1. *Кабинетное исследование*

Оценка численности мигрантов была проведена в рамках кабинетного исследования. Используются два основных метода:

Метод 1. Оценка количества ЛЖВ и КП на основе данных о распространенности ВИЧ и численности особо уязвимых групп в странах исхода. Данные о распространенности целевых показателей в странах исхода сопоставляются с количеством мигрантов из данных стран на территории Казахстана. Данная оценка строится на допущении, что распространенность ВИЧ-инфекции среди этой группы такая же, как в подобной половозрастной когорте в стране исхода.

Метод 2. Оценка количества ЛЖВ на основе данных о количестве мигрантов, получающих АРВ терапию.

Основываясь на допущении, что доля получателей АРВ среди мигрантов с ВИЧ сопоставима с охватом в стране исхода или приема, данные о количестве получателей АРВ среди мигрантов также использовались для оценки численности мигрантов ЛЖВ. В итоге мы исходим из 3 возможных вариантов:

- 2.1. Доля получателей АРВ среди мигрантов-ЛЖВ аналогична показателю в стране исхода
- 2.2. Доля получателей АРВ среди мигрантов-ЛЖВ аналогична показателю в стране приема
- 2.3. В Казахстане получают АРВ только те, кто не получает в стране приема.

Более подробно методика расчетов представлена в Приложении 2.

Так как данные допущения могут быть неверны, при расчете итоговых оценок были внесены поправки на основе данных, полученных из полуструктурированных интервью. Примером таких данных может служить информация о факторе мобильности (mobility factor) — наличии большей или меньшей вероятности у людей из числа ЛЖВ или других ключевых групп мигрировать из отдельных стран исхода в Казахстан по сравнению с людьми без ВИЧ, особенностях охвата АРВ мигрантов из разных стран исхода. Также данные интервью были использованы для верификации данных и о знаменателе на основе дополнительных данных о потенциальном объеме «скрытой» миграции (не учтенной в официальной статистике).

Подобный методический подход к экспресс-оценке ранее был успешно использован для экспресс-оценки численности украинских беженцев, употребляющих наркотики⁸, а также

⁷ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (1999) Drug abuse rapid situation assessment and responses. Report, ODCCP Studies on Drugs and Crime Guidelines, Vienna

https://www.unodc.org/pdf/report_1999-03-31_1.pdf

⁸ EMCDDA. Responsiveness and preparedness in addressing drug-related needs of displaced Ukrainians in EU countries bordering Ukraine 2022. Doi: 10.2810/847636 https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/emcdda-trendspotter-briefing-ukraine_en

оценка численности ЛЖВ и ключевых групп среди мигрантов в Армении⁹.

2. **Полуструктурированные интервью** с экспертами и мигрантами из соседних стран, приехавшими и находящимися на территории Казахстана.

В рамках исследования была проведена серия экспертных интервью с сотрудниками медицинских и социальных государственных и неправительственных организаций в Казахстане и мигрантами из различных стран, находящимися на территории Казахстана, живущими с ВИЧ и/или принадлежащими к одной из ключевых групп.

В рамках проекта были проведены 9 интервью с экспертами из пяти городов Казахстана, в том числе пять интервью с представителями НПО и четыре – с представителями государственных медицинских организаций, ответственных за организацию лечения ВИЧ-инфекции (Табл.1). Кроме того, были собраны интервью с семью мигрантами, живущими с ВИЧ или принадлежавшими к ключевым группам из трех различных стран.

Интервью проводились в Казахстане с помощью видео связи и в дальнейшем были транскрибированы машинным методом.

Протокол и методические материалы экспресс-оценки были предварительно рассмотрены Локальной комиссией по биоэтике НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

Таблица 1. Состав участников интервью

№	Тип	Тип организации	Целевая группа	Регион
1	Эксперт	НПО	ЛЖВ, КГН	Астана
2	Эксперт	НПО	КГН, уязвимые группы по туберкулезу, репродуктивные права	Талдыкорган
3	Эксперт	НПО	МСМ и другие КГН	Алматы
4	Эксперт	НПО	КГН	Караганда
5	Эксперт	ГО, организация медицинской помощи в связи с ВИЧ	ЛЖВ	Астана
6	Эксперт	ГО, организация медицинской помощи в связи с ВИЧ	ЛЖВ	Алматы
7	Эксперт	ГО, организация медицинской помощи в связи с ВИЧ	ЛЖВ	Алматы
8	Эксперт	ГО, организация медицинской помощи в связи с ВИЧ	ЛЖВ	Алматы
9	Эксперт	НПО	МСМ, ЛЖВ, другие уязвимые группы	Шымкент

⁹ Population size estimate and assessment of needs in HIV among PLHIV and KP foreign migrant in Armenia https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2025/02/Annex_11.3.5_Armenia_Study_Foreign_migrants_HIV_size_estimation_ENG-3.pdf

№	Тип	Гражданство	Пол	Целевая группа	Год переезда в Казахстан
1	Мигрант	Россия	Мужской	МСМ, ЛЖВ, рекреационное употребление наркотиков	2022
2	Мигрант	Россия	Мужской	МСМ, ЛЖВ	2025
3	Мигрант	Туркменистан	Мужской	ЛЖВ	2011
4	Мигрант	Узбекистан	Трансгендерная женщина		2025
5	Мигрант	Россия	Мужской	ЛЖВ	2017
6	Мигрант	Узбекистан	Мужчина	ЛЖВ	2005
7	Мигрант	Россия	Мужчина	МСМ	2012

Интервью были проведены только с информантами, которые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, запись интервью также проводилась лишь в случае согласия на это респондента. Для сохранения анонимности участников информированное согласие было устным и было подписано только интервьюером. Информанты не получали материального вознаграждения за участие в интервью.

3. Результаты

3.1. Оценка численности в рамках кабинетного исследования

Важно заметить, что показатели численности мигрантов, необходимые для расчета ЛЖВ по одному из способов, отличаются от страны к стране и поэтому приводятся в конкретных страновых разделах ниже. Приведенные в Демографических ежегодниках Казахстана цифры для стран с безвизовыми режимами не отражают полной картины миграции, поэтому в каждом отдельном случае нуждаются в дополнении.

3.1.1. Люди, живущие с ВИЧ

Данные официальной статистики с учетом поправок

Число выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан в Республике Казахстан доступно по запросу и составляет следующие числа (Табл.2).

Таблица 2. Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции в Казахстане среди иностранных граждан

	Всего	Гражданство									
		Абсолютные цифры					%				
		Россия	Узбекистан	Таджикистан	Кыргызстан	Прочие	Россия	Узбекистан	Таджикистан	Кыргызстан	Прочие
2019	131	52	49	8	4	18	39.7%	37.4%	6.1%	3.1%	13.7%
2020	114	47	39	9	6	13	41.2%	34.2%	7.9%	5.3%	11.4%
2021	97	26	39	6	10	16	26.8%	40.2%	6.2%	10.3%	16.5%
2022	102	35	34	6	6	21	34.3%	33.3%	5.9%	5.9%	20.6%
2023	145	55	46	12	7	25	37.9%	31.7%	8.3%	4.8%	17.2%
2024	171	48	61	19	9	34	28.1%	35.7%	11.1%	5.3%	19.9%
1 кв 2025	109	29	45	15	6	14	26.2%	41.3%	13.8%	5.5%	12.8%
Итого	869	292	313	75	48	141					

Кроме того, в рамках проекта «Здоровье мигрантов-2: расширение модели профилактики ВИЧ-инфекции среди мигрантов в регионе ВЕЦА» (Далее «Здоровье мигрантов-2»), реализуемого в Казахстане ОФ «Ден Соолук Нуру» и ОФ «Коммьюнити Френдз», за период 02.2024–08.2025 гг. зарегистрировано 82 мигранта с уже подтвержденным ранее диагнозом ВИЧ-инфекция, которые, вероятно, не попали в данную статистику.

3.1.1.1 Мигранты из России

На граждан России приходится в зависимости от года от 27% до 41% всех вновь выявленных случаев среди иностранцев. За период 2022-2024 гг. было выявлено 138 новых случаев среди россиян, а ещё 29 уже в первой половине 2025 года. До начала волны релокации россиян в Казахстан за сопоставимый период 2019-2021 гг. было выявлено 125 случаев (цифры практически не отличаются). На первый взгляд волна миграции из России не привела к росту выявленных случаев, но необходимо более подробно рассмотреть статистику.

Официальные цифры могут быть использованы с оговоркой, что мы точно не знаем, сколько из них уже покинуло Казахстан. Известно, что среди кумулятивно зарегистрированных за весь период наблюдения ЛЖВ с иностранным гражданством нет

информации о выбытии за пределы Республики Казахстан у 711-ти ЛЖВ. По данным исследователей OutRush¹⁰, около 37% мигрантов из России, переехавших в Казахстан, сменило место жительства между волнами 2023 и 2024 гг. и 40% хотят уехать. То есть, например, совокупность в 167 человек (прибывшие в 2022-25 гг.) сократится на треть, составив 100, но желание уехать не означает возможность, поэтому для получения более надежных оценок важно использовать дополнительные методики расчета.

Методы оценок

На основании охвата АРТ

Важной цифрой, на основании которой можно произвести расчет, является число получающих АРТ. Если сложить число получателей с российским гражданством с казахстанским ВНЖ и без него, то получится цифра 45 (с ВНЖ) + 91 (без ВНЖ) = 136 (52,5% от всех получателей-иностранцев) по состоянию на 30.06.2025. Полные цифры приведены в Табл.3.

Таблица 3. Количество ЛЖВ, получающих АРТ на 30.06.2025

	Кыргызстан	Россия	Узбекистан	Таджикистан	Прочие	Итого
Получатели с ВНЖ	10	45	16	4	12	87
Получатели из средств ГФ	8	91	39	0	34	172
Всего	18	136	55	4	46	259

Рассчитаем возможное число ЛЖВ, исходя из числа получателей АРТ. Подробнее данная формула приводится в Прил.2. Наши базовые рассуждения следующие: в России¹¹ общая доля получателей составляет примерно 62,9% от ЛЖВ, а в Казахстане¹² 73,8%. Таким образом, если применить данные пропорции к получателям АРТ среди россиян в Казахстане, можно определить нижнее значение численности ЛЖВ среди мигрантов (как число ЛЖВ получателей АРТ и число тех, кто свой статус не знает или АРТ не получает, то есть полная совокупность – 100%). Мы разделим 136 на долю получателей АРТ, в итоге: рассчитываем на 216 случаев, если пропорция «российская» (62,9% - мигранты сохраняют особенности страны-исхода) и 184, если пропорция «казахстанская» (73,8% мигранты сохраняют особенности страны-приема). Можно ли использовать данные цифры как минимальные значения? Скорее всего, да, но необходимы дополнительные цифры для получения полной картины.

Предположим, что получатели АРТ в России и так получают терапию из России, даже находясь в Казахстане, а ЛЖВ с российским гражданством, которые получают АРТ в Казахстане через ГФ, в России в число получателей как раз не входили. Следовательно, мы можем воспользоваться соотношением доли получателей к доле не получающих терапию в стране исхода (в данном случае в России) для расчета числа «скрытых» ЛЖВ, которые не видны в казахстанской статистике, так как получают терапию в России. Более подробно формула представлена в Прил. 2.

¹⁰ <https://en.thebell.io/are-russias-war-emigrants-heading-home/> — ссылка из СМИ, оригинальные материалы из доклада Outrush https://outrush.io/report_march_2025

¹¹ <https://zdravresource.ru/news/ohvat-meditsinskoj-pomoshhyu-i-antiretrovirusnoj-terapij-licz-inficzirovannyh-vich-v-rossii-v-2024-godu/> на основании доклада «Результаты обследования населения Российской Федерации на антитела к ВИЧ в 2014–2023 гг.» — Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Соколова

¹² <https://kncdiz.kz/ru/news/item/9681/> 90% из знающих статус получает АРТ, а статус знают 82%.

$$ЛЖВ_{скр} = \frac{\% \text{ получающих АРТ}_{рф}}{\% \text{ НЕ получающих АРТ}_{рф}} * \text{Число получающих АРТ}_{Каз}$$

Таким образом, мы определяем (при охвате АРТ как в России – 62,9%, с учетом не знающих свой статус), что на 136 получателей АРТ в ГФ в Казахстане находится еще 80 не получающих терапию ЛЖВ в Казахстане и 231 получатель АРТ из России. Итого 447 человек – эта оценка будет средней по российским мигрантам. Если мы рассмотрим охват АРТ как в Казахстане (более высокий – 73,8% с поправкой на не знающих свой статус), то в сторону повышения изменятся и цифры – 511.

Итоговое число ЛЖВ среди мигрантов из России, рассчитанное по данному методу, составит 447-511. Это будет средняя оценка.

На основании распространенности ВИЧ среди мигрантов на уровне страны происхождения

Следующим шагом является оценка на основе нашей модели потенциального числа людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане среди граждан России. Для этого нам необходимы данные о возрастном распределении числа мигрантов, прибывающих в Казахстане, а также их примерное возрастное распределение.

Чтобы оценить количество ЛЖВ среди российских мигрантов, мы исходили из предположения, что распространённость ВИЧ среди них такая же, как в стране их происхождения.

Информация о распространённости ВИЧ в России доступна на ресурсе <http://www.hivrussia.ru/>. Согласно этим данным, к концу 2023 г. распространённость инфекции составляла 0,8% от всего населения. Тем не менее, уровень распространённости ВИЧ отличается в зависимости от возрастной группы и пола. Поэтому мы используем данные о распространённости по пятилетним возрастным группам из отчёта за 2022 г. (см. Табл.4) и пересчитываем их в соответствии с возрастными группами российских мигрантов.

Таблица 4. Распространенность ВИЧ-инфекции в России по возрастным группам, %

Возраст	Оба пола	Мужчины	Женщины
0-4	0.02%	0.01%	0.02%
5-9	0.03%	0.03%	0.03%
10-14	0.04%	0.04%	0.04%
15-19	0.06%	0.05%	0.07%
20-24	0.21%	0.17%	0.25%
25-29	0.56%	0.52%	0.61%
30-34	1.27%	1.31%	1.22%
35-39	2.25%	2.54%	1.96%
40-44	2.73%	3.65%	1.86%
45-49	1.70%	2.41%	1.05%
50-54	0.85%	1.16%	0.59%
55-59	0.42%	0.57%	0.31%
60-64	0.24%	0.33%	0.17%
65-69	0.15%	0.22%	0.10%
70+	0.06%	0.11%	0.04%

Рассмотрим распределение по возрастной структуре выявленных случаев среди иностранцев¹³ (усредненный показатель за 2022-2024 гг.) (Табл.5).

Таблица 5. Половозрастное распределение ЛЖВ среди иностранцев в Казахстане

Возраст	Оба пола	Мужчины	Женщины
0-14	0.2%	0.3%	0.0%
15-19	1.7%	1.3%	2.6%
20-24	6.2%	5.6%	7.9%
25-29	14.1%	16.1%	8.8%
30-34	14.6%	14.5%	14.9%
35-39	18.9%	19.4%	17.5%
40-44	16.3%	15.5%	18.4%
45-49	10.3%	10.2%	10.5%
>50	17.7%	17.1%	19.3%

Основной проблемой будет определение численности российских мигрантов в Казахстане. Максимальным количеством потенциальных иммигрантов из России, живущих в Казахстане, на начало 2024 г. может быть 80 000¹⁴. Однако, принимая во внимание данные Outrush о довольно коротких планах россиян по поводу Казахстана в настоящий момент, цифра может быть ниже, так как возможный приток в 2024-25 гг. не перекрывал их оттока в другие страны. Снизим цифру примерно на 25% и получим 60 000. На ее основании будем считать верхнюю границу.

Однако подтвердить эти цифры с помощью других открытых показателей крайне проблематично. Например, данные Бюро национальной статистики о миграции выглядят следующим образом. Общее сальдо миграции с Россией за период 2022-24 гг. составит 14 318¹⁵. То есть в миграционном обмене с Россией Казахстан продолжает терять население, хоть и в меньшем количестве, чем, например, в доковидные 2018-2019 гг. (среднее сальдо составляло 34.5 тыс.), а с учетом ковидных 2020-21 гг. среднее сальдо за 4 года составило бы 28.5 тыс. Дело в том, что из Казахстана в Россию продолжает выезжать этнически русское население, а из России в Казахстан продолжают въезжать дополнительно этнические казахи. Таким образом, из-за наличия этих потоков, а также свободной процедуре перемещения через границу, открытые статистические данные о миграции не смогут в полной мере (как это было бы возможно в стране с более жестким миграционным режимом с Россией, например, в Грузии) оценить численность релокантов из России без дополнительных допущений и поправок.

Ситуацию можно было бы решить с помощью данных о РВП или пересечений границы (как это делается при расчете показателей миграции в Армению, ещё одной стране с очень либеральным режимом пересечения границ для россиян), однако, к сожалению, эти данные находятся в ведении КНБ (Комитета национальной безопасности), и доступ к ним затруднен.

Статистика по выданным длительным ВНЖ показывает, что в 2022-24 гг. гражданам России было выдано 20 846, этническим русским (из всех стран) – 16 424, русским из России – 13 453. Тем не менее, данные цифры вряд ли следует рассматривать как минимальные

¹³ К сожалению, мы не располагаем данными по половозрастному составу ЛЖВ в зависимости от гражданства и видим только общую картину.

¹⁴ Число, представленное в публикации the Bell <https://thebell.io/posle-nachala-voyny-iz-rossii-uekhali-i-nevernulis-bolshe-700-tysyach-chelovek-issledovanie-the-bell>

¹⁵ Цифры по миграции в Казахстан представлены по данным официальных данных Бюро национальной статистики Казахстана «Демографический ежегодник Казахстана 2025».

значения, так как многие продолжают жить в Казахстане по РВП или делают визаран (visa-run). По официальной статистике, всего из России в Казахстан за период с 2022 по 2024 гг. въехало около 25,5 тыс. человек. Использовать аналогию с Арменией крайне сложно, так как там при оценке численности релокантов на 2024 г. в 80 тыс. по верхней границе (а по некоторым смелым данным до 110 тыс.) за 2022-24 было выдано около 5 000 длительных ВНЖ. В таком случае в Казахстане проживало бы 300-350 тыс. Россиян. Вероятно, часть ВНЖ выдана переехавшим достаточно давно, возможно некоторые получали его 2 раза.

Таким образом, на настоящий момент признаем наиболее близкой к достоверной численность россиян в Казахстане в районе 60 000. Распределение по полу и возрасту возьмем как в статистике по числу прибывших из России в Казахстан за 2022-24 гг. По полу: 64% мужчины и 36% женщины, распределение по возрасту представлено в Табл.6. Важным допущением является тот факт, что в открытой официальной статистике Казахстана (см. Демографические ежегодники), половозрастной состав мигрантов по странам не приводится, он есть только по укрупненным категориям, для наших случаев (и Россия, и Узбекистан), мы будем использовать распределение для мигрантов по странам СНГ.

Таблица 6. Распределение по возрасту и полу иммигрантов из России (всех стран СНГ) в Казахстане (средняя 2022-2024 гг.), %

Возраст	Мужчины	Женщины
0-4	0.8%	0.9%
5-9	0.8%	1.0%
10-14	1.0%	1.1%
15-19	8.4%	7.8%
20-24	11.0%	11.0%
25-29	13.9%	12.2%
30-34	16.1%	12.9%
35-39	14.8%	12.3%
40-44	10.4%	9.1%
45-49	7.1%	7.5%
50-54	4.6%	5.8%
55-59	3.7%	5.5%
60-64	3.4%	5.5%
65-69	2.2%	3.4%
70+	1.9%	4.0%

На следующем этапе рассчитаем потенциальное число ЛЖВ в Казахстане среди мигрантов из России, используя данные Табл.4.

Таблица 7. Распределение ЛЖВ, при использовании данных о заболеваемости в России

Возраст	Мужчины	Женщины
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	0
15-19	2	1
20-24	7	6
25-29	28	16
30-34	81	34
35-39	144	52
40-44	145	36
45-49	66	17
50-54	21	7
55-59	8	4
60-64	4	2
65-69	2	1
70+	1	0
Всего	509	177

Из Табл.7 видно, что при использовании данного метода потенциальная численность ЛЖВ будет находиться на уровне 686 человек (74% женщин и 26% мужчин).

Однако распределение по возрасту получится не совсем соответствующим распределению из Табл.7. В Табл.8 посчитаем распределение ЛЖВ по возрастам при использовании нашего метода.

Таблица 8. Половозрастное распределение ЛЖВ среди россиян

Возраст	Мужчины	Женщины
Распределение по структуре ЛЖВ в России		
0-14	0.05%	0.11%
15-19	0.32%	0.67%
20-24	1.41%	3.35%
25-29	5.44%	9.07%
30-34	15.89%	19.21%
35-39	28.36%	29.46%
40-44	28.56%	20.54%
45-49	12.98%	9.58%
50+	7.00%	8.01%

Отметим, что распределение для россиян указывает на более молодую возрастную структуру ЛЖВ (действительно, релоканты из России были довольно молодыми), но схожее распределение по полу.

Изменения расчетной численности ЛЖВ в зависимости от оценочного численности мигрантов также приведены в Прил. 2 (см. Табл. 13).

3.1.1.2 Мигранты из Узбекистана

Количество выявленных случаев ВИЧ у находящихся на территории Казахстана граждан Узбекистана превышает аналогичный показатель у граждан России за период 2019- начало 2025 года (см. Табл.2) и, исходя из данных качественных интервью, ожидается, что Узбекистан может вскоре занимать уверенное первое место среди стран происхождения мигрантов с выявленным ВИЧ-положительным статусом.

Отметим, что в рамках проекта «Здоровье мигрантов-2», реализуемого в Казахстане ОФ «Ден Соолук Нуру» и ОФ «Коммьюнити Френдз» за период с февраля 2024 г. до августа 2025 г. среди клиентов из Узбекистана 12 из 28 ЛЖВ (42.9%) уже знали о своем статусе и не обращались за тестированием, таким образом, существенное число случаев могло быть не зафиксировано в официальной статистике.

Проблемой при оценке численности мигрантов из Узбекистана является тот факт, что многие из них будут временными трудовыми мигрантами, таким образом, возможна как их постоянная циркуляция между странами (таким образом, одновременно в Казахстане может находиться несколько сотен ЛЖВ из соседней страны, то есть цифра близкая к официально выявленной за последние несколько лет), так и регулярное безвозвратное выбытие в Узбекистан (тогда можно предположить, что в Казахстане находится контингент официально выявленных ЛЖВ примерно равный численности выявленных в последний год, то есть к концу 2024 г. около 60, к концу 2025 г. около 90 = 45 (за первое полугодие)* 2).

На основании охвата АРТ

Число получателей АРТ из Узбекистана составляет: 16 (с ВНЖ) + 39 (без ВНЖ) = 55 (см. Табл. 3). По данным из академических источников охват АРТ в Узбекистане в 2020-х гг. существенным образом возрос до 70% всех ЛЖВ¹⁶. Следовательно, минимальные показатели могут составлять от 79 случаев, если пропорция «узбекистанская» (мигранты сохраняют особенности страны исхода) и 75, если пропорция «казахстанская» (мигранты сохраняют особенности страны-приема). Данные цифры используем как минимальные значения.

При расчетах по аналогии с Россией (см. Приложение 2, табл. 12), исходя из гипотезы, что местные получатели АРТ – это лица, которые не получали ее у себя в стране (а состоящие на учете в своей стране как раз все получают из нее), получим $79+183 = 262$ человека с ВИЧ из Узбекистана. При расчете с использованием более высоких показателей охвата АРТ (как в Казахстане) получается цифра в 284 человека.

На основании распространенности ВИЧ среди мигрантов на уровне страны происхождения

Для граждан других стран, из которых потенциально прибывают ЛЖВ-мигранты, мы не можем найти столь подробных половозрастных данных, поэтому используем более «грубые» показатели. Например, по Узбекистану данные о ЛЖВ, доступные в официальной статистике,¹⁷ составят 0,2% от населения в возрасте 15-49 лет, стоит заметить, что эти данные доступны на середину 2010-х гг. Из них также видно, что количество ЛЖВ в Узбекистане находится на неизменном уровне и даже несколько сокращается.

¹⁶ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА. Уралова, 2025. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 5 (5-2), 13-18. doi: 10.5281/zenodo.15599728

¹⁷ <https://www.unaids.org/sites/default/files/epidocuments/UZB.pdf>

Возрастная структура из Табл.6 была рассчитана для всех мигрантов из СНГ, соответственно, она может быть использована для всех мигрантов из Узбекистана и прочих стран. Таким образом, доля мигрантов в возрасте 15-49 лет составит 77,8% от всей численности мигрантов, используем данную цифру для расчетов здесь и далее.

Следующий вопрос касается численности населения мигрантов непосредственно из данных республик.

Ключевым моментом является тот факт, что многие мигранты являются трудовыми, следовательно, их проживание на территории Казахстана является сезонным, таким образом, оно может быть не отображено в доступных нам данных БНС (Бюро национальной статистики). Кроме того, возможны расхождения между данными, предоставляемыми статистическими органами Казахстана и статистическими органами стран исхода.

Так, например, в 2022 и 2023 гг. сальдо миграционного прироста с Узбекистаном составило примерно 6,3 тыс. человек, в 2024 г. около 12 тыс.¹⁸. Таким образом, за период 2022-2024 прирост численности граждан Узбекистана в Казахстане мог достигнуть 25 тыс. человек. За 2025 г. можно найти цифру о прибывших на ПМЖ из Узбекистана в Казахстан 8,3 тыс. человек (согласно этим данным, в 2024 г. прибыло на ПМЖ около 8 тыс. граждан Узбекистана). Отметим, что число полученных длительных ВНЖ для граждан Узбекистана ничтожно мало и составляет около десятка в год. То есть, согласно официальной статистике, число граждан Узбекистана, находящихся в Казахстане в год, можно оценить в цифру около 30-35 тыс. Если применить нашу формулу и посчитать, что 0,2% из мигрантов в возрасте 15-49 лет являются ЛЖВ, то мы выйдем на цифру 54 человека (если мы будем считать распределение мигрантов согласно Табл.5 и получим долю 15-49 от всех мигрантов, как 77,8%). Она ниже даже официально выявляемого числа (см. Табл.2). Таким образом, очевидно, что либо число мигрантов из Узбекистана, в первую очередь трудовых, в Казахстане более высоко, либо фактическая распространенность ВИЧ среди мигрантов из данных регионов выше учтенной распространенности ВИЧ-инфекции в Узбекистане.

Проверим наше первое предположение о принципиально иной численности мигрантов из Узбекистана. В начале 2025 г. появилось сообщение о пресс-конференции Агентства миграции Узбекистана¹⁹ о подсчете мигрантов следующим образом: «через три месяца после выезда гражданина Узбекистана из страны информация о нем поступает непосредственно в Министерство внутренних дел...». В результате в государственном органе заявляют, что по состоянию на начало 2025 г. в Казахстане находится 322,7 тыс. мигрантов из Узбекистана (цифра существенно возросла с 2024 г. из-за переориентации потоков с России на Казахстан). При этом официально, по так называемому организованному набору, в 2024 г. в Казахстане работало только 10 650 граждан Узбекистана.

Предположим, что численность граждан Узбекистана с учетом трудовых и длительных мигрантов составит 320 тыс. + 30 тыс. = 350 тыс. человек. Таким образом, число ЛЖВ по нашей формуле (0,2% от численности мигрантов 15-49, что составляет 77,8% от всей численности мигрантов) среди них может составлять до 540 человек. Хотя, опять же, в большинстве это трудовые мигранты, которые с большой вероятностью вернуться в Узбекистан в течение короткого периода времени.

¹⁸ Цифры по миграции в Казахстан представлены по данным официальных данных Бюро национальной статистики Казахстана «Демографический ежегодник Казахстана 2025».

¹⁹ Впервые данные пресс-конференции приведены в данном источнике <https://www.gazeta.uz/ru/2025/01/21/migrant/>

Рассмотрим альтернативные оценки. Так, по данным обзора Ranking.kz²⁰ (с отсылкой на данные Министерства труда и социальной защиты) на 3 квартал 2025 г. число трудовых мигрантов из Узбекистана в Казахстане составит около 171 тыс. человек. Таким образом, среднюю цифру можно оценить, как 200 тыс. мигрантов из Узбекистана. По нашей формуле получится потенциально 310 ЛЖВ.

Тем не менее, важно упомянуть в анализе ещё одну цифру. Согласно исследованиям МОМ и UNAIDS, доля ЛЖВ среди трудовых мигрантов из Узбекистана (а на трудовых мигрантов приходится основной поток миграции в Казахстан) составляла в 2022 г. порядка 1.1%²¹. Таким образом, даже если снизить эту цифру до 1% при распространении на всех мигрантов, мы увидим потенциальную численность ЛЖВ среди мигрантов из Узбекистана в 3 500 человек.

3.1.1.3 Мигранты из Таджикистана и Кыргызстана

Среди прочих стран исхода следует выделить Таджикистан и в меньшей степени Кыргызстан. По официальной статистике среди выявленных случаев на Таджикистан приходилось в 2022 г. 6 человек, в 2023 – 12, в 2024 – 19 (в Табл.2 выявленные случаи среди мигрантов из Таджикистана и Кыргызстана мы отнесли в прочие). Несмотря на повышающийся тренд, общая доля граждан данной страны среди всех мигрантов с выявленным диагнозом составила за период 2022-2024 гг. менее 9%. Доля граждан Кыргызстана составит за аналогичный период чуть выше 5% (в 2022 г. их выявлено 6, в 2023 – 7, а в 2024 – 9, рост очень незначительный).

Отметим, что в рамках проекта «Здоровье мигрантов-2» за период с февраля 2024 г. до августа 2025 г. было выявлено 14 случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Таджикистана (5% среди всех протестированных), что практически совпадает с численностью выявленных среди граждан Узбекистана. При этом проект выявил 4 случая (только 2% от протестированных) среди граждан Кыргызстана.

На основании охвата АРТ

По официальной статистике число получающих АРТ среди всех граждан Таджикистана в Казахстане составляет всего 4 человека (все по ВНЖ); по оценкам, в Таджикистане о своем статусе знает 90% и 81% получает терапию. Таким образом, с использованием каскадного подхода показатель получателей находится на уровне 73%, то есть при использовании нашей стандартной формулы мы выявим 5 человек – очень незначительное количество. Отметим, что практически все выявленные в рамках проекта «Здоровье мигрантов-2» клиенты из Таджикистана начали АРТ: часть встало на учет дистанционно (3 человека за период до августа). Еще 14 уникальных клиента получали АРТ в Комьюнити Френдз, впоследствии 2 перешли на дистанционный учет. Похоже, что контингент **ЛЖВ среди мигрантов из Таджикистана** является очень скрытым от наблюдения. Предположим, что получателей АРТ из Таджикистана в Казахстане $4 + 14 = 18$, следовательно, по нашей формуле число ЛЖВ по средней оценке может составлять *91-93 человека* (25+66 или 24+69), так как охваты АРТ в Казахстане и Таджикистане отличаются менее, чем на 1 п.п.,

²⁰ Ranking.kz. (2025). *Сколько реально зарабатывают казахстанцы: за пять лет размер оплаты труда в стране увеличился более чем вдвое.* <https://ranking.kz/reviews/socium/skolko-realno-zarabatyvayut-kazahstansy-za-pyat-let-razmer-oplaty-truda-v-strane-uvelichilsya-bolee-chem-vdvoe.html>

²¹ International Organization for Migration & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2025, May 14). *Review of policies, practices and legal environment in Uzbekistan affecting access to HIV services.* United Nations in Uzbekistan. <https://uzbekistan.un.org/en/294670-review-policies-practices-and-legal-environment-uzbekistan-affecting-access-hiv-services>

мы видим и минимальный разброс при использовании в модели цифр по одной и по другой стране.

Страновые эксперты отмечают, что в случае Таджикистана хорошо налажены процедуры постановки на учет в стране исхода ЛЖВ, выявленных в Казахстане. Следовательно, большая часть ЛЖВ получит лечение в Таджикистане, вероятно, использование цифры 91 близко к истине.

Среди мигрантов с ВИЧ из Кыргызстана численность, рассчитанная на основании получателей АРТ (по оценкам, в стране 77% знает свой статус и до 53% ЛЖВ получает АРТ), находится в пределах 20-24 человек. При этом в Казахстане получают АРТ 18 человек (10 - с ВНЖ и 8 за счет средств ГФ). В проекте «Здоровье мигрантов-2» получающих АРТ граждан Кыргызстана также было немного — всего 7 человек (итого 25). Тем не менее, расчет по нашей формуле при таком охвате выдаст цифры *в диапазоне: 103 (61+42) при использовании охвата, как в Кыргызстане и 129 (34+95) при охвате, как в Казахстане.*

Ещё раз подчеркнем, что данные проекта «Здоровья мигрантов-2» мы используем в качестве дополнительных материалов, позволяющих обратить внимание на высокую вероятность превышения представленных здесь средних оценок числа мигрантов. Мы не считаем, что возможен двойной учет ЛЖВ, так как при текущем уровне учета и контроля ситуация получения лечения из разных источников внутри Казахстана практически исключена.

На основании распространенности ВИЧ среди мигрантов на уровне страны происхождения

Из Таджикистана чистое сальдо миграции в 2022 – 2024 гг. составляло 500, 630 и 750 человек соответственно, то есть совокупно около 2 000. По Таджикистану доступны данные за 2022 г.²², которые также указывают на 0,2% населения в возрасте 15-49 лет, живущих с ВИЧ.

По данным того же Ranking.kz, число трудовых мигрантов из Таджикистана составляет в 3 кв. 2025 года около 10,1 тыс. человек²³. Предположим, что с учетом постоянно проживающих цифра поднимется до 12 000. Таким образом, численность ЛЖВ среди граждан Таджикистана составит по меньшей мере *19 человек*, что близко к официальным данным (в 2025 за 1 квартал выявлено 19 случаев), если предположить, что выявленные случаи остаются в Казахстане (что не очень вероятно). Однако официальные данные выявили за первые полгода 2025 г. 15 человек. Следовательно, имеет место или более высокая численность фактических мигрантов из Таджикистана или большая распространенность ВИЧ-инфекции в стране (а может быть, среди мигрантов). Случай Таджикистана требует явно отдельного дополнительного рассмотрения, в особенности взрывной рост в последний год. В настоящий момент оценка, полученная на основании получателей АРТ, выше, чем на основании количества мигрантов.

Получение достоверных оценок по численности граждан Кыргызстана на территории Казахстана сильно затруднено – полученные результаты сильно расходятся. Чистое сальдо миграции в 2022-2024 гг. составляет около 1800 человек. Однако, по различным оценкам,

²² HIV Sustainability Planning: Analytical Resource

<https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2024/06/Tajikistan-Executive-Summary-May-2024.pdf>

²³ Ranking.kz. (2025). *Сколько реально зарабатывают казахстанцы: за пять лет размер оплаты труда в стране увеличился более чем вдвое.* <https://ranking.kz/reviews/socium/skolko-realno-zarabatyvayut-kazahstantsy-za-pyat-let-razmer-oplaty-truda-v-strane-velichilsya-bolee-chem-vdvoe.html>

численность трудовых мигрантов может достигать 65 тыс. человек²⁴ (отметим, что точные оценки сильно затруднены из-за упрощенного доступа мигрантов из Кыргызстана в Казахстан). По данным USAID по состоянию на 2022 г., 0.3% населения в возрасте 15-49 лет в Кыргызстане живет с ВИЧ. Таким образом, мигранты в возрасте 15-49 лет составляют около 50 тыс. всех мигрантов из Кыргызстана и при показателе 0.3% численность ЛЖВ будет около 101 человека. В итоге по нашим оценкам мы получаем следующие результаты:

среди граждан России число ЛЖВ от 447 до 686, со средней оценкой - 447. Среди граждан Узбекистана – от 266 до 540 (также альтернативное «верхнее» значение 310), со средней оценкой в 262. Среди граждан Таджикистана по меньшей мере 19 – это оценки на основе численности мигрантов и распространенности инфекции в стране-исхода, которые дают заниженные результаты. В то время как при оценке через АРТ количество ЛЖВ может достигать 93. Таким образом, в случае с Таджикистаном явно наблюдается взрывной рост, связанный или с ростом миграции, или с распространением ВИЧ среди мигрантов и в целом в стране, или с лучшей выявляемостью. Для Кыргызстана диапазон оценок составляет от 101 до 129.

Кроме того, в отношении варианта оценки численности мигрантов из всех стран (в отличие от среднего варианта, рассчитанного по получателям АРТ) расчёты проводились на основе данных о распространённости ВИЧ, полученных из зарегистрированных случаев: человек был протестирован на ВИЧ и получил положительный результат.

Для корректной оценки необходимо учитывать мигрантов, которые имеют ВИЧ, но не знают о своём статусе. По данным глобальных исследований, доля людей, живущих с ВИЧ и осведомлённых о своём статусе, составляет примерно 85%. Следовательно, для оценки общего числа мигрантов с ВИЧ, находящихся в Казахстане, целесообразно использовать поправочный коэффициент = 1/Доля осведомленных, что позволит учесть тех, кто ещё не знает о своём статусе. Для России он составит 1.19, для Узбекистана – 1.49, Таджикистана – 1.11, а Кыргызстана – 1.3²⁵.

Таким образом, с учетом поправочного коэффициента, получим: в Кыргызстане 131, по России не 686, а 818, в Таджикистане 22 (а не 19), в Узбекистане 463 (при оценке численности мигрантов в 200 тыс. человек), а 806 (при оценке в 350 тыс. человек). Результаты сведены в таблицу 8.

²⁴ Central Asia Research. «Мигранты из Кыргызстана массово начали перебираться в страны ЕС. Причины» <https://centralasia-research.org/>

²⁵ Данные по Кыргызстану и Таджикистану (77% и 90%, соответственно, осведомленных о статусе) из источника: HIV estimates 2025: Slides. World Health Organization, 2025. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hiv-estimates-2025---slides.pdf>; по Узбекистану (67%) из: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА. Уралова, 2025. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 5 (5-2), 13-18. doi: 10.5281/zenodo.15599728; по России (83.9%) из <https://zdravresource.ru/news/ohvat-meditsinskoj-pomoshhyu-i-antiretrovirusnoj-terapij-licz-inficzirovannyh-vich-v-rossii-v-2024-godu/> на основании доклада «Результаты обследования населения Российской Федерации на антитела к ВИЧ в 2014–2023 гг.» — Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Соколова

Таблица 8. Оценка численности ЛЖВ (итоговая)

Страна исхода	Оценка на основе получателей АРВ			Оценка на основе распространенности ВИЧ в стране исхода	
	Допущение: доля получателей как в стране исхода	Допущение: доля получателей как в стране приема	Допущение: в стране приема получают АРВ только те, кто не получает в стране исхода	При оценке числа мигрантов	С поправкой на не знающих статус
Кыргызстан	103	129	61	101	131
Россия	447	511	216	686	818
Таджикистан	91	93	25	19	22
Узбекистан	262	284	79	310-540	463-806

Дополнительно стоит отметить, что по данным обследования мигрантов Международной организации по миграции и USAID, численность ЛЖВ среди мигрантов из Узбекистана может составлять до 3500 человек²⁶.

Кроме того, по результатам обследования трудовых мигрантов Минздрава Таджикистана²⁷, в начале 2020-х гг. распространенность ВИЧ среди них составляла 0.7%, что поднимет рассчитанное по распространенности среди мигрантов значение до 77 человек (что ближе к оценкам, полученным по АРТ).

Отметим, что данные исследования касались мигрантов, вернувшихся в страну происхождения, что уже делает выборку смещенной. Есть высокая вероятность, что мигранты, испытывающие проблемы со здоровьем, в том числе, имеющие ВИЧ, будут чаще возвращаться в страну исхода, а не испытывающие таких сложностей, будут, напротив, чаще оставаться в стране приема. Из-за подобной селективности, мы оставляем полученные данные за пределами основной таблицы, но считаем важными привести их.

3.1.2. Ключевые группы населения

По *России* актуальные данные в UNAIDS Key Population Atlas недоступны, поэтому мы основываем наши оценки на различных источниках. В основном мы используем результаты двух обследований: конца 2010-х г. в нескольких городах с населением около или более 1 млн человек), и начала 2020-х г.²⁸. Эти оценки основаны на данных по крупнейшим

²⁶ International Organization for Migration & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2025, May 14. Review of policies, practices and legal environment in Uzbekistan affecting access to HIV services. United Nations in Uzbekistan. <https://uzbekistan.un.org/en/294670-review-policies-practices-and-legal-environment-uzbekistan-affecting-access-hiv-services>

²⁷ Отчёт по результатам дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди трудовых мигрантов в Республике Таджикистан в 2024 г. (2025)

²⁸ Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г. Москва. 2018.

Prevalence of HIV infection and risky behaviour among key populations (MSM, PWID, FSW) in two regions of the Russian Federation. Biobehavioral survey using respondent-driven sampling in Moscow and St. Petersburg, St. Petersburg, Moscow, 2023

городам, однако после 2022 г. большинство мигрантов из России также выехали именно из крупных городов²⁹.

Секс-работницы (СР). По более ранним оценкам USAID максимальная доля этой группы составляла около 1 % женского населения в возрасте 18 лет и старше. Данные за 2022 г. показывают диапазон от 0,19 % взрослого (18+) женского населения (нижняя граница оценки в Москве по методу BBS-мультипликатора — 1) до 0,97 %. Данные за 2017 г. указывают медианное значение около 0,5 % женщин в возрасте 15–49 лет — эту величину мы и используем как среднюю. Для сравнения: в Украине эта группа оценивается в 0,65 % женщин 18–64 лет, что близко к российским оценкам. Нижний диапазон мы будем считать нереалистичным, следовательно наиболее вероятной величиной будем считать 0,5% от женщин в возрасте 15-64, а верхней границей 1% от женщин в возрасте 18+.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ). По источникам 2017 г. их численность оценивалась как 0,5% взрослого мужского населения (18+) или 0,183 % всего населения. Данные 2022 г. (Москва и Санкт-Петербург) дают диапазон от 0,15 % (средняя оценка для Москвы по методу BBS-мультипликатора³⁰) до 2,47% (оценка численности популяции, близкая к верхней границе оценок USAID). Однако в данном случае нижняя граница слишком мала, так как по рекомендациям USAID доля МСМ среди мужчин не должна оцениваться ниже 1% населения 15-49³¹, а так как есть основания полагать, что МСМ имели более высокий шанс эмигрировать из России в связи с введением ряда законодательных новелл, и россияне – группа МСМ, которая видна как специалистам НКО, так и мед. работникам, – середина вполне может быть поднята до 1,3%. В качестве нижней границы возьмем 1,3% от взрослого населения.

Потребители инъекционных наркотиков (ЛУИН). Данные 2022 г. показывают широкий разброс — от 0,37% (нижняя граница оценки в Санкт-Петербурге по методу BBS-мультипликатора) до 1,96% (оценка по методу Anchored Multiplier Variance-Adjusted, нижняя граница в Санкт-Петербурге, она близка к верхним оценкам ООН, где 2% населения России употребляло наркотики). Поэтому мы используем данные 2022 г. — как верхнюю и нижнюю границы. Для расчета среднего и наиболее вероятного числа мы учтем, что существует большой гендерный разрыв между лицами, употребляющими наркотики, так, например, по состоянию на 2022 г. среди мужчин доля употреблявших достигала 1,83%, а среди женщин 0,34%³² — используем полученную на данной основе цифру в качестве средней.

Трансгендерные люди (ТГЛ). Проведенное обследование³³ указывает на 0,06% от возраста 15-49 лет. Используем данные значения в качестве среднего. К сожалению, найти другие доступные и достоверные оценки крайне сложно.

Результаты сведены в Табл.9

²⁹ [Out Rush project](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/280786/1/187628840X.pdf) and the smaller sample surveys e.g. Kozlov, V., Sokolova, E., Veselovskaya, O., & Saitova, D. (2023). Fertility intentions under the shock conditions: The case of Russian Exodus (No. 403). IOS Working Papers. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/280786/1/187628840X.pdf>

³⁰ Нижний предел 0.07%, но эксперты считают данные цифры заниженными.

³¹ Recommended population size estimates of men who have sex with men. UNAIDS, 2020 <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men>

³² Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди ключевых групп населения (ЛРСП, ЛУИН, КСР) в двух регионах Российской Федерации <https://kaskad.haf-spb.org/rasprostranennost-vich-infekczii-i-riskovannogo-povedeniya-sredi-klyuchevyh-grupp-naseleniya-lrsp-luin-ksr-v-dvuh-regionah-rossijskoj-federaczii/>

³³ <https://kaskad.haf-spb.org/inicziativnaya-gruppa-lpn/>

Таблица 9. Оценка основных КГ среди мигрантов из России в абсолютных цифрах

КГН	Низкий	Средний	Высокий
СР		97	193
МСМ	407	445	845
ЛУИН	198	776	1048
ТГЛ		28	

Для *Узбекистана* сделать оценки затруднительно из-за отсутствия по стране даже данных USAID о численности ключевых групп. Последние доступные данные относятся к середине 2010-х гг., к тому же нет данных по МСМ, приходится использовать нижнюю границу по Таджикистану, однако она не будет являться реалистичной, поэтому рассмотрим ещё показатель 1% от 15-49, рекомендованный в качестве минимальной оценки по рекомендациям UNAIDS³⁴. Вероятно, что представителей группы МСМ среди мигрантов из Узбекистана в Казахстане может быть ещё больше, но у нас нет цифр, на которые можно достоверно сослаться, при этом в качественных интервью (см. ниже) эксперты не заостряют внимание на проблему МСМ именно среди мигрантов из Узбекистана. Данные по СР относятся к 2012 г., используем их в качестве нижней границы, а верхняя граница должна быть увеличена минимум в 3 раза, так как в качественных интервью часто упоминаются секс-работницы из Узбекистана. Для ТГЛ возьмем оценки в 0,015% от трудоспособного населения обоих полов.

Таблица 10. Оценка основных КГ среди мигрантов из Узбекистана в абсолютных цифрах

КГН	Нижняя	Верхняя	Возрастная группа	Оценка 350 тыс.		Оценка 200 тыс.	
				Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
МСМ	0.62%	1%	мужчины 15-49	1771	2856	1012	1632
СР	0.27%	0.81%	женщины 15-49	692	2076	395	1186
ЛУИ Н	0.19%	0.50%	оба пола 15-64	610	1610	348	920
ТГЛ	0.015%		оба пола 15-64	48		28	

Оценки КГ среди мигрантов из других стран, в частности Таджикистана и Кыргызстана, мы не рассматривали так подробно, так как при попытке оценить ЛЖВ среди мигрантов из данных стран мы убедились в сложности достоверного определения числа мигрантов из данных стран в Казахстане. Например, при использовании цифр о контингенте мигрантов из Таджикистана мы получаем заниженные показатели, а цифры по Кыргызстану (что еще осложняется упрощенной процедурой пересечения границ между входящими в ЕвразЭС Кыргызстаном и Казахстаном) сильно варьируются в зависимости от источника. Кроме того, большой проблемой для региона является оценка доли КГ в совокупности населения. По данным USAID, пересчитанным из абсолютных значений к относительным, доли КГ в Кыргызстане и Таджикистане следующие. МСМ в Таджикистане по состоянию на 2015 г. составляет 0.62% от мужского населения в возрасте 15-49 лет, а в Кыргызстане не определено (возьмем оценку по Таджикистану), СР – 0.71% от женщин в возрасте 15-49 лет в Таджикистане и 0.75% в Кыргызстане, ЛУИН – 0.29% от населения в возрасте 15-64 года

³⁴ UNAIDS. Recommended population size estimates of men who have sex with men. November 2020
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf

в Таджикистане ³⁵ и 0.58% в Кыргызстане (по Кыргызстану данные 2013 г.). Определить численность ТГЛ более или менее точно не представляется возможным. Отметим, что показатель МСМ также выглядит очень небольшим, поэтому, как и в случае с Узбекистаном увеличим его до 1%.

Предположим, что контингент мигрантов будет составлять 12000 представителей Таджикистана и 65000 представителей Кыргызстана.

Таблица 11. Оценка основных КГ среди мигрантов из Таджикистана и Кыргызстана в абсолютных цифрах

	Таджикистан	Кыргызстан
МСМ	63	339
СР	22	128
ЛУИН	32	336

3.2. Результаты экспертных интервью

3.2.1. Общая характеристика миграционных процессов глазами экспертов в области профилактики и лечения ВИЧ и представителями групп мигрантов

Миграционные процессы в Казахстане характеризуются неравномерным распределением. Так, например, в Астане, Алматы и Талдыкоргане, а также приграничных областях (Шымкент) специалисты государственных учреждений и неправительственных организаций относительно часто взаимодействуют с мигрантами, являющимися как представителями ключевых уязвимых групп, так и людьми, живущими с ВИЧ. В то же время для профильных организаций, работающих, например, в Караганде, клиенты-иностранцы остаются редким явлением, число которых за несколько лет работы не превысило нескольких случаев.

Миграция в Казахстан носит сложный и многогранный характер. Для значительной части приезжающих страна в целом или отдельные ее города выступают транзитными пунктами. Транзитная миграция особенно характерна для граждан России, массово прибывавших в Казахстан начиная с 2022 г. В ряде случаев Казахстан рассматривался ими как временное место проживания до получения визы в европейские государства или другие страны конечного назначения:

«... именно работа с мигрантами, она началась ... не только не во время пандемии, а во время, когда война началась в Украине, в России. Получается, когда в Казахстан хлынул поток россиян, они же использовали это как промежуточную базу ... Они вот приходили, говорили, я буду на территории Астаны полгода...» (Эксперт 1)

Для мигрантов из стран Центральной Азии (Узбекистан, Кыргызстан, Таджикистан), по свидетельствам экспертов, характерно широкое разнообразие миграционных практик, включая нарушения миграционного законодательства. Мигранты могут быть документированы (например, разрешение на временное пребывание, ВНЖ), документированы формально или фиктивно (например, через покупку трудовых договоров)

³⁵ Данные по СР и ЛУИН на 2022 год, если не определено другое.

или не документированы вовсе, что может не препятствовать длительному проживанию в стране.

«У нас есть девочки из Узбекистана, которые по 7 лет здесь живут и до сих пор не имеют документов, то есть вообще нелегально здесь находятся...»

А есть девочки, которые, да, они на год приезжают, потом уезжают к своей семье, там, не знаю, да, к своим детям, мужьям, поживут там месяц, потом снова возвращаются сюда...

... они не имеют вида на жительство, они приезжают даже не по трудовой визе по какой-то, да, и без вида на жительство, то есть просто мигранты, которые, например, находятся три месяца, потом пересекают границу, уезжают, потом снова заезжают.»
(Эксперт 3)

Для приграничных регионов могут быть характерны регулярные туристические визиты граждан соседних стран на срок от нескольких дней до нескольких месяцев, и в строгом смысле могут и не являться мигрантами. Однако такие поездки могут включать и различные рискованные в контексте ВИЧ-инфекции практики:

«Наш город со столицей Узбекистана ровно 2 часа езды на машине. Это вы представляете, как это близко? ... Если...граждане Узбекистана захотели... (заняться сексом), они приехали в Шымкент и... (занялись сексом) ... А соответственно, это происходит на квартирах съёмных... То есть, они вообще не живут в Шымкенте, получается, и не работают» (Эксперт 9).

Таким образом, случаи нарушения миграционного режима, недокументированной миграции, а также транзитный, маятниковый или регулярный «туристический» характер передвижений существенно осложняют возможность достоверной оценки численности мигрантов в рамках настоящего анализа.

С точки зрения социальной структуры, мигранты из России, по оценкам экспертов, представляют собой крайне неоднородную группу, включающую представителей различных социальных слоев. В то же время мигрантов из стран Центральной Азии чаще описывают как трудовых мигрантов, занятых преимущественно на физических, не требующих высокой квалификации видах работ.

Языком межличностного общения мигрантов в большинстве случаев остается русский. Однако в последние годы, по наблюдениям отдельных информантов, увеличивается доля мигрантов из Центральной Азии, не владеющих русским языком. Это обстоятельство затрудняет коммуникацию и требует привлечения специалистов, владеющих языками стран исхода.

«Нет, сейчас стало больше, наоборот, мигрантов, которые вообще очень плохо говорят на русском. Для нас тоже это такое новшество, мы не знаем, с чем это связано...»
(Эксперт 2).

В то же время все более широкое распространение и нормализацию получают сервисы автоматического электронного перевода текста и речи, и часть сотрудников организаций, работающих с мигрантами, как и сами мигранты не видят существенных лингвистических барьеров для взаимодействия.

3.2.2. Ключевые группы среди мигрантов

Эксперты отмечают неравномерное распределение представителей ключевых групп среди мигрантов из различных стран, а также указывают на ряд особенностей мигрантов из разных регионов, оказывающих влияние на эффективность профилактических программ.

ЛУИН

В поле зрения профилактических проектов попадают мигранты из разных стран, употребляющие наркотики. Среди них упоминались граждане России, Узбекистана и Кыргызстана, а также представители других государств. Зафиксированы случаи переезда потребителей наркотиков в Казахстан из стран Центральной Азии в связи с усилением репрессивной наркополитики:

«Ну, есть, хочу сказать, некоторые бежали даже там, и вот у нас есть и из Киргизии, и из других стран ... из-за, не знаю, из-за уже карательной наркополитики» (Эксперт 3).

Среди ЛУИН-мигрантов отмечается достаточно высокий уровень доверия к специализированным профилактическим сервисам (обмен шприцев и др.), а также неожиданно высокая готовность использовать доконтактную профилактику. Вместе с тем эксперты подчеркивают большую распространенность неинъекционных форм потребления наркотиков (прежде всего мефедрона и так называемых «солей»), тогда как ЛУИН остаются менее многочисленной группой.

МСМ

Наиболее заметными для экспертов являются МСМ-мигранты из России и Узбекистана, хотя в число клиентов специализированных программ входят также выходцы из Таджикистана, Кыргызстана, Индии и Китая. Потенциально данная группа является одной из наиболее многочисленных КГН-мигрантов в Казахстане. Так, только в рамках одного проекта за 1,5 года было зафиксировано около тысячи клиентов из числа МСМ. Кроме того, среди мигрантов, живущих с ВИЧ и получающих терапию, также присутствуют представители этой группы. Для МСМ из многих стран региона в связи с политической ситуацией в стране эмиграция может являться более привлекательным вариантом, чем для гетеросексуальных мужчин, а репрессивные законы и нормы могут являться выталкивающими (push factor) факторами именно для этой группы. Можно предположить, что доля МСМ среди мигрантов мужчин из изучаемых стран исхода будет несколько выше, чем в целом среди мужчин в данных странах. Для МСМ граждан Узбекистана эксперты наблюдают также паттерны краткосрочных поездок в Казахстан, как в страну, где они могут более свободно себя чувствовать в плане поведения и поиска партнеров.

СР

Среди секс-работниц из числа мигрантов, по словам экспертов, преобладают гражданки Узбекистана и Кыргызстана. Для них характерны различные формы миграции: от маятниковой до постоянного, нередко нелегального проживания. Данная группа отличается небезопасными сексуальными практиками, пренебрежением базовыми правилами гигиены и низким уровнем информированности о ВИЧ и безопасном сексуальном поведении:

«...девушки, прибывшие из Узбекистана, Кыргызстана, Таджикистана, они до сих пор, извините за выражение, они до сих пор во время менструации используют губку. Обычную губку, которой мыть посуду. То есть они вставляют ее в влагалище и занимаются сексом в этот момент с клиентом для того, чтобы не протекала кровь...девушки, прибывшие с других стран (прим.: не гражданки Казахстана), они соглашаются за любую дополнительную оплату без презерватива.» (Эксперт 2)

Отмечается также практика использования документального подтверждения отсутствия ВИЧ-инфекции как инструмента для последующей продажи незащищенных сексуальных услуг.

Трансгендерные люди

Информации о трансгендерных мигрантах в интервью получено немного. В интервью упоминается присутствие трансгендерных людей из России, Таджикистана и Узбекистана, часть из которых на регулярной основе вовлечены в предоставление сексуальных услуг.

В целом в интервью мигранты из числа ключевых групп, приехавшие из сопредельных стран, оценивают обстановку и социально-психологический климат в Казахстане как более свободный и благоприятный на контрасте со странами исхода. Таким образом, Казахстан становится привлекательной альтернативой странам с менее толерантной социальной политикой³⁶.

Профилактические проекты для КГН

В Казахстане реализуется значительное количество профилактических проектов, так или иначе охватывающих представителей ключевых групп населения (КГН) из числа мигрантов. Однако лишь в немногих случаях, чаще в краткосрочных инициативах, мигранты выделяются как отдельная целевая группа (например, в рамках программ по профилактике туберкулеза). Как правило, работа с мигрантами ведется тогда, когда они становятся видимой и доступной частью тех КГН, с которыми традиционно взаимодействуют НПО: секс-работниц, мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), и людей, употребляющих наркотики.

Неправительственные организации активно координируют деятельность как между регионами Казахстана и организациями, специализирующимися на различных группах, так и с НПО и сетями других стран. Такая межсекторальная и транснациональная кооперация позволяет эффективно осуществлять перенаправление клиентов и предоставлять им комплексные услуги.

По свидетельствам экспертов, работающих с мигрантами, отношение к профилактике ВИЧ среди этой группы крайне неоднородно. Довольно часто фиксируется высокий уровень недоверия, связанный с опасениями за конфиденциальность персональных данных (особенно при использовании УИКов), а также рисками их дальнейшего использования в целях контроля или последующей депортации. Эти опасения препятствуют обращению мигрантов даже к потенциально привлекательным сервисам, например к доконтактной

³⁶ Следует отметить, что сбор данных происходил до принятия закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений, запрещающих пропаганду педофилии и нетрадиционной сексуальной ориентации среди несовершеннолетних», принятый Мажилисом 12 ноября 2025 года.

профилактике (ДКП), поскольку она в регионе предоставляется на рецептурной основе и требует предъявления документов.

Для мигрантов из числа КГН характерна множественность уязвимостей, включая юридические: незаконное пребывание на территории страны, нелегальная трудовая деятельность, наличие прошлых или текущих судимостей, утеря документов и др.:

«То есть узнать о том, что, во-первых, она мигрантка, узнать о том, что она нелегально находится в стране, узнать о том, что у нее есть ВИЧ, о том, что она секс-работница, ну, это сразу уголовных нескольких статей. Понимаете? То есть за секс-работу, за нелегальное нахождение в стране и за умышленное распространение ВИЧ, потому что знают, что у нее есть ВИЧ, она не принимает терапию и она работает в секс-бизнесе.»
(Эксперт 2)

Дополнительным фактором, осложняющим профилактическую работу, является сильная стигматизация и самостигматизация, связанная с ВИЧ и/или принадлежностью к КГН, у мигрантов из стран Центральной Азии (особенно часто в этом контексте упоминается Узбекистан). Это способствует усилению закрытости и недоверия к участию в профилактических проектах.

В то же время стоит отметить и часто невысокий уровень информированности о различных профилактических механизмах среди мигрантов. Например, информанты часто не знали о том, что такое доконтактная и постконтактная профилактика, в зависимости от страны исхода и опыта соприкосновения там с психологическими сервисами, мигранты могут и не знать, что подобные сервисы в принципе существуют.

3.2.3. Доступ к тестированию на ВИЧ

В целом доступ к тестированию на ВИЧ для мигрантов в Казахстане можно охарактеризовать как достаточно высокий. Анонимное и бесплатное экспресс-тестирование организовано во многих низкопороговых проектах, доступных мигрантам. Дополнительно существуют возможности бесплатного неанонимного тестирования (например, на базе Центров СПИДа), платных услуг в иных медицинских учреждениях, а также приобретения экспресс-тестов для самостоятельного использования.

Однако при получении положительного результата подтверждающее тестирование проводится только при предъявлении документов. Вследствие этого не во всех случаях удается довести клиентов до этапа неанонимного обследования в медицинском учреждении, как из-за их нежелания, так и в случае проблем с наличием документов.

Для части мигрантов характерна низкая мотивация к прохождению тестирования, особенно если оно ассоциируется для них с рисками для их легального статуса и риском возможной депортации. Сотрудники НПО периодически сталкиваются с настойчивыми отказами, что в отдельных случаях может свидетельствовать о том, что мигрант уже знает или предполагает наличие у себя ВИЧ. В то же время отмечаются и обратные ситуации, когда мигранты, осведомленные о своем диагнозе, обращаются в пункты тестирования для «перепроверки» ранее полученного результата. Таким образом, данные о выявленных случаях ВИЧ в рамках анонимного тестирования следует интерпретировать с осторожностью, поскольку они не позволяют достоверно оценить реальную численность мигрантов, живущих с ВИЧ.

Для граждан стран, где ВИЧ-инфекция высоко стигматизирована и/или принадлежность к ключевым группам криминализуется, отдельную тревогу может вызывать риск того, что информацию об их ВИЧ-статусе узнают в стране гражданства. Подобные кейсы как опасений, так и случаев, упомянутые в интервью, касались Узбекистана, где гомосексуальные контакты криминализированы:

*«(Пересказывает диалог с клиентом) я тебя послушал, я обратился, и я дал все свои данные, но я приехал к себе домой в Ташкент, а меня СПИД центр вызвал. Они знают, что у меня ВИЧ. А он туда, **** ни разу не ходил». (Эксперт 9)*

Некоторые эксперты, представляющие государственные медицинские организации, высказывают предположение о том, что существенная часть трудовых мигрантов охвачена тестированием на ВИЧ, тогда как сотрудники НПО придерживаются другого мнения: большинству трудовых мигрантов, в том числе принадлежащих к КГН, для видов работ, на которые они претендуют, тестирование на ВИЧ не является обязательным. Действительно, в собранных интервью упоминался лишь случай тестирования, необходимый для подачи на ВНЖ. В остальных случаях тестирование происходило ситуативно, было связано с получением медицинской помощи или возможностью здесь и сейчас протестироваться быстро и бесплатно (профилактические кампании профильных НПО или предложение экспресс-теста кем-то из окружения информанта).

Согласно официальной статистике, ежегодно в Казахстане проходят тестирование на ВИЧ 40-50 тысяч иностранных граждан, что составляет около 6-8% от всех иностранцев, проживающих на территории Казахстана (по состоянию на середину 2025 г. в стране проживает постоянно 212 тыс. иностранных граждан и 430 тыс. иностранцев имеет РВП – итого 642 тыс.³⁷).

3.2.4. ВИЧ-инфекция среди мигрантов: оценка численности и организация лечения

Наличие ВИЧ-инфекции может являться препятствием для переезда в конкретные страны, что иллюстрирует и приведенная цитата (см. ниже):

«Медицинских каких-то, документальных я никогда не испытывал проблем (прим. находясь в Казахстане, проблем в связи с ВИЧ-инфекцией). То есть я никогда не устраивался в госорганы, я не пытался получить визы, хотя у меня были такие возможности получить визу в одной стране рабочую, но я сразу понимал, что мне придётся сдать тест на ВИЧ, и я не смогу получить эту визу, вот поэтому я даже не пытался там работать. Хотя мне предложили работу, мне пришлось отказаться от очень хорошей должности в стране». (Мигрант 1)

Однако для Казахстана в целом интервью не показали наличие у мигрантов с ВИЧ ни каких-то особых факторов, препятствующих либо способствующих переезду именно в Казахстан. Поэтому в целом подход к оценке численности, рассчитанный по оценкам распространенности ВИЧ среди мигрантов на основе данных о распространенности ВИЧ в странах исхода, не представляется заведомо некорректным.

³⁷ К сожалению, получить данные из первоисточников не представляется возможным (закрытые данные с неявной процедурой запроса, открытые данные есть только по постоянной миграции и выданным ВНЖ), поэтому приходится получать информацию из правительственных пресс-релизов в обработке СМИ, например, https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-inostrantsev-v-kazahstane-mvd-predstavilo-statistiku-575992/, при этом полученные данные могут расходиться с другими https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/pochti-800-tyisyach-inostrantsev-poluchili-rvp-v-kazahstane-575973/, по которым за год выдается около 800 тыс. РВП. Вероятно, противоречий между цифрами нет, так как РВП могут истекать в течение года, а численность постоянно находящихся получателей быть существенно меньше.

Для мигрантов с ВИЧ не существует формальных препятствий к проживанию в Казахстане и существует несколько механизмов получения антиретровирусной терапии (АРТ).

- **Предоставление терапии мигрантам с видом на жительство**

Мигранты, имеющие вид на жительство в Казахстане, могут получать АРВ-терапию на бесплатной основе в рамках национальной системы здравоохранения. В то же время среди мигрантов и ряда специалистов существует мнение о том, что наличие ВИЧ может затруднить получение ВНЖ в Казахстане. Насколько данный фактор влияет на готовность мигрантов тестироваться или пытаться обратиться за получением ВНЖ количественно определить невозможно.

«(Интервьюер) Так, проходили вы тестирование на ВИЧ в Казахстане? (Информант) Да, несколько раз, когда подавал на вид на жительство... Да, здесь требуется отрицательный результат для успешного получения вид на жительство. Потому что, насколько я знаю, если представляете опасность для населения, ну вот, с ВИЧ-инфекцией, то вид на жительство могут и не одобрить». (Мигрант 7)

- **Предоставление терапии мигрантам в рамках проекта Глобального фонда**

На текущий момент за счет средств специализированного проекта Глобального фонда терапию получают 172 мигранта, проживающих на территории Казахстана и не имеющих вида на жительство в этой стране. Свободные места при наличии перераспределяются в регионы, где сформирован лист ожидания. В число получателей терапии, как правило, входят наиболее мотивированные мигранты, самостоятельно проявившие инициативу и предпринявшие усилия для получения медицинской помощи по месту пребывания:

«То есть если с гражданами Казахстана работа идет таким образом, что мы постоянно предлагаем терапию, мы постоянно консультируем по поводу необходимости начать терапию, то с мигрантами здесь все-таки инициатива должна быть больше от самого человека, потому что, ну, фактически у нас нет терапии, которую мы могли бы предлагать вот в таком режиме.» (Эксперт 6)

Это подтверждается относительно высоким социальным статусом, уровнем информированности и приверженности лечению среди данной группы:

«А в основном это, конечно, люди заинтересованные, приверженные, с достаточно социальным статусом, имеющие высшее образование некоторые, а то и по несколько языков знающие даже. Ну, есть среди них, конечно, люди, которые, ну, в основном у нас Киргизия и Узбекистан – это люди, которые у нас мигрирующие и с как-то ограниченным образованием.» (Эксперт 5)

По оценкам экспертов, доля мигрантов, живущих с ВИЧ и получающих АРТ в Казахстане в рамках одной из указанных схем, составляет около одной пятой от всех нуждающихся. Можно предположить, что вне охвата остаются наиболее уязвимые категории пациентов. Исключение составляют беременные женщины, живущие с ВИЧ: вне зависимости от гражданства, легального статуса и наличия квот они обеспечиваются терапией для профилактики вертикальной передачи ВИЧ с момента госпитализации в родильном доме.

- **Предоставление терапии через аптечку взаимопомощи**

Данная инициатива обеспечивает краткосрочный доступ к АРВТ мигрантам, находящимся в Казахстане на ограниченный период, что особенно важно при транзитной миграции и/или до организации другого, более устойчивого способа лечения (например, дистанционной постановки на учет). Однако отсутствие системного механизма пополнения запасов делает

эту форму помощи уязвимой и нестабильной в долгосрочной перспективе. Кроме того, нет достаточно информации, насколько эта система доступна в регионах Казахстана, где неправительственные организации и сообщества не так хорошо развиты.

• Пересылка препаратов из других стран (включая случаи удаленной постановки на учет)

Этот инструмент является более устойчивым и достаточно распространен в Казахстане. При отсутствии пациента (временно выбывшим или по иным причинам) прием врача осуществляется посредством дистанционных медицинских услуг, согласно требованиям приказа МЗРК от 1 февраля 2021 г. № ҚР ДСМ-12 «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг».

Эксперты упоминают, что данный способ может являться основным для граждан Кыргызстана и Таджикистана. В этих странах работает дистанционная постановка на учет для своих граждан и препараты могут быть переданы в Республику Казахстан.

В России удаленная постановка отсутствует, поэтому в случае, если до миграции человек, живущий с ВИЧ не получал терапию, то ему придется искать возможности получения ее в Казахстане или организовывать покупку терапии в России и ее пересылку. Для тех, кто уже ранее получал АРВТ в России, возможна организация получения терапии по доверенности и ее пересылка, или получение запасов на долгий срок при поездках в Россию, однако на практике могут возникнуть те или иные сложности, требующие организации получения терапии в стране пребывания.

В Узбекистане на практике постановка на учет дистанционно пока не заработала. Часть ЛЖВ могут поехать в Узбекистан, встать там учет и получать терапию. Однако, по данным некоторых из экспертов, ЛЖВ, особенно относящиеся к группе MSM, могут опасаться того, чтоб об их ВИЧ-статусе узнали в Узбекистане, и из-за стигмы и потенциальной криминализации в связи с гомосексуальными практиками избегать такой возможности.

Кроме того, эксперты отмечают ряд трудностей, возникающих как при оформлении пациента на учет в другой стране, так и при транспортировке препаратов. Формализованные пересылки могут противоречить правилам курьерских и почтовых служб различных государств, в связи с чем часто используется неофициальная передача лекарств через знакомых и иные возможности. Данный подход сопряжен с рисками задержек в доставке и перерывов в терапии.

В целом, существующие инициативы, и без того ограниченные рамками проектов, преимущественно ориентированы на тестирование мигрантов. Это вызывает обеспокоенность экспертов, поскольку системная возможность предоставления терапии остается ограниченной:

«Основная проблема то, что протестировать-то одно, а вот дальше, что с ним делать, когда тест положительный, потому что терапию не купишь.» (Эксперт 3)

Действительно, в Казахстане отсутствует возможность приобретения АРТ на платной основе или через аптечную сеть, поэтому приведенные выше механизмы в настоящее время представляют собой исчерпывающий перечень доступных вариантов лечения для мигрантов.

Один из информантов, живущих с ВИЧ, так охарактеризовал систему предоставления лечения для мигрантов в Казахстане следующим образом:

“То есть, проблемы вроде бы нет, как будто нет какой-то отлаженной суперсистемы, поэтому сначала я туда, потом туда, потом туда, а так проблем ни разу не возникало, чтобы у меня в итоге не появлялась терапия, она всегда появлялась в итоге.” (Мигрант 1)

Возможности получения для мигрантов без ВНЖ меняются ситуативно и хотя людям, установившим хорошие связи с НПО (в регионах, где они активны) и высокой мотивацией к лечению, удастся ее получить, они не являются в достаточной степени устойчивыми и прозрачными, что может привести к рискам для тех ЛЖВ, кто не обладает достаточной мотивацией и социальными навыками.

Даже среди людей, уже получающих терапию в Казахстане, может встречаться недопонимание того, как система работает и на что они имеют право:

«Информант: А я могу, это, чтобы мне взяли вот кровь, анализ на вирусную нагрузку, я знаю, что это вроде платные...

Интервьюер: нет, вам, человеку с видом на жительство, должны бесплатно делать.» (Мигрант 5)

Тестирование ЛЖВ, на имеющих ВНЖ, на показатели CD4 и вирусную нагрузку осуществляется бесплатно лишь в рамках отдельных проектов. Для всех остальных такие услуги доступны на коммерческой основе, однако их стоимость является высокой и недоступной для большинства мигрантов, особенно из числа уязвимых групп. Даже мигранты, имеющие постоянную работу, приверженные лечению и в целом высоко мотивированные, могут обращаться за такими услугами только ситуативно, когда возникает возможность получить их бесплатно в рамках какой-либо инициативы.

4. Заключение

1. Миграционные процессы в Казахстане носят сложный и неоднородный характер, сочетая трудовую, транзитную и маятниковую миграцию, при этом определенная часть мигрантов могут быть недокументированными. В крупных городах, например, Астане, Алматы, а также в других миграционных центрах, наблюдается большая концентрация профилактических программ и специализированных НПО, работающих в сфере профилактики ВИЧ, ведущих целевую работу с мигрантами или взаимодействующих с ними как с частью других целевых групп. В то же время для некоторых регионов (например, Караганда) случаи обращения мигрантов в профильные НПО остаются единичными.
2. Оценки численности мигрантов, основанные на использовании серии нескольких множителей (доли ЛЖВ, охваченных АРВ терапией в странах исхода и назначения, распространенности ВИЧ в стране исхода), а также подсчете видимой части мигрантов с ВИЧ-инфекцией, позволяют выдвинуть следующие предположения:
 - a. Среди мигрантов из России количество ЛЖВ оценивается в промежутке от 216 до 818,
 - b. Среди мигрантов из Узбекистана количество ЛЖВ оценивается в промежутке от 79 до 806.
 - c. Среди мигрантов из Кыргызстана высшая оценка составляет 131 человек
 - d. Среди мигрантов из Таджикистана вероятная оценка составляет до 93 человек

Согласно данным расчетам, оценочное число ЛЖВ только из изучаемых четырех стран составит по верхней оценке в районе 1 850 человек (более 1600 только по России и Узбекистану). Эти оценки по четырем странам выше данных миграционной службы обо всех известных находящихся в Республике Казахстан ЛЖВ иностранных мигрантов. Данное число включает как тех, кто живет с известным статусом, но не прошел тестирование на ВИЧ в Казахстане, так и ЛЖВ, не знающих свой положительный статус. Отметим, что по статистике вновь выявленных случаев на прочие страны приходится от 12 до 20% (в зависимости от года наблюдения). Таким образом, ещё в Казахстане может находиться 250-450 мигрантов, живущих с ВИЧ.

3. Основными тенденциями последних месяцев является увеличение числа мигрантов с ВИЧ-инфекцией (в первую очередь трудовых) из Узбекистана и Таджикистана, что может быть связано с перераспределением потоков миграции из-за ужесточения российского миграционного законодательства. Численность и статус данных мигрантов пока оценивается с трудом и большими допущениями. Кроме того, необходимо не упускать из виду мигрантов из России, оказавшихся в Казахстане в 2022-23 гг., многие из которых, несмотря на планы по дальнейшей миграции, все же остаются в Казахстане на долгий срок.
4. Среди мигрантов присутствуют представители различных КГН: люди, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, практикующие секс с мужчинами, люди, занимающиеся секс-работой, и в меньшей степени трансгендерные люди. Для этих групп характерна множественная уязвимость: сочетание не всегда легального статуса, низкой осведомленности, отсутствия документов и страха перед раскрытием личной информации. Особенно выражены барьеры у мигрантов из стран Центральной Азии, для которых дополнительно характерны сильная самостигматизация, недоверие к медицинским и профилактическим службам, страх раскрытия информации и часто несформированное профилактическое поведение в отношении ВИЧ.

5. Оценки численности мигрантов из ключевых групп для каждой из стран, основанные на экстраполяции данных о распространенности ключевых групп в стране исхода, позволяют сделать следующие предположения:
 - a. Группа СР: для мигрантов из России число СР может достигать 193 (средняя – около 97), в то же время для мигрантов из Узбекистана диапазон оценок составляет от 395 до 2076 (высокие значения на верхней границе для Узбекистана связаны с частым упоминанием этой КГ в качественных интервью). Среди мигрантов из Таджикистана численность данной группы может быть в районе 22, а среди мигрантов из Кыргызстана – 128.
 - b. Группа МСМ: для мигрантов из России оценки лежат в диапазоне 407 – 845 (высокая верхняя граница опять же связана с упоминанием контингентов в качественных интервью), с вероятным средним значением в 445, а для граждан Узбекистана – 1012 – 2856. Среди мигрантов из Таджикистана численность данной группы может быть в районе 63, а среди мигрантов из Кыргызстана – 339.
 - c. Группа ЛУИН: среди мигрантов из России может составить 198 – 1048 (среднее значение может быть 776), из Узбекистана – 348 – 1610. Среди мигрантов из Таджикистана численность данной группы может быть в районе 32, а среди мигрантов из Кыргызстана – 336.
 - d. Группа ТГЛ: около 28 из России и порядка 28-48 из Узбекистана. Данная группа может также существенно пересекаться с группой СР.
6. Доступ к тестированию на ВИЧ для мигрантов в целом можно считать относительно высоким, благодаря работе низкопороговых проектов, предлагающих бесплатные и анонимные экспресс-тесты и государственных учреждений, также предоставляющих возможности бесплатного тестирования. Однако последующие этапы диагностики и постановки диагноза сталкиваются с барьерами, связанными с необходимостью предъявления документов. В результате часть лиц с положительным тестом не доходит до подтверждающего обследования. Другими барьерами для тестирования могут быть: опасения о возможности негативных последствий как в Казахстане, так и стране исхода (такие случаи зафиксированы среди граждан Узбекистана), а также не всегда очевидные возможности получения лечения ВИЧ-инфекции для мигрантов, не имеющих вида на жительство.
7. Возможности получения антиретровирусного лечения для мигрантов в Казахстане остаются ограниченными. Бесплатная терапия предоставляется лишь отдельным категориям — лицам с видом на жительство (87 человек) и мигрантам, охваченным проектом Глобального фонда (172 человека). Кроме того, существуют краткосрочные механизмы поддержки, такие как аптечка взаимопомощи и пересылка препаратов из других стран, в том числе при дистанционной постановке на учёт. Однако эти формы помощи нестабильны, не обеспечивают системного доступа к лечению и часто остаются недостаточно понятными для мигрантов. Исключение составляют беременные женщины: им терапия предоставляется независимо от гражданства и правового статуса, начиная с момента родовспоможения.

Таким образом, несмотря на наличие ряда успешных инициатив и высокий уровень вовлеченности неправительственного сектора, системный доступ мигрантов, живущих с ВИЧ, к диагностике и лечению остается ограниченным. Наиболее уязвимыми остаются лица без документов и представители КГН.

5. Рекомендации

Следует усилить охват тестированием на ВИЧ мигрантов, включая тех, кто может не знать о своем статусе. С учетом ограниченной информированности существенной части мигрантов о профилактике ВИЧ и неполного охвата профилактическими услугами, текущая ситуация несет эпидемиологические риски. Рекомендуется развивать программы тестирования с четкой схемой последующих действий для выявленных ЛЖВ, включая дистанционное сопровождение там, где это возможно. Особое внимание следует уделить регионам с низкой активностью НПО или недостаточной работой с мигрантами, чтобы выявить «пробелы» в профилактике и своевременно корректировать программы охвата. Одновременно необходимо расширять профилактические мероприятия для мигрантов, включая информирование о мерах снижения риска, доступных сервисах и возможностях безопасного тестирования.

Не менее важно повысить устойчивость и доступность терапии для мигрантов, особенно для тех, кто находится в стране без ВНЖ. Отсутствие устойчивых прозрачных схем доступа к лечению ограничивает возможность получения терапии людьми с низкими социальными навыками, ограниченными связями и ресурсами. Рекомендуется расширять программы Глобального фонда и других донорских структур, обеспечивая понятные и устойчивые механизмы получения АРТ для всех мигрантов, включая тех, кто не имеет официального статуса.

Особым фокусом программ, направленных на группу мигрантов, следует сделать работу над снижением страхов и барьеров, препятствующих обращению за медицинской помощью. Это включает информирование о правах мигрантов, недопустимости депортации из-за ВИЧ-статуса, безопасное обращение с персональными данными и разъяснение правил легализации ВНЖ для ЛЖВ. Программы должны строиться с учётом психологических и социальных детерминантов уязвимости, чтобы мигранты чувствовали себя в безопасности при обращении за профилактикой и лечением.

Наконец, критически важно расширять сбор данных о мигрантах и их потребностях. Следует систематически документировать численность, миграционные практики и доступ к услугам для различных групп мигрантов, включая представителей ключевых групп населения. Это позволит не только точнее оценивать масштабы эпидемии, но и формировать эффективные и целенаправленные программы профилактики и лечения, учитывающие реальные потребности мигрантов.

6. Ограничения

Исследование имеет ряд существенных ограничений.

Основные ограничения использованного метода оценки численности связаны с доступностью и качеством необходимых для него данных. Точные размеры миграционных контингентов из соседних стран, а также их половозрастная структура остаются недостаточно определёнными, что требует использования широких диапазонов и значительных допущений. Для большинства стран Центральной Азии (в частности, Таджикистана и Кыргызстана) отсутствуют актуальные и достоверные оценки долей ключевых групп в населении (часть доступных данных относится лишь к началу-середине 2010-х), что дополнительно снижает точность расчётов. Кроме того, миграционные потоки в Казахстан в последние годы быстро меняются, особенно за счёт трудовых мигрантов из Узбекистана и Таджикистана и продолжающегося притока мигрантов из России. Их численность и статус пока могут оцениваться лишь ориентировочно.

Выборка качественного исследования среди мигрантов смещена в сторону мужчин, представителей группы МСМ и граждан России, что существенно снижает уровень полученных данных о представителях других уязвимых групп и женщин-мигранток. В целом небольшой масштаб анализа не позволил отразить всю комплексность ситуации в Казахстане. Миграционная ситуация, доступность профилактических проектов для ключевых групп и мигрантов, уровень стигматизации отдельных видов поведения и другие обстоятельства могут существенно различаться между регионами Казахстана.

Из-за больших различий между группами населения, качества миграционной статистики и возможностям доступа в Казахстане мы не рассматривали ЛЖВ из других стран. На них приходится 20% выявленных случаев в 2024 г. и около 13% в 2025 г. Кроме того, они составляют около 18% получателей АРТ. По официальной статистике, выделить какое-то «проблемное» направление пока крайне сложно. Тем не менее, иностранцы из других стран могут повысить верхнюю планку оценки количества ЛЖВ (1600) ещё на несколько сотен.

7. Приложения

Приложение 1. *Дополнительные материалы.* Аналитическая записка «Изучение возможностей для обеспечения из государственного финансирования антиретровирусной терапией и мониторингом лечения для беременных иностранок с ВИЧ, проживающих на территории Казахстана в период беременности».

ВВЕДЕНИЕ. Казахстан принимает активное участие в международных отношениях в области прав человека и здравоохранения, что подтверждается Алматинской и Астанинской декларациями ПМСП, участием в международных договорах и конвенциях, что также включает обеспечение доступа к медицинской помощи всем лицам, находящимся на его территории, включая временно пребывающих иностранцев, в том числе обеспечение медицинской помощи беременным женщинам, живущих с ВИЧ.

Адекватное лечение и профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку являются важными мерами по снижению заболеваемости и смертности. В Казахстане, как и в других странах, необходимо обеспечить контроль над распространением ВИЧ, особенно среди уязвимых групп, в том числе таких как беременные женщины.

Беременные иностранки с ВИЧ, временно пребывающие в Казахстане, являются уязвимой группой, нуждающейся в особой защите в связи с риском передачи инфекции плоду или ребенку. Обеспечение их прав на медицинскую помощь, включая лечение ВИЧ-инфекции, является важным аспектом соблюдения прав человека, включая как доступ к антиретровирусной терапии, так и профилактические меры для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку.

Цель отчета — определение возможных изменений в законодательстве для обеспечения временно пребывающих в РК беременных иностранок на получение медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ. Согласно Целям устойчивого развития ООН (цель 3), необходимо обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, включая борьбу с эпидемиями ВИЧ-инфекции, туберкулеза, малярии и доступ уязвимых групп к лечению. В документе особый акцент сделан на обеспечение медпомощью женщин (от 10 лет), детей, лиц, подверженных риску заболеваний. К обязательному охвату базовыми услугами здравоохранения рекомендуется обеспечение **профилактическими мероприятиями** (скрининг) женщин, детей, лиц из группы риска по инфекционным и основными неинфекционным заболеваниям, включая охрану репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, **лечение** указанных заболеваний, доступность медицинских услуг *для групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении.*

Временно проживающие в Казахстане ВИЧ-позитивные беременные иностранки отнесены к такой группе, не имея гарантированного доступа к бесплатной диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Также к группе риска относятся дети, рожденные от матерей, имеющих ВИЧ-инфекцию, учитывая вертикальную передачу.

Казахстан участвует в реализации глобальных целей и, для их реализации **в стратегических и нормативных документах страны** отражены аналогичные показатели и мероприятия, такие как защита материнства и детства. Все показатели и мероприятия направлены на граждан РК и приравненных к ним иностранцам. Сохранение и укрепление

здоровья беременных и детей являются составными частями национальной безопасности³⁸. Здоровье детей рассматривается как основа демографического, экономического и интеллектуального потенциала страны.

Правовая база РК (Конституция, Кодекс «О здоровье народа») определяет объемы медпомощи:

1. **ГОБМП** — гарантирован гражданам и приравненным лицам; включает помощь при опасных заболеваниях (ВИЧ-инфекция не входит).
2. **ОСМС** — доступен застрахованным (граждане, иностранцы с ВНЖ, трудящиеся стран ЕАЭС и члены их семей).
3. **Дополнительный:** собственные средства населения; добровольное и вмененное медицинское страхование; спонсорская помощь; ведомственная медицина и др.

В Кодексе четко определен объем медицинской помощи для разных категорий иностранцев:

1) постоянно проживающие в Казахстане иностранцы имеют право на получение медпомощи наравне с гражданами — это ГОБМП и медпомощь в системе ОСМС. Постоянное проживание подтверждается разрешением – видом на жительство;

2) временно пребывающие иностранцы - граждане стран ЕАЭС (Россия, Белоруссия, Кыргызстан и Армения), осуществляющие трудовую деятельность на территории РК и члены их семей (супруги и дети), на основании Договора о ЕАЭС³⁹, имеют право на медпомощь при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих; при экстренных и неотложных состояниях; а также медпомощь ОСМС, при наличии договора вмененного медстрахования⁴⁰ на его срок, включая наблюдение за беременностью. Медпомощь в экстренных и неотложных состояниях включает такие состояния, как травмы, отравления, роды и другие, представляющие и не представляющие угрозу жизни;

3) граждане стран СНГ получают медпомощь в ограниченном объеме - только при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, и в неотложных и экстренных случаях, согласно Соглашению⁴¹ (травмы, отравления, роды, неотложные состояния, связанные с беременностью);

4) граждане других стран, не вошедших в вышеназванные, имеют право на получение медпомощи при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих;

³⁸ Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года»

³⁹ Ратифицирован Республикой Казахстан Законом РК от 14 октября 2014 года № 240-V ЗРК «О ратификации Договора о Евразийском экономическом союзе»

⁴⁰ Вмененное медицинское страхование - вид медицинского страхования для иностранцев, временно пребывающих в Республике Казахстан, в соответствии с Законом Республики Казахстан «О миграции населения» и международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, позволяющим получать медицинские услуги на условиях, определенных типовым договором вмененного медицинского страхования, утвержденным уполномоченным органом по согласованию с уполномоченным органом по регулированию, контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций.

⁴¹ Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 февраля 2000 года N 320 «Об утверждении Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств и Протокола о механизме реализации Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств в части порядка предоставления медицинских услуг»

5) иностранцы или лица без гражданства, лишенные или ограниченные в свободе, обеспечиваются медицинской помощью в полном объеме, включая антиретровирусную терапию.

Финансирование службы ВИЧ/СПИД осуществляется по трехкомпонентному тарифу, однако для полного выполнения всех рекомендаций по уходу за пациентами с ВИЧ и проведению тестирования на ВИЧ необходимо дополнительное финансирование, которое будет включать также покрытие медпомощи для беременных иностранок, временно находящихся в Казахстане.

Клинический протокол предписывает немедленное начало АРВТ при беременности. Проведенный «Ситуационный и экономический анализ предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан - мигрантов в Республике Казахстан»⁴² показывает, что амбулаторное лечение ВИЧ-инфекции у иностранцев в 1,6 – 4 раза дешевле стационарной помощи при развитии СПИДа при экстренной обязательной госпитализации, в 6 раз меньше, по сравнению с затратами, которые могут возникнуть в случае заражения мигрантами, не принимающими АРВ и, как следствие, имеющими высокую вирусную нагрузку, уже граждан Казахстана.

По экспертным оценкам, количество БИЖВ оценивается в 50–70 человек⁴³. Принцип ВОЗ «Неопределяемый= непередающий» (H=H) и национальные принципы охраны материнства обосновывают необходимость обеспечения АРВ терапией всех временно пребывающих беременных.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции входит в ГОБМП и, соответственно, доступны для пациентов, входящих в группу получателей ГОБМП, как видно из вышеперечисленного, обеспечение АРВ терапией не входит ни в один объем медпомощи, доступный для временно пребывающих иностранок, включая беременных. Это напрямую противоречит Стратегии «95-95-95», когда часть населения, знающего свой статус ВИЧ, не имеет доступа к базовой терапии.

Для его устранения предлагается:

1. Внести дополнения в статьи 83 и 160 Кодекса «О здоровье народа», предусматривающие предоставление БИЖВ диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
2. Инициировать изменения в международные соглашения (ЕАЭС, СНГ) для включения данной помощи. Основанием для получения помощи должен быть статус беременной, вставшей на учет (с 8 недель). Финансирование наблюдения беременности и родов остается без изменений.

В табл. 12 указаны источники финансирования медицинской помощи по наблюдению за беременностью и родами. В части расходов, связанных с наблюдением беременности и родоразрешением изменения не предлагаются.

⁴² «Ситуационный и экономический анализ предоставления медицинских услуг в связи с ВИЧ для иностранных граждан - мигрантов в Республике Казахстан». РЭГ, 2021 г.

⁴³ Оценки проводились в 2024 г.

Таблица 12. Источники финансирования расходов иностранок, связанных с беременностью и родами

Гражданство	ИФ ⁴⁴ для постановки на учет по беременности	ИФ для наблюдения беременности	ИФ для родов
Наличие вида на жительство РК, независимо от гражданства	ОСМС	ОСМС	ОСМС/ при отсутствии статуса застрахованности - ГОБМП
ЕАЭС (РФ, Беларусь, Армения, Кыргызстан)	ОСМС. Постановка на учет - по месту прикрепления. Обязательность наличия договора ВМС	ОСМС, собственные средства/ВМС (за услуги, не входящие в ОСМС)	ОСМС/ при отсутствии статуса застрахованности - ГОБМП
СНГ	Собственный счет. Прикрепление невозможно, кроме граждан стран-участниц договора ЕАЭС	Собственные средства/ВМС/ДМС	ГОБМП
Другие страны	Собственный счет. Прикрепление невозможно	Собственные средства/ВМС/ДМС	Собственные средства

РИСКИ И БАРЬЕРЫ. Риски при принятии норм по обеспечению лечением БИЖВ минимальные.: возможен отказ женщин из-за страха депортации (не предусмотрена законом). **Основные барьеры:**

1. **Финансовые:** необходимость выделения дополнительных бюджетных средств.
2. **Общественные:** возможное негативное мнение о финансировании помощи иностранцам.
3. **Законодательные:** сложность и длительность процесса внесения изменений.
4. **Приоритетные:** лечение ВИЧ у иностранцев может не рассматриваться как первоочередная задача.

Для преодоления барьеров требуются образовательные кампании, экономическое обоснование, международное сотрудничество и включение норм в межгосударственные договоры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Обеспечение антиретровирусной терапией беременных иностранок с ВИЧ представляет собой стратегическую инвестицию в общественное здоровье, основанную на неразрывной связи между лечением и профилактикой. Расширение доступа к эффективной АРТ является краеугольным камнем в реализации двойной цели: элиминации вертикальной передачи ВИЧ и значительного снижения риска ее передачи при сексуальных контактах. Данный подход полностью согласуется с научно доказанной концепцией «Неопределяемый = Непередающий» (Н=Н).

⁴⁴ Источник финансирования

Реализация такой политики отвечает этическим нормам и международным обязательствам Казахстана, одновременно формируя экономически эффективную и долгосрочную модель охраны здоровья. Системный доступ к АРТ укрепляет национальную биобезопасность, снижает будущие затраты на лечение и повышает качество жизни уязвимых групп населения.

Приложение 2. Расчет показателей ЛЖВ по используемой методологии

1. Расчет через численность получателей АРТ

Используем для расчетов следующую логику: предположим, что получатели АРТ за пределами Казахстана и так получают терапию из своей страны, даже находясь в Казахстане, а вот ЛЖВ с другим гражданством, которые получают АРТ в Казахстане через ГФ или по ВНЖ в своих странах в число получателей как раз не входили.

То есть в нашу совокупность входят получатели АРТ в Казахстане (видны в официальной статистике) и получатели АРТ в своих странах (не видны в официальной статистике Казахстана). Следовательно, мы можем воспользоваться соотношением доли получателей к доле не получающих терапию в стране исхода (например, в России) для расчета числа «скрытых» ЛЖВ, которые не видны в казахстанской статистике, так как получают терапию в своей стране (например, в России), они считаются по следующей формуле (с учетом не знающих свой статус):

$$\text{ЛЖВ}_{\text{скр}} = \frac{\% \text{ получающих АРТ}_{\text{рф}}}{\% \text{ НЕ получающих АРТ}_{\text{рф}}} * \text{Число получающих АРТ}_{\text{Каз}}$$

Сложим численность скрытых случаев (получающие за рубежом) с численностью получателей АРТ иностранцев по статистике Казахстана. Добавим туда тех, кто свой статус не знает (используя статистику страны получателя), например, если среди россиян получает терапию 136 человек, и мы используем охват 62.9%, то всего ЛЖВ (100%) будет 216 человек.

Подробно расчеты по всем странам мы приведем в Табл. 13. При расчете коэффициента охвата АРТ мы будем использовать долю знающих свой статус и получающих лечение (см. основной текст доклада)

Таблица 13. Расчет значений ЛЖВ среди мигрантов при использовании АРТ

	Число граждан среди получателей в Казахстане			к-т охвата АРТ	С учетом не знающих о статусе	Соотношение охваченных к неохваченным	Численность скрытых случаев	Общее число
	ВНЖ	без ВНЖ	всего					
Россия	45	91	136	62.90%	216	1.70	231	447
Узбекистан	16	39	55	70%	79	2.33	183	262
Таджикистан	4	0	14	73%	19	2.69	52	71
Кыргызстан	10	8	18	41%	44	0.69	30	75

Тем не менее, при подготовке данных расчетов важно учитывать страновые особенности, о чем мы подробно упоминаем в основном тексте доклада.

2. Расчет через численность мигрантов

Таблица 14. Расчет значений ЛЖВ среди мигрантов при использовании распространенности в стране исхода

	Доля населения в возрасте 15-49	Численность мигрантов	Численность населения 15-49	Доля ЛЖВ (15-49)	Численность ЛЖВ
Россия	77.8	60000	47055	1.4% (по факту считаем по 5-летним группам)	686
		80000	62740		915
Узбекистан		35000	27230	0.20%	54
		200000	155600		310
		350000	272300		540
Таджикистан		2000	1556	0.20%	3
		12000	9336		19

В основном тексте мы используем не все значения, а только те, которые основаны на оценке численности мигрантов в 60 000 для России, диапазон 200 000 – 350 000 для Узбекистана, 12 000 для Таджикистана. Также показатели помножены на поправочные коэффициенты, так как свой статус знают не все мигранты.