



**ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ПО ОХРАНЕ
СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ И ВИЧ-СЕРВИСУ ВНУТРЕННИХ
МИГРАНТОВ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ
И МЕЖДУНАРОДНЫХ МИГРАНТОВ ИЗ СТРАН
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ В РОССИИ, КАЗАХСТАНЕ
И ТУРЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

АЛМАТЫ 2021

Аннотация

Проблемы доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и международных мигрантов из стран Центральной Азии в России, Казахстане и Турции в условиях пандемии COVID-19

А.Б.Косухин, Л.И.Бардакова, Л.Н. Башмакова, М.Р. Болтаева, С.Ж. Касымбекова, Л.Б. Кудашева, Т. Аннамуратова.

В этой работе представлены и обсуждаются результаты кабинетного анализа состояния миграции и сексуального и репродуктивного здоровья населения стран происхождения мигрантов: Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Качественные данные по доступу к дородовому уходу, родовспоможению, планированию семьи и средствам контрацепции, включая презервативы, безопасному прерыванию беременности (разрешенному законом во всех рассматриваемых странах), лечению инфекций, передаваемых половым путем, и профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции основаны на интервью с экспертами из стран происхождения и приема мигрантов. Приводятся типичные случаи жизненных ситуаций, с которыми сталкивались мигранты. Показано, что внутренние и международные мигранты не имеют адекватного доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису по сравнению с другим наличным населением в силу неприемлемости условий предоставления, низкой доступности по цене, недостаточной осведомленности о возможности получения услуг и недооценки их значения, а также правовых ограничений для мобильного населения.

В эпоху пандемии COVID-19 доступ мигрантов к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) стал еще хуже, поскольку юридически они не относятся к системам общественного здравоохранения. В то же время значительное снижение качества их жизни делает невозможным обращение за частной медицинской помощью. Пандемия COVID-19 стала серьезным препятствием для разработки и реализации программ, направленных на улучшение доступа мигрантов к услугам, связанным с ВИЧ, в соответствии с рекомендациями Технического семинара по ВИЧ и миграции в странах Центральной Азии и Российской Федерации, который при поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) прошел в городе Астане (ныне Нур-Султан), Казахстан, в феврале 2018 года.

Прием большинства мигрантов из стран Центральной Азии в государственных службах здравоохранения по СРЗ и ВИЧ либо практически не обеспечивается ни в одной из трех принимающих стран, либо предоставляется в ограниченной степени в России мигрантам из стран –

членов ЕАЭС. В целом мигранты имеют низкий уровень юридических прав на услуги общественного здравоохранения.

Политика финансирования здравоохранения и требования к бюджетной дисциплине в принимающих мигрантов странах делают закупки лекарств и противозачаточных средств, включая презервативы и смазочные материалы, в достаточных для обслуживаемых групп населения количествах невозможными. А распространение товаров медицинского назначения среди анонимных потребителей, среди которых нелегальные мигранты, не является законным.

Существует немало барьеров к доступу мигрантов к необходимым услугам и продуктам. В их числе – оказание медицинской помощи только при наличии прописки и регистрации, необработанность ценообразования на важнейшие услуги, лекарства и средства профилактики, низкая информированность людей на всех этапах миграции, недостаточная вовлеченность сообществ мигрантов и слабое взаимодействие с ними в решении всплывающих проблем, ксенофобия, стигматизация и дискриминация ключевых групп населения с высоким риском экспозиции и передачи ВИЧ, требование депортации мигрантов с ВИЧ из России.

Нужды мигрантов, составляющих значительную часть наличного населения городов Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана, а также стран, принимающих международных мигрантов из упомянутых государств Центральной Азии – России, Казахстана и Турции, не могут не приниматься во внимание при разработке политики и стратегий достижения Целей устойчивого развития (ЦУР), разработанных в 2015 году Генеральной ассамблеей ООН. Однако эта часть населения, по определению уязвимая к расстройствам сексуального и репродуктивного здоровья и передаче ВИЧ, остается вне зоны необходимого внимания.

Оговорка

Мнения, выраженные в этой публикации, принадлежат авторам и не обязательно отражают взгляды или политику Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Международной организации по миграции (МОМ) и Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Ошибки и упущения исключены.

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация	2
Оговорка	4
1. ВВЕДЕНИЕ	7
2. МЕТОДИКА	13
3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	15
3.1 Социально-экономическая ситуация, тренды миграции, показатели охраны сексуального и репродуктивного здоровья, распространенности эпидемии ВИЧ-инфекции и реагирования на нее в странах, посылающих и принимающих мигрантов.....	15
3.1.1 Социально-экономическая ситуация.....	15
3.1.2 Краткий обзор трудовой миграции населения из стран и в странах Центральной Азии.....	19
3.1.3 Воздействие пандемии COVID-19 на социально-экономическое положение мигрантов.....	22
3.1.4 Сексуальное и репродуктивное здоровье населения и ВИЧ- инфекция в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.....	24
3.1.5 Финансирование здравоохранения.....	31
3.1.6 Законодательное и нормативное регулирование обеспечения мигрантов услугами и средствами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и профилактики, диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции.....	32
3.2 Обеспеченность внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и международных мигрантов из стран Центральной Азии услугами и средствами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ- инфекции.....	35
3.2.1 Доступ к информации.....	35
3.2.2 Доступ к дородовому уходу.....	38
3.2.3 Доступ к родовспоможению.....	40
3.2.4 Доступ к планированию семьи.....	41
3.2.5 Доступ к презервативам и лубрикантам.....	43
3.2.6 Доступ к безопасному искусственному прерыванию беременности.....	44
3.2.7 Доступ к лечению ИППП.....	46
3.2.8 Доступ к добровольному тестированию на ВИЧ.....	48
3.2.9 Доступ к тестированию на ВИЧ беременных женщин.....	49
3.2.10 Доступ к АРВ терапии.....	50
3.2.11 Доступ к доконтактной и постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции.....	52

3.2.12 Доступ к услугам по профилактике и преодолению последствий насилия против женщин.....	53
3.2.13 Особенности доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису мигрантов из числа ключевых групп населения	55
3.2.14 Воздействие пандемии COVID-19 на доступ мигрантов к услугам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису	63
3.3 Основные барьеры для обеспечения доступа мигрантов к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису.....	65
3.3.1 Анализ прав международных мигрантов на доступ к бесплатным услугам в области СПЗ и ВИЧ и товарам для охраны репродуктивного здоровья в трех рассмотренных странах назначения.....	66
3.3.2 Увязка доступа внутренних мигрантов к услугам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису с регистрацией по месту миграции.....	67
3.3.3 Финансирование и установленные правила расходования государственного бюджета, выделяемого на закуп средств для услуг по СПЗ и ВИЧ, их соответствие потребностям мигрантов.....	68
3.3.4 Ксенофобия, стигма и дискриминация мигрантов, в том числе ключевых групп населения	70
3.3.5 Депортация людей, живущих с ВИЧ.....	72
3.3.6 Ограниченность источников информации.....	74
3.3.7 Недостаточное вовлечение сообществ мигрантов и неправительственных организаций.....	74
3.3.8 Завышенная стоимость товаров и услуг по СПЗ и ВИЧ-сервису	75
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	77
Приложение. Анкета для экспертного интервью (круг вопросов для неформальной личной беседы)	82

1

1. ВВЕДЕНИЕ

Для того чтобы увидеть мир свободным от нищеты, голода и болезней, в сентябре 2015 года мировые лидеры согласовали Цели устойчивого развития (ЦУР) до 2030 года. ЦУР-3 «Хорошее здоровье и благополучие» предусматривает обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте.

Для достижения этой цели поставлен ряд задач. Решение задачи 3.1 должно привести к снижению материнской смертности; задачи 3.3 – к прекращению эпидемии СПИДа; задачи 3.7 – к всеобщему доступу к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), включая планирование семьи, информацию и просвещение, а также интеграцию вопросов охраны СРЗ в национальные стратегии; задачи 3.8 – к всеобщему охвату услугами здравоохранения (ВОУЗ). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет ВОУЗ как гарантию доступа для каждого человека к качественной



медицинской помощи, включая доступ к надлежащим медицинским услугам и безопасным, эффективным, высококачественным и доступным по цене жизненно важным лекарствам и вакцинам. Хотя ЦУР-3 направлена на защиту всех людей, приверженность большинства стран ВОУЗ парадоксальным образом не учитывает некоторые уязвимые группы населения, в частности мигрантов.

Между тем ВОЗ рассматривает пребывание людей в статусе мигрантов в качестве фактора риска для здоровья, воздействие которого может зависеть от типа миграции, условий жизни мигрантов и стрессовых ситуаций, с которыми им приходится сталкиваться, а также от обеспечения их медицинской помощью в местах происхождения, транзита и назначения¹. Программа действий ООН на период до 2030 года «никого не оставлять в стороне» предлагает правительствам интегрировать потребности охраны

¹ Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/315480/66wd08r_

здоровья мигрантов в национальные планы, политику и стратегии во всех секторах.

Образовавшиеся после распада Советского Союза в 1991 году Российская Федерация и Республика Казахстан, более крупные экономики с валовым национальным доходом (ВНД) на душу населения выше среднего и заработной платой, значительно превышающей заработную плату в постсоветских Кыргызстане, Таджикистане, Узбекистане, стали местами притяжения трудовых мигрантов из указанных стран и в меньшей степени из Туркменистана. Трудовая миграция граждан Туркменистана направлена в основном в Турцию, являющуюся единственной страной региона, для въезда в которую им не требуется виза; кроме того, туркменский и турецкий языки взаимно понятны. Помимо международной миграции в странах Центральной Азии развита и внутренняя миграция. Безработица и низкие доходы населения сел и малых городов вызывают перераспределение рабочей силы, миграционные потоки устремляются в большие города.

В числе международных и внутренних мигрантов есть люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека – ЛЖВ, и представители ключевых групп населения с высоким риском экспозиции ВИЧ: мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), люди, продающие секс (ЛПС), люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН). Во всех странах Центральной Азии ВИЧ-инфекция сконцентрирована именно в указанных популяциях и среди их половых партнеров. Удовлетворение нужд в области обеспечения ВИЧ-сервиса для этой группы мигрантов, сотрудничество с их сообществами являются приоритетными вопросами для эффективного реагирования на эпидемию ВИЧ-инфекции², унесшей в мировом масштабе 37,7 миллиона человеческих жизней. По данным ЮНЭЙДС, на ключевые группы населения во всем мире приходится около половины новых случаев инфицирования ВИЧ³. В 2018 году вероятность заражения ВИЧ у МСМ была в 22 раза выше, чем у всех взрослых мужчин; у ЛУИН вероятность заражения ВИЧ была в 22 раза выше, чем у людей, не употребляющих инъекционные наркотики; и у мужчин вероятность заражения ВИЧ была в 21 раз выше, чем у женщин в возрасте 15–49 лет в общей популяции⁴.

19-20 февраля 2018 года Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в сотрудничестве с Объединенной программой ООН по ВИЧ и СПИДу (ЮНЭЙДС) и при поддержке правительства Королевства Нидерландов организовал технический семинар по ВИЧ и миграции в странах Центральной Азии и Российской Федерации в городе Астане (ныне Нур-Султан), Казахстан. В результате диалога между правообладателями и должностными лицами о том, как привести в соответствие с международными стандартами и передовой практикой законодательство и политику стран, касающиеся мер

² Сводные руководства по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, Всемирная Организация Здравоохранения, 2016 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>

³ <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

⁴ https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/november/20191105_key-populations#:~:text=Key%20populations%20make%20up%20a,was%20among%20all%20adult%20men

реагирования на эпидемию ВИЧ-инфекции среди мигрантов, были разработаны рекомендации⁵, направленные на обеспечение равного с другим населением доступа мигрантов к качественным услугам профилактики, диагностики и лечения. Заинтересованные стороны заявили о намерении стремиться претворять эти рекомендации в жизнь.

Пандемия COVID-19 вызвала озабоченность по поводу выполнения этих принятых сторонами обязательств. Ресурсы общественного здравоохранения повсюду переключаются на противодействие пандемии, вызвавшей глобальный кризис. Между тем эпидемия ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии нарастает, а ее главная движущая сила изменилась с передачи ВИЧ при инъекциях запрещенных наркотиков на передачу ВИЧ половым путем. Таким образом, качество охраны СПЗ населения все в большей степени детерминирует развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, которая остается одной из важнейших проблем общественного здравоохранения. Передача ВИЧ половым путем напрямую связана с использованием презервативов и смазочных материалов, а также со своевременной диагностикой и лечением инфекций, передающихся половым путем (ИППП), которые повышают восприимчивость людей к передаче ВИЧ. Успех ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от планирования семьи и дородового ухода, в рамках которых диагностика ВИЧ-инфекции и назначение антиретровирусного лечения являются частью клинического протокола.

Трудности в обеспечении надлежащего противодействия ВИЧ-инфекции и всеобщего охвата услугами по охране СПЗ, связанные с дефицитом ресурсов, дополняются последствиями карантинных мероприятий. Локдаун и закрытие государственных и административных границ приводят к остановке работы предприятий и нарушению цепочек поставок. Снижается объем импорта товаров, необходимых для охраны СПЗ, в том числе антиретровирусных (АРВ) препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, презервативов, лубрикантов, а равно средств гормональной контрацепции, внутриматочных контрацептивов, жизненно важных лекарств, применяющихся для спасения жизни матерей и новорожденных, и др.

Важно, чтобы последствия пандемии COVID-19 не обратили вспять недавние достижения в обеспечении доступа отдельных групп населения к услугам и средствам по охране СПЗ. Необходимость дальнейшего расширения круга лиц, имеющих возможность получать эти услуги и средства, с вовлечением в него мигрантов не может игнорироваться.

Международная организация по миграции (МОМ) обращает внимание на то, что мигранты могут быть высоко уязвимы к COVID-19 ввиду своего социально-экономического статуса, в том числе из-за недостатка средств на приобретение масок, медицинских респираторов, дезинфицирующих растворов, проживания в условиях скученности, ограниченных прав и возможностей получать медицинские услуги, вакцины и лекарства в местах

⁵ ВИЧ и миграция в странах Центральной Азии и Российской Федерации. Отчет по техническому семинару 19-20 февраля 2018 г., Астана, Казахстан.

пребывания, языковых барьеров, затрудняющих получение информации о профилактике заражения, стигматизации. В особо трудном положении могут оказываться мигранты с неурегулированным статусом, которые опасаются обращаться за медицинской помощью в случае, когда существует обмен данными организаций здравоохранения с миграционными и правоохранительными органами⁶.

Пандемия COVID-19 оказывает негативное воздействие на здоровье матери, в то время как среди мигрантов немало женщин репродуктивного возраста. Так, в 2015 году в структуре зарегистрированных в Российской Федерации трудовых мигрантов из Кыргызстана на женщин приходилось около 31%, из Таджикистана – 13%, из Узбекистана – 10%⁷. На основании систематических обзоров и когортных исследований беременность и недавняя беременность признаны подлежащими состояниями, которые повышают риск тяжелого течения COVID-19 (требующего госпитализации, интенсивного лечения, искусственной вентиляции легких или заканчивающегося смертью). У беременных женщин с COVID-19 также повышена вероятность преждевременных родов (до 37-й недели беременности) и спонтанных аборт⁸. Пандемия COVID-19, следовательно, остро ставит вопрос об обеспечении женщин-мигрантов доступом к необходимой им информации, средствам защиты и специфической профилактике – вакцинации.

Кроме того, согласно отчету ВОЗ, распространенному в июле 2021 года, ВИЧ-инфекция является важным независимым фактором риска тяжелого течения COVID-19 и больничной летальности от этого заболевания. Обобщение клинических наблюдений, проведенных в 37 странах мира, показало, что почти четверть (23,1%) всех ЛЖВ, госпитализированных с COVID-19, умерли⁹. Пандемия COVID-19, следовательно, еще острее ставит вопрос об обеспечении мигрантов с ВИЧ доступом к медицинской помощи, включая бесперебойную АРВ терапию, преодоление стигмы и дискриминации.

Между тем доступность средств и услуг по охране СПЗ и ВИЧ-сервису в условиях пандемии может уменьшаться. Согласно данным Экономической и социальной комиссии для Азии и Тихого океана ООН, на пике пандемии в 2020 году 75% мигрантов из стран Центральной Азии остались без источников доходов¹⁰ и едва ли могли себе позволить получение качественной медицинской помощи. Особенно это касается мигрантов с неурегулированным статусом. В аналитической записке ООН особо подчеркивается воздействие пандемии COVID-19 на женщин, которые чаще,

⁶ Миграционный информационный бюллетень № 6 - Влияние COVID-19 на мигрантов
https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our_work/ICP/MPR/migration_factsheet_6_covid-19_and_migrants.pdf

⁷ Бума Г., Марни С. COVID-19 и Центральная Азия: Социально-экономические последствия и основные политические соображения для восстановления, ПРООН, 2020 г.

⁸ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>

⁹ <https://www.who.int/news/item/15-07-2021-who-warns-that-hiv-infection-increases-risk-of-severe-and-critical-covid-19>.

¹⁰ <https://www.unescap.org/blog/good-bad-ugly-migration-north-and-central-asia>

чем мужчины, выполняют временную работу без официальных трудовых договоров (что прежде всего касается именно женщин-мигрантов) и теряют работу и средства к существованию. Возрастающая экономическая зависимость женщин, стресс, вызванный потерей доходов и условиями социальной изоляции, могут также вызывать рост насилия по признаку гендера, при том что женщины вынуждены оставаться дома вместе со своими обидчиками, обладая ограниченным доступом к службам поддержки¹¹.

Несмотря на важность и актуальность знаний о доступе международных мигрантов из стран Центральной Азии и внутренних мигрантов в странах Центральной Азии к услугам в области СПЗ, включая ВИЧ-сервис, данных на этот счет практически не было. Индикаторы того, как работает система, предлагающая услуги по охране СПЗ, и как мигранты обращаются и используют эти услуги, ни в период пандемии COVID-19, ни ранее не измерялись. Данные о нежелательной беременности, расстройствах СПЗ, включая распространенность ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди мигрантов также отсутствуют, за исключением некоторых сведений, касающихся ВИЧ-инфекции у трудовых мигрантов из Таджикистана, которые, однако, не дезагрегированы по полу и по принадлежности к ключевым группам населения.

Представить обзор доступа внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и международных мигрантов из стран Центральной Азии в России, Казахстане и Турции к услугам по охране СПЗ, включая ВИЧ-сервис, в период пандемии COVID-19 явилось целью настоящего доклада. Доклад в дальнейшем будет использован для ознакомления заинтересованных сторон с ситуацией и принятия мер, направленных на более эффективный охват мигрантов соответствующими услугами, с особым упором на услуги в связи с ВИЧ.

¹¹ Аналитическая записка: Влияние COVID-19 на женщин. Организация Объединенных Наций, 9 апреля 2020 г. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>



В докладе решены следующие задачи:

1. Проанализирована социально-экономическая ситуация, тренды миграции и показатели охраны сексуального и репродуктивного здоровья, распространенности эпидемии ВИЧ-инфекции и реагирования на нее в странах, посылающих мигрантов: Кыргызской Республике, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане, и странах, принимающих мигрантов из Центральной Азии: Республике Казахстан, Российской Федерации и Турецкой Республике.
2. Дана оценка обеспеченности внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и международных мигрантов из стран Центральной Азии услугами и средствами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции.
3. Определены барьеры к доступу внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и внешних мигрантов из стран Центральной Азии к услугам и средствам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису.

2

2. МЕТОДИКА

Получены и проанализированы данные, касающиеся доступа к услугам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису международных трудовых мигрантов из Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана и Туркменистана в Республике Казахстан, Российской Федерации и Турецкой Республике и внутренних трудовых мигрантов в Кыргызстане, Таджикистане, Узбекистане и Туркменистане с урегулированным (легальным) и неурегулированным (нелегальным ввиду незаконного въезда/нарушения условий въезда/истечением срока законных оснований для въезда и проживания) статусом. При этом особое внимание уделено женщинам, ЛЖВ и ключевым группам населения: МСМ, ЛПС и ЛУИН.

Проведен кабинетный обзор опубликованных документов, в том числе законодательства, статистических материалов, статей и брошюр. Собраны вторичные данные, относящиеся к социально-экономической ситуации, миграции, состоянию СПЗ и доступу к услугам по охране и средствам СПЗ в вышеназванных странах, экспортирующих мигрантов, и в странах, принимающих мигрантов.

На основании анализа документации выдвинуты соответствующие гипотезы, касающиеся вопросов доступа разных категорий мигрантов. В каждой из стран, за исключением Турецкой Республики, проведены экспертные интервью¹², в ходе которых гипотезы были проверены, и осуществлена триангуляция данных. Кроме того, в ходе экспертных интервью выясняли практические детали, относящиеся к теме доклада, и личное отношение эксперта к существующим практикам.

Глубинные интервью проведены с 14 экспертами из Казахстана (из них представителей сообществ и неправительственных организаций (НПО) – семь, поставщиков услуг – семь), девятью из Кыргызстана (из них представителей сообществ – шесть, поставщиков услуг – три), 12 из России (из них представителей сообществ – девять, поставщиков услуг – три), 12 из Таджикистана (из них представителей сообществ – шесть, поставщиков услуг – три, международных организаций – три), 13 из Туркменистана (из них представителей сообществ – пять, поставщиков услуг – восемь), 14 из Узбекистана (из них представителей сообществ – шесть, поставщиков услуг – восемь). Всего охвачено 74 респондента. В качестве экспертов выступили независимые специалисты, известные как лица с высоким уровнем

¹² Богнер А., Литтиг Б. Менц В. Интервьюирование экспертов, Palgrave Macmillan, 2009.
https://www.researchgate.net/publication/284419200_Interviewing_Experts

профессионализма, опытом участия в социологических обследованиях и фокус-группах, отличающиеся беспристрастностью и честностью и не имеющие конфликта интересов, относящихся к содержанию доклада. Эксперты в силу своего положения были осведомлены о специфических сторонах поведения мигрантов при обращении за услугами, средствами по охране СПЗ и за ВИЧ-сервисом, а также функционирования систем предоставления мигрантам соответствующих товаров и услуг.

Глубинные экспертные интервью проводились путем индивидуального опроса экспертов дистанционно по телефону, по видеосвязи с помощью Skype, Zoom, Google Meeting, мобильных приложений WhatsApp, Telegram. От каждого эксперта было получено информированное согласие, включая согласие на проведение аудио- и видеозаписи. На каждого эксперта составлялась анкета, в которой с целью защиты личных данных имя эксперта зашифровывалось. В анкету включались сведения об эксперте и мотивах его участия в опросе. Интервью были частично стандартизированы, согласно Приложению. Респондентам задавались вопросы, входящие в круг их компетенции. Беседы документировались путем создания детальных письменных протоколов завершённых устных интервью (транскриптов).

Качественные данные, полученные в результате каждого экспертного интервью, обрабатывались, как описано в Приложении. Согласование оценок экспертов проводилось по правилу усреднённого мнения.

3

3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Социально-экономическая ситуация, тренды миграции, показатели охраны сексуального и репродуктивного здоровья, распространенности эпидемии ВИЧ-инфекции и реагирования на нее в странах, посылающих и принимающих мигрантов

Данный раздел основан на опубликованных и служебных материалах, полученных в органах государственного управления, правительственных и неправительственных организациях. Он содержит базовую информацию для понимания общего положения и сравнения доступа общей популяции и мигрантов разных групп к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Вопрос рассматривается в соответствии с правом на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, согласно статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах¹³, а равно права на получение медицинской помощи в перинатальный период, права решать вопрос о числе детей, промежутках между их рожденьями, иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять эти права, согласно статьям 12 и 16 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин¹⁴. Участниками вышеуказанных международных договоров являются все рассматриваемые страны.

3.1.1 Социально-экономическая ситуация

Кыргызстан, Узбекистан, Туркменистан и Таджикистан – четыре страны происхождения мигрантов из Центральной Азии. Эти страны во многом различаются по численности населения, макроэкономическим показателям, уровню бедности, безработицы (**Таблица 1**) и государственным системам.

Узбекистан является самой населенной страной Центральной Азии, богатой минеральными ресурсами; здесь сосредоточено 5% мирового производства хлопка. По внутренней норме доходности (ВНД) на душу населения, рассчитанному по методу Atlas, страна занимает 148-е место в мире (среди 190 стран и территорий), по индексу человеческого развития (ИЧР) – 106-е.

Туркменистан – малонаселенная страна, обладающая четвертыми в мире запасами природного газа, объем которых составляет 10%

¹³ https://treaties.un.org/doc/Treaties/1976/01/19760103%2009-57%20PM/Ch_IV_03.pdf

¹⁴ https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf

общемировых. По ВНД на душу населения является 76-й страной в мире, а по ИЧР – 111-й.

Кыргызстан – страна, в которой значительно преобладает городское население, более половины которого занято в сфере услуг. Занимает 160-е место по ВНД на душу населения и 125-е место по ИЧР в мире.

Таджикистан – страна с населением, преимущественно занятым в сельском хозяйстве. Занимает 164-е место по ВНД на душу населения и 125-е место по ИЧР в мире. При этом, по оценкам Международной организации труда (МОТ), в 2019 году в Таджикистане, стране с высоким темпом прироста населения, отношение численности населения, обеспеченного работой, к численности населения 15 лет и старше составляло лишь 37%.¹⁵

Таблица 1: Экономические показатели и численность населения в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане

	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан
Население, млн¹⁶	6.6	9,5	6.0	33.9
Сельское население, %¹⁷	65	74	47	49
Среднегодовой прирост населения (2015-2020), %¹⁸	2.0	2.2	1.5	1.8
ВНД (метод Atlas), млрд долл. США¹⁹	8.00	9.9	39.4	60.3
ВНД на душу населения (метод Atlas), долл. США²⁰	1 240 (2019)	1 070 (2019)	6 740 (2018)	1 800 (2019)
ВНД на душу населения по паритету покупательной способности, долл. США²¹	4 840 (2019)	4 250 (2019)	14 560 (2018)	7 450 (2019)

¹⁵ <https://data.worldbank.org/indicator/SL.EMP.TOTL.SP.ZS>

¹⁶ ADB Основные статистические данные за 2021 год <https://www.adb.org/publications/basic-statistics-2021>

¹⁷ Данные национальных статистических ведомств.

¹⁸ ADB Основные статистические данные за 2021 год <https://www.adb.org/publications/basic-statistics-2021>

¹⁹ Данные Всемирного банка <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>

²⁰ Там же

²¹ Там же

Население, с доходами ниже национальной черты бедности, %²²	21	26	Нет данных	11
Население с доходами менее, чем 5,5 долл. США в день по паритету покупательной способности в ценах 2011 г., %²³	52.6	Нет данных	Нет данных	Нет данных
Номинальная заработная плата²⁴	16,427 KGS (\$236, 2018)	1,234 TJS (\$110, 2018)	1,403 TMT (\$325, 2017) ²⁵	2,324,500 UZS (\$237, 2019)
Уровень безработицы, % рабочей силы	7,9 (2020) ²⁶	7,5 (2020) ²⁷	4,4(2019) ²⁸	7,3 (2019) ²⁹
ИЧР (2019)³⁰	0.697 (average)	0.668 (average)	0.715 (high)	0.720 (high)

В соответствии с классификацией Всемирного банка, основанной на национальном доходе на душу населения, Туркменистан является страной с доходом выше среднего, тогда как Узбекистан, Кыргызстан и Таджикистан – странами с доходами ниже среднего. Две последние страны только недавно переступили черту ВНД на душу населения в 1046 долларов США, отделяющую их от группы стран с низким доходом.

Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан сталкиваются с тяжелым бременем бедности и безработицы. Каждый четвертый человек в Таджикистане и каждый пятый в Кыргызстане имеет доход ниже национальной черты бедности. Больше половины жителей Кыргызстана имеют доходы менее 5,5 доллара США в день по паритету покупательной способности 2011 г. В Узбекистане доходы ниже национальной черты

²² ADB Основные статистические данные за 2021 год <https://www.adb.org/publications/basic-statistics-2021>

²³ Данные Всемирного банка <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>

²⁴ Заработная плата в мире 2020-2021, Международная организация труда, 2021

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_762534.pdf

²⁵ Среднемесячная заработная плата в Туркменистане рассчитана согласно официальному курсу обмена нового маната, национальной валюты Туркменистана, на доллар США, однако для населения обмен маната на доллар США банки Туркменистана не осуществляют; на широко используемом черном рынке доллар США продается по курсу в несколько раз выше официального.

²⁶ <https://www.adb.org/countries/kyrgyz-republic/poverty>

²⁷ <https://www.adb.org/countries/tajikistan/poverty>

²⁸ <https://www.adb.org/countries/turkmenistan/poverty>

²⁹ <https://data.adb.org/dashboard/uzbekistan-numbers>

³⁰ <http://hdr.undp.org/en/content/latest-human-development-index-ranking>

бедности имеет каждый десятый житель, однако при этом заработная плата 7,3% работающих ниже 1,9 доллара США по паритету покупательной способности³¹. Туркменистан не публикует данные о численности населения, живущего ниже черты бедности. Однако известно, что в этой стране из каждых 1000 детей до пяти лет не доживают 42³², то есть дети до пяти лет умирают в четыре раза чаще, чем в соседнем Казахстане. На официальном сайте Ватикана по проблемам беженцев и мигрантов сообщается, что в 2018 году бедными были 58% населения Туркменистана³³.

В сельской местности, где население имеет особенно низкие доходы, заработная плата наемных работников в 1,5-2 раза меньше, чем в городах. При этом на сельское население приходится половина и более жителей. Безработица, существенный ежегодный прирост населения и многодетные семьи, где женщины обычно не получают денежных доходов, стимулируют международную и внутреннюю трудовую миграцию, которая должна иметь долгосрочный тренд.

Принимающие мигрантов из Центральной Азии Россия, Турция и Казахстан являются странами с доходами выше среднего. Эти страны также сталкиваются с проблемами бедности и безработицы (**Таблица 2**). Их экономики весьма уязвимы перед кризисами, что не может не сказываться на положении трудовых мигрантов в случае изменений экономической конъюнктуры. Например, Россия и Казахстан в значительной мере зависят от экспорта сырья. Понятно, что мигранты в своем подавляющем большинстве могут рассчитывать лишь на то, чтобы занять в этих странах те рабочие места, которые не желают занимать их граждане.

Таблица 2. Экономические показатели, численность и прирост населения в Казахстане, России и Турции³⁴

	Казахстан	Россия	Турция
Население, млн (2020)	18.5	144.6	84.3
Среднегодовой прирост населения (2015-2020), %	1.3	0.1	1.6
ВНД, метод Atlas, млрд долл. США (2019)	163,3	1.651,8	807,0
ВНД на душу населения, метод Atlas, долл. США (2019)	8 820	11 250	9 630
ВНД на душу населения по паритету покупательной способности, долл. США (2019)	24 040	28 260	26 860

³¹ <https://data.adb.org/dashboard/uzbekistan-numbers>

³² <https://www.adb.org/countries/turkmenistan/poverty>

³³ <https://migrants-refugees.va/country-profile/turkmenistan/>

³⁴ Таблица составлена по данным Всемирного банка <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>, кроме сведений о средних зарплатах.

Население с доходом менее, чем 5,5 долл. США в день по паритету покупательной способности в ценах 2011 г., %	4.6 (2018)	3.7 (2018)	10.2 (2019)
Номинальная месячная зарплата³⁵	187 500 KZT (\$490)	47 867 RUB (\$665)	3 960 TLY (\$695)
Уровень безработицы, % рабочей силы (2019)	4.8	4.6	13.7

Заработная плата в принимающих мигрантов странах значительно выше, чем в странах, отправляющих мигрантов. Согласно совместному исследованию, проведенному Федерацией мигрантов России и Московским государственным университетом в 2021 году, в котором приняли участие 4,7 тысячи респондентов в разных регионах России, средняя заработная плата трудовых мигрантов в России составляла 47,1 тысячи российских рублей (около 650 долларов США) в месяц, а средняя заработная плата составляла 32,4 тысячи российских рублей (около 440 долларов США) в месяц. Однако почти 80% трудовых мигрантов работали более восьми часов в смену, при этом 22,4 % работали более двенадцати часов в смену³⁶. Деньги, заработанные в процессе миграции, часто являются единственным источником дохода для традиционно многодетных семей мигрантов. При этом мигранты поддерживают себя на те же деньги, часть которых они вынуждены тратить на проезд и проживание в месте миграции.

3.1.2 Краткий обзор трудовой миграции населения из стран и в странах Центральной Азии

В **Таблице 3** приведены сведения о численности мигрантов и значении миграции для экономик стран Центральной Азии. По данным независимого Института миграционной политики, в 2020 году Россия являлась четвертой в мире страной по численности международных мигрантов (св. 11,6 миллиона, на которые приходилось 8% численности ее населения). Турция (6,0 миллионов мигрантов, 7% населения) и Казахстан (3,7 миллиона мигрантов, 20% населения) находились соответственно на 12 и 15 местах³⁷. Большие потоки мигрантов из стран Центральной Азии в эти государства определяются географической близостью (что делает миграцию менее дорогостоящей), некоторой общностью культур, безвизовым въездом граждан Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана в Российскую Федерацию, Республику Казахстан и Турецкую Республику, а в последнюю и граждан Туркменистана, владением русским языком населением постсоветских стран, взаимной понятностью туркменского, турецкого, узбекского, киргизского и казахского языков.

³⁵ Заработная плата в мире, 2020-2021, Международная организация труда, 2021

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_762534.pdf

³⁶ Российская газета - Столичный выпуск от 13.12.2021, № 283 (8634) <https://rg.ru/2021/12/13/sredniaia-zarplata-inostrannogo-rabocheho-prevysila-47-tysiach-rublej.html>

³⁷ <https://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/charts/top-25-destinations-international-migrants>

Туркменистан не публикует данных о международной миграции. Однако в отчете, подготовленном в рамках Пражского процесса, констатируется, что в 2014 году почти 500 000 граждан Туркменистана проживали в Турции в качестве мигрантов с урегулированным или неурегулированным статусом³⁸. Официальный сайт Ватикана по мигрантам и беженцам утверждает, что Турция принимает в среднем от 20 000 до 25 000 туркменских рабочих в год³⁹.

Все страны Центральной Азии, откуда отправляются мигранты, признают важность заработков международных мигрантов для своего развития. В Кыргызстане и Таджикистане денежные переводы мигрантов вносят в их ВНД стоимости, составляющие свыше четверти валового национального продукта (ВНП), то есть всех товаров и услуг, производящихся на территориях этих стран во всех отраслях экономики вместе взятых. Во многом благодаря денежным переводам поддерживается спрос на их внутренних рынках, способствуя росту экономики. Устойчивый рост международных денежных переводов, зафиксированный во всем мире в последние десятилетия, был прерван в 2020 году пандемией COVID-19.

В свою очередь, иммигранты играют важную роль в развитии принимающих стран, удовлетворяя их потребности в рабочей силе, прежде всего, неквалифицированной, предложения которой со стороны населения указанных стран существенно уступают спросу. Иммиграция увеличивает масштабы экономики. Кроме того, показано, что иммигранты, привнося на рынки труда наборы разнообразных навыков, которые дополняют наборы навыков коренных жителей, значимо увеличивают объем производства и производительность труда в принимающих их странах в краткосрочной и среднесрочной перспективе⁴⁰.

³⁸<https://www.icmpd.org/file/download/48361/file/Turkmenistan%2520Migration%2520Profi%2520Light%2520EN.pdf>

³⁹ <https://migrants-refugees.va/country-profile/turkmenistan/>

⁴⁰ Перспективы развития мировой экономики: Великий локдаун. Глава 4. Макроэкономические последствия глобальной миграции, Вашингтон, Международный валютный фонд, 2020 г.
<https://www.elibrary.imf.org/view/books/081/28950-9781513539744-en/ch04.xml>

Таблица 3. Численность зарегистрированных мигрантов и объем денежных переводов мигрантов в страны происхождения

	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан
Численность международных мигрантов с урегулированным статусом в России, млн ⁴¹	1.0	2.7	0.1	4.7
Личные денежные переводы, млрд долл. США ⁴²	2.2	2.2	0.1	7.0
Личные денежные переводы, % ВВП ⁴³	28.4	26.7	Нет данных	12.1
Численность внутренних мигрантов по месту временного проживания, тыс.	Мужчины – 8,4; женщины – 16,4 ⁴⁴	Мужчины – 20,0; женщины – 21,0 ⁴⁵	Нет данных	Нет данных

Среди международных мигрантов из стран Центральной Азии в России преобладают мужчины, но женщин – трудовых мигрантов насчитывается около миллиона человек. Женщины имеют наибольшую долю в группе киргизских мигрантов, которая составляет 35%, в то время как среди узбекских и таджикских мигрантов она составляет 14% и 10% соответственно. Диспропорциональное распределение женщин и мужчин, выезжающих работать за рубежи своих стран, очевидно, определяется гендерными стереотипами. Однако по мере развития легкой промышленности и сферы услуг доля женщин среди мигрантов неуклонно растет ⁴⁶.

⁴¹ Мигранты, которые были зарегистрированы по месту проживания впервые и которые продлили срок регистрации, как того требует российское федеральное законодательство (данные Федеральной службы государственной статистики России).

⁴² <https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.CD.DT>

⁴³ <https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS>

⁴⁴ Женщины и мужчины КР, НСК, 2020, с. 33.

⁴⁵ https://stat.wv.tj/posts/May2021/Tajikistan_Statistical_Publication.pdf

⁴⁶ Хиштовани Г. Обзор миграции и развития: роль местных органов власти в Центральной Азии, Институт Центрально-Азиатского регионального экономического сотрудничества, 2020 <https://www.carecinstitute.org/wp-content/uploads/2021/03/RUS-CAREC-Institute-migration-in-UZB-TAJ-KGZ-VFP2020.pdf>

Международная миграция женщин из стран Центральной Азии, либо вместе со своими семьями, либо самостоятельно, очевидно, является важным и сложным явлением, но остается недостаточно документированной из-за нехватки данных. Известно, что во многих странах мира женщины-мигранты могут иметь меньшую вероятность трудоустройства, сталкиваться с неблагоприятными условиями с точки зрения качества получаемой ими работы, с большим разрывом в оплате труда между мужчинами и женщинами и так далее. Изменения в гендерном аспекте международной миграции необходимо рассматривать как с экономической, так и с социальной точек зрения, включая растущие потребности мигрантов в доступе к услугам по охране материнства и сексуального и репродуктивного здоровья. 27 женщин-мигрантов из Кыргызстана, опрошенных в 2017-2018 годах, сообщили, что они были беременны во время пребывания в России.

Многие жители сельской местности и небольших городов во всех странах Центральной Азии перемещаются внутри своих стран в большие города на разные периоды времени, чтобы заработать на жизнь. Согласно данным регистрации, в Таджикистане доли женщин и мужчин среди внутренних мигрантов практически одинаковы, тогда как в Кыргызстане женщины преобладают над мужчинами, то есть внутренняя трудовая миграция состоит во многом из женщин.

Как во внешней, так и во внутренней миграции мужчины в основном работают в качестве строительных, дорожных рабочих, а также водителей, грузчиков, дворников, рабочих жилищно-коммунального хозяйства и подсобных рабочих на различных участках. Женщины заняты на рынках, автомойках, в небольших частных магазинах, пищевой, швейной индустрии, гостиницах, общежитиях, клининговых компаниях, оказывают услуги нянь и сиделок по уходу за престарелыми.

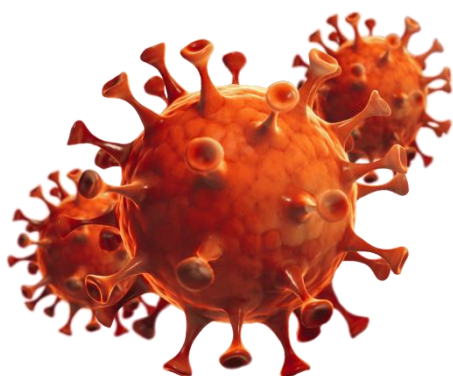
Ясно, что количество мигрантов, как международных, так особенно внутренних, занижается статистикой. Имеющиеся данные не учитывают число мигрантов с неурегулированным статусом, которые либо нарушают правила переезда в другую местность внутри своих стран, не регистрируясь по месту временного пребывания, либо правила въезда и пребывания в иностранном государстве (см. ниже).

3.1.3 Воздействие пандемии COVID-19 на социально-экономическое положение мигрантов

В записке Генерального секретаря ООН от 31 июля 2021 года, распространенной на 76-й сессии Генеральной Ассамблеи, особо подчеркнуто: «Мигранты и их семьи, особенно те, кто уже находится в уязвимом положении, в несоразмерно большей степени пострадали от пандемии... Во-первых, многие мигранты ... имеют низкий социально-экономический статус. Они живут в тяжелых условиях и имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию и другим основным услугам. Во-вторых, они часто работают в неформальной экономике, с неблагоприятными условиями труда и ограниченным доступом к системам социальной защиты и

в большей степени подвержены эксплуатации, особенно женщины и девочки...»⁴⁷.

Многие международные мигранты, легально работавшие в Казахстане, России, Турции, потеряв работу, лишились возможности оплачивать жилье, продлевать патенты, а также посылать денежные переводы домой. Большое число международных и внутренних мигрантов, возвращающихся в места своего происхождения, не могут ни найти работу, ни заработать на жизнь. Другая значительная часть мигрантов остается в миграции, живя в нищете и надеясь, что ситуация изменится к лучшему.



В апреле 2020 года в Российской Федерации был проведен социологический опрос в случайной выборке трудовых мигрантов старше 18 лет, охвативший 717 респондентов в социальных сетях Facebook и «ВКонтакте» 84% мигрантов отметили снижение доходов или их потерю; более половины (65%) либо потеряли работу (28%), либо находились в неоплачиваемом отпуске (37%), и поэтому только 51% опрошенных были в состоянии посылать деньги домой. Главными проблемами для мигрантов стали

невозможность платить за жилье – 64%; невозможность найти работу – 45%; отсутствие денег на еду – 43%; проблемы с полицией – 20%; плохие условия жизни – 11%; невозможность платить за патент – 2%. Около 1% опрошенных мигрантов отметили, что больны COVID-19 сами и около 3% – что больны их родственники и (или) друзья. Большинство мигрантов сообщили, что стараются минимизировать свои издержки, выбирают для проживания самые дешевые места, где нет условий для изоляции, – каждый четвертый мигрант проживает в небольшом помещении вместе с еще 5–9 людьми⁴⁸. Это делает практически невозможным соблюдение социального дистанцирования и подвергает мигрантов риску передачи вируса SARS-CoV-2, который вызывает COVID-19.

Было показано, что нищета и безработица повышают как риск передачи ВИЧ, связанный с увеличением частоты незащищенного секса, продажного секса, насилия по признаку пола ⁴⁹, так и вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции и развития СПИДа, связанного с недоеданием и прекращением антиретровирусной терапии⁵⁰. Признается, что

⁴⁷ https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/A_76_257_R.pdf

⁴⁸ Рязанцев С. В., Молодикова И. Н., Брагин А. Д. Влияние пандемии COVID-19 на положение мигрантов на рынках труда стран СНГ// Балтийский регион. 2020. Т. 12, № 4. С. 10–38 <https://doaj.org/article/1804aa73d713482ea7979d4dbba74742>

⁴⁹ Латкин К.А., Герман Д., Влахов Д. Соседство и ВИЧ: Социально-экологический подход к профилактике и уходу. Ам. Психол. 2013, том 68, выпуск 4, стр. 210-224 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717355>

⁵⁰ Каличман, С. К., Пеловски, Ж., Каличман, М. О., Черри, К., Деторио, М., Калиендо, А. М., и Шинази, Р. Ф. Недостаточность питания и приверженность приему лекарств среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в городских и пригородных условиях. Наука о профилактике, 2011, том 12, № 3, с. 324-332 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Caliendo+AM&cauthor_id=21607719

состояние здоровья ухудшается по мере снижения социально-экономического статуса, включая доходы. Разница в состоянии здоровья бедных и небедных людей связана с отсутствием финансовых и других ресурсов, обеспечивающих доступ к медицинскому обслуживанию, включая планирование семьи. Также было обнаружено, что низкий социально-экономический статус, усугубляемый такими источниками стресса, как недоедание и финансовые трудности, влияет на овариальный резерв. Оба параметра овариального резерва, а именно уровень антимюллерова гормона и количество антральных фолликулов, показывали значительную положительную связь с социально-экономическим статусом. Также была обнаружена положительная связь между уровнем фолликулостимулирующего гормона и социально-экономическим статусом⁵¹.

3.1.4 Сексуальное и репродуктивное здоровье населения и ВИЧ- инфекция в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане

В Таджикистане и Кыргызстане отмечаются сравнительно высокие коэффициенты материнской смертности, хотя они намного меньше среднемирового показателя в 70 случаев на 100 000 живорожденных, который должен быть достигнут к 2030 году, как указано в задаче 3.1 ЦУР-3. Охват женщин дородовой помощью во всех странах приемлем, за исключением Таджикистана, где женщины редко посещают медицинские учреждения для дородового наблюдения и одна из каждых 19 женщин не получает квалифицированного родовспоможения. В этой же стране один из каждых 17 детей, родившихся живыми, появляется на свет с малым весом. В других странах дородовая помощь оказывается квалифицированным медицинским персоналом по крайней мере один раз во время беременности > 99% женщин и любым специалистом по крайней мере четыре раза во время беременности > 94% женщин.

В целом показатели рождаемости в Таджикистане, Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане довольно высоки по сравнению со среднемировым показателем (2,4 ребенка на женщину) и средним показателем по региону Восточной Европы и Центральной Азии (1,7 ребенка на женщину, **Таблица 4**). При этом в Таджикистане и Кыргызстане не удовлетворены нужды в планировании семьи примерно у каждой пятой женщины. Этот факт согласуется с более редким использованием современных контрацептивов в Таджикистане и Кыргызстане по сравнению с аналогичным показателем в Туркменистане и Узбекистане. В двух последних странах над другими методами современной контрацепции преобладает практика введения внутриматочных спиралей (ВМС).

⁵¹ Barut M.U., Agacayak Elif, Bozkurt M. et al. Существует положительная корреляция между социально-экономическим статусом и овариальным резервом у женщин репродуктивного возраста//Med. Sci. Monit. 2016; 22: 4386-4392 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123781>.

Во всех странах Центральной Азии разрешены искусственные аборты по усмотрению женщины до 12-й недели беременности, но такие события, особенно в Узбекистане, согласно официальной статистике происходят редко. Туркменистан в последние годы не публикует сведений о числе искусственных абортов. В 2011 году количество абортов в этой стране по данным регистрации составляло 12,4 на 1000 женщин 15–49 лет⁵².

Таблица 4. Здоровье матери и сексуальное и репродуктивное здоровье населения Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана

	Кыргызстан 53	Таджикистан 54	Туркменистан 55	Узбекистан 56
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорожденных (2020)⁵⁷	24.8	21.9	7	18.5
Суммарный коэффициент рождаемости (2019)⁵⁸	3.3	3.6	2.7	2.8
Женщины 15–49 лет, состоящие в браке или партнерстве и использующие современные контрацептивы, %	37.8 (2018)	29.0 (2016)	47.3 (2019)	43.6 (2020)

⁵² Политика в отношении абортов и репродуктивное здоровье во всем мире, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2014 г., стр. 42
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

⁵³ Данные из Кластерного обследования по многим показателям в Кыргызской Республике: Отчет о результатах исследования, 2018, Бишкек, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики и ЮНИСЕФ, 2019

⁵⁴ Данные из Демографического и медицинского обследования, Роквилл, Мэриленд. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, 2017.

⁵⁵ Данные Кластерного обследования по многим показателям в Туркменистане. Отчет о результатах исследования за 2019 год. Ашхабад, Туркменистан: Государственный комитет по статистике Туркменистана и ЮНИСЕФ, 2020 г.

⁵⁶ Отчет Республиканского центра Репродуктивного здоровья населения Республики Узбекистан за 2020 г.

⁵⁷ Данные национальных органов статистики

⁵⁸ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

Женщины 15–49 лет с неудовлетворенными нуждами в планировании семьи, %	19.0 (2018)	23.0 (2016)	9.7 (2019)	Нет данных
Число искусственных аборт на 1000 живорождений	9,1 (2019) ⁵⁹	Нет данных	Нет данных	4,1 (2020) ⁶⁰
Женщины 15–49 лет, которые посещали квалифицированного врача или акушерку, по крайней мере один раз в период последней беременности (за предшествующие два года), %	96 (2020) ⁶¹	47.4	Нет данных	Нет данных
Женщины 15–49 лет, которые посещали специалиста по крайней мере четыре раза в период последней беременности (за предшествующие два года), %	98.8 (2018)	92 (2016)	100 (2019)	99.8 (2020)
Роды с квалифицированными врачами или акушерками, %	94.3 (2018)	64 (2016)	97.6 (2019)	99.4 (2020)

⁵⁹ Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения за 2020 год, ЦЭЗ МЗ, табл. 82.

<http://cez.med.kg/>

⁶⁰ <https://Gender.stat.uz/en/main-indicators/health-care/>

⁶¹ Женщины и мужчины Кыргызской Республики, Национальный статистический комитет, 2021, с. 164.

<http://www.stat.kg/media/publicationarchive/b057b115-c40b-4180-ae16-28ec7e459117.pdf>

Новорожденные с низкой массой тела (<2500 г), родившиеся живыми, %	99.8 (2018)	95 (2016)	100 (2019)	100 (2020)
Число искусственных аборт на 1000 живорождений	2.7 (2018)	5.8 (2016)	2.8 (2019)	3.3 (2020)

Зарегистрированная распространенность ВИЧ-инфекции и сифилиса среди населения в центрально-азиатских странах происхождения мигрантов в целом невысока (Табл. 5). Туркменистан не признает эпидемию ВИЧ-инфекции на своей территории, несмотря на то что к 2017 году в Российской Федерации было зарегистрировано 136 случаев ВИЧ-инфекции среди туркменских мигрантов⁶². В соответствии с законодательством России многие из этих людей были депортированы обратно в Туркменистан, и их дальнейшая судьба неизвестна.

Большинство идентифицированных людей с ВИЧ в странах Центральной Азии относится к ключевым группам населения. Распространенность ВИЧ-инфекции, оцененная с помощью дозорного серологического надзора, в этих группах значительна и выше, чем в общей популяции, в 20 и более раз. Обновленные данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди мигрантов доступны только в Таджикистане, где она в четыре раза превышает распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в целом. В Кыргызстане и Таджикистане распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ЛУИН) превышает 10%. Однако во всех странах основной движущей силой эпидемии ВИЧ стала передача половым путем. В 2020 году процент передачи ВИЧ половым путем в Кыргызстане, Узбекистане и Таджикистане составил 50, 82 и 83 соответственно в структуре вновь выявленных случаев (Рис.1). В 2020 году половой путь передачи ВИЧ, определяющийся распространенностью незащищенных сексуальных контактов, во всех странах стал еще более доминировать по сравнению с 2016 годом.

⁶² ВИЧ и миграция в странах Центральной Азии и Российской Федерации. Отчет по техническому семинару 19-20 февраля 2018 г., Астана, Казахстан.

Таблица 5. Распространенность и заболеваемость ВИЧ-инфекцией и сифилисом среди различных групп населения в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане

	Кыргызстан 63	Таджикистан 64	Туркменистан	Узбекистан 65
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 000 населения без ВИЧ	9.6 (2020)	12.0 (2020)	Нет данных	8.3 (2020)
Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 000 беременных женщин	88.0 (2020)	78.0 (2019)	Нет данных	82.2 (2019)
Процент взрослых и детей с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией с количеством CD4 клеток <200 /мм³ или <350 /мм³	45 (<350/μL, 2020)	67 (<350/μL, 2019)	Нет данных	24.4 (<200/μL, 2020)
Распространенность ВИЧ-инфекции в общей популяции, %	0.1 (2020)	0.1 (2020)	Нет данных	0.2 (2020)

⁶³ Представлены данные из следующих источников: "Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике за 2020 год (статистический сборник) <http://cez.med.kg/> ; Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Кыргызстан. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KGZ_2020_countryreport.pdf ; материалы официального сайта Республиканского центра «СПИД» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики <https://aidscenter.kg/statistika/?lang=ru>

⁶⁴ Представлены данные из следующих источников: Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Таджикистан, Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TJK_2020_countryreport.pdf ; официальный сайт Государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» Министерства здравоохранения Республики Таджикистан <http://nac.tj/ru/statistika/>

⁶⁵ Представлены данные из следующих источников: Отчет Республиканского Центра по борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 2020 г. (служебный документ); Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Узбекистан, Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UZB_2020_countryreport.pdf

Распространенность ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, %	Нет данных	0.4 (2020)	Нет данных	Нет данных
Распространенность ВИЧ-инфекции среди MSM, %	6,6 (2016)	2.3 (2018)	Нет данных	3.7 (2018)
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛПС, %	2.0 (2016)	3.2 (2017)	Нет данных	3.2 (2018)
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, %	14.3 (2016)	12.1 (2018)	Нет данных	5.1 (2018)
Охват ЛЖВ АРВ терапией, %	63 (2019)	84	Нет данных	66 (2020)
Заболеваемость сифилисом на 100 000 населения	3.4 (2020)	Нет данных	Нет данных	5.5

Случаи передачи ВИЧ от матери ребенку спорадически регистрируются во всех странах, в то время как число беременных женщин с ВИЧ в Кыргызстане, Таджикистане и в особенности в многонаселенном Узбекистане каждый год измеряется сотнями. В Узбекистане в 2018 году было зарегистрировано семь случаев ВИЧ-инфекции, передавшейся от матери с ВИЧ ребенку. В 2020 году в Кыргызстане 1,7% беременных женщин с ВИЧ родили детей с ВИЧ. Клинические протоколы во всех странах включают двукратное тестирование на ВИЧ в дородовой период.

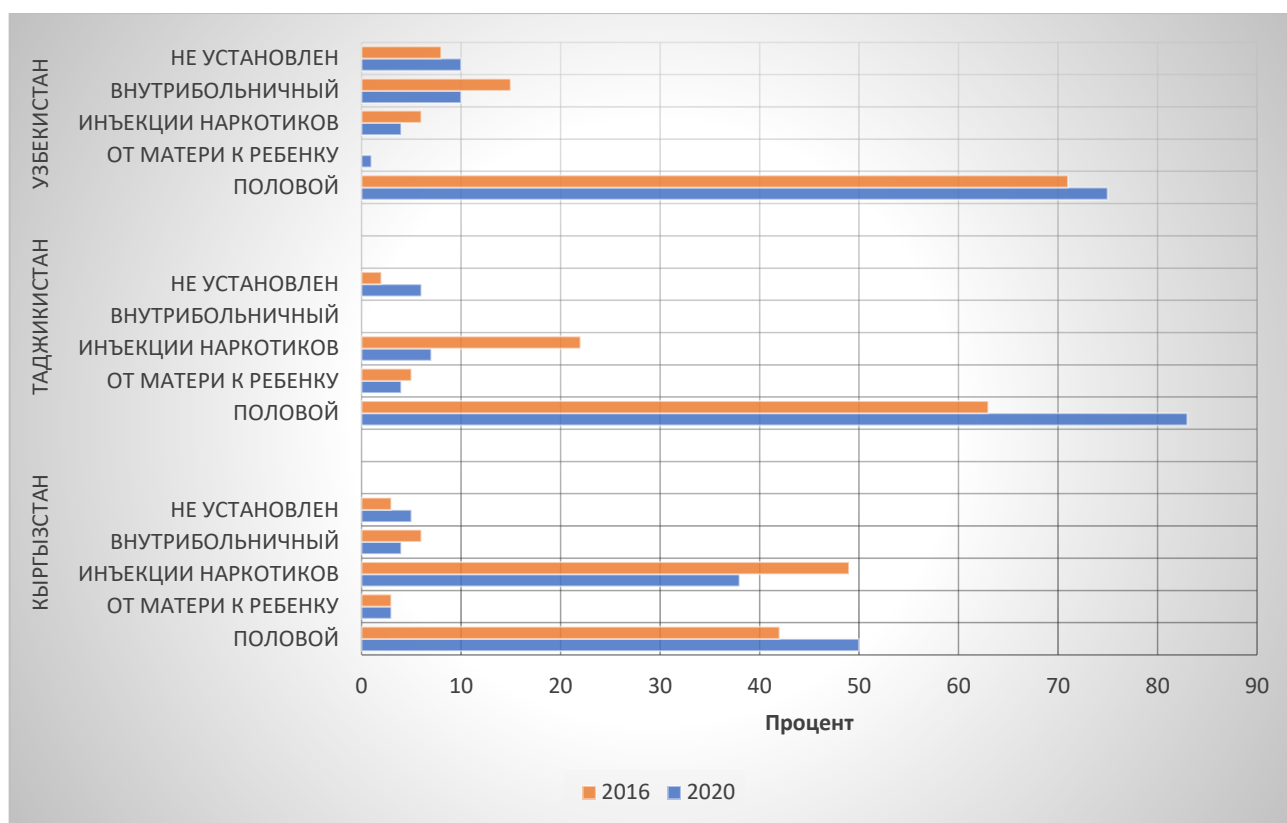


Рис.1 Структура путей передачи ВИЧ в странах Центральной Азии, %

Охват АРВ терапией во всех трех странах недостаточен (**Таблица 5**). Он нигде не превышает 90% людей, знающих, что они живут с ВИЧ, как того требует принцип ЮНЭЙДС – 90-90-90 (с недавнего времени 95-95-95). Принцип 90-90-90 гласит, что 90% людей с ВИЧ должны быть осведомлены о своем статусе, 90% из них должны получать лечение, а также 90% должны иметь подавленную вирусную нагрузку, благодаря лечению, которое они получают. Высокая доля случаев ВИЧ-инфекции диагностируется на поздних стадиях. Это означает, что люди по-прежнему ограничены в доступе к информации, обучению, а главное, не имеют достаточной мотивации для добровольного тестирования на ВИЧ. В Таджикистане только 48% международных мигрантов, которым настойчиво предлагают пройти тестирование на ВИЧ, прошли тестирование.

Можно предполагать, что состояние СРЗ общего населения стран Центральной Азии отражает и состояние СРЗ, и поведение, касающиеся спроса на услуги и средства охраны СРЗ и ВИЧ-сервиса происходящих из этого населения мигрантов. На состояние СРЗ происходящих из этого населения мигрантов должны накладываться условия миграции, которые сами по себе, как указывалось выше, являются детерминантами расстройств здоровья. Вместе с тем на сегодня системы здравоохранения всех стран Центральной Азии предлагают соответствующие услуги, эти услуги имеются в наличии, и многими из них охватывается подавляющее большинство населения, для чего есть необходимый потенциал.

3.1.5 Финансирование здравоохранения

Как видно из **Таблицы 6**, уровень финансирования здравоохранения Таджикистана, Кыргызстана и Узбекистана невысок. И это при том что доля государственных расходов составляет менее половины вкладываемых в отрасль финансовых ресурсов. Пандемия COVID-19 делает системы здравоохранения в указанных странах особенно уязвимыми, ставит под вопрос предоставление качественных услуг охраны СРЗ, прежде всего наименее обеспеченным слоям сельского населения, откуда исходят и внутренние, и значительная часть международных мигрантов. Низкий уровень государственных затрат привел к тому, что необычайно высокая доля расходов на здравоохранение оказалась переложена на плечи домохозяйств. Показатели соотношения расходов на здравоохранение, оплачиваемых гражданами из собственных средств, к общей сумме затрат на здравоохранение в странах Центральной Азии одни из самых высоких в мире⁶⁶.

Таблица 6. Расходы на здравоохранение в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане⁶⁷

	KG	TJ	TM	UZ	KZ	RU	TR
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США по текущему курсу (2018)	88	60	460	82	275	609	389
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, долл. США по текущему паритету покупательной способности (2018)	260	250	1275	459	783	1488	1170
Внутренние государственные расходы на здравоохранение, % от текущих	43	27	18	28	60	59	77

Примечание: Расходы на здравоохранение в Туркменистане представлены в соответствии с официальным курсом нового туркменского маната (который

⁶⁶ Реагирование на кризис COVID-19 в Центральной Азии, OSED, 2020 <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-crisis-response-in-central-asia-5305f172/>

⁶⁷ Данные Всемирного банка, получены из <https://databank.worldbank.org/createreport>

Национальным банком страны зафиксирован к доллару США) без учета влияния ограничений покупки иностранной валюты за национальную валюту Туркменистана.

Ответные мероприятия на ВИЧ-инфекцию, включая АРВ терапию в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане, поддерживают гранты Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФБСТМ). Каждая из этих стран является держателем грантов от этой организации⁶⁸ и имеет право подавать заявки на содействие национальным программам.

Объемы финансирования здравоохранения правительствами Казахстана, России и Турции в 2018 году составляли лишь 1,8%, 3,2% и 3,2% объемов их ВВП⁶⁹, что в условиях пандемии COVID-19 также может отрицательно отразиться на обеспечении населения надлежащими услугами и прежде всего социально уязвимой его части, к которой принадлежат и мигранты.

3.1.6 Законодательное и нормативное регулирование обеспечения мигрантов услугами и средствами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции

Во всех рассматриваемых странах наряду с законодательством об охране здоровья, включающим гарантии прав на получение медицинской помощи, в том числе касающейся ВИЧ, СПИДа и СРЗ, действуют одновременно законодательные и нормативно-правовые акты, ограничивающие или ставящие рамки обеспечению охраны здоровья и выводящие за эти рамки часть наличного населения. Примером являются акты, регулирующие внутреннюю и внешнюю миграцию и положение иностранных граждан.

Так, внутренние мигранты в Кыргызстане, Таджикистане, Узбекистане и Туркменистане могут пользоваться услугами на уровне первичной медицинской помощи по месту проживания в миграции при условии, что они официально зарегистрированы по месту проживания в миграции и прикреплены к территориальной медицинской организации.



Что касается международных мигрантов, то в России все иммигранты имеют право на бесплатную неотложную и неотложную жизненно необходимую помощь, а также лечение острых заболеваний, представляющих опасность для их жизни и жизни других людей, а именно дифтерии, кори, краснухи, коклюша, скарлатины, ветряной оспы, паротита, паратифа А, В, С, полиомиелита, менингококковой инфекции, холеры, брюшного тифа, острых прогрессирующих форм туберкулеза (менингит, милиарный туберкулез), до ликвидации угрозы

⁶⁸ <https://data.theglobalfund.org/>

⁶⁹ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

жизни мигрантов. Также это включает конверсию культуры мазков мокроты на наличие микобактерий, легочной сибирской язвы, чумы, вирусных геморрагических лихорадок, желтой лихорадки, вирусных гепатитов А и Е, малярии, гриппа, COVID-19 и острых психических расстройств (до устранения проявлений, которые могут угрожать жизни пациентов и других людей). Экстренные случаи включают, среди прочего, акушерскую помощь с начала родов до конца второго часа послеродового периода, при условии, что роды были естественными и не угрожали жизни женщины. Если жизнь женщины и (или) новорожденного находится под угрозой, помощь продлевается после третьего часа до устранения угрозы их жизни.

Право на государственное обязательное медицинское страхование (ОМС), покрывающее услуги по дородовой и послеродовой помощи, охране СПЗ, планированию семьи, предоставляется только временно пребывающим в России гражданам стран – членов Евразийского экономического союза (ЕАЭС) и, в частности, Кыргызской Республики, при условии, что они имеют законные трудовые договоры. В этом случае их работодатель регулярно оплачивает установленный страховой взнос. Для получения услуг по дородовой помощи и охране СПЗ мигрант из Кыргызстана должен быть прикреплен к территориальной медицинской организации, и это прикрепление осуществляется по месту его (или ее) регистрации. При необходимости мигрант, имеющий полис ОМС, получает и бесплатное лечение в стационаре. Лечение ИППП ОМС не покрывается. Лечение членов семьи мигранта не покрываются ОМС самого мигранта.

Трудовые договоры с мигрантами из Узбекистана и Таджикистана придают им урегулированный (законный) статус, но не право участвовать в ОМС. Международные мигранты с урегулированным статусом обязаны приобретать полисы добровольного медицинского страхования (ДМС). Стоимость наиболее дешевого полиса около 60 долларов США в год, но такая страховка не покрывает расходы на охрану СПЗ, и соответствующие услуги доступны лишь за наличный расчет.

Мигранты с неурегулированным статусом, не имеющие трудовых договоров или являющиеся держателями неформальных трудовых договоров, бесплатным доступом к дородовой помощи, услугам по планированию семьи и охране СПЗ, лечению ИППП не пользуются и должны их оплачивать.

Мигранты с ВИЧ-инфекцией подлежат депортации из России (кроме людей, имеющих близких родственников – граждан страны: жену, мужа, детей, родителей), независимо от того, въехали ли они на территорию страны с этой инфекцией или она была им передана во время пребывания на территории Российской Федерации. Иностранцев с ВИЧ государственные медицинские организации России не ставят на учет, и бесплатного лечения им не предоставляется.

В Казахстане, как и в России, всем иностранным гражданам предоставляется медицинская помощь по экстренным показаниям, которые включают и состояния, требующие скорой и неотложной помощи у беременных женщин, а также при инфекционных заболеваниях,

представляющих опасность для окружающих. Перечень этих заболеваний практически аналогичен вышеупомянутому российскому списку по тому же вопросу. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, состоящий из минимального пакета, который наряду с другими состояниями включает дородовую помощь и диагностику, лечение ВИЧ-инфекции, предоставляется только тем мигрантам, которые проживают в Казахстане постоянно (что практически не касается трудовых мигрантов). Обязательным социально-медицинским страхованием (ОСМС), предусматривающим обеспечение более широким пакетом медицинских услуг, в том числе услугами по планированию семьи, охране СПЗ, лечению ИППП, также охватываются только мигранты, постоянно проживающие в стране и имеющие вид на жительство, с учетом поступлений взносов от их работодателя или личных взносов от самозанятых.

Одним из условий выдачи разрешения на работу в Казахстане гражданам Таджикистана и Узбекистана является наличие у них полиса ДМС, однако страховка не обязательно включает дородовой, послеродовой уход, а также услуги по охране СПЗ. Трудовым мигрантам из государств – членов ЕАЭС для получения плановой медицинской помощи также необходимо иметь полис ДМС.

Первичную медико-санитарную помощь трудовые мигранты могут получить, прикрепившись к медицинской организации (поликлинике) по своему выбору на основании указанного полиса на срок его действия. Трудовые мигранты с неурегулированным статусом в случаях, не требующих экстренных вмешательств, могут пользоваться только платными медицинскими услугами.

Иностранцев граждан с ВИЧ из Казахстана не депортируют, но АРВ профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции они обеспечиваются за счет государственных средств только в том случае, если проживают в стране на постоянной основе. Мигранты с ВИЧ могут быть обеспечены АРВ препаратами за счет средств донорских организаций или за свой счет.

В Турции мигранты и члены их семей также имеют право на бесплатное получение медицинской помощи в том объеме, который крайне необходим для сохранения их жизни или во избежание непоправимого ущерба их здоровью, наравне с гражданами Турции. Схема общего медицинского страхования Турции (Genel Sağlık Sigortası) обязывает всех жителей страны иметь какую-либо форму медицинского страхования, будь то государственное или частное. Иностранцы, прожившие в Турции более года, имеют право подать заявления на участие в общем медицинском страховании при условии оплаты страховых взносов. Иностранцы, работающие по контрактам на оказание услуг, считаются держателями медицинских страховок и оплачивают страховые взносы. Услуги по СПЗ и ВИЧ предоставляются на тех же условиях, что и другие медицинские услуги.

Мигранты с неурегулированным статусом должны оплачивать медицинские услуги. Однако в период эпидемии COVID-19 им предоставлен

бесплатный доступ к вакцинации. При этом в случае сообщения медицинской организации о мигранте с неурегулированным статусом, он может быть депортирован, что служит причиной для мигрантов отказываться от любых медицинских услуг. Нежелание мигрантов с неурегулированным статусом обращаться за медицинскими услугами усилилось в связи с эпидемией COVID-19, поскольку все подтвержденные случаи этого заболевания подлежат регистрации⁷⁰.

3.2 Обеспеченность внутренних мигрантов в странах Центральной Азии и международных мигрантов из стран Центральной Азии услугами и средствами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и профилактикой, диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции

3.2.1 Доступ к информации

Все эксперты были единодушны в том, что мигранты имеют очень ограниченный доступ к необходимой им информации о СРЗ. Несмотря на то что многим международным мигрантам трудно преодолеть языковой барьер, информации на своем родном языке ни в странах исхода, ни в принимающих их странах они не получают.

По мнению экспертов, мигранты обычно не знают, как решить проблемы, относящиеся к СРЗ, если они возникают в местах их назначения, в том числе как выбрать подходящую медицинскую организацию для обращения, какова примерная стоимость услуг, куда можно обратиться, если нужна правовая, социальная, психологическая поддержка. В России многие трудовые мигранты с урегулированным статусом из стран, входящих в ЕАЭС, в частности из Кыргызстана, не осведомлены о своем праве получать полис ОМС, обеспечивающий им доступ к бесплатным медицинским услугам.

Как заявил один из экспертов, несмотря на то что легальным трудовым мигрантам из стран ЕАЭС предоставлено право на государственное ОМС уже в течение трех лет, соответствующая информация распространяется лишь из уст в уста в сообществах мигрантов. Ни правительство Кыргызстана, ни субъекты Российской Федерации не предпринимают действий, направленных на то, чтобы указанной информацией владели мигранты. *«Если есть полис ОМС, то обратиться в женскую консультацию нет проблем, а если такого полиса нет, то требуются деньги: нужно платить за все услуги. Пользоваться своими правами можно, если о них знаешь, а многие о своем праве на ОМС не знают» (из интервью эксперта из Санкт-Петербурга, Россия).*

⁷⁰ Озваришайлкер С.Б., Кайи И., Мардин Д. и др. COVID-19: барьеры и стратегии реагирования для беженцев и недокументированных мигрантов в Турции// Журнал Миграция и здоровье, 2020, Том 1-2, С. 1-8
<https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100012>


Другой эксперт из г. Бишкек, Кыргызстан, сообщил, что в настоящее время его неправительственная организация (НПО) реализует проект по поддержке мигрантов, выезжающих в Москву. Предусматривается оказание помощи в принятии решений о миграции на основе полной информации и содействие мигрантам в период миграции. Подготовлены буклеты на киргизском и русском языках, которые содержат сведения, необходимые для решения юридических, социальных вопросов, а также вопросов охраны здоровья. Однако этот проект управляется донорами, выделившими средства на его реализацию, и касается он только ключевых групп населения с высоким риском экспозиции и передачи ВИЧ.

Эксперты отметили, что многие иммигранты из Узбекистана в России и Казахстане не осведомлены о том, что, находясь в миграции, они вообще должны платить за плановую медицинскую помощь, включая дородовую помощь, услуги по планированию семьи и лечению ИППП.

Эксперты из России и Казахстана отметили низкий уровень знаний мигрантов о передаче ВИЧ и ИППП и об их предупреждении. Эксперт из Туркменистана, где обсуждение вопросов СПЗ и ВИЧ табуировано в обществе и социальные сети заблокированы, отметил, что некоторые мигранты, приезжающие в города страны из сельской местности, не имеют представления даже об использовании презервативов.

Эксперты из сообществ мигрантов во всех странах подчеркивали и низкий спрос на информацию о СПЗ со стороны как международных, так и внутренних мигрантов, которые не ставят свое здоровье на первые места в списке жизненных приоритетов.

Недостаточная информированность о сексуальной эксплуатации женщин-мигрантов – особая тема, которой уделили внимание эксперты. Всем экспертам, работающим в НПО, которые занимаются мигрантами, были известны случаи, когда женщины из стран Центральной Азии, не имея четкого представления о стоимости жизни, требованиях к регистрации, условиях занятости, возможностях получения поддержки, доступе к медицинскому обслуживанию, приезжали в Россию, Казахстан и Турцию, становились сексуальными рабынями, имели нежеланные беременности и были лишены возможности получать услуги по охране СПЗ. Ниже приводятся типичные примеры (все имена изменены).

 *Наргиза, 23 года, жительница Ферганской области Узбекистана, жила в доме родителей мужа Абдразака, 27 лет, который уехал в трудовую миграцию и не возвращался в течение года. По сведениям Наргизы, муж работал на стройке в Москве. Наргиза решила поехать к нему, чтобы жить вместе. Помочь найти мужа в Москве она попросила их общего знакомого Руслана, который периодически выезжал на заработки в Россию и вновь собирался туда поехать.*

Вместе с Русланом Наргиза прибыла в Москву. Женщина надеялась на встречу с мужем в день приезда, у нее не было денег для оплаты проживания. Тогда Руслан предложил Наргизе, пока он не разыщет Абдразака, пожить в долг в одном из помещений заброшенного швейного цеха на окраине Москвы. В соседних помещениях проживало еще несколько женщин. Наргиза заметила, что этих

женщин посещают разные мужчины, и узнала, что в месте, куда ее поселили, работает подпольный бордель. (В России бордели запрещены). Однако Наргиза посчитала, что у нее нет другого выхода, кроме как оставаться там жить, ожидая встречи с мужем. Так она провела около недели, деньги закончились, мужа все не было. Наргиза стала брать деньги на скромное питание взаймы у Руслана, который периодически у нее появлялся. Две недели спустя Руслан стал требовать вернуть долги. Наргиза этого сделать не могла, и Руслан предложил ей отработать долг путем оказания секс-услуг, угрожая в противном случае физической расправой. Он также предупредил плохо владевшую русским языком, впервые попавшую в большой город и испытывавшую стресс Наргизу, что, если та обратится в полицию, ее арестуют за пребывание в России без обязательной для иностранных граждан регистрации.

Наргизу стали посещать мужчины-мигранты из Узбекистана. Она практиковала секс без презерватива, о контрацепции не задумывалась. Оплату за услуги Наргизы принимал лично Руслан, а затем другой человек. Вопрос с миграционным статусом Наргизы уладили. Она стала работать уборщицей в магазине, принадлежащем хозяину борделя. Наргиза подвергалась постоянному шантажу: угрожали известить родственников о том, что она продает секс. Потому возвращаться домой она опасалась. Наргиза беременела и за три года родила троих детей. После третьих родов Наргиза больше не могла заниматься секс-работой, чувствовала себя плохо, была истощена. Хозяин потребовал, чтобы она покинула занимаемое ею помещение. Идти Наргизе было некуда, и она решила вернуться в родной поселок. С большим трудом с тремя маленькими детьми добиралась туда несколько дней наземным транспортом. Пыталась поселиться в доме родителей, но была изгнана вместе с детьми и осталась без крыши над головой и средств к существованию.

i Махфуза, 30 лет, жительница Бухарской области Узбекистана, одинокая мать, одна воспитывает сына. В 2019 году выехала в Стамбул по предложению своей знакомой по имени Дилором, узбекской эмигрантки, которая обещала трудоустроить Махфузу продавцом в магазине с высоким для Узбекистана заработком, чтобы та могла улучшить финансовое положение семьи. Дилором купила для Махфузы авиабилет и помогла определить ее трехлетнего ребенка к своей родственнице, которая согласилась поработать няней в течение нескольких месяцев до возвращения Махфузы на родину.

В аэропорту Стамбула Махфузу встретил мужчина, отвез ее в квартиру, где забрал паспорт, якобы с целью регистрации в полиции, и удалился. В квартире находились несколько женщин и мужчина. Некоторое время спустя приехала Дилором и сообщила Махфузе, что ее работа будет состоять в предоставлении секс-услуг. Махфуза попыталась отказаться и уйти. Однако ее не выпустил мужчина-охранник, а Дилором заявила, что в ее руках находится жизнь ребенка Махфузы, что с ней самой в случае неповиновения расправятся. Махфуза подчинилась. Оплату за секс-услуги принимала Дилором. Через два месяца Дилором передала Махфузу другой женщине, якобы в счет своего долга перед ней. Махфуза должна была отработать этот долг. Небольшой дом с участком, окруженным забором, в одном из помещений которого ее поселили, оказался притоном, где клиентам предлагали наркотики и алкоголь.

О доступе к презервативам хозяйка не заботилась. Махфузу и проживавших там еще нескольких таких же, как она, молодых женщин за пределы двора не выпускали. Оттуда несколько месяцев спустя Махфузу перекупил в свой бордель третий хозяин. Там у женщины появился постоянный клиент, который в конце концов взял ее к себе в дом в качестве прислуги и сожительницы. Денег у

Махфузы не было, выходить из дома ей было запрещено, доступа к контрацепции она не имела и, вопреки своему желанию, забеременела. Махфуза делала попытки уговорить мужчину помочь ей восстановить паспорт и отпустить в Узбекистан, но тот был неумолим. Однажды, улучив момент, она смогла воспользоваться домашним компьютером и отправила по электронной почте сообщение своей подруге, попросив ее о помощи; та в свою очередь проинформировала ее мать о ситуации, в которой оказалась Махфуза. Мать Махфузы обратилась на горячую линию республиканского социально-информационного центра «Истикболли Авлод» в г. Ташкенте, что и позволило через год после отъезда выволить попавшую в рабство женщину.

3.2.2 Доступ к дородовому уходу

Эксперты по-разному оценили доступ внутренних мигрантов к дородовому уходу в рассмотренных странах. Фактически в каждой из них все беременные женщины, включая женщин-мигрантов, независимо от того, обладают они постоянным статусом или нет, имеют право на бесплатную неотложную помощь в случаях опасных для жизни осложнений беременности, таких как преэклампсия, разрыв плаценты и преждевременные роды. Беременные женщины с такими симптомами, как кровотечение из влагалища, внезапный отек рук или лица, боль в животе, лихорадка, сильные головные боли, головокружение, постоянная рвота и ухудшение зрения, могут быть направлены к врачам/в больницы для постановки диагноза. Если женщины находятся в опасном для жизни состоянии, им будет оказана медицинская помощь до тех пор, пока состояние, связанное с беременностью, сохраняется.



В Кыргызстане право беременных женщин получать дородовой уход в любой медицинской организации закреплено на законодательном уровне и в целом соблюдается. Как определил один из респондентов, «беременные женщины могут обращаться независимо от наличия у них прописки в любую поликлинику для наблюдения при беременности без каких бы то ни было ограничений. Эта работа сейчас очень хорошо налажена. Беременность – единственное состояние, обеспечивающее доступ к медицинским услугам. Все двери открываются».

Эксперты из Таджикистана отметили, что, несмотря на формальную возможность для внутренних мигрантов получать дородовой уход по месту пребывания в миграции, если они в установленном порядке зарегистрированы, их все равно стремятся отправлять для наблюдения по месту жительства. Незарегистрированные по месту миграции внутренние мигранты могут получать бесплатно дородовой уход только по месту жительства. При этом, как заявил один из таджикских экспертов, «... в любом случае стандартный пакет обязательных анализов, которые беременная женщина должна сдать, платный, и он обычно не по карману многим жительницам сельской местности, приезжающим на заработки в города».

В Туркменистане беременным женщинам предоставляется бесплатный дородовой уход по месту прописки или регистрации. Полный пакет услуг может получить только внутренний мигрант, имеющий регистрацию по месту пребывания в миграции. Дородовой уход, который предоставляется внутренним мигрантам, не имеющим регистрации, ограничивается общим осмотром акушера-гинеколога. Лабораторные анализы, УЗИ, необходимые консультации специалистов проводятся на платной основе.

В Узбекистане внутренние мигранты, если они зарегистрированы по месту миграции, получают дородовой уход бесплатно наравне с местными жителями. Внутренним мигрантам, не зарегистрированным по месту миграции и не прикрепленным к территориальным медицинским организациям, дородовой уход предоставляется на платной основе. Для получения бесплатных услуг таким внутренним мигрантам необходимо возвращаться на постоянное место жительства, часто за сотни километров от места миграции.

Эксперты из Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана сообщили интервьюерам, что во всех этих странах многие беременные женщины из числа внутренних мигрантов, жителей сельской местности, игнорируют дородовой уход, включая обследование на ВИЧ и сифилис. Женщины продолжают жить и работать по месту миграции до тех пор, пока у них не начнутся схватки, после чего они обращаются в родильные дома, которые обычно принимают рожениц независимо от их постоянного места жительства и наличия документов, удостоверяющих личность.

Дезагрегированных данных по миграционному статусу ни среди женщин, у которых ВИЧ-инфекция была впервые выявлена в родах, ни среди беременных женщин нет ни в одной стране. Однако эксперты из всех стран посчитали, что на внутренних мигрантов приходится существенная доля тех и других случаев.

В целом опрошенными экспертами доступ внутренних мигрантов в странах Центральной Азии, кроме Кыргызстана, к дородовому уходу в местах миграции оценен как очень низкий или низкий, значительно меньший, чем у остального наличного населения.

В Российской Федерации дородовой уход на бесплатной основе доступен внешним мигрантам, охваченным ОМС, что возможно лишь для мигрантов с урегулированным статусом из стран – членов ЕАЭС (из четырех рассматриваемых стран это лишь Кыргызстан), в Казахстане – только мигрантам, которым предоставляется гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (а это лишь те, кто проживает в стране постоянно), в Турции – только мигрантам с урегулированным статусом, охваченным всеобщим медицинским страхованием. Международные мигранты с неурегулированным статусом могут получить услуги дородового ухода практически только на платной основе, чего многие не могут себе позволить. Согласно оценке эксперта из России (г. Москва), большинство женщин из числа мигрантов, поступивших на роды, регулярно не наблюдались в женской консультации и не были полностью обследованы в процессе

дородового ухода. Примерно каждая пятая женщина из числа мигрантов поступала на роды вообще не обследованной, в том числе на ВИЧ. Это мнение согласуется с опубликованными данными исследования, проведенного в Санкт-Петербурге. Из года в год примерно 14% женщин с ВИЧ из числа внутренних и внешних мигрантов, не имеющих регистрации в городе, впервые начинают получать АРВ препараты только в роддоме⁷¹.

3.2.3 Доступ к родовспоможению

Независимо от их статуса, как международные мигранты из стран Центральной Азии, так и внутренние мигранты в странах Центральной Азии имеют право на бесплатную интранатальную помощь. Формально внутренним мигрантам в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане предоставляются услуги родовспоможения в местах их пребывания независимо от наличия регистрации. Отказов в госпитализации в родильные дома нет, хотя на практике таких женщин стараются направить на роды в места их постоянного проживания.

Однако, как уже указывалось, в Российской Федерации матерям-мигрантам, не имеющим ОМС, предоставляется право на бесплатную помощь только до начала третьего часа после окончания физиологических родов, а в случае осложнений – до тех пор, пока сохраняется опасность для жизни матери. Лишь в некоторых регионах России родовспоможение международным мигрантам может покрываться за счет средств местного бюджета. Представитель сообщества мигрантов из Таджикистана, опрошенный в качестве эксперта, сообщил: *«В России у жены родственника были роды. Приняли в роддом без проблем, они ни за что не платили».*

В Казахстане, как и в России, родовспоможение предоставляется бесплатно вплоть до окончания родов, а дальнейшая помощь, если жизни и здоровью матери ничего не угрожает, оказывается на платной основе. Одна из экспертов рассказала: *«В моей практике была роженица, бывшая гражданка Казахстана, которая эмигрировала, поменяла гражданство, но потом вернулась и работала по договору в Северо-Казахстанской области, то есть была временным трудовым мигрантом с урегулированным статусом. Я привезла ее со схватками в роддом; женщину приняли; роды были естественными, она родила девочку. Однако через день после родов женщине сообщили, что из медучреждения она не выйдет до тех пор, пока не оплатит 72 тысячи тенге (в то время по курсу около 300 долларов США) за оказанные ей услуги. Для родильницы это были слишком большие деньги. Она была напугана, говорила, что лучше бы рожала дома. Ситуация разрешилась через неделю, когда указанную сумму оплатил собственник фирмы, в которой женщина работала».* Данный случай демонстрирует наряду с ограниченным доступом к родовспоможению трудовых мигрантов в

⁷¹ Мозарева А. Л., Самарина А. В. Социально-демографические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Санкт-Петербурге как фактор риска перинатальной передачи ВИЧ// ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. 2019 г. Том 11, Вып.3, С.7-15. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2019-11-3-7-15>

Казахстане их низкую информированность о возможностях получать медицинские услуги.

В Турции услуги бесплатного родовспоможения международным мигрантам с неурегулированным статусом также предоставляются только в объеме экстренной помощи.

3.2.4 Доступ к планированию семьи

Бесплатные услуги по планированию семьи доступны в местах постоянного проживания официально работающих мигрантов во всех странах Центральной Азии, а в местах миграции лишь в случае, если они там зарегистрированы. В то же время незамужняя женщина из сельской местности не может обращаться по поводу планирования семьи по месту постоянной прописки или регистрации из-за консервативной сельской культуры, нетерпимой к внебрачному сексу. В селе многие жители, в том числе медицинские работники, знакомы друг с другом и часто поддерживают тесные межличностные отношения, так что информация о внебрачных связях разглашается и распространяется. Для незамужних молодых женщин – внутренних мигрантов, исходящих из сельской местности (а таких большинство) и живущих половой жизнью, услуги по планированию семьи доступны лишь в городах.

Эксперт из города Бишкек (Кыргызстан), где услуга по планированию семьи покрывается ОМС, отметила: *«Есть несколько категорий внутренних мигрантов. Небольшая их часть (10–15%) имеет официальную работу, полис ОМС; за них работодатель делает социальные отчисления. Такие мигранты имеют беспрепятственный доступ к услугам по планированию семьи. Занятые же на «черном» рынке труда составляют большинство внутренних мигрантов. У них нет трудовых договоров, за них не поступают социальные отчисления, у них нет полисов ОМС, иногда нет и документов, удостоверяющих личность. Они даже не знают, как купить полис ОМС (что в Кыргызстане возможно), как приписаться к организации здравоохранения, если они зарегистрированы по месту проживания в миграции. До 2015 года контрацептивы поставлялись ЮНФПА. Людей обучили, создали спрос. Однако за последнее время цены на оральные контрацептивы увеличились в два раза; из-за высокой стоимости (около 10 долларов США в месяц) гормональные контрацептивы недоступны для весьма небогатых мигрантов. Имплантатов, инъекционных контрацептивов даже нет в продаже. В стране доступны ВМС – они предоставляются бесплатно, но их установка платная, и ее стоимость также весьма чувствительна для бедных».*

Эксперты из Узбекистана, Таджикистана и Туркменистана также отмечали, что из услуг по планированию семьи в их странах доступно в основном введение ВМС. Все эксперты из стран Центральной Азии посчитали доступ к планированию семьи внутренних мигрантов, а равно международных мигрантов на этапе подготовки к миграции, недостаточным.

В России, Казахстане и Турции услуги по планированию семьи мигрантам можно получить на тех же основаниях, что и услуги дородового

ухода, то есть для мигрантов как с урегулированным, так и с неурегулированным статусом, они платные, и многим недоступны по цене.

i Анвар, 31 год, и Алтынкуль, 27 лет, – супружеская пара из Ферганской области Узбекистана, которая с целью заработка решила выезжать в разные города России, снимать там недорогое жилье и заниматься отделкой и ремонтом квартир и домов. Пара убеждена в том, что данный род деятельности является разновидностью оказания личных услуг за деньги и касается только их и их нанимателя (в чем, разумеется, заблуждается. Прим. автора). Пара прибыла в г. Санкт-Петербург. Они посчитали для себя выгодным приезжать в Россию дважды в год на три месяца (90 дней – максимальный срок, в течение которого мигрант из Узбекистана, не имеющий официального трудового договора, может находиться в стране). Так, по их словам, поступают многие из их поселка и близлежащих населенных пунктов. Работать стали без формального трудового договора у собственника жилого помещения в новостройке, взяв на себя обязательство выполнить отделочные работы под ключ. Работодателя нашли через посредника (знакомого, который и сделал им регистрацию на своей жилплощади).

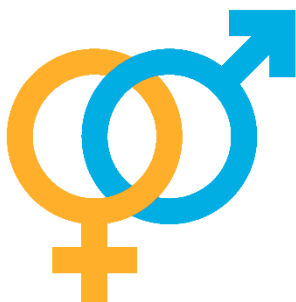
Двое малолетних детей Анвара и Алтынкуль остались дома со старшими родственниками. Больше детей они иметь не планировали. Незадолго до миграции Алтынкуль установили ВМС. Однако через несколько дней работы в Санкт-Петербурге ВМС выпала. Алтынкуль связывает это с физической нагрузкой: ей пришлось поднимать тяжести. При установке ВМС женщину не предупредили о риске выпадения спирали. Алтынкуль обратилась в поликлинику г. Санкт-Петербурга для консультации по контрацепции, но в бесплатной медицинской помощи ей отказали, а денег у них с Анваром было совсем немного. Пара жила половой жизнью и предохранялась путем прерванного полового акта.

Через два месяца у Алтынкуль внезапно возникли острые боли в животе и маточное кровотечение. Бригадой скорой помощи она была доставлена в стационар и прооперирована по поводу внематочной беременности. Неделю спустя Алтынкуль выписали на амбулаторное лечение. Чувствовала она себя плохо, приступать к работе штукатур-маляра не могла. Анвар в отсутствие Алтынкуль не успевает завершить работу, а их наниматель отказывается платить. У пары закончились деньги. Они были вынуждены переселиться в каморку, где за занавеской проживает еще одна пара мигрантов. Оплачивать маленькую комнату в бывшем общежитии, которую супружеская пара снимала на окраине города, стало нечем. Их соседка по комнате второй день не встает с постели. У нее держится температура до 39 градусов, болит горло, она сильно кашляет. Алтынкуль думает, что у нее COVID-19.

Между тем срок временного пребывания пары в России истекает. Они обязаны покинуть страну, но не в состоянии даже приобрести обратные авиабилеты. Пара, решившаяся на трудовую миграцию, взяла на себя связанный с этим груз проблем для здоровья, не учла низкий доступ к планированию семьи для мигрантов в России. Кроме того, она не была подготовлена к миграции, не имея необходимой информации, касающейся российского законодательства о положении иностранных граждан.

3.2.5 Доступ к презервативам и лубрикантам

Наряду с другими противозачаточными средствами мужские латексные презервативы имеются в наличии и свободно продаются в аптеках всех стран Центральной Азии, а равно России, Казахстана и Турции. Однако они слишком дороги для большинства мигрантов. Продаж презервативов и лубрикантов в рамках социального маркетинга нет ни в одной из стран.



Доступ к бесплатным презервативам и лубрикантам имеют в основном мигранты из ключевых групп населения, как в странах, экспортирующих, так и в странах, импортирующих мигрантов, если эти люди участвуют в программах профилактики передачи ВИЧ. Эти программы в основном финансируются донорами, например, за счет грантов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Распределяются презервативы и лубриканты анонимно, через поддерживаемые донорами пункты доверия, дружественные клиники, аутрич-центры. При этом у представителей ключевых групп населения не спрашивают о том, являются ли они мигрантами.

Однако по мнению респондентов из Кыргызстана и Таджикистана, такие программы неустойчивы, и знают о них далеко не все мигранты из целевого населения. В Туркменистане подобных программ, по сведениям экспертов, нет и не было. Как сообщили респонденты, в Таджикистане мужские латексные презервативы иногда выдаются в рамках программ, финансируемых донорами, и в центрах репродуктивного здоровья.

Респондент из г. Бишкек, Кыргызстан, вопрос об обеспечении презервативами сформулировал так: *«Правительство не ответило на потребность населения в дешевых качественных презервативах, а бизнес сделал упор на поставки и продажи дорогих брендов и не повернулся к нуждам людей»*. Во всех странах эксперты оценили доступ мигрантов к презервативам и лубрикантам на уровне от невысокого до низкого.

Женские презервативы практически недоступны, в аптеках стран Центральной Азии не продаются, появляются лишь в Кыргызстане и Таджикистане время от времени, если их закупают международные доноры. Распределяются они среди представителей ключевых групп населения, в частности среди лиц, предоставляющих секс-услуги, которые участвуют в финансируемых этими же донорами программах профилактики передачи ВИЧ. Купить женские презервативы можно в некоторых аптеках крупных городов России и Турции (Москве, Санкт-Петербурге, Стамбуле), однако подавляющему большинству международных трудовых мигрантов они недоступны по цене (по обменному курсу национальных валют 3–7 долларов США за 1 штуку).

3.2.6 Доступ к безопасному искусственному прерыванию беременности

Как уже указывалось, искусственное прерывание беременности в сроки до 12 недель по желанию женщины разрешено законом во всех странах исхода мигрантов Центральной Азии. Внутренние мигранты могут получать услуги аборта бесплатно по месту жительства. Для получения услуг аборта по месту пребывания в миграции мигранты должны быть там зарегистрированы. Для внутренних незарегистрированных мигрантов медицинские аборт по месту пребывания в миграции во всех странах Центральной Азии доступны только на платной основе.

Медицинский аборт по желанию женщины в сроки до 12 недель беременности разрешен законом в Казахстане и России и до 10 недель беременности в Турции. При этом в Турции не все медицинские организации, предоставляющие услуги в области гинекологии и принимающие государственную медицинскую страховку, предоставляют услуги аборта. Мигранту с урегулированным статусом, который обладает такой страховкой, но в недостаточной мере владеет турецким языком, может быть непросто получить необходимую помощь. В России аборт покрывается ОМС, в Казахстане – ОСМС. Однако, как указывалось, в России ОМС доступно только мигрантам с урегулированным статусом из стран, входящих в ЕАЭС, в Казахстане же ОСМС на мигрантов практически не распространяется.

Респонденты в Кыргызстане, Таджикистане, России, Казахстане выразили мнение, что мигранты достаточно часто прибегают к медикаментозным абортам без назначения врача. В Кыргызстане отмечается существенное сокращение регистрации абортов, но при этом почти половина абортов (42,7%) приходится на самопроизвольные⁷². Как заявил эксперт из г. Бишкек (Кыргызстан), *«отчаявшиеся бедные беременные женщины, приехавшие из сельской местности, покупают на вещевых рынках, где многие из них работают сами, таблетки для медикаментозного аборта, которые завозятся контрабандным путем. Там же они получают указания от продавцов, как их принимать. В случае возникновения осложнений: длительного интенсивного кровотечения, сильных болей, повышения температуры тела – женщины вызывают скорую помощь, которая доставляет их в больницу с якобы самопроизвольным абортом. В этом случае требуется экстренное вмешательство, но его проведут бесплатно, независимо от наличия полиса ОМС и регистрации. Таблетки для прерывания беременности, которые продаются на рынке, предположительно содержат мифепристон или мизопропрост. У продавцов нет сертификатов, подтверждающих их состав, неизвестен их производитель, неизвестно, в каких условиях они хранились до реализации, неизвестен срок их годности... Но на рынке они стоят в четыре раза дешевле таблеток, отпускающихся в аптеках по рецепту врача, за прием которого опять-таки женщине-мигранту нужно платить, и они выбирают рынок»*.

⁷² Женщины и мужчины Кыргызской Республики, 2015–2019, Бишкек, Национальный статистический комитет, 2020, с. 123. <http://www.stat.kg/ru/publications/sbornik-zhenshiny-i-muzhchiny-kyrgyzskoj-respubliki/>

Аналогичное мнение высказал эксперт из г. Москвы: *«С абортами большая проблема, так как многие женщины-мигранты не в состоянии платить за прерывание беременности в медицинских организациях и ищут другие пути. Они на свой страх и риск покупают таблетки у своих знакомых, потом, если возникает кровотечение и лихорадка, вызывают скорую помощь; бригада доставляет их в больницу, а экстренная помощь в России всем оказывается бесплатно».*

Недостаточный доступ мигрантов к прерыванию беременности иллюстрирует случай, приведенный экспертом из г. Санкт-Петербурга: *«Женщина-мигрант из Узбекистана, которая не нашла возможности своевременно сделать аборт, решила самостоятельно прервать беременность на позднем сроке. Для этого она, применив подручные средства, попыталась вскрыть плодный пузырь, но в результате перфорировала матку. Развилось массивное кровотечение. Скорая помощь прибыла вовремя, жизнь женщины была спасена, но матку пришлось удалить».*

Респонденты из Узбекистана, где, по единодушному мнению экспертов, среди техник прерывания беременности преобладают вакуум-аспирация и хирургический аборт, посчитали, что именно посредством медицинского аборта значительная часть женщин-мигрантов контролирует рождение детей. Однако поскольку за производство аборта медработники получают неформальную оплату, медицинскую документацию они не заводят и аборты не регистрируют.

Эксперт из Ашхабада (Туркменистан) привела известные ей примеры, когда женщины – внутренние мигранты, не сумевшие вовремя сделать аборт по месту миграции, рожали детей и совершали детоубийства.

Эксперты отметили, что во всех странах, прибегая к услугам медицинского аборта, клиенткам приходится наряду с формальными производить и неформальные платежи медицинским работникам, чтобы избежать регистрации своих случаев в медицинской документации.

«Если женщина, выехала одна, без мужа, у нее был секс в миграции, и она забеременела, то ей приходится делать аборт, и этот факт должен оставаться в тайне», – заявил респондент из Душанбе (Таджикистан). В странах Центральной Азии, в особенности в сельских общинах, незамужние женщины, рожаящие ребенка, подвергаются суровому общественному осуждению вплоть до остракизма. Если такая женщина забеременела, то ей, по мнению респондентов, в большинстве случаев не остается выбора, кроме как сделать аборт.

Все эксперты согласны с тем, что аборты распространены среди мигрантов во многом потому, что многие из них не могут позволить себе приобретать средства контрацепции.

3.2.7 Доступ к лечению ИППП

Лечение ИППП доступно женщинам и мужчинам-мигрантам в основном за их собственный счет. Внутренние мигранты в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане могут пройти медицинское обследование бесплатно, если они зарегистрированы по месту жительства в миграции и прикреплены к территориальной медицинской организации. Однако им нужно оплачивать лабораторные анализы и лекарства. Внутренние мигранты, не имеющие регистраций, не обладают правом на бесплатное лечение ИППП в местах миграции. Дружественные клиники, которые работают в городах Кыргызстана и Таджикистана за счет гранта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, предоставляют услуги по лечению ИППП МСМ, ЛПС и ЛУИН, в том числе мигрантам, посредством применения синдромного подхода к ведению случаев ИППП. (Этот подход предполагает принятие клинических решений на основе симптомов и признаков пациента. В условиях, ограниченных или отсутствующих возможностей молекулярных тестов или лабораторий, ВОЗ рекомендует проводить синдромное лечение для обеспечения лечения в день посещения, что является приоритетным. В таких случаях ВОЗ рекомендует усилить синдромный подход путем использования экспресс-тестов гарантированного качества с минимальной чувствительностью 80% и специфичностью 90%, если таковые имеются⁷³). По сведению экспертов, с недавнего времени пациенты дружественных клиник вынуждены покупать лекарства, что не все могут себе позволить.

В Кыргызстане ситуацию с доступом к лечению ИППП для внутренних мигрантов эксперты в среднем оценили на два балла из пяти (по пятибалльной шкале от один – «отсутствует» до пяти – «превосходный»).

«Нет дешевых антибиотиков, диагностика платная. В поликлинике проводят некоторые анализы, но не все, что необходимо. Приходится обращаться в частные лаборатории, например, для диагностики хламидийной инфекции с использованием полимеразной цепной реакции или культуральной диагностики гонореи, так что за лечение все равно нужно платить. Поэтому люди занимаются самолечением», – заключил эксперт из г. Бишкека, Кыргызстан. Аналогичные оценки даны в Таджикистане.

В Узбекистане анонимное лечение ИППП доступно только на платной основе. Помимо осмотра оно предусматривает и проведение дорогостоящих анализов. По мнению экспертов, большинство внутренних мигрантов не может себе позволить такое лечение. Бесплатное же лечение ИППП возможно по постоянному месту жительства. Причем оно не анонимно, требует постановки на учет и из-за этого для многих мигрантов неприемлемо. Поэтому внутренние мигранты при возникновении симптомов, подозрительных на ИППП, обращаются за советом к знакомым медицинским работникам или даже работникам аптек и просто равным мигрантам.

⁷³ Руководство по лечению симптоматических инфекций, передаваемых половым путем, Всемирная Организация Здравоохранения, 2021 г. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>

В ходе опроса в рамках дозорного эпиднадзора, проведенного в Таджикистане в 2020 году, 7% мужчин и 15% женщин заявили о том, что наблюдали у себя симптомы ИППП во время нахождения в миграции. Однако лишь 57% мужчин и 26% женщин с такими симптомами обращались за медицинской помощью, находясь в миграции. Вне миграции при возникновении симптомов ИППП за медицинской помощью в Таджикистане обращались 60% мужчин и 59% женщин, что иллюстрирует низкий доступ к лечению ИППП и внутри страны. Но особенно это касается женщин за пределами Таджикистана в период миграции⁷⁴.

В Российской Федерации лечение ИППП платное для мигрантов. Обязательное медицинское страхование, которое доступно мигрантам из стран ЕАЭС, при ИППП не работает. Лечение этих инфекций у граждан России финансируется из государственного бюджета и относится к плановым видам медицинской помощи. В Казахстане ОСМС покрывает расходы на лечение ИППП, кроме лекарств. Однако, как уже указывалось, получить такую страховку могут только международные мигранты, имеющие статус постоянных жителей Казахстана. Так что услуги по лечению ИППП для мигрантов платные. Международные мигранты из ключевых групп населения, участвующие в программах профилактики ВИЧ в Казахстане, также имеют право на лечение ИППП в дружественных клиниках, но такие клиники есть не везде.

По мнению экспертов, и в принимающих мигрантов странах в большинстве случаев международные трудовые мигранты при появлении симптомов ИППП полагаются на советы знакомых медицинских работников или работников аптек и товарищей. До недавнего времени в России и Казахстане антибиотики продавались свободно без рецепта врача. Но и сейчас они не являются лекарствами строгого учета, так что с работниками аптек, заинтересованными в продажах, со слов экспертов, можно договориться о реализации этих препаратов. Меньшая часть мигрантов пользуется платным лечением ИППП, внося и формальные и неформальные платежи врачам с целью избежать отражения их заболеваний в медицинской документации.

Нелеченые ИППП представляют высокий риск для окружающих и часто имеют серьезные последствия, такие как бесплодие, выкидыш, внематочная беременность и повреждение внутренних органов и нервной системы. ИППП очень широко распространены во всем мире. Наиболее распространенные бактериальные ИППП: сифилис, гонорея, уrogenитальный хамидиоз, инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalis*, и трихомониаз. Они полностью излечимы, если их правильно диагностировать и лечить. Парадоксально, но ИППП не входят в список инфекций, при которых медицинская помощь предоставляется бесплатно всему нынешнему населению, включая мигрантов, ни в одной из трех рассмотренных стран, принимающих мигрантов.

⁷⁴ Материалы Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан.

3.2.8 Доступ к добровольному тестированию на ВИЧ

Пункты тестирования на ВИЧ имеются во всех странах. Иммуноферментный анализ (ИФА) на антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 проводится анонимно и бесплатно. Однако, по сведениям экспертов, добровольное тестирование на ВИЧ среди внутренних и международных мигрантов не пользуется большим спросом. Мигранты недооценивают серьезность проблемы. Эксперты подчеркивают, что главный приоритет как внутренних, так и международных мигрантов – зарабатывать деньги на жизнь и таким образом выживать. Опрос таджикских международных мигрантов в ходе дозорного эпидемиологического надзора показал, что лишь 42% из них обследовались на ВИЧ-инфекцию на родине и 59% – находясь в миграции⁷⁵. При том что это число включает обязательное тестирование на ВИЧ, необходимое для приобретения патента с целью легального трудоустройства в России, и Россия признает сертификаты о ВИЧ-статусе, выданные только аккредитованными медицинскими организациями на территории этой страны. По мнению эксперта из города Ашхабада (Туркменистан), тестирование на ВИЧ вообще не имеет смысла для мигрантов, поскольку результаты в большинстве случаев не доводятся до сведения клиентов.

Российская Федерация принимает наибольшее количество мигрантов из Центральной Азии. Официально зарегистрированные показатели ВИЧ-инфекции в стране довольно высоки: в 2020 году распространенность ВИЧ среди населения в целом составила 0,75%, а заболеваемость ВИЧ (число новых случаев ВИЧ на 100 000 населения) составила 49,1 человек, из которых 65% случаев были связаны с передачей половым путем⁷⁶. Мигранты, многие из которых находятся вдали от своих семей, находят сексуальных партнеров среди местного населения и подвергаются риску передачи ВИЧ⁷⁷. Как следует из отчетов респондентов этого источника, мигранты также пользуются сексуальными услугами других мигрантов, происходящих из той же страны, многих из которых принуждают к сексу (фактически, содержат в рабстве). Это ограничивает их способность защитить себя от заражения ВИЧ/ИППП, а также от передачи ВИЧ своим партнерам.

В Кыргызстане и Таджикистане имеются экспресс-тесты на антитела к ВИЧ, которые передаются неправительственным организациям. Но доступны они время от времени, при условии, что донорские агентства закупят тест-наборы для реализации поддерживаемых ими программ. Экспресс-тесты на ВИЧ для самотестирования можно приобрести в аптеках крупных городов России и Казахстана. По сведениям экспертов, среди мигрантов при небольшом общем спросе на тестирование на ВИЧ на экспресс-тесты почти нет платежеспособного спроса (стоимость экспресс-тест набора для

⁷⁵ Данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Минздравсоцразвития Республики Таджикистан

⁷⁶ Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Россия).

⁷⁷ Доклад о разрыве, ЮНЭЙДС, Женева, 2014 г.

https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report

определения антител к ВИЧ-1 и 2 в цельной крови – 3-4 доллара США, в слюне – 12-14 долларов США (по курсу обмена национальных валют).

Как уже указывалось, в России международные мигранты с ВИЧ подлежат депортации; лечением ВИЧ-инфекции они не обеспечиваются. Для планирования своей жизни людям с положительным результатом ИФА на антитела к ВИЧ важно знать о том, действительно ли они живут с ВИЧ. Ранее для подтверждения специфичности положительного результата ИФА, основанного на способности искусственно созданных белков ВИЧ улавливать вырабатываемые в организме человека специфические антитела, в России на анонимной основе был доступен более специфичный тест иммунного блоттинга, основанный на соединении нативных белков ВИЧ с антителами из сыворотки крови, забираемой для анализа. Однако с сентября 2021 года подтверждающий тест анонимно проводиться не будет, поскольку служба здравоохранения будет собирать личные данные людей с подтвержденными случаями ВИЧ-инфекции. Соответствующая информация направляется в Федеральную службу по защите прав потребителей и благополучия человека, которая издает приказы, запрещающие ВИЧ-положительным мигрантам дальнейшее пребывание в Российской Федерации. Инструкции доводятся до сведения иммиграционных властей, которые отвечают за депортацию и запрещение въезда в страну ВИЧ-инфицированным мигрантам.

Бесплатные консультации и тестирование на ВИЧ на основе ИФА доступны в Турции и Казахстане без необходимости раскрытия личной информации. Мигранты, получившие положительный результат теста ИФА, могут решить, что они будут делать дальше. Они не депортируются, и им не запрещено въезжать в эти страны. Однако подавляющее большинство из них не имеют права ни на бесплатный подтверждающий иммуноблоттинг, ни на бесплатное лечение от ВИЧ (см. ниже Раздел 3.2.13).

Таким образом, главные проблемы доступа мигрантов к тестированию на ВИЧ сводятся к недооценке риска передачи ВИЧ-инфекции и неприемлемости тестирования, положительные результаты которого могут повлечь за собой серьезные последствия – высылку из страны (и потерю средств к существованию), но не дать доступа к лечению.

3.2.9 Доступ к тестированию на ВИЧ беременных женщин

Доступ к тестированию на ВИЧ-инфекцию беременных женщин тесно связан с доступом к дородовому уходу. Двукратное тестирование на ВИЧ-инфекцию является частью его клинического протокола как в странах Центральной Азии, экспортирующих мигрантов, так и в России и Казахстане. Тестирование на антитела к ВИЧ предоставляется услуг по дородовому уходу иницирует в обязательном порядке. В то же время эксперт из г. Душанбе, Таджикистан, отметил, что тестов на всех беременных женщин не хватает, и двукратно в течение беременности тестируют только тех женщин, у которых имеется высокий риск экспозиции ВИЧ. Внутренних мигрантов к таковым не относят.

В Российской Федерации, где ВИЧ-позитивной в 2020 году была одна из каждых 110 беременных женщин⁷⁸, доступ беременных женщин-мигрантов к дородовому уходу весьма низок. Результатом этого и является неполное обследование на ВИЧ большей части этих женщин. В России беременные женщины из числа международных мигрантов недостаточно мотивированы проходить обследование на ВИЧ. При положительном ВИЧ-статусе женщине предлагают немедленную депортацию. Как сообщила эксперт, врач-акушер-гинеколог, в городе Москве в случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины-мигранта на поздних сроках беременности ей назначается АРВ терапия до родов и проводится АРВ профилактика во время родов за счет средств города. Однако это исключение из правил. После родов в Москве лечение также прекращается, и родильница с новорожденным по закону должны депортироваться.

3.2.10 Доступ к АРВ терапии

В Туркменистане ЛЖВ вне зависимости от того, являются ли они мигрантами, вообще не имеют доступа к АРВ терапии. Хотя такие люди живут в стране, и опрошенные эксперты из Туркменистана даже знают некоторых из них лично, правительство отрицает их существование.

В Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане АРВ терапия доступна, частично благодаря грантам ГФБСТМ. Мигранты могут бесплатно получать АРВ препараты на срок до трех месяцев в Узбекистане, до шести месяцев в Таджикистане и до 12 месяцев в Кыргызстане. Дальнейшее обеспечение АРВ препаратами зависит от результатов обследования, включая лабораторные исследования на вирусную нагрузку и количество клеток с CD4 рецепторами у человека с ВИЧ.

Внутренние мигранты в Таджикистане, не имеющие регистрации по месту нахождения в миграции, получают АРВ препараты для лечения ВИЧ-инфекции в лечебных учреждениях, охватывающих население на их постоянном месте жительства. Внутренние мигранты, имеющие регистрацию по месту миграции, могут получить АРВ препараты по месту фактического проживания. Эксперт из сообщества внутренних мигрантов – ЛЖВ в г. Душанбе рассказала: *«Я нахожусь в Душанбе уже более двух лет, снимаем с сестрой квартиру, регистрации не имеем. Я торгую вещами на базаре. Я всегда без проблем получала АРВ препараты в Душанбе, в Центре СПИД. Теперь сказали, что надо получать в районе по месту жительства. В начале эпидемии COVID-19 нам всем выдали таблетки на шесть месяцев, они сейчас закончились. Я вынуждена была летом поехать в город Хорог Горно-Бадахшанской автономной области по горной дороге за 600 км от Душанбе, чтобы получить таблетки еще на полгода. Проезд стоит дорого, и это очень неудобно».*

⁷⁸ Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Россия).

В России мигранты из стран Центральной Азии доступа к бесплатному лечению ВИЧ-инфекции практически не имеют (исключение – мигранты, находящиеся в местах лишения свободы). Эксперт из г. Ош, Кыргызстан, врач областного Центра СПИД, сообщил: *«Мигранты с ВИЧ возвращаются в Кыргызстан умирать. Только за последние месяцы было три таких случая, и это были люди моложе 30 лет. На международных мигрантов, работающих в России и Казахстане, приходится большинство умерших по причине СПИДа. Они возвращаются в страну в терминальной стадии заболевания, с туберкулезом и другими оппортунистическими инфекциями, с резко сниженным числом клеток с CD4 рецепторами. Мы уже ничего сделать не можем, несмотря на имеющиеся в нашем распоряжении лекарства. В связи с пандемией COVID-19 и закрытием границ один из пациентов не мог выехать из Казахстана в течение нескольких месяцев. А когда приехал, было слишком поздно».*

В Казахстане доступ к бесплатному лечению ВИЧ-инфекции мигрантов ограничен постоянными жителями и заключенными в пенитенциарных учреждениях из числа мигрантов. Любопытно высказывание одного из экспертов из г. Алматы, отражающего настроение некоторых кругов относительно доступа трудовых мигрантов к лечению ВИЧ-инфекции, пусть и платящих все установленные налоги наравне с гражданами: *«Общество не желает спокойно реагировать на тех, кто распространяет ВИЧ-инфекцию; мигрантов с ВИЧ следует лечить за счет средств стран, гражданами которых они являются, или, если есть такая возможность, за счет поддержки международных организаций».*

Для преодоления отсутствия доступа мигрантов с ВИЧ к АРВ терапии в Москве существуют организации на основе сообществ граждан таджикского и киргизского происхождения, способствующих снабжению своих соотечественников, находящихся в России, АРВ препаратами из стран исхода. Потенциал этих организаций, однако, невелик.

Кыргызстан частично обеспечивает АРВ препаратами мигрантов с ВИЧ, которые, хотя и подлежат депортации согласно законодательству, продолжают находиться в России. Это не может лишать таких людей права получать надлежащую медицинскую помощь. Центры СПИД передают АРВ препараты по доверенности физическим лицам, в том числе представителям неправительственных организаций, которых люди с ВИЧ, состоящие на учете в указанных центрах и находящиеся в миграции, уполномочивают получать за них лекарства. Согласно национальному клиническому протоколу, АРВ препараты могут выдаваться на срок до одного года. Лекарства в объемах для индивидуального применения отправляются в Россию посылками, при помощи курьерских служб для доставки грузов или через посредников. Оплата услуг курьерских служб производится за счет средств доноров.

Человек с ВИЧ, находящийся в России, регулярно сдает кровь на определение вирусной нагрузки, клеток с CD4 рецепторами и других показателей в частных лабораториях. Он связывается с врачом Центра СПИД в Кыргызстане с помощью мобильного приложения для того, чтобы сообщить

ему результаты обследования, другую необходимую информацию и получить дальнейшие инструкции.

Естественно, доступ к лечению ВИЧ-инфекции у мигрантов с использованием данной опции ограничен, в том числе и их материальными возможностями проходить лабораторные обследования и оплачивать дополнительные консультации в платных медицинских центрах в местах миграции, чего могут потребовать особенности течения ВИЧ-инфекции. Кроме того, частные лаборатории, техническая вооруженность которых позволяет проводить мониторинг вирусной нагрузки и иммунного статуса людей с ВИЧ, а равно частные медицинские центры, предоставляющие услуги по лечению людям с ВИЧ, есть лишь в немногих городах России, где работают мигранты. Наконец, мигрантам с ВИЧ не предоставляется помощь по обеспечению приверженности лечению, а в такой помощи многие из них нуждаются, в особенности ЛУИН.

Альтернативной опцией для мигрантов с ВИЧ в России является полностью платное лечение, в том числе приобретение антиретровирусных препаратов в аптеках. Однако подавляющее большинство пациентов с ВИЧ не могут этого себе позволить, особенно в Москве.

В Казахстане международные мигранты с ВИЧ, если они в установленном порядке зарегистрированы в местах проживания в миграции, имеют доступ к тем же АРВ препаратам, что и все другие ЛЖВ, благодаря грантам ГФБСТМ, который покрывает стоимость АРВ препаратов и лабораторных анализов. Ассигнований государственного бюджета на нужды лечения мигрантов в Казахстане, как и в России, не предусмотрено. Для международных мигрантов, не имеющих регистрации, АРВ препараты недоступны.

В Турции лечение ВИЧ-инфекции у международных мигрантов из стран Центральной Азии платное и дорогостоящее, а потому малодоступное.

3.2.11 Доступ к доконтактной и постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции

Доконтактная профилактика (ДКП) касается прежде всего ключевых групп населения, и в частности МСМ⁷⁹. Доступ к постконтактной профилактике (ПКП) необходим в равной степени и другим группам населения, если они находились в ситуации риска экспозиции ВИЧ-инфекции, в том числе не относящейся к роду их профессиональной деятельности (например, при незащищенном сексе с неизвестным партнером или при случае введения наркотика с помощью чужого инъекционного оборудования). Уровень доступа к АРВ препаратам фактически отражает уровень доступа к АРВ профилактике. В Таджикистане и Узбекистане такой доступ формально

⁷⁹ Что такое 2+1+1 управляемая событиями оральная доконтактная профилактика для профилактики ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами: обновленные рекомендации ВОЗ по оральной профилактике - Техническая справка, 2019 г. Управляемая событиями оральная доконтактная профилактика для профилактики ВИЧ для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

обеспечивается, хотя внутренние мигранты, не имеющие регистрации, обычно могут получать АРВ препараты только в учреждениях, обслуживающих места их постоянного проживания. Исключением является Туркменистан, где АРВ препараты недоступны. В Кыргызстане ПКП предоставляется всем в Республиканском центре по борьбе со СПИДом и станциях скорой медицинской помощи, независимо от постоянного места жительства, в основном за счет гранта ГФБСТМ.

Однако степень доступа очень низка ввиду того, что его условия могут оказаться неприемлемыми из-за враждебного отношения, с которым ключевые группы населения сталкиваются во всех странах. Получение этих услуг требует предоставления документально подтвержденной личной информации, обращающихся за ней, а многие представители ключевых групп населения предпочитают не раскрывать такую информацию. Например, доступа к ДКП и ПКП в случае гомосексуальных контактов не имеют МСМ в Узбекистане, где добровольный секс двух взрослых мужчин является уголовным преступлением.

В России для мигрантов ДКП и ПКП бесплатно не предлагаются. В Казахстане ДКП и ПКП доступны в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом только зарегистрированным международным мигрантам (постольку, поскольку закупка АРВ препаратов для мигрантов в Казахстане финансируется из средств международных доноров), но они недоступны мигрантам с неурегулированным статусом.

Эксперты считают, что в России и в Казахстане ключевые группы населения, в том числе МСМ из числа мигрантов, которые знают о ДКП и ПКП и могут это себе позволить, покупают АРВ препараты в аптеках после получения рецептов от знакомых врачей или в частных клиниках. Подчеркивается, что людей, осведомленных о ДКП и ПКП и возможностях их получения, среди международных мигрантов очень немного.


3.2.12 Доступ к услугам по профилактике и преодолению последствий насилия против женщин

Конституции стран Центральной Азии, Казахстана, России и Турции гарантируют равные права женщин и мужчин. Физическое насилие в отношении тех и других со стороны любого, его причинившего, в зависимости от тяжести причиненных телесных повреждений является уголовным преступлением или административным правонарушением, а сексуальное насилие – уголовным преступлением. В зависимости от характера и тяжести совершенного преступления законодательство всех стран предусматривает уголовное преследование в публичном, частно-публичном и частном порядке. Сфера здравоохранения предоставляет медико-санитарную помощь женщинам, подвергшимся насилию, в том числе экстренную медицинскую помощь женщинам-мигрантам, если такая необходима, и направляет женщин в другие службы поддержки, в услугах которых они могут нуждаться. Эти службы представлены правительственными, неправительственными,

религиозными организациями, которые учреждают кризисные центры, финансируемые из средств правительств, донорских организаций и сообществ. В указанных центрах жертва может изолироваться от злоумышленника, получить психологическую и юридическую помощь. Однако, по свидетельству экспертов, повсюду кризисные центры маломощны и сталкиваются с дефицитом финансирования.

Проблемой доступа к помощи в связи с гендерным насилием является незнание женщинами своих прав и культурные барьеры, делающие обращение за такой помощью, если насилие происходит в семье, неприемлемым. Так, в Таджикистане 97% мужчин и 72% женщин считают, что ради сохранения семьи женщина должна терпеть насилие, и более 60% женщин 15–49 лет оправдывают акты насилия со стороны мужа⁸⁰. В Туркменистане 44% жительниц города и 69% жительниц села считают, что муж имеет право на физическое насилие в отношении жены⁸¹. В Кыргызстане этот показатель составил соответственно 22% и 35%⁸².

Гендерная роль женщины в патриархальных сообществах сводится к домашней работе; при этом женщина должна быть послушна мужу, от которого она зависит материально. Традиции подчиненного положения женщины, поддерживающиеся в патриархальных сообществах, делают особо уязвимыми женщин-мигрантов. В Таджикистане на женщин-мигрантов приходится около половины женщин, живущих с ВИЧ⁸³. Женщины – трудовые мигранты работают на производствах и помогают своим семьям материально, вопреки установившемуся укладу. Однако и они остаются привержены традиционным гендерным стереотипам. Эти традиции мигранты из Центральной Азии приносят и в страны миграции. Эксперт из г. Санкт-Петербурга, Россия, для иллюстрации привел следующий пример (все имена изменены).

 *Нисо, 34 года, с целью заработка выехала в Россию в город Санкт-Петербург и прожила там два года. Первоначально она продавала секс-услуги. Дома на попечении родственников остались двое детей; муж Нисо погиб. В Санкт-Петербурге она познакомилась с мигрантом-соотечественником по имени Тошмат, который тоже приехал в Россию на заработки, и стала с ним сожительствовать. Тошмат работал на стройке, Нисо стала заниматься домашним хозяйством. У Тошмата в Таджикистане есть жена и трое детей, однако он обещал*

⁸⁰ Таджикистан, Медико-Демографическое Исследование, 2017, Основные результаты, Душанбе, Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан – URL: <https://www.stat.tj/ru/news/publications/new-survey-shows-improvement-in-maternal-and-child-health-in-tajikistan>

⁸¹ Кластерное обследование по многим показателям в Туркменистане, 2018 г. Снимки основных результатов, 2019 <https://mics.unicef.org/surveys>

⁸² Кластерное обследование по многим показателям в Кыргызской Республике, 2018 г. Снимки основных результатов, 2019 <https://mics.unicef.org/surveys>

⁸³ Болтаева М.Р. Гендерные аспекты ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии. 2017 <http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/vich/17/prez/5-A3-4.pdf>

жениться на Нисо (в том, чтобы стать еще одной женой Тошмата, она не видела проблемы). Нисо занималась с сожителем незащищенным сексом, поскольку Тошмат использовать презерватив не желал, а Нисо как жена не смела ему перечить. Женщина забеременела и обратилась в платную клинику для обследования, где у нее была выявлена ВИЧ-инфекция. Сожитель тоже обследовался, ВИЧ-инфекция была диагностирована и у него. Вину за передачу ВИЧ Тошмат целиком возложил на Нисо, лечиться в Санкт-Петербурге за деньги или уехать в Таджикистан, чтобы там лечиться бесплатно, отказался. Он стал систематически избивать Нисо. В ситуации физического насилия Нисо прожила всю беременность, денег на лечение ВИЧ-инфекции у нее не было, давать на это деньги сожитель отказывался. За помощью в связи с насилием со стороны сожителя беременная Нисо не обращалась, считая, что он на это имеет право. После очередного избиения на сроке беременности 36 недель у Нисо начались преждевременные роды, которые закончились рождением мальчика. Лишь после этого она решила вернуться в Таджикистан. В июне 2021 г., благодаря поддержке Мальтийской службы помощи в Санкт-Петербурге, Нисо смогла приобрести авиабилеты и уехать вместе с ребенком. Тошмат же и дальше остался работать в Санкт-Петербурге; у него появилась следующая сожительница. АРВ терапию он не получает, об использовании презерватива не задумывается.

3.2.13 Особенности доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису мигрантов из числа ключевых групп населения

Эксперты из стран Центральной Азии оценили внутреннюю миграцию представителей ключевых групп населения из сельской местности в города, а равно их международную миграцию в Россию, Казахстан и Турцию как очень интенсивную. Наряду с экономическими факторами толчком к миграции ключевых групп населения является стигматизация и дискриминация.

Консервативное сельское население стран Центральной Азии настроено по отношению к МСМ и ЛПС враждебно. В сельской местности, где все люди на виду друг у друга, МСМ практически не могут реализовать свою сексуальную ориентацию и устремляются в крупные города, где могут затеряться в массе населения. Кроме того, ЛПС труднее найти клиентов в сельской местности, так что и секс-работа сосредоточена в основном в городах. ЛУИН также закономерно мигрируют в города, где получают лучший доступ к наркотикам.⁸⁴

Потребности в области охраны здоровья мигрантов из числа МСМ и ЛПС в значительной степени сосредоточены вокруг доступности услуг по СРЗ, в частности профилактики, диагностики и лечения ИППП и ВИЧ-инфекции в условиях, когда ВИЧ-инфекция в регионе стала распространяться преимущественно половым путем. При том что в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции во всем регионе Центральной Азии и Восточной Европы существенно преобладают люди, инфицированные при гетеросексуальных контактах, в ряде городов Российской Федерации ВИЧ обнаруживается почти

⁸⁴ Всемирный доклад о наркотиках, резюме Организации Объединенных Наций, 2020
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf

у четверти МСМ⁸⁵. (Кажущееся несоответствие объясняется относительной малочисленностью группы. Медиана в разных регионах мира составляет от 1% до 3% взрослых мужчин 15–49 лет⁸⁶). Передача ВИЧ половым путем за пределы популяции МСМ населению в целом происходит в результате связей между сексуальными сетями. Значительная доля МСМ, особенно в странах, где они чувствуют себя вынужденными вступать в брак или вступать в партнерские отношения с женщинами в соответствии с традиционной культурой, также сообщает о сексе с женщинами ⁸⁷. Следовательно, определение приоритетов мероприятий, направленных на устранение сексуальных рисков среди МСМ, очевидно имеет решающее значение для борьбы с эпидемией ВИЧ.

Ключевые группы населения стигматизируются на индивидуальном, межличностном и структурном уровнях. На людей навешивают ярлыки, связанные с негативными стереотипами их восприятия; дополнительный негативный ярлык навешивается на представителей ключевых групп населения из числа мигрантов, что обусловлено ксенофобией, приводящей к исключению «чужих» из местного сообщества. В результате мигранты из числа ключевых групп населения на разных уровнях подвергаются двойной дискриминации.

Стигму в отношении ключевых групп населения усиливают карательные правовые системы. Так, в Туркменистане и Узбекистане криминализированы добровольные сексуальные контакты между взрослыми мужчинами. Продажа секса взрослыми людьми взрослым людям в этих странах также считается социальной опасностью, хотя и меньшей: впервые задержанные ЛПС наказываются в административном порядке штрафом или арестом.

Секс-работа считается административным правонарушением также и в России и Таджикистане. В двух последних странах добровольные сексуальные отношения между взрослыми мужчинами в качестве правонарушений законодатель не рассматривает. В Казахстане, Кыргызстане и Турции ни добровольные сексуальные отношения между мужчинами, ни секс-работа как таковая правонарушениями не являются. Различия в правовой среде – один из факторов, определяющих направления миграции МСМ и ЛПС, хотя во всех рассматриваемых странах сексуальные контакты между мужчинами и продажа секса жестко порицаются значительной частью общества.

⁸⁵ Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Россия).

⁸⁶ Стратегическая информация по ключевым группам населения: рекомендуемые оценки численности населения мужчин, имеющих секс с мужчинами - Техническая справка, Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС, 2020 г. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf

⁸⁷ Сюфан Л, Бэйчуань З., Хуан Ван и др. Состояние сексуального здоровья женщин, имеющих регулярные сексуальные отношения с мужчинами, имеющими секс с мужчинами, в материковом Китае// BMC Public Health, 2017, Том 17, Стр. 168 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294694/>

Перед законом уязвимы и ЛУИН. Хотя употребление наркотиков формально не наказывается, но в некоторых странах, например, в Туркменистане, само обнаружение наркотиков у наркозависимого человека, даже в минимальном количестве, дает основание для применения против него правовых санкций.

Представители ключевых групп населения опасаются обмена данными между медицинскими организациями и правоохранительными органами, злоупотреблений информацией о личных данных, включая информацию о ВИЧ-статусе, презрительного отношения персонала. Если представители этих групп являются внутренними или внешними мигрантами, то они чувствуют себя еще менее защищенными.

Для мигрантов из числа ключевых групп населения почти нет информационных ресурсов по охране СПЗ и ВИЧ-услугам на национальных языках стран Центральной Азии. В Туркменистане и Узбекистане информационные ресурсы, которые необходимы для МСМ и ЛПС, готовящимся к миграции, в том числе информация по менее опасным сексуальным практикам, выбору презервативов, лубрикантов, отсутствуют и на русском языке. Специализированные интернет-ресурсы заблокированы.

Исследование, проведенное шведской неправительственной организацией Qurium Media Foundation, показало, что в Туркменистане также заблокированы все популярные социальные сети, включая Facebook, Twitter, YouTube; Odnoklassniki; VKontakte; при этом предоставление услуги VPN запрещено⁸⁸. В результате, по словам одного из экспертов ВИЧ-сервисной организации из Москвы, которая работает среди МСМ, *«...мигранты из стран Центральной Азии имеют очень низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции и ее профилактике, часто употребляют психотропные и диссоциативные средства (например, кетамин) и при этом теряют контроль над ситуацией, не используют презервативы. Так, один из мигрантов МСМ в течение четырех лет шесть раз заболел сифилисом. До мигрантов из Центральной Азии трудно «достучаться», они не знают основ, нужно показывать все на картинках»*.

Эксперт из г. Ош, Кыргызстан, обратил внимание на то, что в городских сообществах МСМ все более распространяется химсекс – использование возбуждающих наркотиков (в том числе амфетамина, метамфетамина и др.), а специфической информации о профилактике передачи ВИЧ-инфекции, необходимой попадающим в эту среду мигрантам из сельской местности, нет. Фактически, преднамеренный секс под воздействием психоактивных веществ (химсекс), в основном среди МСМ, практикуется во многих странах по меньшей мере в течение десятилетия⁸⁹. Похоже, что в настоящее время он распространяется на городские поселения в странах Центральной Азии. Здесь МСМ, которые интенсивно переезжают из отдаленных сельских районов в крупные города как внутри своих стран, так и в другие страны,

⁸⁸ <https://www.qurium.org/alerts/turkmenistan/turkmenistan-and-their-golden-dpi/>

⁸⁹ Макколл Х., Адамс Н., Мейсон Д., Уиллис Дж. Что такое химсекс и почему это имеет значение? BMJ 2015;351:h5790 <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h5790>

могут не знать о том, как справиться с этой проблемой, и их уязвимость к заражению ВИЧ возрастает.

Люди, продающие секс

Опрошенный эксперт из НПО по секс-работникам г. Нур-Султан, Казахстан, отметил: «У ЛПС из числа внутренних мигрантов – женщин отсутствует регистрация, они не участвуют в ОСМС, соответственно, не прикреплены к организациям первичной медико-санитарной помощи. Поэтому они не могут пройти бесплатного обследования у гинеколога. Поскольку презервативы используют не всегда, некоторые беременеют и проводят медикаментозный аборт дома с помощью контрабандных таблеток китайского производства, которые покупают у случайных лиц на базаре. Постабортный осмотр не проходят. За шесть месяцев 2021 года в нашу НПО обратились 19 секс-работниц за анонимными, дружественными услугами гинеколога с целью назначения препаратов для прерывания беременности, обследования на ИППП и ВИЧ, а также за лечением ИППП. Несмотря на то что секс-работа не запрещена, полиция проводит рейды по выявлению ЛПС. В ходе этих рейдов ЛПС могут принудительно обследоваться на ВИЧ. Если оказывается, что секс-работница ВИЧ-положительна, возникает опасность ее уголовного преследования за умышленное создание опасности заражения ВИЧ. Это противоречит намерениям ЛПС заниматься секс-работой. Правовое положение, в которое поставлены ЛПС, таким образом делает для них знание их ВИЧ-статуса не всегда приемлемым».

«У внутренних мигрантов из числа ЛПС нет паспорта, нет полиса ОСМС, нет денег, нет регистрации по месту проживания. Это означает, что по вопросу охраны СРЗ они могут обратиться только в частные клиники. За ВИЧ-услугами они еще могут обратиться в Центр СПИДа благодаря гранту ГФБСТМ, но по вопросам, связанным с беременностью, – только платно», – сообщил эксперт из г. Ош, Кыргызстан.

Эксперты из Ашхабада, Туркменистан, особо подчеркнули низкий доступ мигрантов из числа ЛПС к услугам по охране СРЗ. Приезжающие из сельской местности в город ЛПС, как правило, не имеют ни социальных связей, ни материальных средств, ни знаний о том, как уберечь себя от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, и нежелательной беременности. Они не обследуются на ВИЧ-инфекцию, игнорируют возможные симптомы ИППП, соглашаются на секс без презерватива. Обращаться за медицинской помощью в государственные структуры ЛПС опасаются, поскольку считают, что в этом случае об их роде занятий могут узнать правоохранительные органы, и тогда они подвергнутся административному, а то и уголовному наказанию.



Секс-работница Бахар (имя изменено), 38 лет, не замужем, образование 9 классов, имеет сына 20 лет, проживающего с ее матерью в семье брата в сельской местности. Там же прописана и она сама. Фактически Бахар проживает в г. Ашхабаде, где не зарегистрирована, снимает жилье вместе с подругой и формально зарабатывает на жизнь, помогая торговать на рынке продуктами. Этого заработка не хватает, поскольку нужно поддерживать семью брата и платить за жилье. Предоставляет секс-услуги, цена услуги 50–100 манатов (соответствует по официальному курсу 12–25 долларам США). Клиентов в г. Ашхабаде находит, обзванивая людей, занимающихся подпольной организацией запрещенного в стране секс-бизнеса; в день у нее бывает по 2–3 клиента. Иногда выезжает с подругами для секс-работы в другие населенные пункты страны. Говорит, что там платят меньше, зато клиентов собирается больше. Злоупотребляет алкоголем. Мечтает найти партнера–мужчину, который будет ей помогать, и вместе с ним уехать в Турцию.

Презервативами Бахар не пользуется. Считает, что презервативы дорогие и предназначены только для больных, в то время как она чувствует себя хорошо, и ее клиенты тоже здоровы, «поскольку женаты». Как правильно использовать мужской латексный презерватив, не знает. Женских презервативов никогда не видела. На ИППП не обследуется. Два года назад сделала последний искусственный аборт, который был произведен при сроке беременности 10 недель «по протекции» за плату в медицинской организации без регистрации. За занятие секс-работой задерживалась полицией и привлекалась к административной ответственности. Тогда у нее брали кровь на анализ на ВИЧ-инфекцию, результатов анализа не знает.

По свидетельству экспертов, многие ЛПС из стран Центральной Азии воспринимают физическое, сексуальное и моральное насилие, которому они подвергаются со стороны клиентов, как часть работы. При этом они получают телесные повреждения. Опасаясь, что обстоятельства получения травм, следовательно, род их занятий станут известны третьим лицам и информация будет передана их родственникам, ЛПС, в особенности из сельской местности, за правовой и даже медицинской помощью, как правило, не обращаются. К тому же, не будучи зарегистрированными по месту миграции, они могут получать медицинскую помощь бесплатно только при состояниях, угрожающих жизни, а позволить себе платные медицинские услуги многие не могут. ЛПС из стран Центральной Азии, выезжающие для работы в Россию, чувствуют себя бесправными: «Унижают, оскорбляют, избивают, насилуют... В ответ – ничего нельзя сделать, разве что плюнуть в спину...», - из интервью с представителем сообщества в г. Санкт-Петербурге.


Мужчины, имеющие секс с мужчинами

Эксперт из г. Худжанд, Таджикистан, сообщил об увеличившейся закрытости МСМ, поскольку их дискриминация за последние 2–3 года усилилась. По его мнению, это связано с продолжающейся десекуляризацией общества. МСМ мигрируют внутри страны и за рубеж; в местах миграции, где их никто не знает, вступают в связи со случайными партнерами, стабильных пар не образуют, поскольку это может вызвать

подозрения. МСМ опасаются насмешек, унижений, оскорблений со стороны медиков, потому если и обращаются за медицинскими услугами по поводу СПЗ, то, как правило, к своим знакомым врачам и на платной основе. Информации о СПЗ, включая ВИЧ-инфекцию, необходимой именно МСМ, на таджикском языке практически нет. Другой эксперт из г. Душанбе, Таджикистан, сообщил, что ряд МСМ, мигрируя в Россию, в частности, в Москву, занимаются секс-бизнесом, вступают в незащищенные сексуальные контакты. *«Здоровье для мигрантов из числа МСМ не приоритет. У находящихся в миграции в России МСМ с ВИЧ нет желания возвращаться домой: очень велико опасение вновь оказаться в среде ненависти и дискриминации, хотя для многих из них АРВ терапия недоступна (ее можно получать только платно), в то время как в Таджикистане они могли бы получать лечение бесплатно. Среди мигрантов МСМ очень распространено чувство беспросветности и безысходности, говорят «умру, так умру».*

В Узбекистане доступ МСМ к услугам охраны СПЗ и ВИЧ-сервису остается низким. Тема гомосексуальности закрыта и практически не обсуждается в обществе. У внутренних мигрантов из числа МСМ в месте миграции часто нет социальных связей, а обратиться в государственные службы по охране СПЗ и ВИЧ-сервису означает для них признание в совершении уголовного преступления – мужеложства, которое в Узбекистане может наказываться лишением свободы на срок до трех лет. Некоторые МСМ из числа внутренних мигрантов находят выход в медицинском туризме, направляясь в соседние Казахстан и Кыргызстан, другие МСМ при возникновении проблем занимаются самолечением или не лечатся вообще. В случае ВИЧ-инфекции МСМ обращаются за лечением в центры СПИДа зачастую лишь тогда, когда у них появляются симптомы. Неправительственных организаций МСМ в стране нет, со СПИД-сервисными НПО они контактируют неохотно.

Тема гомосексуальности закрыта и практически не обсуждается и в Туркменистане. О сотрудничестве структур здравоохранения и МСМ речи не идет. Полиция активно выявляет МСМ, задерживает их и привлекает к ответственности. Так, в российской прессе сообщалось о рейде по задержанию представителей МСМ в г. Туркменабад, где по обвинению в мужеложстве в изолятор было водворено около 30 мужчин⁹⁰.

 *Артур, 30 лет, происходит из сельской местности, откуда мигрировал в Ашхабад. Работает и проживает в столице, где арендует жилье и зарегистрирован. Имеет половых партнеров, с которыми встречается на условиях строгой конфиденциальности. Чтобы не вызывать подозрений, делит арендованное жилье с женщиной с алкогольной зависимостью, которая периодически занимается секс-работой; ни сексуальных, ни семейных отношений с ней не имеет. Образование разнополой пары служит «прикрытием» для них обоих. Утверждает, что, стоит полиции узнать о его сексуальной ориентации, как он подвергнется преследованиям, в чем неоднократно убеждался на примере*


⁹⁰ 30 https://lenta.ru/news/2021/09/28/turk_lgbt/

знакомых ему МСМ. Один из его друзей по этой причине покончил жизнь самоубийством.

Со слов Артура, информация о безопасном сексе МСМ практически недоступна, презервативы с утолщенными стенками и лубриканты в продаже обычно отсутствуют. Даже спрашивать их в аптеках рискованно, поскольку и работники аптек, и посетители могут догадаться о сексуальной ориентации интересующегося, подвергнуть его унижениям, а то и заявить о нем в полицию. Периодически он практикует анальный секс без презерватива. У него были выделения из уретры, в связи с которыми получал медицинскую помощь у знакомого медработника, самого принадлежащего к МСМ.

Считает, что МСМ, в особенности при возникновении поражений прямой кишки, у которых нет знакомых медработников, за медицинской помощью в Туркменистане не обратятся. В поисках способов ее получения они, если позволят средства, прибегнут к медицинскому туризму в другие страны. Артуру известно, что некоторые МСМ в стране живут с ВИЧ и стремятся эмигрировать, чтобы получать антиретровирусное лечение. Отмечает, что служба СПИД с МСМ не сотрудничает. Экспресс-тестов для самотестирования на ВИЧ или тестирования на уровне сообщества в стране нет. Доступно бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ, однако проходить его за отсутствием доступа к АРВ лечению бессмысленно, да и градус недоверия к медицинским структурам достаточно высок.

Другой пример мигранта МСМ из Казахстана.

 Бекзат, 28 лет, житель города Уральск, областного центра Западно-Казахстанской области, до недавнего времени частный предприниматель. Женат, МСМ, ранее скрывавший свою сексуальную ориентацию. Узнал, что живет с ВИЧ. Он решил изменить свою жизнь и познакомился по интернету с мужчиной по имени Арман. После нескольких личных встреч мужчины решили образовать пару. Бекзат раскрыл свою сексуальную ориентацию и ВИЧ-статус родным. Однако его родители, люди консервативных взглядов, не приняли гомосексуальность сына, в то время как Бекзат оставался от них психологически не отделенным. Под давлением родителей и близких родственников мужчина отказался от собственности в их пользу, подвергался с их стороны моральному и физическому насилию с нанесением телесных повреждений и удержанием в квартире против его воли. Родители требовали, чтобы Бекзат вернулся к жене, чтобы они с супругой провели процедуру экстракорпорального оплодотворения, включающего очистку спермы от ВИЧ, родили ребенка и жили, «как все». Бекзат обращался в полицию. Однако правоохранительные органы в отношении злоумышленников никаких действий не предприняли, оставаясь на их стороне. В конце концов, Бекзат сбежал. Опасаясь быть найденным родственниками, Бекзат вместе с Арманом стал переезжать с места на место по городам Казахстана (Актау, Аксай, Нур-Султан, Алматы) и России и жить в съемном жилье на накопления и средства, которые удавалось заработать без заключения трудовых договоров. Ни регистрации по месту проживания в миграции, ни ОСМС Бекзат не имеет, поскольку формально нигде не работает и на учете в центре занятости не состоит. Центры по профилактике и борьбе со СПИДом в регионах проживания в миграции на территории Казахстана и тем более России услуг Бекзату не предоставляют. Для получения АРВ препаратов и прохождения осмотра и лабораторных анализов он должен всякий раз ездить иногда за сотни километров от мест пребывания в миграции, в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом в город Уральск, опасаясь быть найденным родственниками и вновь подвергнуться насилию.

Имея низкий доступ к услугам по СРЗ и ВИЧ-сервису, некоторые международные мигранты из Центральной Азии из числа МСМ приезжают в крупные города России, прежде всего в Москву и Санкт-Петербург, группами для секс-работы. По свидетельству опрошенного эксперта, «в начале пребывания в стране такая группа снимает квартиру, где может проживать по 15 человек и более в течение 2–4 месяцев, до тех пор, пока у людей не появятся деньги и возможность снимать отдельное жилье. В одной из таких групп НПО провела экспресс-тестирование на ВИЧ: из 12 человек у четырех тест на ВИЧ был положительным. Мигранты не подозревали о своем ВИЧ-положительном статусе».

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Зачастую в местах миграции ЛУИН не прописаны, а меры наказания, которым они подвергаются, заставляют их скрываться. Многие ЛУИН отбывали наказания за торговлю или обладание наркотиками.



Шохрат (имя изменено), 46 лет, переехал в г. Ашхабад из небольшого городка в 200 км от столицы, где имеет постоянную прописку. В течение 24 лет находился в местах лишения свободы, освобожден три года назад.

Признает, что употреблял героин инъекционным путем. Утверждает, что в настоящее время наркотики не вводит. Вопросы поиска, стоимости и употребления наркотиков обсуждать отказывается. По его словам, работает. Проживает в частном доме у сожительницы по имени Марал (имя изменено), 39 лет, у которой имеется четверо детей. На занимаемой жилплощади не зарегистрирован. Верность сожительнице Шохрат не хранит, у него периодически бывают половые связи и с другими женщинами. Презерватив не использует, считает, что они дороги и что он вступает в связь только с «чистыми» женщинами, от которых заразиться нельзя, а забота о том, чтобы не забеременеть, – их дело. Рождения детей Шохрат и Марал не планируют, но ни современных, ни традиционных методов контрацепции не используют. У Шохрата в период пребывания в заключении брали кровь для анализа на ВИЧ-инфекцию, но результатов он не знает. На ИППП не обследовался. Не считает ни контрацепцию, ни защиту от передачи ВИЧ и возбудителей других ИППП вопросами, заслуживающими повышенного внимания. В его кругу вопросы ВИЧ-инфекции и СРЗ не обсуждаются, и по его мнению, для ЛУИН, которые «все равно рано умирают от передозировок уличными наркотиками», эти вопросы не актуальны.

В Кыргызстане, Таджикистане, Узбекистане, Казахстане, некоторых городах России, в частности в Москве и Санкт-Петербурге, для ключевых групп населения открыты низкопороговые пункты профилактики передачи ВИЧ среди ЛУИН, где работает средний медицинский персонал, психологи и социальные работники – равные консультанты. Пункты предоставляют информацию о предупреждении передачи ВИЧ, направляют на анонимное тестирование на антитела к ВИЧ с помощью ИФА или используют экспресс-

тесты, оказывают психологическую поддержку, дают персонифицированные консультации, при необходимости сопровождают обратившихся пациентов. Эти пункты открыты для мигрантов.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), способствующая социализации ЛУИН, их обращению за медицинской помощью и приверженности лечению, в том числе АРВ терапии при ВИЧ-инфекции, в Туркменистане, Узбекистане и России недоступна. В Кыргызстане она широко применяется, причем ЛУИН имеют возможность приписываться к клинике выдачи метадона по месту жительства в миграции. В Таджикистане внутренние мигранты из числа ЛУИН при временном перемещении в другую местность также имеют возможность получать метадон в месте своего временного проживания или в ближайшем районе, с учетом того, что в стране существует 15 сайтов по предоставлению метадона. В Казахстане ОЗТ для внутренних мигрантов из числа ЛУИН недоступна. ОЗТ в этой стране фактически недоступна и для других ЛУИН; ею охвачено всего несколько сотен человек, наблюдаются перебои с поставками метадона, который не одобрен в качестве лекарственного средства и не включен в национальный формуляр. В Турции закон позволяет туристам завозить до 15 дневных доз метадона для личного употребления при условии, что они имеют при себе соответствующую медицинскую документацию. Доступ к ОЗТ имеют только мигранты с урегулированным статусом.

Отсутствие ОЗТ существенно снижает доступ ЛУИН к любым услугам по охране здоровья, в том числе СРЗ и ВИЧ-сервису. На первый план выдвигается необходимость предупреждения или преодоления абстинентного синдрома.

3.2.14 Воздействие пандемии COVID-19 на доступ мигрантов к услугам по охране СРЗ и ВИЧ-сервису

Кризис, вызванный COVID-19, привел к серьезным сбоям в доступе мигрантов к услугам по охране СРЗ и ВИЧ-сервису во всех странах Центральной Азии. Услуги дородового ухода, планирования семьи, лечения ИППП стали еще менее доступными для внутренних мигрантов в этих странах, а равно международных мигрантов, потерявших заработки.

По мнению экспертов, вопросы охраны СРЗ для мигрантов отодвинулись на задний план. В приоритете заработки и решение проблем отправки денег оставшимся без поддержки семьям в условиях ограничений на передвижение как части противоэпидемических мероприятий. Карантинные меры приводили к закрытию медицинских организаций, предоставляющих услуги по охране СРЗ и родовспоможению. Закрытие границ не давало возможности мигрантам с ВИЧ, нуждавшимся в лечении, возвращаться из России на родину и получать там АРВ терапию. Во всех странах эксперты оценили, что доступ внутренних и международных мигрантов к дородовому уходу, контрацепции, презервативам и лубрикантам, безопасному прерыванию нежелательной беременности, лечению ИППП, АРВ терапии, ДКП и ПКП ВИЧ-инфекции снизился от умеренной до сильной степени.

В начале пандемии в Казахстане беременных женщин обязывали, начиная с 37-й недели беременности, каждые пять дней сдавать анализ на наличие нового коронавируса SARS-CoV-2 методом ПЦР вплоть до родов. Если беременная женщина имела регистрацию и была поставлена на учет, то анализы были бесплатными, для большинства мигрантов они были платными. В ряде городов России всех беременных женщин также обязывали сдавать ПЦР тест на наличие SARS-CoV-2.

Решением саммита Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (Global Alliance on Vaccines and Immunization-GAVI) приняты предварительные рыночные обязательства (Advanced Market Commitments-AMC) в рамках Глобальной инициативы по доступу к вакцинам против COVID-19 (COVID-19 Vaccines Global Access - COVAX). Определены 92 страны мира с низким и ниже среднего доходом для обеспечения вакцинами против COVID-19. В группу этих стран вошли Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. В указанных странах доступна иммунизация всех внутренних мигрантов, которым достаточно предъявить паспорт. По свидетельству экспертов, в этих странах отсутствует разница в доступе к вакцинации мигрантов и остального населения.

Туркменистан отрицает наличие подтвержденных случаев COVID-19 среди его населения. Однако в стране проводятся широкомасштабные профилактические мероприятия против распространения пандемии, включая обязательную массовую вакцинацию. Подтверждения прописки или регистрации по месту пребывания для прохождения вакцинации не требуется.

В России и Казахстане бесплатно вакцинируют международных мигрантов с урегулированным статусом (в Казахстане –находящихся в стране свыше трех месяцев). На мигрантов с неурегулированным статусом бесплатная вакцинация не распространяется. В России мигранты с неурегулированным статусом могут вакцинироваться платно лишь однокомпонентной вакциной «Спутник-лайт», которая на настоящий момент не переqualificирована ВОЗ.

Женщины из числа внутренних мигрантов, в том числе беременные женщины, могут вакцинироваться по месту пребывания на общих основаниях.

Необходимо отметить, что пандемия COVID-19 нанесла ущерб деятельности организаций гражданского общества, реализующих программы профилактики ВИЧ и борьбы с ним, особенно НПО, обслуживающих ключевые группы населения с высокой долей труднодоступных мигрантов среди них. Из-за ограничений, связанных с карантином, значительно уменьшилось количество тестов на ВИЧ на уровне общин; сократились возможности сопровождать бенефициаров в учреждения здравоохранения и социальной поддержки и правоохранительные органы; многие центры приема пациентов закрылись; финансирование соответствующих организаций гражданского общества снизилось. НПО, главным направлением

которых является проведение информационно-пропагандистских мероприятий, работают в основном онлайн⁹¹.

Одним из последствий пандемии COVID-19 для СРЗ является возросший уровень гендерного насилия во всех странах. Респонденты сообщали об увеличении числа случаев насилия в отношении женщин в семьях мигрантов, спровоцированных безработицей и ростом злоупотребления алкоголем со стороны мужчин, потерявших заработок и вернувшихся из миграции или продолжающих находиться в миграции вместе с женами или сожительницами. Безработные женщины-мигранты стали более зависимыми от мужей в экономическом отношении.

Эксперты также считают, что одним из последствий COVID-19 является рост числа случаев похищения невест в Туркменистане, Узбекистане и Кыргызстане, поскольку мужчины-мигранты не могут заработать деньги, чтобы заплатить калым (то есть выкуп, который жених традиционно платит родителям или родственникам невесты). Вопросы похищения невесты обычно разрешаются между родственниками, хотя похищение людей во всех юрисдикциях Центральной Азии является уголовным преступлением. Эксперты также считают, что возросло число неофициальных браков молодых женщин с обеспеченными мужчинами. Молодые женщины становятся вторыми и последующими женами, не приобретая юридических прав супруги, но помогая выживать семьям, потерявшим источники дохода от трудовой миграции.

Несколько экспертов также рассказали истории о росте сексуальных домогательств в отношении женщин-мигрантов. Угроза потери рабочих мест из-за снижения оборотов или закрытия продовольственных рынков, рынков потребительских товаров, небольших магазинов, кафе, саун, автомоек, гостиниц и других мест, где работают женщины-мигранты, а также излишек рабочей силы мигрантов на рынке труда заставляет женщин-мигрантов терпеть домогательства со стороны владельцев и менеджеров бизнеса. Некоторых женщин-мигрантов заставляют воспринимать сохранение у них работы во время кризиса как награду за сексуальные услуги со стороны менеджеров и собственников бизнеса.

3.3 Основные барьеры для обеспечения доступа мигрантов к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису

Мигранты в странах Центральной Азии и прибывающие оттуда в Россию, Турцию и Казахстан сталкиваются с рядом препятствий к доступу к качественным услугам в области СРЗ и ВИЧ и надлежащему медицинскому обслуживанию. Среди них такие барьеры, как бедность, недостаточное финансирование здравоохранения, несоответствующие системы здравоохранения, их устаревшие физические структуры, неэффективная политика снабжения лекарствами и товарами медицинского назначения,

⁹¹ <https://afew.org/wp-content/uploads/2020/10/COVID-impact-survey-report-AFEW-International-3.pdf>

неправильно обученный медицинский персонал, неадекватное поведение населения, стремящегося к здоровью, и другие. Однако все это в равной степени касается населения в целом. В этом разделе основное внимание уделяется конкретным барьерам, из-за которых мигрантов обслуживают недостаточно по сравнению с местным населением.

3.3.1 Анализ прав международных мигрантов на доступ к бесплатным услугам в области СРЗ и ВИЧ и товарам для охраны репродуктивного здоровья в трех рассмотренных странах назначения

Все страны, охваченные обзором, привержены достижению ВОУЗ в рамках ЦУР-3. ВОЗ определяет ВОУЗ как состояние, в котором все люди имеют доступ к медицинским услугам, в которых они нуждаются, когда и где они в них нуждаются, без финансовых трудностей. Он включает в себя полный спектр основных медицинских услуг, от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи⁹². По определению, всеобщий доступ к услугам по СРЗ должен быть важнейшим компонентом всеобщего охвата здравоохранением. Право женщин и мужчин свободно и ответственно решать вопрос о количестве и интервалах между рождением своих детей, как это предусмотрено в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин⁹³, не может быть реализовано без доступа к СРЗ.

Однако в настоящее время большинство международных мигрантов из стран Центральной Азии, особенно нелегальных мигрантов, не получают необходимых им услуг. В России, Турции и Казахстане основными источниками финансирования системы здравоохранения являются налоги (государственный бюджет) и взносы на обязательное медицинское страхование, в то время как большинство международных мигрантов не имеют права участвовать в системе обязательного медицинского страхования. Их право на бесплатное медицинское обслуживание практически ограничено неотложной медицинской помощью и лечением некоторых острых инфекционных заболеваний, которые, однако, не включают ВИЧ и другие ИППП. В системе социального медицинского страхования, налоговых поступлений или социальной помощи отсутствуют механизмы возмещения затрат на услуги по СРЗ для мигрантов и членов их семей. Международным мигрантам приходится приобретать услуги по СРЗ из собственных средств или покупать добровольную медицинскую страховку для покрытия услуг по СРЗ, что для подавляющего большинства из них недоступно. Многие трудящиеся-мигранты оказываются в нищете из-за расходов на здравоохранение из собственных средств, и этот рост стал поразительно высоким в эпоху пандемии COVID-19. Доступ к услугам по СРЗ зависит от платежеспособности клиентов-мигрантов.

⁹² https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

⁹³ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml

3.3.2 Увязка доступа внутренних мигрантов к услугам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису с регистрацией по месту миграции

Доступ к услугам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису внутренних мигрантов во всех странах Центральной Азии привязан к миграционному законодательству, в то время как право на обеспечение наивысших возможных стандартов охраны здоровья для достижения ЦУР должно быть эгалитарным. Требования регистрации по месту миграции исключают большое число внутренних мигрантов из числа получателей услуг по охране СПЗ и ВИЧ-сервису. Эксперты сочли требование регистрации одним из основных препятствий, с которым сталкиваются внутренние мигранты в Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.

Согласно действующему законодательству всех указанных стран, каждый человек, проживающий в определенном населенном пункте, должен иметь в нем юридический адрес. Регистрация внутренних мигрантов в государственных органах миграции населения производится либо в случае, если внутренний мигрант снимет жилое помещение или его часть (включая хостел, меблированную комнату) в аренду, заключив официальный договор, либо если зарегистрированный в месте миграции собственник жилого помещения заявит о регистрации мигранта на определенный срок на своей жилплощади, где мигрант может поселиться фактически или даже только формально, в реальности проживая в другом месте. Но и в последнем случае мигрант получает право проживать в помещении, принадлежащим собственнику, в течение указанного им при регистрации периода времени.

Экспертные интервью показали, что по ряду причин большинство внутренних мигрантов не имеет возможности зарегистрироваться.

- В некоторых странах регистрация носит не уведомительный, а разрешительный характер; процесс регистрации представляет собой длительную и сложную бюрократическую процедуру, в результате которой миграционные органы могут отказать внутреннему мигранту в регистрации и выдворить его из места пребывания в миграции, например, из столичного города, по месту постоянной прописки.

- Решения о регистрации внутренних мигрантов по месту пребывания в миграции в таких странах могут быть по разным соображениям отменены властями; полиция легко находит зарегистрированного мигранта и заставляет его (или ее) вернуться на место постоянной прописки.

- В ряде случаев внутренние мигранты селятся в нежилых помещениях (например, в строительных вагончиках, подсобных помещениях по месту работы, полуподвальных помещениях, в домиках на садовых участках и т. д.), где регистрация невозможна в соответствии с законодательством.

- Мигранты живут в перенаселенных жилых помещениях (но при этом доступных им по цене), чего не допускают санитарные правила (соотношение площади жилого помещения и числа проживающих в нем людей должно выдерживаться); как мигранты, так и собственники перенаселенных помещений заинтересованы в сокрытии таких фактов от властей.

- Собственники, сдающие мигрантам жилые помещения по официальным договорам, назначают более высокую цену аренды для покрытия своих рисков, потому что, во-первых, регистрация дает право мигранту занимать помещение законно, и это затрудняет его выселение в случае неуплаты стоимости аренды и коммунальных платежей; во-вторых, поскольку в официальном договоре раскрывается стоимость аренды, собственник обязан уплачивать налог со своего дохода.

В Туркменистане и Узбекистане, где осуществляется бюджетная система финансирования медицинских услуг, именно регистрация по месту нахождения в миграции является условием прикрепления мигранта к территориальной организации первичной медико-санитарной помощи и предоставления медицинских услуг. Аналогичный порядок действует и в Таджикистане, где значительная часть услуг по СПЗ и ВИЧ-сервису покрывается за счет средств донорских организацией, а также в Кыргызстане, где наряду с указанными механизмами функционирует система ОМС. Кроме того, международные спонсоры, в частности ГФБСТМ, вносят значительный вклад в программу профилактики, диагностики и лечения ВИЧ. Поддерживаемая правительством программа по охране материнства, которая включает дородовую и перинатальную помощь, а также программу профилактики, диагностики и лечения ВИЧ, которая в основном финансируется международными донорами, доступна всем гражданам Кыргызстана в любом населенном пункте, независимо от регистрации. Другие программы СПЗ, такие как планирование семьи и лечение ИППП, доступны бесплатно только для обладателей ОМС и только в медицинских организациях, в которых они зарегистрированы. Обязательным условием для зачисления в медицинскую организацию является наличие регистрации в той области, которую эта медицинская организация охватывает.

В России регистрация по месту миграции является условием прикрепления международных мигрантов из стран ЕАЭС, покрывающихся ОМС, к территориальной поликлинике по месту миграции и предоставления медицинской помощи, в том числе услуг по охране СПЗ. В Казахстане регистрация по месту проживания в миграции является одним из необходимых условий для мигрантов, постоянно проживающих в Казахстане, чтобы получить доступ к услугам по охране здоровья наравне с гражданами Казахстана.

3.3.3 Финансирование и установленные правила расходования государственного бюджета, выделяемого на закуп средств для услуг по СПЗ и ВИЧ, их соответствие потребностям мигрантов

Бюджетная дисциплина регулирует расходование бюджетных ресурсов, что является обязательным для всех организаций, получающих их. Во всех рассмотренных странах, отправляющих мигрантов, а также в России и Казахстане, средства государственного бюджета, выделяемые на здравоохранение, могут расходоваться только на конкретные цели при строгом соблюдении установленных правил и положений, касающихся закупок и распределения товаров и продуктов медицинского назначения.

Ограниченность выделяемых государственных средств на здравоохранение делает закупку и распространение ряда товаров для репродуктивного здоровья государственными организациями здравоохранения недостаточной. А для удовлетворения потребностей анонимных потребителей она недоступна и неприемлема.

Внутренние мигранты, которые не прикреплены к медицинским организациям по месту миграции, а также нелегальные внешние мигранты в двух вышеупомянутых странах, принимающих мигрантов, которые составляют значительную часть их нынешнего населения, имеют ограниченные возможности для получения товаров для репродуктивного здоровья, включая презервативы, смазочные материалы, контрацептивы и лекарства, в том числе АРВ препараты для ПКП и ДКП, за счет государственного бюджета. В Кыргызстане и Таджикистане, которые получают значительную донорскую поддержку от ГФБСТМ, проблема снабжения мигрантов товарами для репродуктивного здоровья каким-то образом решена, поскольку соответствующие правила, установленные донорами, являются довольно гибкими. Правительства России и Казахстана выделяют некоторые ресурсы только для закупки определенного количества презервативов для анонимного распространения среди ключевых групп населения. Однако в целом проблему бесплатного снабжения нелегальных мигрантов товарами и продуктами для репродуктивного здоровья решить по-прежнему невозможно.

Правительства Казахстана и России, а также Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана утверждают списки лекарств, которые могут быть закуплены и распространены среди определенных групп населения за счет государственного бюджета. Однако в любом случае эти продукты доступны только людям, приписанным к медицинским организациям, для чего требуется регистрация в населенном пункте. Как правило, в списках нет ни противомикробных препаратов для лечения ИППП, ни ряда противозачаточных средств. Даже те люди, которые направлены в медицинские учреждения, должны оплатить их полную стоимость. В Турции государственная медицинская страховка покрывает 99% населения по его обычному месту жительства. Однако речь идет не о фактическом населении, в которое входят нелегальные внешние мигранты. Государственное медицинское страхование распространяется только на иностранцев, имеющих официальный вид на жительство⁹⁴. Лекарства в Турции не являются полностью бесплатными, и импортные лекарства не могут покрываться учреждением социального обеспечения. В таких случаях жители должны заплатить 20% от общей стоимости лекарства в качестве взноса.

⁹⁴ http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/en/detail/universal_health_ins

3.3.4 Ксенофобия, стигма и дискриминация мигрантов, в том числе ключевых групп населения

Серьезным барьером к доступу мигрантов к услугам по СРЗ в странах, принимающих мигрантов, является ксенофобия. По словам экспертов, мигранты из Центральной Азии нередко ощущают уничижительное и оскорбительное отношение из-за их отличающегося внешнего вида, манер общения, недостаточного понимания официального языка, акцента, рода занятий (мигранты из Узбекистана, Таджикистана, Кыргызстана в основном являются гастарбайтерами и занимают «непрестижные» ниши на рынке труда), в том числе в медицинских организациях и аптеках.

Многие мигранты в принимающих странах чувствуют себя бесправными, в особенности мигранты с неурегулированным статусом, которые опасаются отстаивать свои интересы, в том числе в области охраны здоровья, во избежание санкций в виде задержания и депортации. Трудовые мигранты из Центральной Азии значительно более часто сообщают о случаях дискриминации, чем мигранты из Восточной Европы, и имеют более высокий уровень депрессии, которая измерялась по шкале самооценки⁹⁵.

Согласно данным опроса 2020 года, который включал личные интервью с 1601 человеком в возрасте 18 лет и старше в 137 муниципальных образованиях в 50 регионах Российской Федерации, 59% респондентов заявили, что они вообще не пустят или пустят только временно узбеков и таджиков в Россию. Только 37% примут узбеков и таджиков в качестве родственников, близких друзей, соседей, коллег по работе или жителей России⁹⁶.

В российских масс-медиа регулярно появляются публикации о захлестнувшей страну так называемой этнической преступности против личности, которую связывают с мигрантами из Центральной Азии. Строятся идеологии, призванные объяснить опасность, которую якобы представляют мигранты из Центральной Азии, теории, направленные на оправдание враждебного отношения к ним некоторой части общества. С трибуны Государственной думы, нижней палаты законодательного органа России, звучат даже требования некоторых политических партий принять отдельный жесткий Уголовный кодекс для международных мигрантов⁹⁷, ставя их в неравное положение перед законами страны по сравнению с российскими гражданами. Экономический кризис, вызванный пандемией COVID-19, и резкий рост безработицы обострили настороженное отношение россиян к мигрантам. В основе такого отношения стойкий миф о том, что мигранты вытесняют с рынка труда население России.

⁹⁵ Амирханян Ю.А., Кузнецова А.В., Келли Дж.А. и др. Трудовые мигранты мужского пола в России: Уровни поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, контекстуальные факторы и потребности в профилактике //J Immigrant Minority Health, 2011, Том 13, стр. 919-928 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476384>

⁹⁶ <https://www.levada.ru/en/2020/09/30/xenophobia>

⁹⁷ <https://regnum.ru/news/society/3228340.html>

Внутренние мигранты, переехавшие из сельской местности в крупные города, также подвергаются социальной стигматизации из-за культурных различий и более низкого положения мигрантов в социальной иерархии. Мигрантов часто обзывают, подвергают дискриминации и обращаются с ними с явным неуважением в медицинских учреждениях. Все это негативно сказывается на доступе мигрантов к медицинскому обслуживанию.

Двойную дискриминацию испытывают на себе ключевые группы населения из числа внутренних мигрантов. Они также могут столкнуться с враждебностью со стороны медицинских работников, которые не ценят разнообразие людей. Многие работники здравоохранения клеймят представителей ключевых групп населения, относятся к ним с презрением, делают унижительные заявления, унижающие человеческое достоинство МСМ, секс-работников, ЛУИН, делают замечания пациентам, которые не имеют отношения к их мотивации обращения за медицинской помощью.

Характерным примером поделилась секс-работница, приехавшая из сельской местности в г. Душанбе, Таджикистан: *«У меня появились боли внизу живота, и я обратилась в медицинскую клинику. Врач-гинеколог, признав во мне приезжую, недовольно проворчала, мол, зачем это все едут в Душанбе. Но осмотрела меня на гинекологическом кресле, взяла мазки и в ходе осмотра поинтересовалась, с кем у меня были половые контакты. Я призналась, что занимаюсь секс-работой. В ответ доктор больно ударила меня по бедру, обозвала, прокляла, перейдя на «ты», грубым тоном велела одеваться, швырнула направление на сдачу крови и велела вернуться послезавтра за результатами анализа и рецептом на лекарства, пообещав, что сообщит обо мне куда следует. Пожалуйтесь ее начальству – меня же во всем и обвинят. А ответишь – врач разъярится, вызовет полицию, наговорит с три короба, меня же и накажут. Ничего с этим сделать нельзя. Жаловаться бесполезно. Я просто ушла и больше не приходила. В полицию сообщать о том, что занимаешься секс-работой и живешь в Душанбе без регистрации, не пойдешь: и за то, и за другое могут наказать».* То, что приехавшие из Центральной Азии ЛПС, если и обращаются за услугами по СРЗ, то идут только к врачу, которому они доверяют, подтвердила и эксперт из России. Многие ЛПС убеждены в том, что медицинские работники сотрудничают с полицией, поскольку в полицейских рейдах участвуют медики, в том числе забирая кровь для анализов на ВИЧ и сифилис. Дискриминации делает услуги по охране СРЗ неприемлемыми для многих ЛПС.

Гомофобия существенно снижает доступ МСМ к услугам по охране здоровья⁹⁸. Как уже указывалось выше, стигматизация и дискриминация МСМ лишает их возможности получать услуги по охране СРЗ и ВИЧ-сервису. В Туркменистане и Узбекистане сообщение о сексуальных контактах МСМ при ИППП и ВИЧ-инфекции равносильно признанию в совершении преступления, подлежащего уголовному наказанию, связанному с лишением свободы. Мигранты из числа МСМ уже в силу отсутствия социальных связей в местах

⁹⁸ Аленкар Альбукерке, Г., де Лима Гарсия, С., да Силва Квирино, Г. и др. Доступ к медицинским услугам лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров: систематический обзор литературы. ВМС Int Права на здоровье, 2016, 16, 2. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072->

миграции оказываются в еще более уязвимом положении. Барьером к доступу МСМ к услугам и средствам по охране СПЗ и ВИЧ-сервису является игнорирование их нужд в информации и обучении менее опасным практикам с учетом субкультуры, распространенной среди геев.

ЛУИН остаются группой населения с наиболее высокой распространенностью ВИЧ-инфекции в странах Центральной Азии. Игнорирование факта недостаточной эффективности существующих методов лечения, основанных на отказе от приема наркотиков, не предоставление в этих условиях альтернативы в виде ОЗТ и применение карательных мер за приобретение наркотиков в нелегальном обороте является серьезным препятствием на пути обеспечения услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции⁹⁹. Приоритетом наркозависимых людей является предупреждение и борьба с абстинентным синдромом, а не СПЗ. Мигранты из числа ЛУИН, имеющие на родине доступ к ОЗТ, теряют его в России и Казахстане.

Эксперты ООН в области прав человека считают неприемлемыми санкции в отношении наркозависимых людей, которые оказались вне эффективных методов помощи в преодолении наркозависимости; взрослых людей гомосексуальной ориентации, при том что такая ориентация может не быть делом их свободного выбора; людей, предоставляющих секс-услуги взрослым людям¹⁰⁰. Сравнительный анализ эффективности мер реагирования на эпидемию ВИЧ-инфекции показывает, что санкции против ключевых групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ приводят к нарастанию эпидемии¹⁰¹. Решению вопросов обеспечения адекватного доступа мигрантов к охране СПЗ и ВИЧ-сервису могло бы способствовать принятие и практическая реализация специальных законов и нормативно-правовых актов, защищающих мигрантов от ксенофобии и всех видов дискриминации при отмене санкций против ключевых групп населения и обеспечении полного учета их прав и интересов.

3.3.5 Депортация людей, живущих с ВИЧ

Мигранты с ВИЧ по законодательству подлежат депортации из Российской Федерации, даже если они инфицировались на территории страны, и независимо от того, сколько времени они работали и платили прямые и косвенные налоги наравне с гражданами России. В реальности при выявлении ВИЧ-инфекции многие мигранты не выезжают из страны, а

⁹⁹ Дерябина А.П., Вафаа М. Эль-Садр. Оптимизация результатов профилактики и лечения ВИЧ для лиц, употребляющих психоактивные вещества, в Центральной Азии: что для этого потребуется? // Текущее мнение по ВИЧ и СПИДу, 2019,14(5) С. 374-380 https://journals.lww.com/co-hivandaids/Fulltext/2019/09000/Optimizing_HIV_prevention_and_treatment_outcomes.6.aspx

¹⁰⁰ Совместное заявление экспертов ООН по правам человека по случаю Совещания высокого уровня по искоренению СПИДа к 2030 году.

<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20053&LangID=E>

¹⁰¹ Кавана М.М., Шадрок С.А., Марисса Дж. и др. Закон, криминализация и ВИЧ в мире: добились ли страны, которые криминализуют, более или менее успешных ответных мер на пандемию? //BMJ Global Health, 2021, Том 6, выпуск 8, стр. 8 <https://gh.bmj.com/content/6/8/e006315>

начинают работать нелегально, проживая без регистрации и скрываясь от правоохранительных органов. По свидетельству экспертов, депортация на практике малоприменима, поскольку требует финансовых расходов и поиска мигранта. Однако мигранты с ВИЧ вносятся в списки лиц, которым запрещен въезд в Российскую Федерацию. Если мигрант с ВИЧ, статус которого известен властям, покинет Россию, то он не сможет въехать в страну вновь. Стоя перед дилеммой: лишиться заработка в России, часто являющегося единственным средством существования семьи, и возможностью получать АРВ терапию у себя на родине, значительная часть мигрантов делает выбор в пользу заработка и остается без доступа к лечению ВИЧ-инфекции. Равным образом такие мигранты избегают обращаться в службы по охране СПЗ, опасаясь тестирования на ВИЧ по инициативе провайдеров услуг, поскольку такое тестирование может повысить вероятность их депортации.

Из-за боязни поражения в правах многие мигранты, которые по определению уязвимы в отношении инфицирования ВИЧ, отказываются от тестирования. Дозорный эпидемиологический надзор, проведенный в Таджикистане, показал, что в период пребывания во внешней миграции избежали тестирования на ВИЧ 41% мигрантов¹⁰². Пример типичного случая, когда ВИЧ-позитивный статус, выявленный в России, обернулся фактическим запретом на профессию в Кыргызстане, привел опрошенный эксперт из этой страны.



Эрик (имя изменено), 59 лет, житель города Бишкека (Кыргызстан), ранее работал в качестве трудового мигранта в России. С целью оформления разрешения на временное проживание сдал тест на ВИЧ, который оказался положительным. Власти потребовали, чтобы он покинул территорию страны. Вернувшись в Кыргызстан, Эрик обратился в Центр СПИД, диагноз был подтвержден, ему была назначена АРВ терапия. Мужчина взял кредит в банке, приобрел подержанный большегрузный автомобиль и стал заниматься грузоперевозками. Вскоре Эрику довелось доставлять дорогостоящий груз в город Астрахань (Россия). На своем автомобиле он пересек границу с Казахстаном и, проехав по его территории свыше 2,5 тысячи километров, добрался до границы с Российской Федерацией. Однако дальше его не пропустили пограничники. Эрик попал в базу данных иностранных граждан, которым запрещен въезд в Россию. Варианта возвратиться с грузом назад в Кыргызстан за тысячи километров и выплатить неустойку грузоотправителю за неоказанную услугу у Эрика не было. Ему пришлось уехать в ближайший к городу Астрахань город Атырау в Казахстане, там остановиться, срочно вызвать на помощь знакомого водителя, чтобы тот добрался из города Бишкека до города Алматы и прилетел ближайшим рейсом. Пришлось объяснить коллеге ситуацию, раскрыть свой ВИЧ-статус, передоверить свой автомобиль и груз и ожидать возвращения машины из России. Эрик потерял предложения относительно высокооплачиваемой работы (поездки в Россию стали для него невозможны) и стал выполнять недорогие грузоперевозки на небольшие расстояния. Ему понадобилось три года, чтобы преодолеть запрет на въезд в Россию в результате трех судебных слушаний и ценой высоких судебных издержек.

¹⁰² Служебные данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан.

Власти России выдают разрешения на работу, в том числе патенты на право трудовой деятельности (покупать которые обязаны трудовые мигранты, происходящие из стран, не состоящих в ЕАЭС), и разрешения на проживание в России только тем мигрантам, которые могут доказать свой отрицательный ВИЧ-статус. Поэтому часть мигрантов с ВИЧ из стран Центральной Азии въезжает в страну на срок до трех месяцев. Они, не указывая трудовую деятельность как цель миграции, работают вахтовым методом на положении мигрантов с неурегулированным статусом.

Аналитический обзор, сделанный ведущими российскими специалистами, показал, что депортация мигрантов с ВИЧ не имеет отношения к противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции¹⁰³. Ее отмена сделала бы тестирование на ВИЧ для мигрантов приемлемым, а значит, способствовала бы их мотивации знать свой ВИЧ-статус и не опасаться обращаться в службы по охране СПЗ.

3.3.6 Ограниченность источников информации

Все эксперты из стран Центральной Азии, Казахстана и России отмечали низкий уровень знаний внутренних и международных мигрантов о СПЗ и ВИЧ-инфекции (в Таджикистане, единственной стране региона, где этот уровень был измерен, лишь 28% мигрантов знали пути передачи ВИЧ¹⁰⁴). Это во многом связано с отсутствием необходимой информации на национальном языке, недостаточным знанием мигрантами русского языка, а также направленным блокированием информации, необходимой для ключевых групп населения с высоким риском экспозиции и инфицирования ВИЧ.

Очень мало источников информации о правах мигрантов на получение медицинской помощи, касающейся расстройств СПЗ и ВИЧ-инфекции, в местах миграции и местах приобретения заболевания, в том числе в случаях насилия, связанного с гендером. В некоторых странах, например, в Таджикистане, для мигрантов созданы мобильные приложения. Но они касаются только общих правовых вопросов пребывания в миграции и игнорируют рассмотрение правовых норм, регулирующих отношения между клиентом-мигрантом и поставщиками услуг по охране СПЗ и ВИЧ-сервису. Между тем такие приложения наряду с другими ресурсами на национальных языках могли бы помочь обучению и информированию мигрантов.

3.3.7 Недостаточное вовлечение сообществ мигрантов и неправительственных организаций

В условиях ограниченного доверия мигрантов, включая мигрантов из числа МСМ, ЛПС, ЛУИН, к службам по охране репродуктивного здоровья и ВИЧ-сервису эксперты называли НПО, в том числе организации ключевых

¹⁰³ Покровская А.В., Юмагузин В.В. Киреев Д.Е. и др. Влияние миграционных процессов на ситуацию по ВИЧ-инфекции (аналитический обзор)// Вестник Российской Академии медицинских наук, 2019, том 74, №2, С. 88–97.

¹⁰⁴ Служебные данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан.

групп, «островками спасения». Среди таких организаций в России упоминали благотворительный фонд «Гуманитарное действие» в Санкт-Петербурге, НПО «Серебряная роза», созданная ЛПС, Санкт-Петербурга, Фонд «Шаги» в Москве, которые мобилизовали ресурсы международных доноров. В частности, они способствовали доступу мигрантов с ВИЧ к бесплатной АРВ терапии в период карантина и закрытия границ, вызванного пандемией COVID-19. В то же время в странах, где ключевые группы населения криминализированы, их общины играют ограниченную роль или вообще не играют никакой роли в соответствующем образовании и информировании своих членов, предоставлении услуг по СРЗ и ВИЧ, включая распространение презервативов и других товаров для репродуктивного здоровья, а также тестирование на ВИЧ на уровне общин.

3.3.8 Завышенная стоимость товаров и услуг по СРЗ и ВИЧ-сервису

Как указывалось выше, цены на лекарства от ИППП, презервативы и смазочные материалы, гормональную контрацепцию и антиретровирусные препараты часто неприемлемо высоки. Товары и продукты для репродуктивного здоровья, включая лекарства, которые постоянно производятся и контролируются в соответствии с подтвержденными ВОЗ стандартами качества, не всегда доступны в странах, охваченных обзором. Органы здравоохранения несут ответственность за эффективность и безопасность товаров и продуктов для репродуктивного здоровья на внутреннем рынке, но редко за их ассортимент. Вопрос доступности товаров и продуктов для репродуктивного здоровья на фармацевтическом рынке почти полностью зависит от частных предпринимателей, которые продают лекарства и другие медицинские принадлежности при условии, что импортируемая партия товаров соответствует качеству и составу зарегистрированных образцов.

В России и Казахстане международные мигранты обычно оплачивают товары для репродуктивного здоровья, такие как АРВ препараты, противомикробные препараты для лечения ИППП, презервативы, другие противозачаточные средства и наборы для самостоятельного тестирования на ВИЧ, из своего кармана. Однако многие мигранты не могут позволить себе эти товары и продукты. Большинство внутренних мигрантов, в том числе те, кто зарегистрирован по месту жительства в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане, также должны оплачивать товары для репродуктивного здоровья из своего кармана. Внутренние мигранты часто имеют доступ к бесплатным АРВ препаратам в той или иной форме. Однако презервативы, полученные в рамках программ профилактики и борьбы с ВИЧ, реализуемых в этих странах, распространяются бесплатно в первую очередь среди ключевых групп населения, а организации, занимающиеся вопросами СРЗ, не располагают противозачаточными средствами и антимикробными препаратами для лечения ИППП, чтобы распространять их бесплатно, в то время как они слишком дороги для многих внутренних мигрантов.

Товары для репродуктивного здоровья можно было бы сделать более доступными для мигрантов за счет закупки сертифицированных ВОЗ лекарств от ВИЧ и ИППП, женских контрацептивов, презервативов, смазочных материалов и т.д. с использованием механизмов ЮНФПА и ЮНИСЕФ при условии, что затраченные финансовые ресурсы будут возмещены за счет некоммерческих продаж. Правительства могли бы рассмотреть возможность автоматического утверждения основных товаров и продуктов для репродуктивного здоровья, сертифицированных ВОЗ, закупать их централизованно по низким ценам и продавать через аптеки организаций общественного здравоохранения.

Как указывалось, мигрантам, живущим с ВИЧ, практически невозможно получить антиретровирусную терапию в России. Региональная группа экспертов по охране здоровья мигрантов в Восточной Европе и Центральной Азии, созданная активистами гражданского общества и исследователями для выработки экспертной позиции по улучшению качества жизни мигрантов в странах региона, оценила стоимость лечения ВИЧ с использованием двух сценариев. Стоимость амбулаторного лечения самыми дешевыми АРВ препаратами после того, как ВИЧ-инфекция останется под контролем, с поправкой на стоимость визитов к врачам, по оценкам, составит около 83 000 рублей в год или менее 100 долларов США в месяц по текущему обменному курсу. Согласно информации, полученной от эксперта, амбулаторное лечение пациентов, получающих АРТ в частной инфекционной клинике в Санкт-Петербурге, может стоить всего 3000 рублей в месяц (менее 50 долларов США). Такие цены все еще могут быть доступными для мигрантов с ВИЧ. В то же время, по словам того же эксперта, лечение людей, живущих с ВИЧ, в частных инфекционных клиниках Москвы обходится в несколько раз дороже. В отличие от этого, стоимость 21-дневного стационарного лечения осложнений у пациента с ВИЧ-инфекцией оценивается примерно в 229 000 рублей (или 3500 долларов США по текущему обменному курсу)¹⁰⁵. Эта сумма включает стоимость всех лабораторных анализов, гонораров врачей, лекарств, проживания, питания и услуг.

¹⁰⁵ <http://migrationhealth.group/en/how-much-does-it-cost-to-treat-hiv-positive-migrants-in-russia>

4

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Главный лозунг Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, принятой в сентябре 2015 года всеми странами ООН, – никого не оставлять в стороне – в полной мере касается достижения ЦУР-3 (здоровье и благополучие для всех) и решения задач охраны материнства, обеспечения всеобщего доступа к охране СПЗ и ВИЧ-сервису.

Хотя мобильное население является частью наличного населения стран и их административных регионов, во многих местах мигранты оказываются вне гарантий охраны здоровья на должном уровне. Между тем, без надлежащего обеспечения мигрантов услугами по охране здоровья достичь ВОУЗ невозможно.

Цели и задачи ЦУР сформулированы как права человека, применимые ко всем слоям населения, позволяющие тем, кто остался позади, добиваться всеобщего доступа к услугам по охране СПЗ и ОВЗ в более широкой перспективе, которая отвечает основным требованиям права на здоровье: наличие, доступность и хорошее качество. Первое из основных обязательств в области прав на здоровье, перечисленных в Замечании общего порядка 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (2000 г.), которое все государства-участники, присоединившиеся к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, включая все страны, охваченные обзором, обязаны немедленно выполнить, заключается в "обеспечении недискриминационного доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам, особенно для уязвимых или маргинализированных групп"¹⁰⁶. Таким образом, доступ к основным медицинским услугам, включая услуги по СПЗ, которые особо подчеркиваются в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин¹⁰⁷, а также к безопасным, эффективным, высококачественным и доступным лекарствам и вакцинам, оформляется как юридическое обязательство. Все рассмотренные страны присоединились к обоим упомянутым международным договорам.

Пандемия COVID-19 затмила все другие насущные проблемы здравоохранения. Глобальный кризис, вызванный пандемией, привел к перераспределению ресурсов общественного здравоохранения для стратегического и быстрого реагирования на эпохальную проблему во всем мире. Приоритет должен быть отдан карантину, обеспечению медицинских

¹⁰⁶ https://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf

¹⁰⁷ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml

работников и населения средствами защиты, переназначению больниц, созданию дополнительных коек для пациентов с тяжелой инфекцией COVID-19, закупке, установке и техническому обслуживанию диагностического и лечебного оборудования, кампаниям массовой вакцинации и т.д.

Пандемия COVID-19 помешала выполнению рекомендаций Технического совещания по ВИЧ и миграции в Центральной Азии и Российской Федерации, состоявшегося в Астане (ныне Нур-Султан, Казахстан) за год до начала пандемии. Не было создано ни региональной рабочей группы по политической и общественной пропаганде рекомендаций совещания, ни соответствующей программы и системы мониторинга для реализации этой стратегии. Данные, собранные в странах по ранней диагностике ВИЧ, охвату лечением ЛЖВ, охвату беременных женщин тестированием на антитела к ВИЧ и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, смертности от СПИДа и т.д., не были дезагрегированы по миграционному статусу. Все санкции в отношении ключевых групп населения, которые существовали до 2018 года, все еще действуют. Проблемы, связанные с лечением пациентов от ВИЧ в течение всего миграционного цикла, не были решены. Потенциал, в том числе финансовый, НПО, представляющих ключевые группы населения, не улучшился. Их мандат не был расширен. Несоответствие между заявленным отсутствием ВИЧ-инфекции в Туркменистане (и, следовательно, отсутствием необходимости в антиретровирусной терапии) и выявлением ВИЧ в странах, принимающих мигрантов из Туркменистана, не устранено.

Углубленные интервью с экспертами каждой из рассмотренных стран показали, что внутренние мигранты в четырех странах Центральной Азии, особенно в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане, а также международные мигранты из этих стран в России, Турции и Казахстане не имеют или имеют слишком ограниченный доступ к дородовой и перинатальной помощи, планированию семьи, лечению ИППП, безопасному аборту, консультированию по ВИЧ, тестированию, профилактике и лечению. Внутренним мигрантам в вышеуказанных странах гарантирован доступ к охране материнства, а также к профилактике и лечению ВИЧ. Кыргызстан предоставляет доступ к охране материнства, а также к определенным аспектам профилактики и лечения ВИЧ, включая АРВ терапию, внутренним мигрантам в местах их назначения. Однако внутренние мигранты имеют ограниченный доступ к планированию семьи, включая презервативы и другие противозачаточные средства и лечение ИППП.

Внутренние и внешние мигранты из числа ключевых групп населения имеют ограниченный доступ к услугам по охране материнства и СРЗ из-за двойной или даже тройной стигматизации и дискриминации, с которыми они сталкиваются как мигранты, представители ключевых групп населения и нередко как люди с ВИЧ. Неприемлемость условий для получения услуг по СРЗ, включая страх судебного преследования определенных ключевых групп населения, что практикуется в ряде стран, враждебность общественности и осуждающее отношение к ним со стороны медицинского персонала, который делится данными с правоохранительными органами, наряду с низкой

осведомленностью об основных проблемах СРЗ и ВИЧ, а также недоступность товаров и услуг в области репродуктивного здоровья, являются критическими элементами, которые препятствуют охвату этих групп населения услугами по СРЗ.

Необходимо привлечь внимание заинтересованных сторон к эпидемии ВИЧ и миграции, расширив обеспечение мигрантов услугами и товарами для СРЗ до приемлемого и доступного уровня.

Необходимо решить проблему ограниченных прав мигрантов на услуги по СРЗ и ВИЧ во всех трех рассмотренных странах назначения. Для достижения целей ЦУР-3 требуется значительное увеличение финансирования здравоохранения, а также возможный пересмотр модели финансирования здравоохранения. Это позволит сделать планирование семьи, лечение ИППП, безопасные аборты, дородовой уход, АРТ, включая ДКП, ПКП и профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, наряду с перинатальным уходом и лечением угрожающих жизни состояний репродуктивного здоровья доступными и приемлемыми для мигрантов и их семей.

Регистрация людей по месту жительства и их зачисление в организации здравоохранения являются предпосылками для обеспечения доступа к основным услугам в области СРЗ и ВИЧ для многих мигрантов. Создание соответствующих баз данных и пересмотр механизмов финансирования могли бы расширить круг мигрантов, имеющих доступ, по крайней мере, к базовым медицинским услугам, включая, в частности, услуги по охране материнства, СРЗ и ВИЧ. Крайне важно разработать механизм финансирования таким образом, чтобы «деньги, выделяемые на медицинские услуги из любого источника финансирования, следовали за клиентом», который имеет право на получение вышеуказанных услуг, независимо от того, где человек проживает в стране. Следует признать, что всеобщий доступ к услугам по СРЗ и всеобщий охват услугами здравоохранения не могут быть достигнуты без охвата услугами СРЗ нелегальных мигрантов.

Необходимо пересмотреть политику финансирования с тем, чтобы все бедные и недостаточно обслуживаемые внутренние и международные мигранты могли получать необходимые товары и продукты для репродуктивного здоровья, такие как презервативы, другие противозачаточные средства, лекарства для лечения ИППП, АРВ препараты для ДКП, вакцины и другие средства в амбулаторных клиниках за счет правительства, при условии, что у мигранта есть медицинские показания для использования этих средств, независимо от того, является ли мигрант постоянным или нерегулярным, имеет удостоверение личности или нет. Мобилизация ресурсов из альтернативных источников, таких как благотворительные фонды и частные предприятия, в сочетании с корректировкой стратегии финансирования могла бы помочь удовлетворить потребности мигрантов в области СРЗ в краткосрочной перспективе.

Необходима дальнейшая политическая и общественная адвокация для усиления борьбы с ксенофобией и отмены стигмы и дискриминации в отношении ключевых групп населения и мигрантов из их числа, которые противоречат ЦУР-3. Необходимо разрешить парадоксальные ситуации, когда страны принимают законодательство, специально защищающее права людей с ВИЧ, и при этом преследуют взрослых мужчин, добровольно занимающихся сексом с другими взрослыми мужчинами, людей, продающих секс, и наркозависимых людей, которые не имеют доступа к легальным наркотикам и поэтому приобретают запрещенные наркотики и хранят их, несмотря на то что такие люди составляют значительную часть ЛЖВ. Необходимо рассмотреть вопрос о совершенствовании законодательства и правоприменительной практики для противодействия ксенофобии. Политиков, лидеров общественного мнения в области здравоохранения и знаменитостей следует поощрять выступать против этого явления и его связи с ЦУР.

Необходима дальнейшая политика и общественная пропаганда для отмены депортации международных мигрантов с ВИЧ из Российской Федерации, которая фактически провоцирует распространение ВИЧ и других ИППП, подталкивая мигрантов к отказу от тестирования на ВИЧ и, следовательно, лечения ВИЧ-инфекции, а также от услуг по СРЗ (из-за страха пройти тестирование на ВИЧ по инициативе поставщика услуг). Угроза депортации является фактором, способствующим лишению мигрантов прав на наивысший достижимый уровень сексуального и репродуктивного здоровья.

Крайне важно решить проблему доступа мигрантов к точной информации о СРЗ и ВИЧ на их родных языках, включая информацию о законных правах внутренних и внешних мигрантов на услуги по СРЗ и ВИЧ и возможностях их получения в местах их отправления и назначения. Мобильные приложения могут быть полезны в этом отношении. Ключевые группы населения – мигранты также должны иметь доступ к точным знаниям, необходимым им для предотвращения нежелательной беременности, ИППП и ВИЧ-инфекции с помощью Интернет-ресурсов и, возможно, печатных материалов, издаваемых специально для них. Для обеспечения такого доступа необходима более активная законодательная адвокация, особенно в странах, где продажа секс-услуг, добровольный секс между взрослыми мужчинами, а также покупка и хранение запрещенных наркотиков криминализированы.

Опыт борьбы с ВИЧ-инфекцией в нескольких странах Центральной Азии, в частности в Кыргызстане, Таджикистане и Казахстане, демонстрирует необходимость расширения возможностей формальных и неформальных сообществ мигрантов из ключевых групп населения в принимающих странах. Члены этих сообществ лучше понимают, в каких услугах нуждаются мигранты и при каких условиях они могут их получать. Расширение прав и возможностей сообщества, включая социальный маркетинг контрацептивов и презервативов, быстрое тестирование на ВИЧ, социальную поддержку дородового ухода, ДКП, ПКП, лечение ВИЧ и других ИППП и т.д., – это способ

сделать услуги более эффективными и экономичными. Однако ни в одной из стран в настоящее время не обеспечивается стабильная финансовая поддержка сообществ ключевых групп населения или неправительственных организаций, оказывающих услуги в связи с ВИЧ, которая позволила бы им планировать долгосрочные программы по СПЗ и ВИЧ для мигрантов.

Проблема обеспечения амбулаторного лечения ВИЧ-инфекции для мигрантов, по-видимому, может быть решена, по крайней мере частично, при наличии политической воли, путем создания условий, при которых мигранты покрывают расходы на медицинские услуги и расходы на клинику на некоммерческой основе. Мигранты могли бы лечиться АРВ препаратами, доставка которых в страны, принимающие мигрантов, должна быть организована из их родных стран для личного использования. Эти лекарства в странах с доходами ниже среднего доступны по низким ценам, а их правительства обеспечивают бесплатное снабжение. Следует рассмотреть возможность межгосударственных трансфертов для покрытия больничных расходов, или, если нагрузка на бюджеты стран, отправляющих мигрантов, окажется непомерно высокой, мигрантам следует предоставить возможность получать стационарное лечение в своих странах, где затраты, вероятно, значительно меньше. Это может быть реализовано с частичным или полным покрытием транспортных расходов за счет использования донорских ресурсов, мобилизованных для этой цели в странах происхождения мигрантов. Мигрантам с ВИЧ должно быть разрешено вернуться в Российскую Федерацию.

Согласованные национальные программы, основанные на анализе ситуации, уникальные обязательства стран с изложением основных этапов их выполнения могут стать ценными инструментами для улучшения доступа к услугам в области СПЗ и ВИЧ для внутренних и внешних мигрантов. Межправительственные соглашения должны быть достигнуты по целому ряду вопросов, касающихся обеспечения надлежащего доступа международных мигрантов к лечению ВИЧ-инфекции, других ИППП и расстройств репродуктивного здоровья, а также планированию семьи. Страны, принимающие мигрантов, могли бы рассмотреть возможность устранения любых препятствий для импорта лекарств и других товаров для репродуктивного здоровья, прошедших предварительную квалификацию ВОЗ и одобренных в странах, отправляющих мигрантов, для личного использования мигрантами, независимо от того, зарегистрированы ли эти лекарства. Страны также могли бы найти способы увеличить объем медицинской помощи, чтобы обеспечить непрерывность и преемственность лечения ВИЧ. Программы должны включать матрицу результатов с соответствующими показателями, позволяющую экспертам отслеживать и оценивать их выполнение. Международные организации могут участвовать в соответствующих информационно-пропагандистских усилиях и оказывать необходимую техническую помощь.

Приложение. Анкета для экспертного интервью (круг вопросов для неформальной личной беседы)

Ниже приводится примерный список вопросов для индивидуальных интервью с экспертами. Сначала задается закрытый вопрос, включая вопросы с несколькими вариантами ответов, а затем запрашиваются дополнения при помощи открытого вопроса. Открытые вопросы позволяют респондентам давать ответы на основе их знаний, чувств и понимания и, таким образом, проводить анализ нечисловых качественных (категориальных) данных, которые должны быть систематизированы на основе отношения респондентов к явлению и его свойствам.

Эксперт может не отвечать на часть вопросов в силу недостаточной осведомленности. Перед проведением экспертных интервью исследователь должен иметь представление о вероятных ответах для применения дедуктивного подхода к качественным данным (проверке своих гипотез, сделанных в ходе анализа материалов по теме).

По каждому интервью должен быть подготовлен транскрипт.

Законодательство, регламентирующее охрану СПЗ и ВИЧ-сервис для мигрантов	1	Действуют ли в вашей стране законодательные и (или) нормативно-правовые акты по охране сексуального и репродуктивного здоровья и услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, специально упоминающие соответствующее обеспечение мигрантов (если да, пожалуйста, дайте ссылку).	
	2	Реализует ли ваша страна программы по обеспечению охраны СПЗ и профилактике ВИЧ-инфекции на этапах миграционного процесса: (а) до отъезда, (б) в пути, (в) по прибытии, (г) в период пребывания и (д) по возвращении?	Если да, то расскажите, какие именно это программы, какие вмешательства они предусматривают, кто их поддерживает и на каких этапах они осуществляются.

Доступ к планированию семьи	3	Оцените доступ внутренних трудовых мигрантов в вашей стране к услугам по планированию семьи в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	4	Оцените доступ легальных международных трудовых мигрантов (и их супругов) к услугам по планированию семьи в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	5	Оцените доступ нелегальных международных трудовых мигрантов (и их супругов) к услугам по планированию семьи в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	6	Оцените изменение доступа женщин-мигрантов к контрацепции в связи с пандемией COVID-19 по шкале от -5 до +5 (- 1 – чуть ухудшился, - 5 – резко ухудшился; 0 – не изменился; 1 – чуть улучшился, 5 – резко улучшился).	Позвольте эксперту развить свои мысли по вопросу доступа разных групп мигрантов к услугам по планированию семьи и того, как можно улучшить положение.

Доступ к безопасному аборту	7	Практикуют ли женщины-мигранты производство медикаментозного аборта (с помощью лекарств мифепристона и мизопростола) вне медицинских организаций без участия специалиста-медика? (Да, Нет)	При утвердительном ответе спросите мнение эксперта, почему и насколько часто это происходит в знакомой ему группе мигрантов.
	8	Известно ли вам о каких-либо проблемах женщин- мигрантов при прерывании беременности? (Да, Нет)	При утвердительном ответе попросите эксперта рассказать известные ему истории.
Доступ к лечению ИППП	9	Оцените доступ внутренних трудовых мигрантов в вашей стране к услугам по диагностике и лечению ИППП в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	10	Оцените доступ международных легальных трудовых мигрантов в вашей стране к услугам по диагностике и лечению ИППП в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1– очень низкий, 5 – очень высокий).	
	11	Оцените доступ международных нелегальных трудовых мигрантов в вашей стране к услугам по диагностике и лечению ИППП в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	

	12	<p>Оцените изменение доступа мигрантов к диагностике и лечению ИППП в связи с пандемией COVID-19 в баллах по шкале от -5 до +5 (0 – не изменился, 1 – чуть улучшился, 5 – резко улучшился; -1 – чуть ухудшился, -5 – резко ухудшился).</p>	<p>Позвольте эксперту развить свои мысли по вопросу доступа мигрантов знакомых ему групп к диагностике и лечению ИППП и того, как можно улучшить положение.</p>
<p>Доступ к дороговому уходу</p>	13	<p>Оцените доступ внутренних трудовых мигрантов в вашей стране к дороговому уходу в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).</p>	
	14	<p>Оцените доступ международных легальных трудовых мигрантов в вашей стране к дороговому уходу в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).</p>	
	15	<p>Оцените доступ международных нелегальных трудовых мигрантов в вашей стране к дороговому уходу в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).</p>	
	16	<p>Оцените изменение доступа мигрантов к дороговому уходу в связи с пандемией COVID-19 по шкале от -5 до +5 (0 – не изменился, 1 – чуть улучшился, 5 – резко улучшился; -1 – чуть ухудшился, -5 – резко ухудшился).</p>	<p>Позвольте эксперту развить свои мысли по вопросу доступа мигрантов знакомых ему групп к дороговому уходу и того, как можно его улучшить.</p>

Доступ к интранатальной и послеродовой помощи	17	Сообщите, известны ли вам какие-либо изменения, которые бы затруднили мигрантам доступ к родовспоможению.	Позвольте эксперту выразить произвольно свои мысли по этому вопросу.
Права мигрантов с ВИЧ	18	Оцените вероятность депортации международного мигранта из РФ, если станет известно, что он инфицирован ВИЧ и не имеет близких родственников –граждан принимающей страны в баллах от 1 до 5 (1 –очень низкая, 5 – очень высокая).	
	19	Обеспечиваются ли международные мигранты с ВИЧ АРТ? (Да, Нет). Если таким обеспечением занимается страна – донор мигрантов, укажите, на какой период мигранту выдаются лекарственные средства.	Позвольте эксперту развить свои мысли по поводу ситуации с лечением мигрантов с ВИЧ и как можно было бы улучшить положение.
Права людей, употребляющих инъекционные наркотики	20	Зарегистрирован ли в стране метадон в качестве лекарственного средства для проведения ОЗТ? (Да, Нет)	
	20 а	Если ОЗТ с использованием метадоны является официально признанным методом лечения, оцените доступ к ней внутренних мигрантов в баллах от 1 до 5 (1 –очень низкий, 5 – очень высокий).	
	20 б	Продолжит ли получать ОЗТ внутренний мигрант из числа ЛУИН, проживающий в одной местности, если он переедет временно в другую местность? (Да, Нет)	

	21	<p>Произошли ли в стране сдвиги с обеспечением ЛУИН ОЗТ по сравнению с 2018 годом? Если да, то какие именно?</p>	<p>Попросите эксперта поделиться характерными историями миграции представителей группы ЛУИН с упором на доступ к охране СПЗ и профилактику и лечение ВИЧ-инфекции.</p>
<p>Права мужчин, имеющих секс с мужчинами</p>	22	<p>Оцените вероятность любых форм преследования взрослого мужчины, имеющего секс с взрослым мужчиной, если об этом факте станет известно правоохранительным органам, в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкая, 5 – очень высокая).</p>	
	22 а		<p>Попросите эксперта поделиться характерными историями миграции представителей группы МСМ с упором на доступ к охране СПЗ и профилактику и лечение ВИЧ-инфекции.</p>

Права секс-работников	23	Оцените вероятность любых форм преследований людей, продающих секс, если этот факт станет известен правоохранительным органам, в баллах от 1 до 5 (1 –низкая, 5 – очень высокая).	
	23 а		Попросите эксперта поделиться характерными историями миграции представителей группы работников секс-бизнеса с упором на доступ к охране СПЗ и профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.
Взаимодействие с сообществами	24		Если законодательные и (или) нормативно-правовые акты вашей страны предусматривают совместную деятельность с сообществами мигрантов и (или) с ключевыми группами населения в деле обеспечения этим группам равного доступа к услугам в сфере СПЗ и ВИЧ-инфекции, попросите

			эксперта поделиться примером хорошей практики.
Доступ мигрантов к тестированию на ВИЧ- инфекцию	25	Предлагается ли тестирование на ВИЧ ВСЕМ женщинам, обращающимся за помощью в связи с беременностью и родами? Оцените в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1– далеко не всем, 5 – решительно всем).	
	26	Пожалуйста, оцените доступ мигрантов к самотестированию на ВИЧ в вашей стране в баллах по пятибалльной шкале от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	27	Оцените доступ мигрантов к экспресс-тестам на ВИЧ, предоставляемым их сообществами в вашей стране, по пятибалльной шкале в баллах от 1 до 5 (1 – очень низкий, 5 – очень высокий).	
	28	Изменился ли доступ мигрантов к тестированию на ВИЧ за три года, в том числе в связи с пандемией COVID-19? Оцените по шкале от -5 до +5 (0 – не изменился, -1 – чуть ухудшился, -5 – резко ухудшился; 1 – чуть улучшился, 5 – резко улучшился).	Предложите эксперту поделиться мыслями о том, как улучшить доступ мигрантов к тестированию на ВИЧ-инфекцию.

Доступ мигрантов к профилактике передачи ВИЧ	29	Имеются ли, приемлемы ли, доступны ли по цене для мигрантов из разных групп населения в вашей стране мужские и женские презервативы и лубриканты? Попросите эксперта поделиться своими взглядами на осведомленность мигрантов об использовании презервативов, в том числе о выборе их по размеру, материалу, толщине стенки.
	30	Попросите эксперта поделиться своими взглядами на наличие, приемлемость и доступность по цене доконтактной и постконтактной профилактики передачи ВИЧ для международных и внутренних мигрантов, включая 2-1-1 предконтактную

			профилактику для МСМ.
Выполнение некоторых рекомендаций тех. совещания 2018 г. в г. Астане	Признание проблемы эпидемии в Туркменистане	31	Повлияли ли рекомендации регионального совещания по ВИЧ и миграции в Астане в 2018 году на пересмотр данных о распространенности ВИЧ-инфекции в Туркмениии, исходя из частоты выявления ее у мигрантов в принимающих их странах? Если да, укажите, как именно?
	Базы данных по вопросам СРЗ, ВИЧ и миграции	32	Созданы ли в стране какие-либо базы данных по вопросам миграции и сексуального и репродуктивного здоровья?

Влияние пандемии COVID-19 на миграцию	33	Оцените по группам населения: трудовые мигранты в целом, секс-работники, МСМ, ЛУИН, ЛЖВ – насколько сократилась международная миграция в вашей стране в связи с пандемией COVID-19 в баллах по пятибалльной шкале по группам (1 – очень незначительно, 5 – очень сильно).	Попросите эксперта обосновать свое мнение по данному вопросу.
	34	Оцените по группам населения: трудовые мигранты в целом, секс-работники, МСМ, ЛУИН, ЛЖВ, насколько сократилась внутренняя миграция в вашей стране в связи с пандемией COVID-19 в баллах по пятибалльной шкале по группам (1 – очень незначительно, 5 – очень сильно).	
	35	Оцените, насколько сократились доходы мигрантов от работы за границей в связи с пандемией COVID-19 в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень незначительно, 5 – очень значительно).	Попросите эксперта обосновать свое мнение по данному вопросу.
	36	Оцените, насколько сократились доходы внутренних мигрантов в связи с пандемией COVID-19 в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень незначительно, 5 – очень значительно).	
Влияние пандемии COVID-19 на насилие, связанное с гендером	37	Оцените, вызвала ли пандемия COVID-19 изменение в частоте гендерного насилия в семьях мигрантов в баллах (-1 – слегка уменьшилось, -5 – резко уменьшилось, 0 – осталось на прежнем уровне; 1 – немного возросло, 5 – резко возросло).	Попросите эксперта поделиться историями на этот счет, возможно, из собственной жизни.
	38	В связи с пандемией COVID-19, потерей работы и трудностями выезда из стран-реципиентов возросла ли сексуальная эксплуатация женщин из числа международных мигрантов?	
	39	В связи с пандемией COVID-19, уменьшением числа рабочих мест возросла ли сексуальная эксплуатация женщин из числа внутренних мигрантов?	

Подверженность COVID-19 мигрантов и их доступ к вакцинации, в том числе беременных женщин	40	Какие вакцины против COVID-19 используются в вашей стране? (указать)	
	41	Оцените доступность вакцинации против COVID-19 для беременных женщин и молодых женщин из числа международных мигрантов, которые состоят в браке или партнерстве с мужчиной из числа мигрантов в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень низкая, 5 – очень высокая).	Попросите эксперта выразить свои мысли и чувства по вопросу подверженности беременных женщин из числа мигрантов и людей с ВИЧ COVID-19 и обеспеченности их доступа к вакцинации как части программ охраны здоровья.
	42	Оцените доступность вакцинации против COVID-19 для беременных женщин и молодых женщин из числа внутренних мигрантов, которые состоят в браке или партнерстве с мужчиной из числа мигрантов в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень низкая, 5 – очень высокая).	
	43	Оцените, насколько, по-вашему, женщины из числа мигрантов осведомлены о значении вакцинации против COVID-19 для обеспечения безопасного материнства в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень слабо, 5 – очень хорошо).	
	44	Мигранты рассматриваются в качестве популяции повышенного риска COVID-19. Как вы думаете, мигранты чаще заболевают COVID-19, чем общее население? Есть ли в стране данные о заболеваемости COVID-19 среди мигрантов? Если да, поделитесь ими, пожалуйста.	
45	Оцените доступность информации для мигрантов о СПЗ и ВИЧ-инфекции и COVID-19 на родном языке в баллах по пятибалльной шкале (1 – очень мало доступна, 5 – полностью доступна).		
Повышение осведомленности о СПЗ, ВИЧ и COVID-19	46	Созданы ли в вашей стране сайты и (или) мобильные приложения для мигрантов, которые облегчили им получение информации и доступ к медицинской помощи? Если да, укажите адрес сайта и название приложения.	Попросите эксперта высказать свои мысли и чувства о том, как улучшить обучение, информацию, коммуникации по вопросам взаимосвязи СПЗ, ВИЧ и COVID-19 для мигрантов и их доступ к соответствующей

			профилактике, лечению и уходу, включая вакцинацию против COVID-19.
Стигма и дискриминация	47		Попросите эксперта высказать мнение, насколько толерантно общество, в том числе медработники, к мигрантам разных групп; насколько распространены ксенофобия, гомофобия и как это отражается на обращаемости за медицинской помощью в службы СРЗ и ВИЧ.

Пошаговое руководство для анализа качественных данных каждого экспертного интервью

1. Прочитать транскрипт. Сделать заметки по первым впечатлениям. Снова тщательно прочитать транскрипт.

2. Отметить имеющие отношения к вопросу слова, фразы, параграфы. Дать им соответствующие названия (закодировать), например, «Различия», «Успехи», «Жалобы», «Выражения разочарования», «Способы решения», «Нарушение прав человека», «Хорошая практика» и т.п. Написать эти коды на полях текста, указав, к каким местам они относятся. Основанием, чтобы считать то или иное высказывание релевантным, наряду с выводами исследователя, сделанными в ходе кабинетного исследования, может служить его повторяемость, удивление от услышанного, подчеркивание значимости сказанного экспертом, отношение к международным стандартам и правам человека, поддерживаемым международным сообществом, и т.д. Важно быть беспристрастным и присвоить больше кодов явлениям.

3. Решить, какие коды наиболее важны, и обобщить разные коды в категории. Например, очень важным кодом может быть «нарушение репродуктивных прав», и в этот код можно интегрировать коды «жалобы» и «выражение разочарования» в связи с какими-то явлениями. Категория может быть новой или какие-то коды могут быть объединены под зонтиком другого. Второстепенные коды следует опустить. Сгруппировать категории в темы. Они могут характеризовать, например, объект или процесс, или различия. Так осуществляется концептуализация данных.

4. Дать названия темам, например, «Нерешенные проблемы», «Новые проблемы», «Практические пути решения». Описать связь между темами.

Определить иерархию тем, сделать рисунки, иллюстрирующие результаты.

Можно использовать компьютерное программное обеспечение для анализа качественных данных, которое поддерживает контент-анализ открытых данных в качественных исследованиях, например, Auad 7.