ПРАВО МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ:

ВЫЗОВЫ и ВОЗМОЖНОСТИ

Международная организация по миграции (МОМ)

Агентство ООН по миграции

УДК 325
ББК 60.7
П 68

Это исследование было проведено при финансовой поддержке Фонда развития Международной организации по миграции.

П 68 Право мигрантов на здоровье в Центральной Азии: вызовы и возможности / А. Шандоне, У. Турсуналиев, К. Джамангулов, И. Черных, Г. Амандурдыева - Б.: Триада Принт, 2017. - 180 с.

ISBN 978-9967-11-628-3

В своей деятельности МОМ исходит из того, что гуманная и упорядоченная миграция отвечает интересам мигрантов и общества, в целом. В качестве ведущей межправительственной организации, МОМ работает со своими партнерами в международном сообществе, руководствуясь следующими целями: содействовать решению актуальных задач миграции; улучшать понимание проблем в области миграции; поощрять социальное и экономическое развитие с помощью миграции; утверждать человеческое достоинство и благополучие мигрантов.

Издатель: Представительство Международной организации по миграции (МОМ)
Кыргызская Республика
г. Бишкек, 720001
ул. Рыскулова, д. 6
Тел.: + (996) 312 61 24 56
Факс: + (996) 312 61 24 60
Эл. Почта: office@iom.kg
Интернет: www.iom.kg

Все права защищены. Ни одна часть этой публикации не может быть размножена или распространена каким-либо способом – посредством электронных и механических средств, путем фотокопирования, записи или другим способом без получения предварительного письменного разрешения издателя.

Мнения автора отражают его собственную позицию и могут не совпадать с официальной позицией МОМ.

П 0703000000-17
ISBN 978-9967-11-628-3

УДК 325
ББК 60.7
© 2017 Международная организация по миграции (МОМ)

ПРАВО МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ:

ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Антуан Шандоне
Уран Турсуналиев
Кайратбек Джамангулов
Ирина Черных
Гульшат Амандурдыева

Международная организация по миграции (МОМ)
Агентство ООН по миграции

ПРЕДИСЛОВИЕ

Текущие тенденции экономического развития и региональной интеграции способствуют расширению миграционных потоков в Центральной Азии. Более чем когда-либо, население региона перемещается в поисках возможностей для трудоустройства, получения образования и личностного развития. Однако, несмотря на многочисленные преимущества, миграция зачастую представляет повышенные риски для здоровья ее участников.

В настоящее время, законодательство, политика и практика как в странах происхождения, так и в странах назначения недостаточно адаптированы к реалиям и потребностям мигрантов. Серьезной проблемой для правительств остается обеспечение мигрантов медицинскими услугами, которые отвечают стандартам качества и доступности. Расширение нормативно-правовой базы, позволяющей мигрантам пользоваться услугами здравоохранения в странах назначения, требует лучшего понимания последствий миграции для здоровья при определенных условиях, опыта мигрантов в отношении доступа к здравоохранению, а также особых потребностей наиболее уязвимых групп мигрантов. Анализ, предложенный в настоящем отчете, ставит целью восполнить этот пробел в знаниях, предоставив ключевым сторонам информацию и рекомендации для разработки политики на основе фактических данных, направленных на реализацию права мигрантов на здоровье в Центральной Азии.

Данный отчет символизирует стремление МОМ способствовать укреплению здоровья мигрантов в Центральной Азии и оказывать содействие правительствам в разработке инклюзивных систем здравоохранения на благо всех, включая мигрантов и принимающих их сообществ.

Деян Кесерович

Координатор по Центральной Азии,
Глава Миссии Международной организации по миграции
в Казахстане, Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Этот отчет является результатом годовой работы и стал возможным благодаря активному участию многих организаций и людей. Прежде всего, исследовательская команда МОМ выражает свою благодарность партнерам, участвовавшим в проекте, а именно Министерству здравоохранения Республики Казахстан, Министерству труда и социальной защиты Республики Казахстан, Миграционной службе Министерства внутренних дел Республики Казахстан, Посольству Республики Казахстан в Кыргызской Республике, Министерству здравоохранения Кыргызской Республики, Министерству труда и социального развития Кыргызской Республики, Государственной миграционной службе Кыргызской Республики, Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, Парламенту Туркменистана и Посольству Туркменистана в Кыргызской Республике.

Авторы также благодарят Республиканский центр развития здравоохранения при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан за одобрение этики методологии и протокола исследования.

Наряду с государственными организациями, также большой вклад в успех проекта внесли ряд негосударственных международных и местных организаций, оказав поддержку в разработку региональных и национальных рекомендаций в ходе регионального семинара в Бишкеке, в июне 2017 г.: Project HOPE (Проект здоровья для всех), Центр общественных технологий и этно-культурная ассоциация «Кыргызстан-Астана». Также авторы отчета благодарят Частный Фонд «Коргау» и ее директора Анну Рыль за логистическую поддержку во время интервьюирования, а также за их стремление помогать уязвимым мигрантам.

Наконец, неоценимый вклад в подготовку этого отчета внесли сотрудники МОМ, в лице Хайме Калдерон, Василий Южанин, Бермет Молдобаева, Татьяна Хаджиэммануэль, Светлана Жасымбекова, Лачин Динмедова, Мердан Гочкаров, Нурбек Омуров, Наиля Токтарова и Джанай Ильясова..

СОДЕРЖАНИЕ

Краткий обзор.....10

Введение.....14

Глава 1 – Нормативно-правовая база.....20

1.1 Кыргызская Республика.....22

1.1.1 Контекст и общая ситуация.....23

1.1.2 Международные и региональные законодательство и нормы.....24

1.1.3 Национальное законодательство.....27

1.1.4 Концептуальные основы миграционной политики Кыргызстана в период независимости.....30

1.1.5 Кыргызская Республика: выводы и специфические рекомендации.....30

1.2 Республика Казахстан.....38

1.2.1 Общее понимание и состояние.....39

1.2.2 Международные и региональные законодательство и нормы.....41

1.2.3 Национальное законодательство.....43

1.2.4 Республика Казахстан: выводы и специфические рекомендации.....48

1.3 Туркменистан.....60

1.3.1 Общее понимание и состояние.....61

1.3.2 Международные и региональные законодательство и нормы.....62

1.3.3 Национальное законодательство.....62

1.3.4 Выводы и специфические рекомендации.....66

Глава 2 – Право мигрантов на здоровье на практике.....74

2.1 Характеристика респондентов.....76

2.2 Период до отъезда.....76

2.2.1 Основные факторы миграции.....76

2.2.2 Подготовка к миграции....81
2.3 Влияние миграции на здоровье....85
2.3.1 Состояние здоровья мигрантов....85
2.3.2 Жилье и здоровье....88
2.3.3 Гигиена труда....90
2.4 Опыт мигрантов в получении доступа к здравоохранению....99
2.4.1 Лечение и профилактика....99
2.4.2 Правовой статус и его влияние на доступ к здравоохранению....106
2.5 Гендерная уязвимость, репродуктивное здоровье и здоровье детей....114
2.5.1 Социальные нормы, касающиеся женской трудовой миграции....114
2.5.2 Репродуктивное здоровье....117
2.6 Знания и осведомленность мигрантов....119
2.7 Медицинское страхование и медицинские осмотры....122
2.8 Советы респондентов будущим мигрантам....123
2.9 Заключение....123
Глава 3 – Миграция медицинских работников....127
3.1 Основные миграционные тренды и тенденции: внешняя миграция в Кыргызстане и Казахстане....127
3.2 Внутренняя миграция в Казахстане и Кыргызстане и распределение медицинских кадров....132
3.3 Выталкивающие и притягивающие факторы миграции медицинских работников и студентов-медиков и их миграционные установки и модели....139
Глава 4 – Право детей мигрантов на здоровье: законодательство, политика и практика....148
4.1 Введение....149
4.2 Проблема статистических данных....150
4.3 Логическое обоснование для обеспечения детей-мигрантов доступом к медицинскому обслуживанию....151
4.4 Социально-экономические условия исследуемых стран....152
4.5 Международные стандарты прав детей на здоровье и их реализация в Казахстане....153
4.6 Законодательство и практика в области прав детей-мигрантов на здравоохранение в Республике Казахстан....154
4.6.1 Нормативно-правовая база....154

4.6.2 Регистрация, индивидуальные идентификационные номера и медицинское страхование....156

4.7 Ограничения доступа детей мигрантов к здравоохранению....157

4.8 Здравоохранение для детей мигрантов в странах происхождения....159

4.8.1 Законодательство и политика....159

4.8.2 Дети, оставленные родителями-мигрантами на родине, и их доступ к здравоохранению в Кыргызстане и Таджикистане....160

4.9 Выводы и рекомендации....162

4.9.1 Нормативно-правовая база....162

4.9.2 Партнерства, связи и сотрудничество между странами....163

4.9.3 Мониторинг здоровья мигрантов....163

4.9.4 Системы здравоохранения мигрантов....163

Глава 5 – Выводы и рекомендации....166

5.1 Обоснование необходимости реализации прав мигрантов на здоровье....167

5.2 Законодательство и политика....169

5.3 Снижение влияния правового статуса на доступ к здравоохранению....170

5.4 Устранение особых уязвимостей....171

5.5 Повышение осведомленности, знаний и правовой грамотности мигрантов....172

5.6 Укрепление доверия мигрантов к государственным органам....174

5.7 Повышение уровня знаний, навыков и подходов медицинских работников по вопросам здоровья мигрантов....174

5.8 Устранение производственных рисков для здоровья....176

5.9 Оказание помощи и медицинское обследование по возвращению....176

5.10 Миграция медицинских работников....177

5.11 Сбор и управление информацией....179

5.12 Участие мигрантов и принимающих общин....179

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

СПИСОК 1 Международные нормативно-правовые акты Кыргызской Республики в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг..... 32

СПИСОК 2 Нормативные правовые акты Кыргызской Республики, связанные с правом мигрантов на здоровье..... 33

ТАБЛИЦА 1 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Кыргызская Республика: Структурные факторы..... 34

ТАБЛИЦА 2 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Кыргызская Республика: Процессы и результаты..... 36

СПИСОК 3 Международные нормативно-правовые акты Республики Казахстан в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг..... 50

СПИСОК 4 Нормативные правовые акты Республики Казахстан, связанные с правом мигрантов на здоровье..... 51

ТАБЛИЦА 3 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Республика Казахстан: Структурные факторы..... 52

ТАБЛИЦА 4 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Республика Казахстан: Процессы и результаты..... 58

СПИСОК 5 Международные нормативно-правовые акты Туркменистана в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг..... 69

СПИСОК 6 Нормативные правовые акты Туркменистана, связанные с правом мигрантов на здоровье..... 70

ТАБЛИЦА 5 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Туркменистан: Структурные факторы..... 71

ТАБЛИЦА 6 Занятость среди респондентов..... 91

РИСУНОК 1 Абсолютное и относительное значения сальдо внешней миграции в Кыргызстане..... 128

РИСУНОК 2 Абсолютное и относительное значения сальдо внешней миграции в Казахстане..... 128

РИСУНОК 3 Относительное значения сальдо внешней миграции в Кыргызстане (процент сальдо миграции от численности этнической группы)..... 129

РИСУНОК 4 Сальдо миграции лиц с высшим образованием и средним специальным образованием в Казахстане (чел.)..... 130

РИСУНОК 5 Объемы внутренней миграции (по числу выбывших) в Кыргызстане в 2000–2015 годы (тыс. человек)..... 132

РИСУНОК 6 Объемы внутренней миграции по административным единицам Кыргызстана в 2015 году (тыс. человек)..... 133

РИСУНОК 7 Объемы внутренней миграции в Казахстане в 2000–2015 годы (тыс. человек)..... 133

РИСУНОК 8 Объемы внутренней миграции по административным единицам Казахстана в 2015 году (тыс. человек)..... 133

РИСУНОК 9 Укомплектованность врачами медицинских организаций Казахстана в 2012-2016 годы (%)..... 134

РИСУНОК 10 Укомплектованность средним медицинским персоналом медицинских организаций Казахстана в 2012-2016 годы (%)..... 134

РИСУНОК 11 Ресурсы здравоохранения в Кыргызстане (на 10 тыс. человек)..... 136

РИСУНОК 12 Ресурсы здравоохранения в Казахстане..... 136

ТАБЛИЦА 7 Количество трудящихся-мигрантов из Таджикистана, покинувших страну по экономическим причинам (чел.)..... 151

ТАБЛИЦА 8 Нормативные положения, касающиеся доступа детей мигрантов к медицинским услугам в Казахстане..... 158

КРАТКИЙ ОБЗОР

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, или просто «право на здоровье», четко сформулировано в ряде международных правовых документов, участниками которых являются большинство государств Центральной Азии. Эти документы определяют обязательства государств предоставлять медицинские услуги для всех, без дискриминации по состоянию здоровья, этнической принадлежности, возрасту, полу, инвалидности, языку, религии, национальному происхождению, доходу, социальному статусу или любым иным признакам.

Это право особенно важно для мигрантов из Центральной Азии, принимая во внимание значимость миграции в регионе. Действительно, благосостояние многих семей напрямую зависит от денежных переводов мигрантов. Более того, текущие процессы региональной интеграции (в частности, вступление в силу Евразийского экономического союза), а также косвенные факторы (например, введение Российской Федерацией запрета на въезд для многих центральноазиатских мигрантов) усиливают мобильность в Центральной Азии. Эти тенденции указывают на необходимость реагирования на проблемы здравоохранения среди наиболее мобильной и уязвимой группы – мигрантов.

С момента приобретения независимости государства Центральной Азии добились значительного прогресса в реализации права мигрантов на здоровье, что представляет собой значительный вызов. Они присоединились ко многим соответствующим международным юридическим документам, а их законодательство и политики все больше адаптируются к новой реальности. Однако, еще многое предстоит сделать для полного осуществления права мигрантов на здоровье в Центральной Азии.

Что касается законодательства (глава первая), то страны Центральной Азии разработали нормы, гарантирующие право мигрантов на здравоохранение, независимо от их правового статуса. Однако это право в основном отражено во всеобъемлющих законодательных документах, таких как конституция, и часто отсутствует в «менее значимых» политических инструментах, таких как подзаконные акты, планы действий, стратегии и т. д. Более того, в национальных законодательствах часто отсутствуют четкие механизмы реализации этого права. Таким образом, странам Центральной Азии следует продолжать свои усилия по усовершенствованию законодательства и политики в области здоровья мигрантов и укреплению соблюдения международных норм и стандартов в этой сфере.

Однако законодательство и политика не всегда в полной мере учитывают опыт мигрантов. Социологические исследования, проведенные в рамках этого проекта (глава вторая), подтвердили неоднократно приводимый факт, что, в отношении последствий для здоровья, мигранты представляют собой особо уязвимую группу. Было обнаружено, что миграционный опыт значительно влияет на здоровье мигрантов, преимущественно отрицательным образом. Многие трудности со здоровьем мигрантов, их потребности и препятствия на пути к доступу к здравоохранению связаны с различными аспектами миграционного опыта.

Существенно влияет на здоровье «стратегия минимизации затрат», которую используют многие мигранты в целях максимизации финансовой выгоды от поездки за счет сокращения расходов, связанных с жильем, питанием и здравоохранением, которые в свою очередь являются важными детерминантами здоровья. Например, многие мигранты живут в скученных условиях, что усиливает стресс, ослабляет иммунитет и повышает риск передачи инфекционных болезней.

Условия труда усугубляют негативное влияние миграции на здоровье. Мигранты сталкиваются с высокими рисками для здоровья на рабочем месте, т. к. многие из них работают в наименее регулируемых отраслях, часто выполняя тяжелую физическую работу в условиях длительного режима работы и при отсутствии подготовки по вопросам безопасности и необходимого оборудования. Обычным явлением среди мигрантов является работа без официального трудового договора, что лишает их защиты, предусмотренной трудовым законодательством принимающей страны.

Наиболее значительным фактором, влияющим на здоровье мигрантов, является их правовой статус. Установлено, что мигранты с урегулированным статусом пользуются более широким доступом к здравоохранению в странах назначения. И наоборот, доступ нелегальных мигрантов затруднен, как формальными барьерами систем здравоохранения принимающих стран, так и нежеланием мигрантов взаимодействовать с ними в виду своего неурегулированного положения. Самая частая причина нелегального статуса – это несоответствие требованиям регистрации в местах проживания. Отсутствие действительной регистрации чаще всего связано с низкой информированностью мигрантов о требованиях и процедурах, использованием посредников, мошенничеством, а также слабой адаптированностью систем регистрации к реалиям мигрантов и отсутствием доверия к государственным органам в принимающих странах.

Осведомленность и уровень знаний мигрантов о правовой среде и системе здравоохранения принимающей страны являются важными детерминантами их здоровья в период миграции. Выявлено, что в целом знания мигрантов слабые, что усиливает негативное влияние миграции на здоровье. Таким образом, для повышения осведомленности мигрантов необходимо использование новых подходов.

Кроме этих «общих уязвимостей», некоторые группы мигрантов подвержены особым факторам уязвимости. Например, многие женщины-мигранты испытывают серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Респонденты упоминали, что сталкивались с серьезными трудностями во время беременности и/или рождении ребенка в период миграции, которые чаще имели негативные последствия для здоровья матери и ребенка, чем в стране происхождения. Опыт женщин-мигрантов в получении услуг репродуктивного здравоохранения сильно разнится из-за отсутствия четких процедур в принимающих странах, поэтому человеческий фактор (отношения и действия специалистов здравоохранения) сильно влияет на здоровье женщин-мигрантов с особыми потребностями, связанными с репродуктивным здоровьем.

Наряду с женщинами-мигрантами, дети мигрантов также являются крайне уязвимой группой в плане отрицательных последствий миграции для здоровья (глава четвертая). Несмотря на то, что все государства Центральной Азии присоединились к Конвенции о правах ребенка, проблемы с регистрацией и отсутствие четких процедур на практике мешают детям мигрантов получать доступ к здравоохранению. Кроме того, дети, «оставленные дома» родителями-мигрантами, часто испытывают острые проблемы с физическим и психическим здоровьем, которые требуют неотложного внимания со стороны властей в странах происхождения.

Можно подытожить, что влияние миграции на здоровье значительное и в основном отрицательное. Неспособность и/или нежелание получать медицинские услуги в принимающей стране часто приводят к случаям самолечения и приему лекарств без назначения врача, что, при отсутствии достаточных медицинских знаний, может негативно сказаться на здоровье мигрантов.

На взаимосвязь миграции и здоровья также влияет миграция работников здравоохранения, таких как врачи и медсестры (глава третья). От миграционного поведения этой группы зависит распре-

деление работников здравоохранения, а также на наличие и качество услуг здравоохранения по региону и внутри стран региона. В целом миграционное поведение специалистов здравоохранения следует общим закономерностям миграции в Евразии. Разница в зарплатах и уровне жизни играет важную роль в принятии решения мигрировать среди тех, кто учится на работника системы здравоохранения и медицинского персонала. Личные стремления, потребность самореализации, перспектива профессионального роста, возможность специализации и дальнейшее обучение также значительно влияют на решение мигрировать. Уровень развития здравоохранения сильно влияет на решение специалистов здравоохранения мигрировать. Чем выше уровень здравоохранения, тем меньше нынешние и будущие работники здравоохранения будут склонны мигрировать. Эта тенденция четко просматривается на примере различий между «моделью Кыргызстана» и «моделью Казахстана».

На основе результатов оценки были сформулированы рекомендации по дальнейшей реализации права мигрантов на здоровье в Центральной Азии (глава пятая). Обоснованием этих рекомендаций служит то, что внимание к проблемам со здоровьем мигрантов благотворно скажется не только на самих мигрантах, но и на принимающих сообществах.

Они направлены на: 1) укрепление нормативно-правовой базы; 2) снижение влияния правового статуса на доступ к здравоохранению; 3) устранение конкретных факторов уязвимости, в частности, связанных с полом, возрастом и правовым статусом; 4) повышение осведомленности и правовой грамотности мигрантов в отношении факторов, влияющих на их здоровье на разных этапах миграции; 5) укрепление доверия мигрантов к государственным учреждениям; 6) повышение уровня знаний и развитие навыков работников здравоохранения по вопросам здоровья мигрантов; 7) снижение рисков для здоровья, связанных с трудовой деятельностью с привлечением работодателей и частного сектора; 8) создание системы помощи по возвращению и системы медицинских обследований в странах происхождения; 9) улучшение механизмов управления миграцией медицинских работников; 10) развитие системы сбора и управления данными, и 11) дальнейшее привлечение мигрантов и принимающих общин к разработке политики в области охраны здоровья мигрантов.

ВВЕДЕНИЕ

Хорошее здоровье[1] – это, несомненно, один из основных факторов благополучия человека. Последние развития в области международного права привели к установлению «права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»[2] (далее именуемое «правом на здоровье») в качестве основополагающего права всех людей. От Всеобщей декларации прав человека[3] до Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, право на здоровье в настоящее время четко отражено в международном праве и определяет ответственность государств за обеспечение надлежащего медицинского обслуживания всех лиц, пребывающих на их территории.

Право на здоровье, важное само по себе, тесно связано с рядом других прав человека, по отношению к которым оно является следствием или предусловием. Соответствующие права, в частности, включают: доступ к безопасной питьевой воде и надлежащей санитарии, достаточное обеспечение безопасной едой, питанием и жилищем, здоровые условия труда и окружающей среды, участие в политической жизни и доступ к образованию.

Право на здоровье и содействие физическому и психическому благополучию нашли всестороннее отражение в международных принципах развития, о чем свидетельствует их центральное место в Целях устойчивого развития. Цель 3, ***Обеспечить здоровый образ жизни и содействовать благополучию для всех в любом возрасте,*** охватывает все приоритетные области здравоохранения, включая репродуктивное здоровье, здоровье матери и ребенка, инфекционные и неинфекционные болезни и болезни, вызванные факторами окружающей среды, всеобщее здравоохранение, доступ для всех к безопасным, результативным, качественным и приемлемым по цене лекарствам и вакцинам. Среди прочего, эта цель заключается в «достижении всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». Право на здоровье также имеет отношение к другим Целям устойчивого развития, таким как «Ликвидация голода» (цель 2), «Гендерное равенство» (цель 5), «Чистая вода и санитария» (цель 6), «Достойная работа и экономический рост» (цель 8) и «Уменьшение неравенства» (цель10). В дополнение к Целям устойчивого развития, политика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)«Здоровье 2020» для так называемого Европейского региона, частью которого является Центральная

1 Устав ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Это определение подразумевает, что право на здоровье имеет отрицательные (отсутствие болезни) и положительные (благополучие) аспекты, и поэтому должно рассматриваться целостно и всеобъемлюще.

2 Как определено в статье 12 (1) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

3 Всеобщая декларация прав человека гласит, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты сре`дств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам». Фраза «каждый человек» ясно указывает, что такие характеристики, как статус легального проживания, не должны влиять на доступ к здравоохранению.

Азия, предлагает «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека». Предполагается, что проект, в рамках которого был подготовлен этот отчет, должен способствовать этим усилиям, уделяя особое внимание на связанных со здоровьем потребностях особо уязвимой группы населения – мигрантов.

За последние десятилетия достигнуты большие успехи в области реализации права человека на здоровье. ВОЗ в отчете 2014 года о всеобщем здравоохранении заявляет, что «сейчас у все большего количества людей есть доступ к жизненно важным услугам здравоохранения, чем когда-либо в истории». В течение последних десяти лет показатели, измеряющие, например, вакцинацию, антиретровирусную терапию ВИЧ и дородовую помощь, постоянно увеличивались, в том числе в Центральной Азии.

Однако эти позитивные сдвиги в обеспечении всеобщего охвата медицинским обслуживанием распределены далеко не равномерно. С одной стороны, сохраняется значительный разрыв между странами, с другой – часто в пределах одной страны люди не имеют равного доступа к здравоохранению. По политическим, экономическим, финансовым и социальным причинам государствам зачастую сложно обеспечить надлежащее медицинское обслуживание для всех. Соответственно, уязвимость в плане здоровья и доступа к здравоохранению, отвечающему стандартам качества, наличия, доступности, приемлемости и достоинства, сильно отличаются среди различных групп. Мигранты и члены их семей занимают центральное место среди наиболее обездоленных и уязвимых групп.

Сочетание характеристик и структурных факторов делает мигрантов и членов их семей особенно уязвимыми в плане проблем со здоровьем. Сама миграция не всегда предполагает вред здоровью, однако, она часто влечет за собой трудности и негативные последствия для здоровья мигрантов, как во время миграции, так и по возвращению. Такие характеристики включают, среди прочего, возраст, пол, образование, социальный капитал, активы и состояние здоровья до миграции. Структурные факторы в основном связаны с условиями работы и жизни, правовой и общественной средой, культурным и языковым барьером, общественными нормами и другими аспектами в принимающих странах.

Очевидно, что «за редким исключением, мигранты и этнические меньшинства склонны занимать менее благоприятное общественное положение, и исследования показывают, что это тесно связано с проблемами с их здоровьем».[4] Миграция часто отрицательно влияет на здоровье мигрантов, что, свою очередь, неблагоприятно сказывается на их социо-экономическом положении. Это создает порочный круг, который трудно разорвать.

Мигранты в целом высоко уязвимы перед отрицательными последствиями миграции для здоровья. При этом, отдельные группы мигрантов, как например, женщины и дети, имеют еще большую уязвимость. Требуется срочное реагирование на проблемы со здоровьем среди женщин-мигрантов, т. к. они составляют почти половину мигрантов в Центральной Азии. Для этих женщин миграция представляет собой законную и ценную возможность приобрести независимость, опыт и навыки, которая, однако, не лишена рисков и опасностей. Устойчивые негативные общественные нормы, насилие, а также особые потребности, связанные с репродуктивным здоровьем, делают эту группу особенно уязвимой к негативным последствиям миграции для здоровья. Для решения этой ситуации были разработаны правовые инструменты по защите прав человека. В частности, в Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин говорится, что «государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации

4 How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (Как системы здравоохранения могут содействовать сокращению неравенства в области охраны здоровья, связанного с миграцией и этнической принадлежностью. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи» (статья 12). Для поддержки таких усилий, учитывая гендерные аспекты, был разработан социологический компонент этой оценки, который позволяет изучить конкретные уязвимости и потребности женщин-мигрантов (раздел 2.5) и сформулировать рекомендации по реагированию на них (раздел 5.4).

Как и женщины, дети мигрантов также крайне подвержены проблемам со здоровьем и имеют недостаточный доступ к здравоохранению. Международные юридические документы опять же четко формулируют обязательства государств в этой сфере. Например, статья 24 Конвенции о правах ребенка гласит, что «государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения». В Центральной Азии состояние здоровья и потребности детей мигрантов мало изучены, и информации о реализации их права на здоровье недостаточно. Данные, собранные в ходе этой оценки, указывают на то, что дети мигрантов обычно находятся в неблагоприятном положении в плане доступа к здравоохранению. Причиной данной проблемы, в числе прочих, служит нелегальный статус их родителей. Необходимость дальнейшего понимания и реагирования на потребности детей мигрантов, связанные с их здоровьем, лежит в основе главы 4.

Нужно понимать, что миграционный опыт влияет на здоровье не только тех, кто мигрирует. Миграция также отражается на благополучии оставленных на родине членов семей мигрантов. Благополучие домохозяйств, чей доход напрямую зависит от денежных переводов, может пострадать в случае проблем со здоровьем их кормильцев. Дети, оставленные на родине родителями-мигрантами, подвержены более высоким рискам для физического и психического здоровья (разделы 4.8 и 5.4).

Учитывая масштабы и важность миграции в регионе, охрана здоровья мигрантов остается актуальным вопросом для стран Центральной Азии. Недавняя региональная оценка МОМ[5] подтвердила тенденцию увеличения мобильности в Центральной Азии. Так, например, Казахстан в 2015 году принял почти 950 000 граждан из республик Центральной Азии. Эта цифра значительно увеличилась по сравнению с приблизительно 500 000 иммигрантов в 2011 году. Продолжающаяся региональная интеграция стимулирует мобильность среди все большего числа групп населения. Вступление Кыргызстана в Евразийский экономический союз (ЕАЭС) в 2015 году упростило перемещение товаров и людей, административные процедуры для трудящихся-мигрантов и привело к повышению мобильности в регионе. Развивающийся региональный рынок труда и правовая среда требуют соответствующих изменений в законодательстве, политике и практике для содействия реализации прав тех, кто встал на путь миграции.

Происходящие параллельно с региональной интеграцией изменения указывают на необходимость укрепления регионального сотрудничества по вопросам охраны здоровья мигрантов в Центральной Азии. Одним из таких шагов является реструктуризация динамики миграции, которая имеет место после введения запретов на повторный въезд, которые Российская Федерация налагает на все большее число мигрантов, часто за незначительные административные правонарушения, связанные с процедурами регистрации. Российская Федерация безусловно является главной страной назначения для центральноазиатских трудящихся-мигрантов, поэтому запреты на повторный въезд в страну существенно влияют на региональную миграцию. В результате, другие страны региона становятся более привлекательными для мигрантов, включая Казахстан, который все чаще становится страной назначения для трудящихся-мигрантов из Кыргызстана, Узбекистана,

5 IOM. 2016. Migrant Vulnerabilities and Integration Needs in Central Asia: Root Causes, Social and Economic Impact of Return Migration (МОМ. 2016. Уязвимость мигрантов и потребности интеграции в Центральной Азии: основные причины и социально-экономические последствия возвратной миграции).

Таджикистана и Туркменистана. Учитывая растущий поток мигрантов в Центральной Азии, следует уделять повышенное внимание их потребностям в области здравоохранения. Необходимо направить усилия для дальнейшего включения вопросов здоровья мигрантов в системы управления странами и регионом.

Большая совокупность фактов подтверждает, что внимание к здравоохранению мигрантов может принести значительную пользу не только самим мигрантам, но и принимающим их сообществам. Сокращение структурных барьеров, мешающих мигрантам получать доступ к здравоохранению, может иметь позитивное воздействие на общественное здравоохранение принимающих стран и, в долгосрочной перспективе, сократить их финансовое бремя. «Внимание к потребностям мигрантов в сфере здравоохранения может улучшить состояние здоровья и результаты здравоохранения, упростить интеграцию, предотвратить долгосрочные затраты на здравоохранение и социальные издержки, способствовать развитию общества и экономики и, самое главное, укреплять охрану здоровья населения и права человека».[6] Несмотря на то, что решение проблем здравоохранения мигрантов является сложной задачей для правительств, у этого подхода есть много преимуществ: так здоровые мигранты способны вносить значительный вклад в благополучие и развитие принимающих сообществ.

Взаимосвязь между миграцией и проблемами здоровья не ограничивается доступом мигрантов к медицинским услугам. На здоровье мигрантов влияет не только сама миграция, но и отношение работников здравоохранения, докторов и медсестер, от которых могут зависеть доступность и наличие услуг здравоохранения. Человеческие ресурсы в здравоохранении являются крайне важным фактором, определяющим возможность систем здравоохранения учитывать потребности неблагополучных групп. Однако в некоторых странах, а также в определенных районах внутри стран, обычно сельских, наблюдается значительный отток работников здравоохранения в поисках профессиональных возможностей и условий жизни. В Центральной Азии, на решение работников здравоохранения мигрировать влияет ряд факторов, связанных с местом отбытия и местом назначения, в том числе условия работы, уровень заработной платы и возможности профессионального роста. Несмотря на свою важность, миграция работников здравоохранения и ее роль в общественном здравоохранении в центральноазиатских странах остаются недостаточно изученными. Поэтому в главе 3 представлен анализ на эту тему, целью которого является улучшение понимания закономерностей распределения работников здравоохранения в регионе. Эти закономерности влияют на результаты здравоохранения не только в отношении мигрантов, но и населения в целом.

Проект, в рамках которого была проведена эта оценка, является еще одним шагом МОМ по реагированию на сложный и безотлагательный вопрос права мигрантов на здоровье. Его цели заключаются в обновлении и углублении знаний в области охраны здоровья мигрантов в Центральной Азии. Анализ и рекомендации в этом отчете предназначены для государственных и негосударственных заинтересованных лиц для оказания им содействия в приведении национальных законодательств с соответствие с международным правом и стандартами, укрепления сотрудничества и согласования политики в регионе, более широкого включения вопроса охраны здоровья мигрантов в национальное законодательство, планы, политику и стратегии, а также инициирования конкретных действий для повышения наличия, доступности и качества здравоохранения для мигрантов. В совокупности, эти усилия помогут сократить уязвимость мигрантов по отношению к негативным последствиям миграции, что будет способствовать созданию более здорового общества на пользу всем.

Все мероприятия, направленные на решение такого сложного и многостороннего вопроса, будут безуспешными без активного участия заинтересованных сторон, включая: правительства, государ-

6 Pace, Paola. 2009. Migration and the Right to Health: A Review of International Law. International Migration Law #19. International Organization for Migration (Паола Пэйс. 2009. Миграция и право на здоровье: обзор международного права. Международное миграционное право №19. Международная организация по миграции).

ственные и негосударственные организации, гражданское сообщество, принимающие общины, организации диаспор и самих мигрантов. Учитывая, что проект ставит целью укрепить межсекторальное и региональное сотрудничество в сфере здравоохранения мигрантов, ожидается, что результаты этого проекта будут выходить за рамки подготовки настоящего отчета. Для достижения этих задач, в июне 2017 года в Бишкеке, Кыргызстан, состоялся региональный семинар, на котором объединились правительственные и неправительственные участники, чья работа затрагивает вопросы охраны здоровья мигрантов, для обсуждения выводов оценки, обмена идеями и опытом и формулирования рекомендаций, представленных в главе 5. Этот семинар стал возможностью для обмена мнениями разных заинтересованных сторон и установления конструктивного диалога о проблемах охраны здоровья мигрантов в Центральной Азии.

Структура настоящего отчета отражает разные компоненты проекта и должна охватить разные аспекты здоровья мигрантов. 1-я глава содержит анализ законодательства и политики по вопросам здоровья мигрантов в трех участвующих в проекте центральноазиатских странах. В ней подчеркиваются текущие достижения, определяются пробелы и оценивается соответствие национальных законодательств международному праву и стандартам.

Это кабинетное исследование дополнено 2-й главой, основанной на качественном социологическом подходе в изучении опыта мигрантов, в основном через глубинные интервью нынешних и возвращающихся мигрантов. Этот метод позволил проанализировать, среди прочего, состояние здоровья мигрантов, влияние опыта миграции на здоровье мигрантов, осведомленность мигрантов о своих правах, их конкретный опыт в получении доступа к медицинским услугам в принимающих странах и конкретные уязвимости разных групп мигрантов.

В 3-ей главе вопрос миграции работников здравоохранения подробно изучен в контексте тенденций внешней и внутренней миграции в Кыргызстане и Казахстане. Раздел раскрывает закономерности распределения среди работников здравоохранения и на миграционное поведение этой группы.

4-я глава посвящена особо уязвимой группе – детям мигрантов. Как отмечалось ранее, мигранты в целом являются уязвимой группой, когда речь идет об их здоровье, при этом их дети еще более уязвимы в этом отношении. В главе изложены результаты анализа принципов, политик и практик, влияющих на право детей мигрантов на здоровье, и приводятся шаги по достижению этого права.

Наконец, в 5-й главе приведены основные вывод ы оценки и предложены рекомендации для дальнейшей реализации права мигрантов на здоровье в Центральной Азии.

1

ГЛАВА

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

В настоящей главе рассмотрены нормативно-правовые базы в области права мигрантов на здоровье трех центральноазиатских стран, участвующих в проекте. Глава состоит из трех разделов, в которых представлены обзоры текущего состояния и перспективы развития законодательств в сфере здравоохранения мигрантов в Кыргызской Республике, Республике Казахстан и Туркменистане.

В докладе приняты во внимание специфические особенности изученных стран. В приложениях к каждому разделу, приводятся характерные для отдельных стран иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья, а также списки нормативно-правовых баз государств в этой области. Содержание главы отражает материалы, представленные заинтересованными сторонами в ходе Центрально-азиатского регионального семинара на тему права мигрантов на здоровье, состоявшегося в Бишкеке 15–16 июня 2017 года.

Общий контекст настоящего анализа учитывает изменения, последовавшие за распадом Советского Союза в 1991 году, и приобретенную, как следствие, независимость центрально-азиатских государств, которая стала неожиданностью для разных слоев общества, в том числе местных элит. Одним из таких изменений стало возникновение принципиально нового типа миграции в различных ее формах и проявлениях.

Миграция приобрела особую актуальность из-за множества характерных для региона факторов, таких как:

- Национальные меньшинства и представители депортированных в 40-е годы народов, права которых до конца не определены;
- Неурегулированные административно-территориальные границы между странами, результатом которых порой было искусственное разделение этнических групп;
- Вооруженные конфликты в регионе;
- Рост социально-экономических проблем в странах;
- Деградация окружающей среды и стихийные бедствия, вынуждающие людей мигрировать;
- Недостаточная безопасность внешних границ государств, способствующая ослаблению системы миграционного контроля;
- Значительный наплыв трудящихся-мигрантов из менее экономически развитых в более благополучные страны.

Среди широкого круга вопросов, возникающих в результате этих тенденций, выделяется здоровье мигрантов, поскольку этот фактор влияет на общественное здравоохранение как в отправляющих, так и в принимающих странах. Несмотря на сложную социальную, политическую и экономическую ситуацию, государства Центральной Азии прилагают значительные усилия для эффективного решения этой проблемы.

Исходя из своих нужд и возможностей, Кыргызская Республика, Республика Казахстан и Туркменистан предпринимают меры для урегулирования вопросов миграции в целом, и обеспечения доступа мигрантов к здравоохранению и социальной защите, в частности. В данной главе рассмотрено, как эти меры отражаются в национальных законодательствах, и с какими препятствиями сталкиваются страны Центральной Азии на пути к укреплению своих нормативно-правовых баз, гарантирующих право мигрантов на здоровье.

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

1.1 КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

1.1.1 Контекст и общая ситуация

Полнота и доступность прав и свобод человека в современном обществе зависит, прежде всего от его социально-экономического положения. Бедность, безработица и социальная незащищенность человека являются основными препятствиями для обеспечения его прав и свобод на жизнь, развитие и благополучие. Поскольку права человека и основные свободы неделимы и взаимозависимы, следует с равным вниманием рассматривать вопросы осуществления, поощрения и защиты как гражданских и политических, так и экономических, социальных и культурных прав. Осуществление экономических, социальных и культурных прав может быть достигнуто в различных политических условиях. Не существует единого пути к их полной реализации. Успехи и неудачи наблюдаются как при рыночной, так и при нерыночной экономике, как при централизованном, так и при децентрализованном политическом устройстве. Согласно Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах (далее – МПЭСКП) выполнение обязательств в области экономических социальных и культурных прав может быть реализовано постепенно. Тем не менее, Кыргызская Республика, как и другие государства-участники МПЭСКП, обязана предпринимать безотлагательные меры, реализуемые в максимальных пределах имеющихся ресурсов и направленные на скорейшее продвижение по пути, целью которого является полное осуществление экономических, социальных и культурных прав, независимо от текущего уровня экономического развития страны. Право мигрантов на здоровье должно находиться в авангарде этих усилий.

Однако, на пути к эффективной реализации права мигрантов на здоровье возникает ряд проблем. Формирование и развитие институционального механизма в области миграционной политики Кыргызстана в период независимости характеризуется нестабильностью и непоследовательностью. Несмотря на признание внешней трудовой миграции, по крайней мере, начиная с 2000-х гг., в качестве важнейшей и самостоятельной отрасли экономики, проблема слабого институционального механизма остается ключевой проблемой в формировании и имплементации адекватной миграционной политики. За 20 с небольшим лет управлением миграцией занимались: Управление по миграции населения (1993–1999), Государственное агентство по миграции и демографии (1999–2001 гг.), Департамент миграционной службы (2001–2005 гг.), Государственный комитет миграции и занятости (2005–2009 гг.), Министерство труда, занятости и миграции Кыргызской Республики (окт. 2009 г.), Департамент внешней миграции (февраль 2012 г.), Министерство труда, миграции и молодежи КР (март 2013 г.). В настоящее время миграционные вопросы отнесены к компетенции Государственной службы по миграции при Правительстве Кыргызской Республики. Кроме того, следует отметить, что вопросами здравоохранения занимается Министерство здравоохранения, а также государственный орган по труду и социальной защите, который также неоднократно подвергался реорганизации.

Постоянные ведомственные реорганизации негативно отразились на состоянии миграционной политики, поскольку подобная институциональная нестабильность отражалась на слабости институциональной памяти и недостатке потенциала институционального механизма для качественного выполнения возложенных на него функций. Слабая институциональная основа препятствует решению проблем миграции, оставаясь направленной на устранение последствий, а не их активное предупреждение. Передача вопросов управления миграцией в министерства, в функции которых входило сразу несколько сфер, приводило к фактическому «растворению» вопросов миграционной политики в числе других приоритетов министерства. А вопросы межведомственного характера связанные с обеспечением доступа мигрантов к медицинским услугам, несмотря на наличие нормативно-правовой базы все еще не решены в полной мере.

На сегодняшний день многие компании по различным причинам привлекают на работу иностранных работников. При этом немногие из них соблюдают требования законодательства Кыргызской Республики по оформлению трудовой деятельности иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Кыргызской Республики. Как следствие их доступ к получению медицинских услуг не может быть обеспечен.

Несмотря на то, что в миграционном законодательстве и законодательстве в сфере здравоохранения Кыргызской Республики имеется ряд пробелов и неясностей, знать существующие требования законодательства необходимо, так как это позволит максимально избежать нарушений в обеспечении прав.

1.1.2 Международные и региональные законодательство и нормы

Универсальные международные механизмы

Являясь приверженным основным целям Устава ООН, верховенству права, защите прав человека и демократическим принципам, Кыргызстан активно работает в сфере прав человека на международном уровне. Страна ратифицировала 7 из 9 универсальных международных договоров по правам человека в рамках ООН.

Среди актов международных организаций, регулирующих вопросы медицинской помощи иностранным мигрантам, можно выделить:

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.

Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

2. Конвенция Международной организации труда о работниках-мигрантах № 97 1949 г.

В странах, участвующих в них, обеспечиваются равные права иностранным мигрантам и собственным гражданам в условиях медицинской помощи и обеспечения в случае болезни.

3. Международная конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей 1990 г.

В соответствии с ней трудящиеся-мигранты имеют право на получение любой медицинской помощи, которая «является крайне необходимой для сохранения их жизни или избежание непоправимого ущерба их здоровью» на основе равенства с гражданами соответствующего государства, им нельзя отказывать в такой срочной медицинской помощи в силу каких-либо отклонений, в том, что касается пребывания или занятости.

4. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г.

Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности, предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними, создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Кроме того, в Кыргызской Республике общепризнанные принципы и нормы международного права являются составной частью национальной правовой системы и правоприменительная практика в ряде случаев опирается на нормы и принципы, закрепленные в международных правовых актах, в которых Кыргызстан не участвует, но которые признаны и применяются в большинстве развитых стран мира.

Несомненно, интересен и следующий тренд в вопросах решения прав мигрантов в международном масштабе. Впервые 19 сентября 2016 года главы государств и правительств собрались вместе для обсуждения на глобальном уровне в рамках Генеральной Ассамблеи ООН вопросов, касающихся миграции и беженцев. Это направило важное политическое сообщение о том, что вопросы миграции и беженцев стали серьезными проблемами в международной повестке дня. Принимая Нью-Йоркскую декларацию о беженцах и мигрантах, 193 государства-члены ООН признали необходимость всеобъемлющего подхода к вопросу перемещения людей и расширили сотрудничество на глобальном уровне и обязались:

- Защищать безопасность, достоинство и права человека и основные свободы всех мигрантов, независимо от их миграционного статуса и в любое время;
- Оказывать поддержку странам, спасающим и принимающим большое количество беженцев и мигрантов;
- Интеграция мигрантов – удовлетворение их потребностей и возможностей, а также потребностей принимающих общин – в рамках гуманитарной помощи и помощи в целях развития и планирования;
- Бороться с ксенофобией, расизмом и дискриминацией по отношению ко всем мигрантам;
- Разработать в рамках процесса, управляемого государством, необязательные принципы и добровольные руководящие принципы обращения с мигрантами в уязвимых ситуациях; а также:
- Укрепить глобальное управление миграцией, в том числе путем ввода МОМ в семью ООН и путем разработки глобального договора о безопасной, упорядоченной и регулярной миграции.

В приложении II к Нью-Йоркской декларации был принят процесс межправительственных консультаций и переговоров, в результате которых планируется принять глобальный договор о миграции на межправительственной конференции по международной миграции в 2018 году. Данный международный инструмент представляется крайне актуальным как для Кыргызской Республики, так и для стран Центрально-Азиатского региона в целом.

Региональные международные инструменты

1. Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 г.

Трудящиеся-мигранты пользуются социальным страхованием и социальным обеспечением (кро-

ме пенсионного) в соответствии с действующим на территории Стороны трудоустройства законодательством, если иное не предусмотрено специальным соглашением. Их медицинское обслуживание осуществляется за счет работодателя (нанимателя) Стороны трудоустройства на одинаковом уровне с ее гражданами.

2. Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 г.

Соглашение устанавливает порядок возмещения вреда, причиненного работнику вследствие трудового увечья, иного повреждения здоровья (в том числе при наступлении потери трудоспособности в результате несчастного случая на производстве, связанного с исполнением работниками трудовых обязанностей, после переезда пострадавшего на территорию другой Стороны).

3. Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 г.

Скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности предоставляется беспрепятственно и в необходимом объеме во всех лечебных учреждениях (независимо от наличия или отсутствия медицинского страхового полиса) гражданам государств Содружества, не являющимся гражданами государства временного пребывания.

4. Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 г.

Гарантируется медицинское обеспечение и оказание скорой и неотложной медицинской помощи трудящимся государств-членов.

5. Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 г.

Конвенция призвана закреплять основные права трудящихся-мигрантов, включая право на получение безвозмездной скорой (неотложной) медицинской помощи и иной медицинской помощи на возмездной основе.

6. Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 г.[7]

Данный договор представляется наиболее детализированным и следует остановиться на нем подробнее. В Договоре закреплено право трудящихся государств-членов на получение медицинской помощи на территориях стран ЕАЭС.

Во-первых, в каждом государстве – члене Евразийского экономического союза трудящиеся и члены их семей имеют право на получение бесплатной медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) наравне с гражданами государства трудоустройства и независимо от наличия медицинского страхового полиса.

Во-вторых, в отдельных государствах-членах у трудящихся есть право на получение медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию (например в Кыргызской Республике, Российской Федерации, Республике Казахстан). Таким образом, Договор о Союзе уравнивает трудящихся и членов семей с гражданами государства трудоустройства в праве на получение медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах), т.е. предоставляет так называемый национальный режим. При этом возмещение затрат медицинской организации на оказание такой помощи осуществляется за счет соответствующего бюджета государства трудоустройства. В случае продолжения лечения пациента в медицинской организации государства трудоустройства после

7 Раздел XXVI «Трудовая миграция».

устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих оплата фактической стоимости оказанных услуг осуществляется непосредственно пациентом по договорным ценам.

Лечение оплачивает сам пациент за счет собственных средств или из иных источников, не запрещенных законодательством государства-члена.

Договор о Союзе также охватывает вопросы, связанные с медицинской эвакуацией пациента в государство постоянного проживания, в случае возникновении такой необходимости. При необходимости медицинской эвакуации пациента в государство проживания информация о состоянии здоровья направляется медицинской организацией в посольство и (или) уполномоченный орган (организацию) государства постоянного проживания. Возможность и порядок медицинской эвакуации пациента определяются в соответствии с законодательством государств-членов. Она осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования. Возмещение расходов, связанных с медицинской эвакуацией пациента, осуществляется за счет соответствующего бюджета бюджетной системы государства постоянного проживания.

1.1.3 Национальное законодательство

1. Конституция Кыргызской Республики.

Статья 47 устанавливает, что каждый (в том числе иностранные граждане и лица без гражданства) имеет право на охрану здоровья. Государство создает условия для медицинского обслуживания каждого и принимает меры по развитию государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения. Бесплатное медицинское обслуживание, а также медицинское обслуживание на льготных условиях осуществляется в пределах государственных гарантий, предусмотренных законом.

2. Закон «О внешней трудовой миграции» от 13 января 2006 года N4.

Закон устанавливает, что работодатель ответственен за обеспечение медицинского обслуживания трудящегося-мигранта и членов его семьи.

3. Закон Кыргызской Республики об охране здоровья граждан Кыргызской Республики от 9 января 2005 года N6.

Статья 63 устанавливает, что иностранным гражданам, находящимся на территории Кыргызской Республики, лицам без гражданства, постоянно проживающим в Кыргызской Республике, и беженцам гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с законодательством Кыргызской Республики и международными договорами Кыргызской Республики. Порядок оказания медико-санитарной помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения.

4. Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 17 июня 1999 года N60.

Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Кыргызской Республики, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Кыргызской Республики.

5. Закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике от 18 октября 1999 года N112.

Статьей 8 Закона установлено, что иностранные граждане, временно находящиеся или постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики подлежат обязательному медицинскому страхованию. При этом за иностранных граждан, временно находящихся на территории Кыргыз-

ской Республики, взносы уплачиваются работодателем или самостоятельно иностранными гражданами в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, если иное не предусмотрено межгосударственными соглашениями

6. Закон Кыргызской Республики «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 года N159.

Закон устанавливает систему Единого плательщика – консолидация финансовых ресурсов здравоохранения из средств базового государственного медицинского страхования и обязательного медицинского страхования с целью последующего проведения одноканального финансирования по расчетам за медико-санитарные и фармацевтические услуги, оказанные населению организациями здравоохранения. Функционирование системы Единого плательщика предусматривает определение в Кыргызской Республике единого финансирующего органа здравоохранения с передачей ему полномочий управления средствами базового государственного медицинского страхования и обязательного медицинского страхования.

7. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О медицинском обслуживании иностранных граждан» от 15 июня 2000 г. № 346.

Данным постановлением утвержден Перечень государственных лечебных учреждений, оказывающих медицинские услуги иностранным гражданам, а также Прейскурант на медицинские услуги для иностранных граждан, находящихся в Кыргызской Республике. Однако данный нормативно-правовой акт не затрагивает отдельно категорию, относящуюся к мигрантам.

8. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О Фонде обязательного медицинского страхования» от 20 февраля 2012 г. № 133.

Постановление учреждает Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) для гарантированного обеспечения граждан Кыргызской Республики (а также иностранных граждан и лиц без гражданства) качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью и программ обязательного медицинского страхования.

9. Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения о полисе обязательного медицинского страхования» от 28 февраля 2012 года N151.

Постановление устанавливает Полис ОМС, который является документом, дающим право на получение медицинских услуг по реализуемым государственным программам в системе обязательного медицинского страхование и статус застрахованности лицам, не охваченным системой обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике.

10. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики «Об утверждении Временного положения о порядке и условиях осуществления обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Кыргызской Республике» от 19 февраля 2016 года № 123.

Приказ устанавливает обязательный порядок медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Кыргызской Республике. Такие лица для получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, предъявляют полис обязательного медицинского страхования.

Таким образом, одним из видов оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике, в том числе и мигрантам, является обязательное медицинское страхование. Субъектами базового государственного медицинского страхования являются граждане Кыргызской Республики и иностранные граждане в случаях, предусмотренных международными договорами.

Более подробно, следует остановиться на механизмах союзного договора ЕАЭС и национального законодательства Кыргызстана. Так трудящиеся государств-членов ЕАЭС имеют право на получение медицинских услуг по Программе государственных гарантий наравне с гражданами Кыргызстана, при наличии у них трудового договора с работодателем и отчислением страховых взносов в Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики. Реализация программы базового государственного медицинского страхования осуществляется через исполнительный орган системы медицинского страхования, которым является Фонд медицинского страхования и его территориальные органы управления. Эта программа реализуется за счет средств республиканского и местных бюджетов на основе минимальных социальных стандартов. Программа обязательного медицинского страхования состоит из базовой и дополнительных программ обязательного медицинского страхования.

Обязательному медицинскому страхованию подлежат, в том числе иностранные граждане, временно находящиеся или постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики. Застрахованные лица имеют право на получение медицинских, профилактических, реабилитационных и оздоровительных услуг по программе обязательного медицинского страхования на всей территории Кыргызстана в тех лечебно-профилактических учреждениях, с которыми заключены договоры по обязательному медицинскому страхованию. Застрахованные лица обязаны при обращении за медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования предъявлять документы, подтверждающие их право на получение медицинских и профилактических услуг. Страхователем иностранных граждан, временно находящихся на территории Кыргызской Республики, является работодатель или сами иностранные граждане в соответствии с законодательством страны, если иное не предусмотрено межгосударственными соглашениями[8]. Размер страхового взноса в Фонд обязательного медицинского страхования составляет 2% для работодателя[9]. Для приобретения полиса обязательного медицинского страхования можно обратиться в территориальное управление Фонда обязательного медицинского страхования. Медицинская помощь в рамках Программы обязательного медицинского страхования предоставляется застрахованным лицам в Кыргызской Республике после идентификации пациента в базе данных Фонда обязательного медицинского страхования и определения сроков выплаты за него взносов[10]. Документом, на основании которого производится идентификация застрахованного лица, является удостоверение социальной защиты. Для получения медицинской услуги застрахованные лица:

- предъявляют документы, на основании которых будет проведена их идентификация при обращении за медицинскими услугами по программе обязательного медицинского страхования;
- заботятся о сохранении страховых документов и не передают их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- в случае утраты полиса обязательного медицинского страхования лично или через страхователя в письменном виде извещают об этом территориальный орган управления Фонда медицинского страхования, выдавший полис.

8 Закон Кыргызской Республики «О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию» от 24 января 2004 г. № 8.

9 Постановление Правительства Кыргызской Республики «Правила обязательного медицинского страхования граждан в Кыргызской Республике» от 9 марта 2000 г. № 121, пункт 8-7.

10 Там же, пункт 14.

1.1.4 Концептуальные основы миграционной политики Кыргызстана в период независимости

За годы независимости в Кыргызстане было принято несколько концептуальных документов в сфере миграции:

- Концепция государственной демографической и миграционной политики Кыргызской Республики, утвержденная Указом Президента КР от 28 апреля 2000 г. № 102.
- Концепция государственной миграционной политики до 2010 г., утвержденная Указом Президента КР от 30 апреля 2004 г. № 151.
- Государственная Программа мер по регулированию миграционных процессов в КР на 2007–2010 гг.
- Программа содействия занятости населения и регулирования трудовой миграции до 2020 г., утвержденная Постановлением Правительства КР от 6 сентября 2013 г.

В целом, анализ концептуальных документов, в частности, положений, касающихся внешней трудовой миграции, показал, что кардинальных концептуальных новшеств на протяжении последних 10–15 лет не наблюдалось. Можно констатировать, что формально в концептуальных документах отражалось понимание экономических и демографических проблем Кыргызстана, ограниченность выбора эмиграционных направлений и сильная зависимость от основных стран-реципиентов трудящихся-мигрантов. Несмотря на небольшие различия в акцентах, в целом в таких документах прослеживается логика страны-экспортера трудовых ресурсов.

Особо следует отметить, что ни один из вышеперечисленных концептуальных документов не содержит положений, направленных на обеспечение прав мигрантов на получение медицинских услуг. Тем более, нет взаимосвязи программ в сфере миграции с программными документами в области медицины.

1.1.5 Кыргызская Республика: выводы и специфические рекомендации

Анализ нормативной правовой базы Кыргызской Республики и международных обязательств, взятых на себя в рамках универсальных документов по правам человека, документов Международной организации труда, соглашений Содружества независимых государств показывает, что в целом в республике создана правовая база по обеспечению права мигрантов на получение медицинских услуг.

В то же время следует отметить, что специальный закон в области регулирования миграции[11] устанавливает обязанности хозяйствующих субъектов по представлению в государственный орган по миграции и самому трудовому мигранту информацию о медицинском обеспечении. Также трудовой договор (контракт) также должен содержать вопросы по организации медицинского обслуживания и медицинского страхования.

Однако существующие пробелы в законодательстве позволяют сделать следующие выводы и рекомендации:

1. Действующие нормативные правовые акты направлены на регулирование медицинского обслуживания мигрантов, находящихся в республике на законных основаниях. В то же время в рамках международных обязательств республика обязана соблюдать права человека, включая право на получение медицинских услуг, включая и незаконно прибывших в страну[12]. Таким образом, необходимо имплементировать гарантии этих прав в национальное законодательство.

11 Закон КР «О внешней трудовой миграции».

12 Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт о социальных, экономических и культурных правах.

2. Нормы содержащиеся в Законе КР «О внешней трудовой миграции» декларативны в отношении гарантий прав мигрантов на медицинское обслуживание. Детально вопросы по обеспечению доступа мигрантов к медицинским услугам закреплены в Приказе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики «Об утверждении Временного положения о порядке и условиях осуществления обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Кыргызской Республике» от 19 февраля 2016 года № 1. Однако этот акт не является нормативным правовым актом и имеет низший статус в иерархии правовых актов[13]. Представляется что данные вопросы должна быть закреплены нормативным правовым актом Правительства Кыргызской Республики.

3. Как было указано в параграфе 1, настоящего раздела Кыргызская Республика подписала ряд соглашений в рамках СНГ, по которым мигрантам гарантируется получение скорой медицинской помощи на безвозмездной основе. Однако данное положение не было впоследствии закреплено в нормативных правовых актах республики. В этой связи, необходимо также имплементировать данные обязательства в национальном законодательстве.

4. К сожалению, в принятых программных документах республики, таких как концепции, стратегии, программы также не отражаются вопросы по обеспечению права мигрантов на получение медицинских услуг, что представляется существенным пробелом. В этой связи рекомендуется включить данные вопросы в национальные концептуальные документы в сфере миграции и медицины.

5. Также рекомендуется рассмотреть вопрос о присоединении Кыргызской Республики к Конвенции Международной организации труда о равноправии граждан страны и иностранцев и лиц без гражданства в области социального обеспечения № 118, 1962 г., которая устанавливает рамки, в которых каждое государство-участник может принять на себя обязательства в определенных отраслях социального обеспечения, включая медицинскую помощь, пособиям по болезни, беременности и родам и т. д.

6. В целях кодификации законодательства в сфере регулирования вопросов миграции необходимо провести работу либо по внесению изменений и дополнений в действующее законодательство, либо разработке отдельного нормативного правового акта, который бы учитывал все аспекты миграции с учетом прав человека, закрепленных как в универсальных, так и региональных международных договорах.

13 В соответствии с Законом Кыргызской Республики «О нормативных правовых актах Кыргызской Республики от 20 июля 2009 года N 241.

СПИСОК 1 Международные нормативно-правовые акты Кыргызской Республики в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.
2. Конвенция Международной организации труда о работниках-мигрантах № 97, 1949 г.
3. Международная конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей 1990 г.
4. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г.
5. Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 г.
6. Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 г.
7. Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 г.
8. Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 г.
9. Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 г.
10. Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 г.

СПИСОК 2 Нормативные правовые акты Кыргызской Республики, связанные с правом мигрантов на здоровье

1. Конституция Кыргызской Республики.
2. Закон «О внешней трудовой миграции» от 13 января 2006 года N4.
3. Закон Кыргызской Республики об охране здоровья граждан Кыргызской Республики от 9 января 2005 года N6.
4. Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 17 июня 1999 года N60.
5. Закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике от 18 октября 1999 года N112.
6. Закон Кыргызской Республики «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 года N159.
7. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О медицинском обслуживании иностранных граждан» от 15 июня 2000 г. № 346.
8. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О Фонде обязательного медицинского страхования» от 20 февраля 2012 г. № 133.
9. Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения о полисе обязательного медицинского страхования» от 28 февраля 2012 года N151.
10. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики «Об утверждении Временного положения о порядке и условиях осуществления обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Кыргызской Республике» от 19 февраля 2016 года № 123.

ТАБЛИЦА 1 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Кыргызская Республика: Структурные факторы

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
Международные договоры в области прав человека, имеющие отношение к праву на наивысший достижимый уровень физического и психологического здоровья, ратифицированные государством	ДА • Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. • Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г. • Конвенция Международной организации труда о работниках-мигрантах № 97 1949 г. • Международная конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей 1990 г.
Национальное/региональное / местное законодательство, которое признает равенство права на здоровье для всех лиц, находящихся под государственной юрисдикцией, без дискриминации на любых запрещённых основаниях	ДА Национальное законодательство приведено в списке 2. Региональное законодательство: • Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 г. • Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 г. • Соглашение об оказании медицинской п омощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 . • Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 г. • Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 г.

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 г
Признание права мигрантов на здоровье в законодательстве, в том числе его объем и содержание в зависимости от типа медицинского обслуживания (например, только скорая помощь) и миграционный статус или статус пребывания в стране	НЕТ В законодательстве отсутствует понятие право мигрантов на здоровье, но они рассматриваются как иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие или временно проживающие в Кыргызской Республике. Таким образом, мигранты имеют право на медицинское обслуживание наравне с гражданами КР.
Включение мигрантов в политику и программы в области общественного здравоохранения в качестве конкретной целевой группы, в том числе к тем, которые направлены на снижение неравенства и неравноправия в области здравоохранения, и обращение к социальным детерминантам здоровья	НЕТ Мигранты не включены в существующие национальные программы по здравоохранению в качестве отдельной категории или конкретной целевой группы, например в Национальную программу реформирования системы здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016 гг..
Механизм сбора и публикации периодических данных о состоянии здоровья и медицинских услугах, в разбивке по миграционному статусу или статусу пребывания, возрасту, полу, этническому происхождению, национальности, гражданству родителей, месту жительства, продолжительности проживания и социально-экономическому статусу	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.
Дата вступления в силу и охват внутренним законодательством реализации права на здоровье мигрантов, в том числе, запрещение прямой или косвенной дискриминации со стороны государственных или частных субъектов путем нарушения доступа к здоровью	ДА (Полный список нормативно-правовых актов приведен в списке 2).
Существование правоприменительных практик по вопросу о праве на здоровье мигрантов, с разбивкой по их миграционному статусу или статусу пребывания	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.
Механизмы, направленные на сбор данных для оценки причин высокой распространенности проблем со здоровьем у мигрантов, по сравнению с гражданами	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.

ТАБЛИЦА 2 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Кыргызская Республика: Процессы и результаты

Доступность медицинских учреждений, товаров и услуг	Культурная приемлемость медицинских учреждений	Естественная и производственная среда	Сексуальное и репродуктивное здоровье	Педиатрическая помощь
Законодательство, которое не вводит требования в отношении государственных служащих, работников сферы здравоохранения об извещении о нелегальном статусе мигрантов в соответствующие миграционные инстанции при предоставлении медицинских услуг. Такого требования нет. Меры, предназначенные для ликвидации формальных и практических препятствий, которые мешают или препятствуют осуществлению права на здоровье, например, требование вида на жительство, или дополнительные сборы по признаку	Законодательство, которое запрещает ксенофобию (ненавистное отношение) к иностранцам в медицинских учреждениях. Такого спец.законодательства нет. Конституция запрещает любую дискриминацию. Общественные учреждения, развивающие межкультурную политику в области здравоохранения, программы и услуги. Уполномоченным органом является Минздрав КР.	Правовая защита права на нормальные условия проживания, включая доступ к услугам водоснабжения и канализации, без дискриминации по признаку гражданства, миграционному статусу или статусу пребывания. Специального запрета дискриминации по этим критериям нет. Применение правил и / или наличие правоприменительных практик по правам арендаторов квартир, в разбивке по их миграционному или статусу пребывания. Отсутствует.	Правовая защита прав мигрантов в области сексуального и репродуктивного здоровья, независимо от национальности, миграционного статуса или места жительства, или наравне с гражданами. Отдельных положений в законодательстве по миграции и медицине нет. Однако международные акты, которые являются частью законодательства КР предусматривают данные гарантии.	Правовая защита детского права на охрану здоровья, независимо от их миграционного статуса или статуса родителей. Предусмотрена Конвенцией о правах ребенка и Кодексом КР о детях. Юридическое признание права на регистрацию рождения, независимо от места жительства или миграционного статуса родителей. Предусмотрена Конвенцией о правах ребенка и Кодексом КР о детях.

Доступность медицинских учреждений, товаров и услуг	Культурная приемлемость медицинских учреждений	Естественная и производственная среда	Сексуальное и репродуктивное здоровье	Педиатрическая помощь
гражданства или миграционному статусу или статусу проживания, а также извещение соответствующих миграционных инстанций. **Таких специальных мер нет, мигранты приравнены к гражданам КР.**	Нормативно-правовая база и политика, направленная на устранение языковых и культурных барьеров в медицинских учреждениях. **Законодательство предусматривает обслуживание больных на знакомом им языке.**	Применение законодательства по вопросам безопасности и гигиены труда, в том числе права и защиты работников независимо от их статуса. **Закреплено как в законодательстве так и международных соглашениях.**		
Политика, направленная на периодическое обеспечение справедливых качественных и количественных условий в медицинских учреждениях. **Закреплена в законодательстве, напр. Временное положен.* или ППКР №133 от 20.02.2012**	Политика, направленная на включение межкультурного, основанного на правах подхода к миграции в программы медицинских учебных учреждениях. **Отсутствует**			
	Услуги в области здравоохранения, направленные на решение проблем психологического здоровья, связанных с миграцией. **Специально не закреплены**			

* Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики «Об утверждении Временного положения о порядке и условиях осуществления обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Кыргызской Республике» от 19 февраля 2016 года № 123.

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

1.2 РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

1.2.1 Общее понимание и состояние

В развитии иммиграционных и эмиграционных процессов в Казахстане за период независимости (1992 год – настоящее время) можно выделить четыре этапа:

1. 1990-е годы – период кризисного социально-политического и социально-экономического развития и связанного с этим миграционного «донорства», когда иммиграция (в основном – этнических казахов, возвращающихся в Казахстан как на «историческую родину») многократно перекрывается эмиграционным оттоком, приведшим к существенному сокращению «русскоязычной» составляющей населения Казахстана. Важной характеристикой периода является и то, что в это время миграционные процессы развиваются в основном стихийно, хотя в 1995 году вышел Указ Президента Казахстана «О правовом положении иностранных граждан в Республике Казахстан»[14].

2. Конец 1990-х годов, когда принимаются первые попытки упорядочить миграционные процессы за счет принятия соответствующего законодательства (в 1997 году в Казахстане был принят Закон «О миграции населения»[15]), а также создания Агентства по миграции и демографии[16]. В Законе «О миграции населения» также впервые были официально утверждены критерии статуса оралманов (лиц, возвращающихся в Казахстан как на «историческую родину»), а в 1998 году принимается Концепция репатриации этнических казахов на историческую родину[17].

3. Первая половина 2000-х годов – период социально-экономической стабилизации и экономического роста (в том числе – относительного в сравнении с другими странами Центральной Азии). Период характеризуется значительным сокращением эмиграции и постепенным нарастанием иммиграции (прежде всего – из стран Центральной Азии), в том числе – этнической (приток в страну этнических казахов в рамках программы поддержки их возвращения на «историческую родину»). В совокупности это привело к тому, что Казахстан становится миграционным реципиентом (хотя в абсолютном выражении положи-

14 Президент Республики Казахстан. Указ, имеющий силу закона, от 19 июня 1995 года № 2337 О правовом положении иностранных граждан в Республике Казахстан.

15 Республика Казахстан. Закон от 13 декабря 1997 года № 204 О миграции населения // Ведомости Парламента Республики Казахстан. – 1997. – № 24. – Ст. 341.

16 Президент Республики Казахстан. Указ от 8 декабря 1997 года № 3783 О создании Агентства по миграции и демографии Республики Казахстан// Собрание актов Президента и Правительства Республики Казахстан. – 1997. – № 52. – Ст. 475.

17 Правительство Республики Казахстан. Постановление от 16 сентября 1998 года № 900 О Концепции репатриации этнических казахов на историческую родину.

тельный показатель сальдо внешней миграции невелик, позитивная динамика прослеживается весьма отчетливо). Влияние оказало и то, что к этому времени миграционный потенциал «русскоязычной» составляющей оказался в значительной мере исчерпанным. В этот период в закон «О миграции населения» вносится ряд поправок[18], также начинает действовать Программа миграционной политики Республики Казахстан на 2001–2010 годы[19]. В 2000 и 2007 годах принимаются, соответственно, Концепция миграционной политики Республики Казахстан[20] и Концепция миграционной политики Республики Казахстан на 2007–2015 годы[21].

4. Вторая половина 2000-х годов и 2010-е годы – период вхождения Казахстана в экономический кризис, обусловленный, вначале – мировым финансово-экономическим кризисом 2008 года, а затем – снижением цен на сырьевые ресурсы. В 2011 году принимается новая редакция Закона «О миграции населения»[22], страна отказывается от дальнейшей реализации Концепции миграционной политики Республики Казахстан на 2007–2015 годы[23], Программа «Нұрлы көш» на 2009–2011 годы, направленная на обеспечение рационального расселения и содействия в обустройстве этническим иммигрантам, не получила дальнейшего развития.

В 2016 году в Закон «О миграции населения» были внесены изменения и поправки[24], связанные с увязкой вопросов миграции (как внешней, так и внутренней) с угрозами терроризма и экстремизма и направленные на формирование «интегрированной системы миграционного контроля»[25].

На протяжении существования Казахстана как суверенного и независимого государства, им не были подписаны основные универсальные международные документы, касающиеся социальной защиты мигрантов. При этом Казахстан является подписантом практически всех соглашений, регулирующих миграционные процессы на постсоветском пространстве.

К настоящему времени Казахстан закрепил свой статус в рамках Центральноазиатской миграционной подсистемы как в основном принимающего государства. Соответственно вопросы правового статуса и социального (в том числе – медицинского) обеспечения мигрантов в этой стране приобретают ключевое значение для миграционных процессов в Центральной Азии.

18 См. Республика Казахстан. Закон от 27 марта 2002 года № 313-2. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «О миграции населения»// Ведомости Парламента Республики Казахстан. – 2002. – № 6. – Ст. 76.

19 Правительство Республики Казахстан. Постановление от 29 октября 2001 года № 1371. Об утверждении отраслевой Программы миграционной политики Республики Казахстан на 2001-2010 годы.

20 Правительство Республики Казахстан. Постановление от 5 сентября 2000 года № 1346 О Концепции миграционной политики Республики Казахстан.

21 Президент Республики Казахстан. Указ от 28 августа 2007 года № 399 О Концепции миграционной политики Республики Казахстан на 2007-2015 годы.

22 Республика Казахстан. Закон от 22 июля 2011 года № 477-IV О миграции населения// Казахстанская правда. – 2011. – 6 августа.

23 Президент Республики Казахстан. Указ от 23 мая 2011 года № 88 О признании утратившим силу Указа Президента Республики Казахстан от 28 августа 2007 года № 399.

24 Республика Казахстан. Закон от 22 декабря 2016 года № 28-VI О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам противодействия экстремизму и терроризму// Казахстанская правда. – 2016. – 27 декабря.

25 Заседание Совета Безопасности под председательством Главы государства// Официальный сайт Президента Республики Казахстан «Ак Орда». – 2016. – 10 июня// http://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/zasedanie-soveta-bezopasnosti-pod-predsedatelstvom-glavy-gosudarstva-4.

1.2.2 Международные и региональные законодательство и нормы

Универсальные международные механизмы

В соответствии с Конституцией Республики Казахстан (Статья 4, пункт 3) «Международные договоры, ратифицированные Республикой, имеют приоритет перед ее законами. Порядок и условия действия на территории Республики Казахстан международных договоров, участником которых является Казахстан, определяются законодательством Республики».

Являясь членом ООН и поддерживая цели Устава этой организации, Казахстан разделяет установки Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 года, предполагающие, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, а также право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам. Однако поскольку данный документ, как декларация, по своему статусу не является обязательным к выполнению, он не накладывает на Казахстан какие-либо обязательства и формирует только контекст функционирования правовой системы страны.

Региональные международные инструменты

Казахстан является подписантом ряда региональных международных документов, разработанных в рамках Содружества независимых государств (СНГ) и определяющих государственную позицию в отношении мигрантов. Среди них:

- Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 года, в соответствии с которым трудящиеся-мигранты пользуются социальным страхованием и социальным обеспечением (кроме пенсионного) в соответствии с действующим на территории страны трудоустройства законодательством, если иное не предусмотрено специальным соглашением. Их медицинское обслуживание осуществляется за счет работодателя (нанимателя) страны трудоустройства на одинаковом уровне с ее гражданами.
- Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 года. Соглашение устанавливает порядок возмещения вреда, причиненного работнику вследствие трудового увечья, иного повреждения здоровья (в том числе при наступлении потери трудоспособности в результате несчастного случая на производстве, связанного с исполнением работниками трудовых обязанностей, после переезда пострадавшего на территорию другой страны).
- Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников СНГ от 27 марта 1997 года, в соответствии с которым гражданам государств Содружества, не являющимся гражданами государства пребывания, во всех лечебных учреждениях скорая и неотложная медицинская помощь должна предоставляться беспрепятственно и в необходимом объеме независимо от наличия или отсутствия медицинского страхового полиса при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности.
- Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 года, закрепляющая основные права трудящихся-мигрантов,

включая право на получение безвозмездной скорой (неотложной) медицинской помощи и иной медицинской помощи на возмездной основе.

Также Казахстан является подписантом Соглашения о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 года, в соответствии с которым трудящимся государств-членов соглашения гарантируется медицинское обеспечение и оказание скорой и неотложной медицинской помощи.

Ключевым с точки зрения определения положения трудящихся-мигрантов на настоящий момент является Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 года, в частности раздел XXVI «Трудовая миграция». Договор (статья 96) закрепляет понятия:

- «трудящийся государства-члена» – лицо, являющееся гражданином государства-члена, законно находящееся и на законном основании осуществляющее трудовую деятельность на территории государства трудоустройства, гражданином которого оно не является и в котором постоянно не проживает;
- «член семьи» – лицо, состоящее в браке с трудящимся государства-члена, а также находящиеся на его иждивении дети и другие лица, которые признаются членами семьи в соответствии с законодательством государства трудоустройства;
- «социальное обеспечение (социальное страхование)» – обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и обязательное медицинское страхование.

В соответствии со статьей 98, трудящиеся государств-членов и члены их семей имеют право на социальное обеспечение (социальное страхование) на тех же условиях, что и граждан государства трудоустройства. Также они имеют право на получение скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах). В статье оговорено, что предоставление иной медицинской помощи регулируется также законодательством государства трудоустройства и международными договорами, участником которых оно является.

Более детально вопросы медицинской помощи трудящимся государств-членов и членам их семей оговорены в Протоколе об оказании медицинской помощи трудящимся государств-членов и членам семей (Приложение 30 к Договору о Евразийском экономическом союзе). Протокол закрепляет понятия:

- «скорая медицинская помощь (в неотложной форме)» – комплекс медицинских услуг, оказываемых при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- «скорая медицинская помощь (в экстренной форме)» – комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, представляющих угрозу жизни пациента;
- «медицинская эвакуация» – транспортировка пациента в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе пациентов, которым невозможно оказание необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях в медицинских организациях (учреждениях здравоохранения), в которых они находятся, и пациентов, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, а также страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих).

Протокол определяет, что скорая медицинская помощь (в экстренной и неотложной формах) оказывается трудящимся государств-членов и членам их семей медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) государственной и муниципальной систем здравоохранения государства трудоустройства бесплатно, независимо от наличия медицинского страхового полиса.

В случае продолжения лечения пациента в медицинской организации (учреждении здравоохранения) государства трудоустройства после устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих оплата фактической стоимости оказанных услуг осуществляется пациентом или из иных источников, не запрещенных законодательством государства трудоустройства, по тарифам или договорным ценам. При необходимости осуществления медицинской эвакуации пациента в государство постоянного проживания возмещение расходов осуществляется за счет бюджетной системы государства постоянного проживания или иных источников, не запрещенных законодательством государства постоянного проживания.

Также Казахстан имеет двусторонние соглашения, регулирующие социальную защиту трудящихся-мигрантов, например, Соглашение между Правительством Республики Казахстан и Правительством Азербайджанской Республики о трудовой деятельности и социальной защите граждан Азербайджанской Республики, временно работающих на территории Республики Казахстан, и граждан Республики Казахстан, временно работающих на территории Азербайджанской Республики (утверждено постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 июля 2000 года № 1123).

1.2.3 Национальное законодательство

Законодательство Республики Казахстан о правовом положении иностранцев основывается на Конституции Республики Казахстан и определяет в соответствии с ней основные права и обязанности иностранцев, порядок их въезда в Казахстан, пребывание и передвижение по ее территории и выезда из Казахстана.

1. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 марта 2017 года).

Вопрос иностранных граждан, находящихся на территории Казахстана, затрагивается в статье 12, согласно которой иностранцы и лица без гражданства пользуются в стране «правами и свободами, а также несут обязанности, установленные для граждан, если иное не предусмотрено Конституцией, законами и международными договорами». Хотя в Конституции нет прямой отсылки к вопросу охраны здоровья иностранцев и лиц без гражданства, данная статья позволяет считать, что право граждан Казахстана на «бесплатный гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом», закрепленное статьей 29, распространяется не только на граждан, но и на всех, находящихся на территории страны.

2. Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).

Закон (статья 4) вводит деление иностранцев и лиц без гражданства, находящихся на территории Казахстана на две группы: (1) постоянно проживающие в Казахстане (получившие соответствующее разрешение и документ на право постоянного проживания, обязательным условием предоставления которых является подтверждение платежеспособности в порядке и размерах, определяемых Правительством Республики Казахстан) и (2) временно пребывающие.

В соответствии со статьей 7 «иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, в сфере охраны здоровья пользуются правами и свободами, а также несут обязанности, установленные для граждан, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан и международными договорами». При этом специально указывается, что «временно пребывающим в Республике Казахстан иностранцам медицинская помощь оказывается в порядке, устанавливаемом органом здравоохранения Республики Казахстан».

Данный порядок в настоящее время регламентируется Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

3. Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).

Закон (статья 3) фиксирует пять видов иммиграции:

- с целью возвращения на историческую родину;
- с целью воссоединения семьи;
- с целью получения образования;
- с целью осуществления трудовой деятельности;
- по гуманитарным и политическим мотивам.

В соответствии со статьей 5, иммигранты имеют право на медицинскую и социальную помощь в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан. Данный порядок в настоящее время регламентируется Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

В соответствии со статьей 12, уполномоченный орган в области здравоохранения – Министерство здравоохранения – утверждает порядок оказания иммигрантам медицинской помощи (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи»), а также перечень заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан»).

Этнические казахи и члены их семей, возвращающиеся в Казахстан как историческую родину (оралманы) обеспечиваются медицинской помощью в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения (статья 23).

Иммигранты, въезжающие в Казахстан с целью воссоединения семьи, для получения соответствующей визы должны представить медицинскую страховку (статья 28).

Иммигранты, прибывающие с целью получения образования, обязаны иметь медицинскую справку, подтверждающую отсутствие заболеваний, препятствующих прохождению обучения по избранной специальности, и иметь медицинскую страховку (статья 31).

Иностранные работники, прибывающие для самостоятельного трудоустройства или привлекаемые работодателями, бизнес-иммигранты и сезонные работники обязаны иметь медицинскую справку, подтверждающую отсутствие заболеваний, препятствующих трудовой деятельности по избранной специальности и иметь медицинскую страховку (статьи 35, 39, 41).

Медицинские условия пребывания в Казахстане иммигрантов по гуманитарным и политическим мотивам закон не определяет.

По медицинским основаниям (наличие заболевания, являющегося противопоказанием для въезда в Казахстан) иммигранту может быть отказано во въезде в Казахстан (статья 48), это же является основанием отказа в выдаче разрешения на постоянное проживание или аннулировать такое разрешение (статья 49).

4. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).

Закон регулирует общественные отношения, возникающие в системе обязательного социального медицинского страхования, в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья. Согласно статье 2, «иностранцы и лица без гражданства, постоянно проживающие на

территории Республики Казахстан, а также оралманы пользуются правами и несут обязанности в системе обязательного социального медицинского страхования наравне с гражданами Республики Казахстан, если иное не предусмотрено настоящим Законом».

В соответствии со статьей 5 (вводится с 1 января 2018 года), право на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования имеют граждане за которых осуществлялась уплата отчислений (взносов) не менее двух месяцев за последние двенадцать календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения за медицинской помощью. Статья 7 (вводится с 1 января 2018 года) предполагает, что в системе обязательного социального медицинского страхования предоставляются:

- амбулаторно-поликлиническая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях и заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом), включающая первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- стационарная помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом) – по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации, определяемого уполномоченным органом;
- стационарозамещающая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом) – по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;
- высокотехнологичные медицинские услуги.

5. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года).

Статья 34 определяет гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет бюджетных средств. В него входят:

- скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- амбулаторно-поликлиническая помощь (первичную медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов);
- стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации, определяемых уполномоченным органом, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления;
- стационарозамещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;
- восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- паллиативная помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных уполномоченным органом.

В соответствии со статьей 88, иностранные граждане имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, но только при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих. Перечень социально значимых заболеваний и заболеваний,

представляющих опасность для окружающих, определяется уполномоченным органом – министерством здравоохранения (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»). Беженцам, а также лицам, ищущим убежище, оказываются профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, в порядке и объеме, которые определяются уполномоченным органом (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью). Кодекс устанавливает (статья 156), что физические лица, находящиеся на территории Республики Казахстан, вправе получать профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Остальные медицинские услуги в соответствии со статьей 35 предоставляются на платной основе на основании договора, заключаемого между пациентом и субъектом здравоохранения, предоставляющим данные услуги.

В соответствии со статьей 115 граждане Казахстана и оралманы имеют право на добровольное анонимное и (или) конфиденциальное медицинское обследование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе. Права и обязанности иностранных граждан и лиц без гражданства определены в данном вопросе не полностью, однако указывается, что они «в случае уклонения от обследования на наличие ВИЧ выдворяются за пределы Республики Казахстан».

В соответствии со статьёй 155 работодатели обеспечивают за счет своих средств своевременное прохождение периодических обязательных медицинских осмотров работниками, подлежащими данным осмотрам, в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения, а также создают условия для прохождения профилактических медицинских осмотров лицами, подлежащими данным осмотрам, в соответствии с перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемым Правительством Республики Казахстан. Лица, не прошедшие данные осмотры или признанные непригодными к работе по состоянию здоровья не допускаются к выполнению работ.

В отношении детей иностранцев кодекс сохраняет неопределенность. В статье 89, посвященной правам детей, не фиксируется, идет ли речь о детях граждан Казахстана или любых детях.

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

Приказ подготовлен в соответствии с Законом Республики Казахстан «О миграции населения» (статья 12). В соответствии с вводимыми приказом Правилами оказания иммигрантам медицинской помощи, под иммигрантом понимается «иностранец или лицо без гражданства, прибывший в Республику Казахстан для временного или постоянного проживания». Правила, с точки зрения оказания медицинской помощи, фиксируют две группы иммигрантов:

- иммигранты, прибывшие в Республику Казахстан с целью возвращения на историческую родину (оралманы – этнические казахи) получают бесплатную медицинскую помощь, наравне с гражданами Республики Казахстан в соответствии с перечнем, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» от 15 декабря 2009 года № 2136;
- иммигранты, прибывшие в Казахстан с целью воссоединения семьи, получения образования или осуществления трудовой деятельности обязаны иметь медицинскую страховку.

Иммигранты, прибывшие в Казахстан с целью возвращения на историческую родину или по гуманитарным и политическим мотивам в обязательном порядке на бесплатной основе проходят

медицинский осмотр, включающий флюорографическое обследование грудной клетки и исследование крови на ВИЧ-инфекцию. Все остальные иммигранты, в случае, если они не имеют медицинской справки с результатами исследований на ВИЧ-инфекцию и туберкулез, выданной страной проживания иммигранта, проходят медицинский осмотр на платной основе.

Все иммигранты, находящиеся на территории Казахстана, имеют право на бесплатную медицинскую помощь при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В остальных случаях медицинская помощь оказывается на платной основе. В случаях, когда угроза жизни иммигранту устранена, а иммигрант не способен оплатить услуги плановой медицинской помощи, то иммигрант препровождается в страну проживания для продолжения лечения при содействии миграционной службы.

Не допускается въезд в Казахстан лиц, имеющих заболевания, указанные в перечне заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664).

7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан».

Приказ подготовлен в соответствии с Законом Республики Казахстан «О миграции населения» (статья 12) и определяет перечень заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан, а также, в соответствии со статьей 49 этого же закона, является основанием отказа в выдаче разрешения на постоянное проживание или аннулированием такого разрешения. В перечень включены: наркомания; психические расстройства (заболевания); туберкулез; лепра (болезнь Гансена); инфекции, передаваемые преимущественно половым путем – сифилис, венерическая лимфогранулема (донованоз), шанкроид; острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных вирусных инфекций и гриппа).

8. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

Приказ подготовлен в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (статья 88) и определяет перечень заболеваний, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В перечень включены: дифтерия; корь; краснуха; коклюш; скарлатина; ветряная оспа; эпидемический паротит; паратифы А, В, С; полиомиелит; атипичные формы гриппа; менингококковая инфекция; холера; брюшной тиф; туберкулез; легочная форма сибирской язвы; чума; геморрагические вирусные лихорадки; вирусные гепатиты А, Е; малярия.

9. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью».

Приказ подготовлен в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (статья 88) и определяет правила и объем медицинских услуг беженцам и лицам, ищущим убежище. Медицинская помощь беженцам, а также лицам, ищущим убежище, на бесплатной основе осуществляется в соответствии с перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

1.2.4 Республика Казахстан: выводы и специфические рекомендации

В Казахстане в целом создана нормативно-правовая база как в области управления миграционными процессами, так и в области здравоохранения. В стране действуют два механизма оказания медицинской помощи (в том числе – мигрантам):

- бесплатная медицинская помощь, минимальный гарантированный объем которой определяется законодательством и зависит от статуса мигранта;
- медицинское страхование, субъектами которого должны быть все лица, находящиеся на территории Казахстана.

Проблемными моментами в нормативно-правовой базе является следующее:

- доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию (в том числе – в случае инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения) имеют только мигранты с урегулированным статусом;
- доступ к бесплатной медицинской помощи в экстренных случаях имеют только мигранты из стран СНГ;
- сохраняются неопределенности в положении детей мигрантов относительно медицинских услуг.

Также нельзя не учитывать ограниченного доступа мигрантов (прежде всего – трудовых) к платным медицинским услугам, что определяется сутью причин их миграции: трудовая миграция вызвана экономическими мотивами, и мигранты в данном случае нацелены на минимизацию издержек в стране пребывания, в том числе – за счет расходов на медицинскую страховку. Таким образом, Казахстану целесообразно:

1. Имплементировать в национальное законодательство гарантии прав на медицинское обслуживание мигрантов с неурегулированным статусом, а также нелегальных мигрантов.
2. Рассмотреть целесообразность распространения бесплатной медицинской помощи в экстренных случаях на всех мигрантов.
3. Внести четкость и однозначность в нормативно-правовое регулирование положения детей мигрантов относительно медицинских услуг.
4. Рекомендуется рассмотреть вопрос о присоединении Республики Казахстан к следующим ключевым международным правовым актам, имеющим прямое отношение к положению мигрантов в стране:
    - Международная конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, принята резолюцией 45/158 Генеральной ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 года;
    - Факультативный протокол к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, принят резолюцией 63/117 Генеральной ассамблеи ООН от 10 декабря 2008 года;
    - Конвенция Международной организации труда № 97 о трудящихся-мигрантах (пересмотренная в 1949 году) (Женева, 8 июня 1949 года);
    - Рекомендация Международной организации труда № 86 о работниках-мигрантах (пересмотренная в 1949 году) (Женева, 1 июля 1949 года);
    - Конвенция Международной организации труда № 143 о трудящихся-мигрантах (дополнительные положения) (Женева, 24 июня 1975 года);

- Рекомендация Международной организации труда № 151 о работниках-мигрантах (Женева, 24 июня 1975 года);
- Конвенция Международной организации труда № 189 о достойном труде домашних работников (Женева 1 июня 2011 года);
- Рекомендация Международной организации труда № 201 о достойном труде домашних работников (Женева 16 июня 2011 года).

СПИСОК 3 Международные нормативно-правовые акты Республики Казахстан в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года.
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г.
3. Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 года.
4. Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 года.
5. Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников СНГ от 27 марта 1997 года.
6. Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 года.
7. Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 года.
8. Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 года.

СПИСОК 4 Нормативные правовые акты Республики Казахстан, связанные с правом мигрантов на здоровье

1. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 марта 2017 года).
2. Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).
3. Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).
4. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года).
5. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года).
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан».
8. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
9. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью».

ТАБЛИЦА 3 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Республика Казахстан: Структурные факторы

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
Международные договоры в области прав человека, имеющие отношение к праву на наивысший достижимый уровень физического и психологического здоровья, ратифицированные государством	(См. список 3 выше).
Национальное/региональное / местное законодательство, которое признает равенство права на здоровье для всех лиц, находящихся под государственной юрисдикцией, без дискриминации на любых запрещённых основаниях	Национальное законодательство: • Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 марта 2017 года). • Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года).

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи». • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью». **Региональное законодательство:** • Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов от 15 апреля 1994 года. • Соглашение СНГ о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей от 9 сентября 1994 года. • Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников СНГ от 27 марта 1997 года.

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 года. • Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств-участников СНГ от 14 ноября 2008 года. • Договор о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 года.
Признание права мигрантов на здоровье в законодательстве, в том числе его объем и содержание в зависимости от типа медицинского обслуживания (например, только скорая помощь) и миграционный статус или статус пребывания в стране	ДА Хотя в законодательстве отсутствует понятие «право мигрантов на здоровье» и они рассматриваются как иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие или временно проживающие в Казахстане, мигранты имеют право на медицинское обслуживание. • Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 марта 2017 года). • Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года). • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью».
Включение мигрантов в политику и программы в области общественного здравоохранения в качестве конкретной целевой группы, в том числе к тем, которые направлены на снижение неравенства и неравноправия в области здравоохранения, и обращение к социальным детерминантам здоровья	НЕТ Исключения: • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи». • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью».
Механизм сбора и публикации периодических данных о состоянии здоровья и медицинских услугах, в разбивке по миграционному статусу или статусу пребывания, возрасту, полу, этническому происхождению, национальности, гражданству родителей, месту жительства, продолжительности проживания и социально-экономическому статусу	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.
Дата вступления в силу и охват внутренним законодательством реализации права на здоровье мигрантов, в том числе, запрещение прямой или косвенной дискриминации со стороны государственных или частных субъектов путем нарушения доступа к здоровью	ДА • Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года, с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 марта 2017 года). • Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года). • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 664 «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». • Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 368 «Об утверждении Правил и объема оказания беженцам, а также лицам, ищущим убежище, профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, обладающих наибольшей доказанной эффективностью».
Существование правоприменительных практик по вопросу о праве на здоровье мигрантов, с разбивкой по их миграционному статусу или статусу пребывания	ДА • Закон Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2337 «О правовом положении иностранцев» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 477-IV «О миграции населения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22 декабря 2016 года). • Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27 февраля 2017 года). • Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи».

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
Механизмы, направленные на сбор данных для оценки причин высокой распространенности проблем со здоровьем у мигрантов, по сравнению с гражданами	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.

ТАБЛИЦА 4 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Республика Казахстан: Процессы и результаты

Доступность медицинских учреждений, товаров и услуг	Культурная приемлемость медицинских учреждений	Естественная и производственная среда	Сексуальное и репродуктивное здоровье	Педиатрическая помощь
Законодательство, которое не вводит требования в отношении государственных служащих, работников сферы здравоохранения об извещении о нелегальном статусе мигрантов в соответствующие миграционные инстанции при предоставлении медицинских услуг. Такого требования нет.	Законодательство, которое запрещает ксенофобию (ненавистное отношение) к иностранцам в медицинских учреждениях. Специального законодательства нет. Конституция запрещает любую дискриминацию. Общественные учреждения, развивающие межкультурную политику в области здравоохранения, программы и услуги. Уполномоченным органом является Министерство здравоохранения	Правовая защита права на нормальные условия проживания, включая доступ к услугам водоснабжения и канализации, без дискриминации по признаку гражданства, миграционному статусу или статусу пребывания. Специального запрета дискриминации по этим критериям нет.	Правовая защита прав мигрантов в области сексуального и репродуктивного здоровья, независимо от национальности, миграционного статуса или места жительства, или наравне с гражданами. Отдельных положений в законодательстве по миграции и медицине нет.	Правовая защита детского права на охрану здоровья, независимо от их миграционного статуса или статуса родителей. В законодательстве имеются неопределенности. Юридическое признание права на регистрацию рождения, независимо от места жительства или миграционного статуса родителей. Закреплено в законодательстве.

Доступность медицинских учреждений, товаров и услуг	Культурная приемлемость медицинских учреждений	Естественная и производственная среда	Сексуальное и репродуктивное здоровье	Педиатрическая помощь
Меры, предназначенные для ликвидации формальных и практических препятствий, которые мешают или препятствуют осуществлению права на здоровье, например, требование вида на жительство, или дополнительные сборы по признаку гражданства или миграционному статусу или статусу проживания, а также извещение соответствующих миграционных инстанций. **Законодательно закреплена дифференциация мигрантов по статусу.** Политика, направленная на периодическое обеспечение справедливых качественных и количественных условий в медицинских учреждениях. **Закреплена в законодательстве.**	Нормативно-правовая база и политика, направленная на устранение языковых и культурных барьеров в медицинских учреждениях. **Законодательство предусматривает обслуживание больных на знакомом им языке.** Политика, направленная на включение межкультурного, основанного на правах подхода к миграции в программы медицинских учебных учреждениях. **Отсутствует.** Услуги в области здравоохранения, направленные на решение проблем психологического здоровья, связанных с миграцией. **Специально не закреплены.**	Применение правил и / или наличие правоприменительных практик по правам арендаторов квартир, в разбивке по их миграционному или статусу пребывания. **Отсутствует.** Применение законодательства по вопросам безопасности и гигиены труда, в том числе права и защиты работников независимо от их статуса. **Закреплено как в законодательстве так и международных соглашениях.**		

ТУРКМЕНИСТАН

1.3 ТУРКМЕНИСТАН

1.3.1 Общее понимание и состояние

Правительство Туркменистана признает и стремится к усилению положительного воздействия миграции, в частности вклада международных мигрантов в экономический рост страны. Кроме того, страна активно инвестирует в инфраструктуру здравоохранения и современные медицинские технологии, что отражает его приверженность обеспечению здоровья населения.

Мигранты оказывают положительное влияние на экономику страны пребывания, а также в экономику своей страны (страны происхождения). Благодаря быстрому и динамичному экономическому росту Туркменистан привлекает все больше число глобальных и региональных компаний, а также международных мигрантов. Правительство Туркменистана считает миграцию и здравоохранение приоритетными сферами сотрудничества и привержено к выполнению обязательств по предоставлению медицинских услуг мигрантам. В этой связи, оно стремится привести свое национальное законодательство в соответствие с международными стандартами в области права мигрантов на здоровье.

В Туркменистане принято ряд программ для укрепления благополучия и здоровья мигрантов:

- 15 января 2016 года – Национальный план действия в области прав человека на период 2016–2020 гг.;
- 22 января 2015 года Национального плана действий по обеспечению гендерного равенства на период 2015–2020 гг.;
- 18 марта 2016 года Национальный план действий по борьбе с торговлей людьми на период 2016–2020 гг.

В марте 2017 года, Меджлис (парламент) Туркмении избрал первым в истории страны омбудсмена (уполномоченного по правам человека). Ежегодно омбудсмен будет предоставлять на рассмотрение президента Туркменистана доклад о своей деятельности о ситуации в области прав человека в стране. Этот доклад будет ежегодно освещаться в СМИ[26].

Туркменистан имеет статус страны с уровнем доходов выше среднего, и проводит ряд программ по улучшению качества жизни населения. Все меры, проводимые государством отражены в Государственной программе «Саглык», в Национальной программе социально-экономического развития на период 2011–2030 гг. и в Национальной программе Президента Туркменистана по изменению социальных условий в деревнях, городах и региональных центрах на период до 2020 года.

Основная цель последнего документа заключается в обеспечении сельского населения, высококачественными социальными условиями приближенных к городским стандартам. За период

26 www.turkmenistan.ru, 21 марта 2017 года.

2008–2012 годы из государственного бюджета было выделено 4,8 млрд долларов США на реализацию крупных проектов в сельской местности.

Несмотря на стремления Правительства по улучшению благосостояния граждан, различия остаются между городом и селом, между регионами[27]. В Туркменистане, почти половина рабочей силы страны занята в сельском хозяйстве, но на его долю приходится лишь 8 процентов от ВВП[28].

1.3.2 Международные и региональные законодательство и нормы

Страна присоединилась к ряду основных договоров по правам человека и факультативным протоколам к ним. Она также активизировала своё взаимодействие на международном уровне по своим обязательствам в области прав человека, включая вопросы мигрантов, беженцев и лиц без гражданства[29]. За последние года страна накопила огромный опыт по сокращению без гражданства. Туркменистан является подписантом следующих основных международных договоров, касающихся охраны здоровья мигрантов:

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.

В данной Декларации провозглашены задачи, к выполнению которых должны стремиться все народы и государства члены ООН, и путем национальных и международных прогрессивных мероприятий, содействовать социальному прогрессу и улучшению условий жизни.

2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г.

Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Участвующие в этих документах государства признают, что согласно Всеобщей Декларации прав человека, идеал свободной человеческой личности, может быть осуществлен только, если будут созданы необходимые условия, при которых каждый может пользоваться своими гражданскими, политическими, экономическими, социальными и культурными правами.

3. Международный пакт о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г.

Не смотря на свое название права закрепленные в пакте о гражданских и политических правах не ограничиваются только «гражданскими и политическими». Статья 26, который ставит запрет на дискриминацию носит широкий характер, включает социальные, экономические и культурные сферы. Статья 27 обеспечивает защиту прав меньшинств.

Все эти общепризнанные принципы и нормы международного права являются составной частью национальной правовой системы Туркменистана в области защиты прав мигрантов на здравоохранение.

1.3.3 Национальное законодательство

Иностранные граждане и лица без гражданства в Туркменистане пользуются сетью учреждений здравоохранения и медицинским обслуживанием на основании и в порядке, которые установлены законодательством Туркменистана.

1. Статья 9 Закона Туркменистана О правовом положении иностранных граждан в Туркменистане (Ведомости Меджлиса Туркменистана, 2011 г., № 1, ч. II, ст. 13).

27 Рамочная программа сотрудничества между Правительством Туркменистана и ООН, 2016-2020 , раздел 1.3, пункт 29.

28 ПРООН в Туркменистане и Правительство Туркменистана. Документ Проекта «Укрепление потенциала управления рисками стихийных бедствий (DRM) в Туркменистане на период 2014-2016 гг.» Ашгабат , 2013.

29 Доклад Рабочей группы по Универсальному периодическому обзору: Туркменистан, Совет по правам человека, 24 сессия, стр 5.

- Гласит, что иностранные граждане в Туркменистане имеют те же права на охрану здоровья и несут те же обязанности, что и граждане Туркменистана.

2. Конституция Туркменистана.

- Основной закон Туркменистана, гарантирует выполнение конвенций и всех других международных соглашений, к которым присоединился Туркменистан. В Конституции страны закреплены такие права как право на достойный уровень жизни, образование и охрану здоровья, на труд и отдых, на свободное выражение мнения и информированность, на защиту чести и достоинства, на жизнь и развитие. Равные права гарантированы иностранным гражданам и лиц без гражданства в статьи 11 Конституции Туркменистана.

3. Закон о миграции.

- Правовой статус получение услуг здравоохранения мигрантов регулируется Законом «О миграции» (с изменениями и дополнениями внесенным Законами Туркменистана, от 04.05.2013 г. № 399-IV, 09.11.2013 г. № 453-IV, 13.06.2014 г. № 90-V,28.02.2015 г. № 204-V 26.03.2016 г. № 367-V и 12.09.2016 г. № 437-V). Основанная на общепризнанных нормах международного права обеспечивают равенство прав и свобод человека и гражданина на получение медицинских услуг. Права иностранных граждан и лиц без гражданства на получение медицинских услуг приравнивается к гражданам Туркменистана.

4. Гражданский кодекс Туркменистана (от 17 июля 1998 года, в действии с 1 марта 1999 года – Ведомости Меджлиса Туркменистана, 1998 г., № 2, ст. 39; 2003 г., № 4, ст. 36; 2007 г., № 1, ст. 40; 2010 г., № 3, ст. 63; 2012 г., № 1, ст. 7).

- Регулирует гражданско-правовые отношения, возникновение гражданских прав и обязанностей, их осуществление и защит у. Определяет понятие физического лица, его дееспособность, правоспособность, место жительства, возмещение вреда др.

5. Кодекс Туркменистана о социальном обеспечении.

- Определяет правовые, экономические и организационные основы социального обеспечения и защиты интересов матерей и детей, инвалидов и других категорий граждан.

6. Трудовой кодекс Туркменистана.

- Трудовой кодекс регулирует трудовые отношения лиц, работающих на предприятиях, организациях и учреждениях независимо от формы собственности и организационно-правовой формы, включая отдельных физических лиц на условиях заключенного трудового договора. Защищает интересы матерей и детей, и других категорий граждан по охране их здоровья и социального благополучия.

7. Закон Туркменистана «О противодействии торговле людьми», принятый 15 октября 2016 г. (далее – новый Закон).

- 1 января 2017 года вступил в силу Закон Туркменистана «О противодействии торговле людьми», принятый 15 октября 2016 г. (далее – новый Закон), который является новой редакцией принятого ранее Закона Туркменистана «О борьбе с торговлей людьми» от 14 декабря 2007. Этот новый Закон был обогащен рядом норм, которые существенно расширяют комплекс мер, которые должны быть предприняты в стране для защиты лиц, пострадавших от торговли людьми. Так, новый Закон содержит специальную статью 13 «Механизм перенаправления жертв торговли людьми» (НМП), которая обязывает Кабинет Министров Туркменистана определить порядок функционирования НМП. Данный механизм основан на сотрудничестве государственных органов, осуществляющих противодействие торговле людьми, с общественными, международными и другими негосударственными организациями, и это сотрудничество должно осуществляться в соответствии с заключенным соглашением.

8. Санитарный кодекс Туркменистана.

- Санитарный Кодекс определяет правовые, экономические и социальные условия обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализации и защиты прав граждан на благоприятную окружающую среду.

9. Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан» (от 25 октября 2005 года (новая редакция, с изменениями и дополнениями внесенным Законом Туркменистана (ЗТ) от 18.04.2009 г.№ 32-IVБ, 23 мая 2015).

- Закон регламентирует отношения в области охраны здоровья, и направлен на обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья.

10. Закон Туркменистана «О государственных гарантиях равноправия женщин».

- Настоящий Закон направлен на обеспечение женщинам всех прав и свобод в политической, экономической, социальной, культурной и иных областях на основе гендерного равенства.

11. Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» (от 9 октября 2004 года (с изменениями и дополнениями внесенным ЗТ от 18.04.2008 г. № 192-III и 18.04.2009 г. № 32-IV).

- Настоящий Закон направлен на охрану здоровья граждан, государственной и общественной безопасности, регламентирует оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

12. Закон Туркменистана «О фармацевтической деятельности и лекарственном обеспечении» (от 5 июля 2002 года, с изменениями и дополнениями внесенным ЗТ от 18.04.2009 г. № 32-IV).

- Настоящий Закон регламентирует фармацевтическую деятельность и обеспечение лекарственными средствами население Туркменистана.

13. Закон Туркменистана «О психиатрической помощи» (от 1 октября 1993 года, с изменениями и дополнениями внесенным ЗТ от 18.04.2009 г. № 32-IV).

- Настоящий Закон гарантирует оказание психиатрической помощи населению Туркменистана, и регламентирует ее правовые аспекты.

14. Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекция)».

- Настоящий Закон определяет правовые основы в области охраны здоровья населения, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/СПИД.

Закон «О миграции» и «Об охране Здоровья граждан в Туркменистане». Закон «О миграции» (с изменениями и дополнениями внесенным Законами Туркменистана от 04.05.2013 г. № 399-IV, 09.11.2013 г. № 453-IV, 13.06.2014 г. № 90-V,28.02.2015 г. № 204-V 26.03.2016 г. № 367-V и 12.09.2016 г. № 437-V) и закон «О здоровье» в Туркменистане (в новой редакции от 23 мая 2015 года) в соответствии с Конституцией Туркменистана, основана на общепризнанных нормах международного права обеспечивают равенство прав и свобод человека и гражданина, независимо от национальности, цвета кожи, пола, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, языка, отношения к религии, политических убеждений или иных обстоятельств. Согласно статье 3 Закона о Правовом Положении иностранных граждан в Туркменистане – иностранные граждане пользуются теми же правами и свободами и несут те же обязанности, что и граждане Туркменистана, если иное не вытекает из Конституции Туркменистана, настоящего Закона и других законодательных актов Туркменистана[30].

30 Закон Туркменистана «О правовом положении иностранных граждан в Туркменистане» (2011).

Оказание качественных медицинских услуг является приоритетными областями государственной политики. Основные принципы государственной политики в сфере охраны здоровья граждан являются:

- равенство права граждан на получение безопасной и качественной медицинской помощи;
- общедоступность медицинской помощи, медицинской услуги;

За последние годы, в стране успешно реализуются Государственная программа Президента Туркменистана «Саглык» («Здоровье»), «Национальная программа социально-экономического развития Туркменистана на 2011–2030 годы», «Национальная политика Президента Туркменистана по преобразованию социально-бытовых условий населения сёл, посёлков, городов этрапов и этрапских центров на период до 2020 года», Государственная Программа «Развитие здравоохранения Туркменистана на 2012–2016 годы», «Национальная программа по развитию санаторно-курортной службы Туркменистана», Национальная программа «Здоровое питание населения Туркменистана на период 2013–2017 годы», Национальная стратегия по внедрению Ашхабадской Декларации по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в Туркменистане

на 2014–2020 годы, «Национальная программа раннего развития ребенка и подготовки к школе на 2011–2015 годы», «Национальная стратегия по репродуктивному здоровью в Туркменистане на 2011–2015 гг.», «Национальная программа Туркменистана по противодействию ВИЧ-инфекции на 2012–2016 годы»., Национальная стратегия и план действий по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков в Туркменистане на 2015–2019 годы» и «Национальный план действий по борьбе с торговлей людьми на период 2016–2020 гг.» от 18 марта 2016 года.

Одним из основных направлений политики Президента Туркменистана является охрана здоровья женщин, подростков и детей, в том числе репродуктивного здоровья. Туркменистан предоставляет женщинам равный бесплатный доступ к ресурсам здравоохранения, касающиеся ее здоровья и вопросов планирования семьи, уделяет внимание особым потребностям женщин в области охраны их здоровья.

Законодательством Туркменистана женщинам и детям в стране гарантированы все возможности для полной реализации всех прав и достижения хорошего здоровья: Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан» (23.05.2015 г.), Закон Туркменистана «О государственных гарантиях обеспечения равных прав и равных возможностей женщин и мужчин» (новая редакция от 18.08.2015 г.), Закон Туркменистана «О государственных гарантиях прав ребенка» (новая редакция от 3.05.2014 г.).

Свобода передвижения. Согласно статье 49 Конституции Туркменистана в новой редакции. каждый человек имеет право на труд, выбор профессии, рода занятий и места работы по своему усмотрению, здоровые и безопасные условия труда[31].

Распоряжение Президента Туркменистана «О вопросах регистрации и учете лиц, прибывших в Ашгабат для осуществления трудовой деятельности» (N14606 от 13 февраля 2016 года) призвано регулировать миграционные потоки внутри страны и трудоустройство граждан в Ашхабаде.

Согласно новому распоряжению в Ашхабаде можно работать только по разрешению. Гражданам Туркменистана, не стоящим на учете или не имеющим прописки в Ашхабаде, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешено трудоустроиться (заниматься самостоятельной работой) в городе Ашхабаде, только после официального оформления разрешения в Министерстве труда и социальной защиты Туркменистана.

В случае, если работодателем выступает государственное предприятие, то его обращение в Министерство труда и социальной защиты Туркменистана за получением разрешения на прием на

31 Ответы Туркменистана на перечень вопросов, Перечень вопросов в связи со вторым периодическим докладом Туркменистана (Добавления), Комитет по правам человека, 119-я сессия, 6-29 марта 2017 года CCPR/C/TKM/Q2/Add.1.

работу иногороднего должно быть письменно согласовано и завизировано вышестоящей организацией, министерством или хякимликом (мэрией).

Минтруда и соцзащиты, получив ходатайство работодателя и изучив все прилагаемые к нему обязательные документы, представляет их на рассмотрение Межведомственной группе по регистрации физических лиц. Разрешение выдается сроком на один год.

Оказание скорой медицинской помощи. Согласно статье 36 закона «О здоровье» скорая медицинская помощь оказывается гражданам и лицам без гражданства при заболеваниях, несчастных случаях, травмах бесплатно. При возникновении обстоятельств, представляющих опасность для жизни и здоровья человека, медицинские работники имеют право бесплатно использовать любое необходимое средство связи и любой имеющийся вид транспортного средства для перевозки человека в ближайшую службу скорой медицинской помощи либо лечебно-профилактическое учреждение[32].

Обязательный тест на ВИЧ/СПИД. С 31 марта 2012 года вступил в силу новый закон «О Миграции», который отличается от предыдущего документа, принятого 7 декабря 2005 года. Согласно статье 11, помимо причин, связанных с международной и национальной безопасностью, иностранному гражданину или лицу без гражданства может быть отказано в визе, если он или она заражены болезнью, включённой Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана в перечень заболеваний, опасных для здоровья населения Туркменистана.

Согласно статьи 11 (пункт 6) Закона «О Миграции» иностранному гражданину и лицу без гражданства необходимо пройти тест на ВИЧ/СПИД для получения визы. Причем иностранный гражданин должен пройти этот тест, если срок его пребывания привышает одного месяца. Причиной отказа могут быть случаи: если он заражён вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), венерическим заболеванием, страдает наркоманией или иным заболеванием, включённым Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана в перечень заболеваний, наносящих вред здоровью населения Туркменистана.

1.3.4 Выводы и специфические рекомендации

Охрана здоровья признается в качестве права человека во многих международных и национальных документах и в межправительственных соглашениях.

Правовой статус получения услуг здравоохранения мигрантами регулируется Законом « О миграции «С изменениями дополнениями внесенным Законами Туркменистана от 04.05.2013 г. № 399-IV, 09.11.2013 г. № 453-IV, 13.06.2014 г. № 90-V,28.02.2015 г. № 204-V 26.03.2016 г. № 367-V и 12.09.2016 г. № 437-V) и законом « Об охране Здоровья граждан» в Туркменистане (в новой редакции от 23 мая 2015 года) в соответствии с Конституцией Туркменистана. Основанная на общепризнанных нормах международного права Конституция обеспечивает равенство прав и свободы человека и гражданина (Статья 28, Конституция Туркменистана в новой редакции).

Равные права гарантированы иностранным гражданам и лица без гражданства в статье 11 Конституции Туркменистана: **«Иностранные граждане и лица без гражданства пользуются правами и свободами, исполняют обязанности так же, как и граждане Туркменистана, в соответствии с законами и международными договорами Туркменистана».** Таким образом, права иностранных граждан и лиц без гражданства на получение медицинских услуг приравнивается к гражданам Туркменистана.

В целом в стране создана нормативно-правовая база как в области управления миграционными процессами, так и в области здравоохранения. В стране действует механизм оказания медицинской помощи (в том числе – мигрантам): бесплатная медицинская помощь, минимальный гарантированный объем которой определяется законодательством.

32 Закон « об охране здоровья граждан в Туркменистане», статья 13, 23 мая 2015.

Проблемными моментами в нормативно-правовой базе является дифференцированный подход к выдаче разрешения мигрантам на въезд, исходя из продолжительности их нахождения в стране. Только мигранты планирующие пребывание в стране на период более одного месяца должны пройти тест на ВИЧ/СПИД. Те мигранты приезжающие на срок до одного месяца, это требование на них не распространяется. В связи с противоречием целям закона, предлагается привести законодательство в соответствие.

При обращении за медицинской помощью граждане, включая мигрантов, обязаны предъявлять документы, подтверждающие их личность. Добровольное страхование обеспечивает обслуживание граждан на льготной основе и пользованию сетью медицинских учреждений. Мигранты также имеют право на добровольное страхование.

Несмотря на то, что закон обеспечивает равные права мигрантам и лицам без гражданства, в подзаконных актах отсутствуют конкретные положения относительно прав мигрантов на здоровье. В этой связи ключевое значение имеет необходимость создания адекватной политики и правовой основы для здоровья мигрантов и их имплементация. Необходим межсекторальный подход и координация этого вопроса на всех уровнях. Миграция и здоровье соприкасаются с такими вопросами как питание, жилье, свобода передвижения, санитария, образование и т. д.

Вопросы Миграции и Здоровья неоднократно обсуждались с Правительством Туркменистана. В рамках программы по правам мигрантов к услугам здравоохранения две фазы проектов были внедрены в Туркменистане. Делегация из Туркменистана участвовала в поездке по изучению опыта Португалии в области обеспечения прав мигрантов на здоровье. Неоднократно проводились рабочие встречи по этому вопросу с различными министерствами. Участники дискуссии Рабочего совещания по вопросам Миграции и Здоровья (26–27 мая 2015 года в Ашхабаде/Туркменистан) в рамках проекта «Решение проблем, связанных с миграцией в Туркменистане» определили ряд приоритетных направлений для совершенствования законодательной и нормативной базы.

Исходя из анализа нормативно-правовых документов Туркменистана было бы целесообразно усовершенствовать следующие направления:

1. Дальнейшее укрепление профессиональных знаний среди работников здравоохранения, миграции и социальных работников в области миграции и здравоохранения;
2. Рассмотрение вопроса о внесении изменений в действующее законодательство, приведя его в соответствие с Резолюцией WHA 2008 г. «О здоровье мигрантов»;
3. На протяжении существования Туркменистана как суверенного и независимого государства, им не были подписаны основные универсальные международные документы, касающиеся социальной защиты мигрантов. При этом Туркменистан является подписантом практически всех соглашений, регулирующих миграционные процессы. Это расхождение должно быть устранено в законодательстве;
4. Дальнейшее укрепление потенциала рабочей группы с участием заинтересованных сторон по вопросам внутренней миграции и права мигрантов на здоровье. Включить соответствующие государственные органы в рабочую группу по внутренней миграции, которая в настоящее время отсутствует, и распространить ее мандат на вопросы, связанные с миграцией и здоровьем, включая сбор данных о мигрантах;
5. Представить в Меджлис Туркменистана предложение об обязательном медицинском страховании для международных мигрантов, осуществляющих трудовую деятельность в Туркменистане;
6. Разработать руководящие принципы и стандарты в области прав мигрантов на здоровье, основанные на передовом международном опыте;
7. В принятых программных документах, таких как концепции и стратегии, не отражаются вопросы по обеспечению права мигрантов на получение медицинских услуг, что представ-

ляется существенным пробелом. В этой связи рекомендуется включить данные вопросы в национальные концептуальные документы в сфере миграции и медицины;

8. Изучить опыт других стран о регулировании передвижения ВИЧ инфицированных мигрантов;

9. Рекомендуется рассмотреть вопрос о присоединении Туркменистана к следующим ключевым международным правовым актам, имеющим прямое отношение к положению мигрантов в стране:

- Международная конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, принята резолюцией 45/158 Генеральной ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 года;
- Факультативный протокол к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, принят резолюцией 63/117 Генеральной ассамблеи ООН от 10 декабря 2008 года;
- Конвенция Международной организации труда № 97 о трудящихся-мигрантах (пересмотренная в 1949 году, Женева, 8 июня 1949 года);
- Рекомендация Международной организации труда № 86 о работниках-мигрантах (пересмотренная в 1949 году, Женева, 1 июля 1949 года);
- Конвенция Международной организации труда № 143 о трудящихся-мигрантах (дополнительные положения, Женева, 24 июня 1975 года);
- Рекомендация Международной организации труда № 151 о работниках-мигрантах (Женева, 24 июня 1975 года);
- Конвенция Международной организации труда № 189 о достойном труде домашних работников (Женева 1 июня 2011 года);
- Рекомендация Международной организации труда № 201 о достойном труде домашних работников (Женева 16 июня 2011 года).

СПИСОК 5 Международные нормативно-правовые акты Туркменистана в сфере обеспечения прав мигрантов на получение медицинских услуг

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г.
3. Международный пакт о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г.
4. Конвенция о Правах Ребенка.
5. Конвенция о Ликвидации всех Форм Дискриминации в Отношении Женщин.
6. Конвенция о Правах Лиц с Ограниченными Возможностями.
7. Соглашение о сотрудничестве между МВД Туркменистана и МВД Российской Федерации от 25.03.2009 г.
8. Соглашение между Туркменистаном и Китайской Народной Республикой о сотрудничестве в борьбе с терроризмом, сепаратизмом и экстремизмом от 3 апреля 2006 г.
9. Конвенция о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейными уголовным делам (22.01.1993 г., г. Минск).
10. Договор между Туркменистаном и Грузией о взаимном оказании правовой помощи по гражданским и уголовным делам (1996 г.).
11. Договор между Туркменистаном и Республикой Узбекистан о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейными уголовным делам (1996 г.).
12. Договор между Туркменистаном и Республикой Армения о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейными уголовным делам (2000 г.).
13. Соглашение между Правительством Туркменистана и Правительством Исламской Республикой Иран о взаимной правовой помощи по уголовным делам (2005 г.).
14. Соглашение между Туркменистаном и Турецкой Республикой о правовой помощи по гражданским и уголовным делам (2012 г.).
15. Соглашение между Правительством Латвийской Республики и Правительством Туркменистана в сфере терроризма и организованной преступностью*.
16. Соглашение между Правительством Туркменистана и Правительством Российской Федерации о взаимных поездках граждан (вместе с перечнями документов для въезда, выезда и передвижения граждан) (17.07.1999).
17. Соглашение между Правительством Туркменистана и Правительством Республики Казахстан о взаимных поездках граждан (01.03.2001).

* https://m.likumi.lv/doc.php?id=262882

СПИСОК 6 Нормативные правовые акты Туркменистана, связанные с правом мигрантов на здоровье

1. Конституция Туркменистана.
2. Закон о миграции.
3. Гражданский кодекс Туркменистана.
4. Кодекс Туркменистана о Социальном Обеспечении.
5. Семейный кодекс Туркменистана.
6. Трудовой кодекс Туркменистана.
7. Санитарный кодекс Туркменистана.
8. Закон Туркменистана «О гарантиях прав ребенка».
9. Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан».
10. Закон Туркменистана «О фармацевтической деятельности и лекарственном обеспечении».
11. Закон Туркменистана «О психиатрической помощи».
12. Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

ТАБЛИЦА 5 Иллюстративные индикаторы права мигрантов на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психологического здоровья – Туркменистан: Структурные факторы

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
Международные договоры в области прав человека, имеющие отношение к праву на наивысший достижимый уровень физического и психологического здоровья, ратифицированные государством	• Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. • Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 г. • Международный пакт о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г.
Национальное/региональное / местное законодательство, которое признает равенство права на здоровье для всех лиц, находящихся под государственной юрисдикцией, без дискриминации на любых запрещённых основаниях	Национальное законодательство приведено в списке 6. Региональное законодательство: • Соглашение о сотрудничестве между МВД Туркменистана и МВД Российской Федерации от 25.03.2009 г; • Соглашение между Туркменистаном и Китайской Народной Республикой о сотрудничестве в борьбе с терроризмом, сепаратизмом и экстремизмом от 3 апреля 2006 г. • Туркменистан является участником многосторонней Конвенции о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам (22.01.1993 г., г. Минск); • Договор между Туркменистаном и Грузией о взаимном оказании правовой помощи по гражданским и уголовным делам (1996 г.); • Договор между Туркменистаном и Республикой Узбекистан о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам (1996 г.); • Договор между Туркменистаном и Республикой Армения о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам (2000 г.); • Соглашение между Правительством Туркменистана и Правительством Исламской Республикой Иран о взаимной правовой помощи по уголовным делам (2005 г.);

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
	• Соглашение между Туркменистаном и Турецкой Республикой о правовой помощи по гражданским и уголовным делам (2012 г.).
Признание права мигрантов на здоровье в законодательстве, в том числе его объем и содержание в зависимости от типа медицинского обслуживания (например, только скорая помощь) и миграционный статус или статус пребывания в стране	НЕТ В законодательстве отсутствует понятие право мигрантов на здоровье, но они рассматриваются как иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие или временно проживающие в Туркменистане. Таким образом, мигранты имеют право на медицинское обслуживание наравне с гражданами Туркменистана.
Включение мигрантов в политику и программы в области общественного здравоохранения в качестве конкретной целевой группы, в том числе к тем, которые направлены на снижение неравенства и неравноправия в области здравоохранения, и обращение к социальным детерминантам здоровья	НЕТ Мигранты не включены в существующие национальные программы по здравоохранению в качестве отдельной категории или конкретной целевой группы.
Механизм сбора и публикации периодических данных о состоянии здоровья и медицинских услугах, в разбивке по миграционному статусу или статусу пребывания, возрасту, полу, этническому происхождению, национальности, гражданству родителей, месту жительства, продолжительности проживания и социально-экономическому статусу	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.
Дата вступления в силу и охват внутренним законодательством реализации права на здоровье мигрантов, в том числе, запрещение прямой или косвенной дискриминации со стороны государственных или частных субъектов путем нарушения доступа к здоровью	ДА Полный список нормативно-правовых актов приведен в списке 6. Прямого запрета на дискриминацию в законодательстве нет.

Структурные индикаторы	Международный договор, конвенция или национальный нормативно-правовой акт
Существование правоприменительных практик по вопросу о праве на здоровье мигрантов, с разбивкой по их миграционному статусу или статусу пребывания	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.
Механизмы, направленные на сбор данных для оценки причин высокой распространенности проблем со здоровьем у мигрантов, по сравнению с гражданами	НЕТ Действующие нормативно-правовые акты не содержат таких требований.

2

ГЛАВА

ПРАВО МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ НА ПРАКТИКЕ

В настоящей главе представлены результаты социологического исследования, проведенного в целях дополнения правового анализа путем оценки конкретной повседневной реализации права мигрантов на здоровье в Центральной Азии, исходя из понимания опыта мигрантов. В самом деле, анализ законодательства и политики является первым логическим и необходимым шагом, однако этого недостаточно для отражения повседневной реальности и опыта мигрантов в сфере получения доступа к услугам здравоохранения в странах назначения. Поэтому, в данной главе в качестве «исходного материала» для анализа используется опыт мигрантов, и предпринята попытка дать читателям возможность услышать голоса мигрантов.

В исследовании рассматривается весь процесс миграции, от подготовки к отъезду до возвращения в страну происхождения, с уделением особого внимания аспектам здравоохранения на разных этапах миграции. Темы исследования включают: обзор основных «движителей» центрально-азиатской трудовой миграции (как индивидуальных, так и социальных), вопросы подготовки к отъезду и общего состояния здоровья мигрантов, воздействие миграции на здоровье, гигиену труда, лечение и профилактику среди мигрантов, опыт мигрантов в получении доступа к здравоохранению, влияние правового статуса на доступ к медицинским услугам, миграцию женщин и их особую уязвимость, знания и осведомленность мигрантов, возвратную миграцию, медицинское страхование и неправительственную поддержку здравоохранения.

Для изучения данных вопросов был применен качественный подход, предусматривающий проведение индивидуальных, глубинных полуструктурированных интервью с мигрантами и ключевыми информантами в области здравоохранения мигрантов, а также групповых обсуждений с мигрантами. Опросники для индивидуальных собеседований были разработаны для изучения опыта как нынешних, так и вернувшихся мигрантов. Данные были закодированы и проанализированы исследовательской группой МОМ. Целевыми респондентами стали:

- Трудящиеся-мигранты, вовлеченные в трудовую миграцию в период проведения опроса;
- Трудящиеся-мигранты, вернувшиеся на родину на момент проведения исследования, временно или насовсем;
- Эксперты и ключевые информанты в области здоровья мигрантов, в том числе представители посольств и консульств, неправительственных организаций, медицинских учреждений, этнокультурных центров и организаций диаспор.

Сбор данных проводился на территории Кыргызстана и Казахстана в период с февраля по апрель 2017 года. Респондентами выступили 59 мигрантов (44 индивидуальных глубинных интервью и два обсуждения в фокус-группах в общей сложности с 15 респондентами) и семь экспертов. Отбор респондентов проводился на основе неслучайной, целевой выборки методом «снежного кома». Интервью и групповые обсуждения проводились на кыргызском, казахском и русском языках. На протяжении всего исследовательского процесса были защищены конфиденциальность и анонимность респондентов, а также обеспечено их информированное согласие и соблюден принцип «не навреди». Методология и протокол исследования были одобрены Центральной комиссией по вопросам этики Республиканского центра развития здравоохранения при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан.

Анализ, представленный в данной главе, отражает качественные данные из нерепрезентативной выборки и не претендует на статистическое отражение всех аспектов и проблем сложной динамики миграции в Центральной Азии. Цель исследования – не просто представить цифры и статистику, а показать читателям «живой снимок» конкретного опыта мигрантов с акцентом на аспект здравоохранения в области миграции. Поэтому, для отображения исследуемой темы по всей главе приводятся анонимные цитаты из интервью. Следует надеяться, что собственные слова мигрантов позволят читателям лучше осмыслить их реальность и лучше понять проблемы, с которыми они сталкиваются.

2.1 ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

Несмотря на свою недостаточную представительность, выборка исследования довольно точно отражает ситуацию центральноазиатских трудящихся-мигрантов целом. Среди существенных элементов, которые следует учитывать, необходимо выделить, что на момент опроса большинство респондентов уже обладали богатым опытом миграции. В среднем респонденты мигрировали четыре раза в своей жизни. Вот почему в их повествовании миграционный опыт в Казахстане, который является основным фокусом данного исследования, часто переплетается с опытом пребывания в Российской Федерации, являющейся основной страной назначения для мигрантов из Центральной Азии.

Возраст респондентов колеблется от 23 до 61 года. Средний возраст составляет 35 лет, а медианный – 28, что указывает на то, что население мигрантов в Центральной Азии в целом довольно молодое, особенно, если учесть, что большинство молодых респондентов уже имели один либо несколько предыдущих миграционных опытов на момент опроса.

Респондентами выступили 23 мужчины (55%) и 21 женщина (45%). Большинство респондентов (26 из 44) имеют детей, хотя не все из них состояли в браке на момент проведения опроса (четверо были разведены, трое жили в гражданском союзе и/или совместном проживании).

Большинство респондентов (39%) впервые мигрировали в период с 2006 по 2010 год и в среднем выезжали зарубеж по четыре раза. Это указывает на тенденцию, что для молодых людей из Центральной Азии миграция является стратегией получения средств к существованию на раннем этапе, что также подтверждается результатами многочисленных исследований.

Странами происхождения респондентов являются: Беларусь (2), Украину (2), Казахстан (3), Кыргызстан (24), Молдову (1), Россию (2), Таджикистан (1), Туркменистан (1), Узбекистан (6), и два человека не указали страну своего происхождения. В опросе преднамеренно включена высокая доля респондентов из Кыргызстана, поскольку основное внимание в этом исследовании уделяется странам, участвующим в проекте, в рамках которого проводилось данное исследование.

2.2 ПЕРИОД ДО ОТЪЕЗДА

Для понимания влияния миграции на здоровье человека необходимо изучить обстоятельства и условия, в которых она происходит. Важно осознавать, что опыт миграции начинается еще до отъезда, когда мигранты находятся на родине и только готовятся к переезду. Уровень подготовленности мигрантов, их знания и осведомленность, наличие социального капитала и связей, а также имеющиеся в их распоряжении источники информации о разных аспектах, связанных с местом их назначения, включая жилье, возможности трудоустройства, юридические и административные процедуры, обусловливают результаты миграционного передвижения и определяют влияние миграции на здоровье.

2.2.1 Основные факторы миграции

Для оценки воздействия миграции на здоровье населения необходимо установить ее основные причины. Другими словами, следует определить характеристики как стран происхождения («выталкивающие факторы»), так и стран назначения («притягивающие факторы»), которые влияют на процесс принятия решения о миграции. Понимание «выталкивающих и притягивающих» факторов особенно важно, поскольку они могут пролить свет на социально-экономические мотивы и ресурсы мигрантов, которые, в свою очередь, частично определяют результаты миграции в отношении их здоровья.

Данные опроса указывают на широкий диапазон мотивов миграции. Среди выталкивающих фак-

торов, выделенных респондентами, преобладают социально-экономические причины, включая:

- Низкую или недостаточную заработную плату в стране происхождения;
- Долги и невозможность погашения кредита;
- Безработицу и отсутствие возможностей трудоустройства по своей профессиональной специализации;
- Желание обеспечить детей качественным образованием с помощью финансовых ресурсов, заработанных во время миграции;
- Неудовлетворительные жилищные условия, обусловливающие желание приобрести или построить жилье на деньги, заработанные во время миграции.

Каковы были Ваши причины [для переезда]? Где Вы работали до миграции?

[Основной причиной является] низкая зарплата, 7 000 сомов [в месяц]. Друзья [которые работали в России] вернулись [в Кыргызстан] на месяц, и я проводил время с ними. В течение этого месяца они потратили два или три моих годовых окладов. Позже они пригласили меня на работу в Россию. Помимо небольшой зарплаты, я мигрировал, потому что хотел увидеть другие страны.

Можете ли Вы объяснить причины, [по которым Вы мигрировали]? Что побудило Вас покинуть свой дом и переехать туда на работу [в Казахстан и Россию]?

Ну, я просто не мог найти здесь работу.

Вы по профессии учитель, Вы искали работу в соответствии с Вашим образованием?

Мне вообще не удалось найти работу, ни в моей области, ни в другой.

Что побудило Вас поехать туда [в Казахстан и Россию], и покинуть ваш дом?

Причина проста: трудности жизни. Я хотел построить дом, заработать деньги для моей семьи.

Скажите, почему Вы решили покинуть Кыргызстан и начать работать за границей?

Я хотела купить дом и жить отдельно от родителей мужа. (...) В мой первый переезд, на время пока готовились документы [разрешение на работу и регистрация] брат устроил меня работать в ресторан при помощи своего друга. Я мыла посуду в этом ресторане. Я проработала там месяц-два. Было очень сложно, и я работала по много часов. Когда мои документы были готовы, я устроилась в кафе в качестве официантки, где условия были лучше.

Вы ездили вместе с мужем? У него были те же причины для миграции?

Да, вместе с мужем, и да, у него были такие же причины: работа.

Притягивающие факторы миграции (связанные со странами назначения), указанные респондентами, более разнообразны, чем выталкивающие. Они включают:

- Интерес к другим странам;
- Возможность трудоустройства на выгодных условиях;
- Получение образования для себя и для своих детей;
- Приобретение специализированных навыков и опыта;
- Получение специализированных медицинских услуг, недоступных в стране происхождения.

Скажите, почему Вы решили уехать и работать за пределами Кыргызстана?

Я, на самом деле, не знаю. Я закончил учебу здесь [в Кыргызстане], начал работать, но я хотел чего-то своего, чего-то нового и интересного. По интернету я нашел учебное заведение в Казахстане. Но, поехав туда, узнал, что обучение там слишком дорого стоит. Я не мог позволить себе обучаться там и начал работать. Мне понравилось, и я решил остаться.

В некоторых случаях основными движущими силами миграции являются личные и косвенные причины. Например, респонденты отметили:

- Развод или потерю партнера, которые стали стимулом для миграции;
- Краткосрочные визиты, ставшие долгосрочными по личным причинам;
- Воссоединение семьи.

Что подтолкнуло Вас уехать?

Мой муж поехал туда [в Казахстан] на работу. Из-за того, что ему приходилось часто пересекать границу и были проблемы с визой, пришлось переехать сюда обоим.

Вышеуказанные причины показывают, как миграция используется в качестве стратегии обеспечения средств к существованию, адаптированной к особенностям жизни людей, их потребностям и устремлениям. Успех этой стратегии зависит от широкого круга факторов, не всегда подконтрольных мигрантам. Попытки улучшить свои условия посредством миграции часто бывают безуспешны. Например, переезд одного из респондентов с целью трудовой миграции для заработка денег на строительство дома в своей стране обернулся неудачей. Такой исход часто вызывает разочарование, чувство неудачи и может отрицательно влиять на ментальное и физическое благополучие мигрантов.

Что для Вас стало причиной для миграции?

Ну, нам нужны были деньги для погашения кредитов.

И это помогло? Работа за границей позволила Вам погасить ваши ссуды?

Нет.

Как Вы смогли погасить свои кредиты?

Ну, родственники помогли.

Таким образом, переезд не помог Вам расплатиться с долгами?

Нет, не помог.

Косвенный фактор: запрет на повторный въезд на территорию Российской Федерации

Существенным и относительно недавним явлением, влияющим на траекторию и процессы принятия решений мигрантов из Центральной Азии, стал запрет на повторный въезд в Российскую Федерацию – так называемый «черный список». Данная норма предусматривает запрет на повторный въезд для большого числа мигрантов из Центральной Азии – чаще всего за совершение незначительных административных правонарушений, связанных с процедурой регистрации – на территорию Российской Федерации (которая на сегодняшний день является основной страной назначения трудовой миграции из Центральной Азии) на определенный период, обычно на несколько лет.

Многие из опрошенных респондентов узнали о том, что были занесены в список лиц, которым не разрешен повторный въезд в страну, только при попытке въехать на территорию Российской Федерации со стороны границы с Казахстаном. Не имея средств для оплаты транспортных расходов для возвращения домой, они были вынуждены остаться в Казахстане и искать работу. Эти так называемые «застрявшие» мигранты, оказываются в особенно сложной ситуации, так как они не готовы к пребыванию в Казахстане: у них нет надежных контактов и информации о местных условиях, возможностях трудоустройства, жилье, правовых вопросах и других важных аспектах. В таких случаях негативное воздействие этой «незапланированной миграции» на здоровье мигрантов может быть особенно высоким.

В целом, запреты на повторный въезд привели к частичному перенаправлению миграционных потоков из России в Казахстан, поскольку мигранты, не имеющие права работать в России, все еще могут делать это в Казахстане, стране с относительно динамичной экономикой. Учитывая нынешнее, а возможно, и будущее увеличение трудовой миграции в Казахстан, вопрос предоставления социальных услуг мигрантам становится более актуальным, чем когда-либо.

Где Вы работали до этого [приезда в Казахстан]?

В России, я много там работал.

Вы сказали, что приехали в Казахстан в прошлом году. Почему Вы стали приезжать в Казахстан, а не Россию?

Потому что теперь мне запрещен въезд в Россию.

Почему?

Я был депортирован, не знаю, почему именно. После этого, при попытке въезда в Россию на границе сказали, что мне запрещено въезжать, поэтому я решил остаться здесь [в Казахстане].

Вы покинули дом ради работы в России?

Да, но на границе, на таможне мне сообщили, что я буду депортирован, так как мне запрещен въезд в Россию.

И какова причина?

Я точно не помню, но думаю, это из-за регистрации.

Если бы у Вас был выбор, Вы предпочли бы поехать в Россию вместо Казахстана?

Да.

Значит Вы приехали сюда случайно, Вы хотели поехать в Россию, но оказались здесь [в Казахстане], потому что Вам не разрешили пересечь границу. У Вас не было денег для возвращения домой, и Вы начали искать работу здесь, верно?

Да. Я нашел работу на автомойке. Там был один кыргыз, которому я объяснил свое положение; он отнесся с пониманием и взял меня на работу. Я почувствовал такое облегчение, когда я заработал свои первые 1000 тенге и потратил их на еду. Можно было хоть что-то поесть. Кыргыз сразу меня зарегистрировал.

2.2.2 Подготовка к миграции

То, как мигранты планируют свой переезд и находят информацию о возможностях трудоустройства, требуемых правовых процедурах и доступности социальных услуг, может косвенно рассказать нам об их общей стратегии и менталитете. Поэтому данный вопрос стоит изучить в рамках исследования состояния здоровья мигрантов.

Источники информации. В основном, источником информации для будущих мигрантов являются отзывы других мигрантов. Эти рассказы часто становятся решающим фактором, побуждающим мигрантов к переезду. Это происходит как напрямую (когда знакомые люди делятся своими конкретными историями миграции), так и косвенным образом, когда повествования окружающих и нормы, связанные с миграцией, влияют на поведение отдельных людей («все вокруг меня переезжают, поэтому я тоже должен попробовать себя»).

Кроме того, данные опроса показывают, что отправной точкой почти всех миграций является доверенное контактное лицо, находящееся в стране назначения, либо в стране происхождения, и обладающее ценным опытом и связями. Это контактное лицо обычно делится с будущими мигрантами практической информацией о транспорте, жилье и, самое главное, возможностях трудоустройства. Надежные контактные лица часто считаются гарантией успешной миграции в другую страну.

Вам кто-то помог найти работу? Родственники, соседи или односельчане?

У меня там [в стране назначения] была одноклассница, и я поехала к ней.

Она позвала Вас?

Нет, когда я готовилась к переезду, я написала ей с просьбой встретить меня, помочь мне с поисками жилья.

Она согласилась?

Да, согласилась.

Как правило, личные контакты полезны мигрантам в части получения необходимой информации о поиске жилья, возможностях трудоустройства и других практических вопросах. Однако эти источники часто не могут предоставить мигрантам точную и обновленную информацию, касающуюся правовых вопросов и административных процедур, таких как регистрация, разрешения на работу, трудовые договоры, социальные услуги и права мигрантов. Фактически, эти контактные лица нередко получают столь важную для успешной миграции информацию через личный опыт, методом «проб и ошибок», а также из разных неофициальных источников, таких как знакомые мигранты, родственники и друзья с предыдущим миграционным опытом. В результате передаваемая информация зачастую бывает неточной, устаревшей и ненадежной. Как мы увидим позже, такая «низкокачественная» информация может отрицательно повлиять на способность мигрантов ориентироваться в административной среде в странах назначения, что затрудняет их доступ к здравоохранению.

Когда Вы мигрировали впервые, кто-то помог Вам найти работу?

Да, мой двоюродный брат.

Это он рассказал Вам о будущей работе, об условиях, часах работы и т. д.?

На самом деле хозяйка квартиры, в которой мы жили, сама там работала [в ресторане]. С ее помощью мой брат устроил меня на работу там [в качестве посудомойки].

Знали ли вы, какими будут условия труда до выхода на работу?

Я думала, что знала, но я не даже не представляла, как будет сложно. Я проводила много часов на ногах с руками в воде и в жидкости для мытья посуды. Грязную посуду приносили нам бесконечно. Также приходилось выносить мусор. Поскольку я была самой молодой, я была обязана также выполнять работу уборщицы, когда та не выходила на работу. Уборка была очень тяжелой, так как они постоянно проверяли мою работу, не дай бог, чтобы где-то там было пятно. Особенно тяжело было убирать туалет для мужчин, так как люди иногда были жестокими. Но для них это нормально, они привыкли воспринимать нас как «черных» ... Мы для них такие.

«Черные»? Они Вас так называли?

Да.

Они говорили так между собой? Откуда Вы знаете, что они так называли Вас?

Ну, они так называют всех – таджиков, узбеков и кыргызов.

Что касается трудоустройства – основного мотива миграции – то мигранты чаще всего переезжают, зная, что их ждет определенная работа, которая была организована еще до отъезда с помощью личных связей. Другие едут «по приглашению» знакомых без предварительно организованного места работы, но с надеждой, что по приезду они смогут легко трудоустроиться. В редких случаях мигранты выезжают за границу «вслепую», не имея личных контактов и обладая лишь небольшой оперативной информацией о возможностях трудоустройства, жилищных и правовых вопросах в странах назначения. Такая разница в степени подготовки, социального капитала, правовой грамотности и знаний влияют на общий миграционный опыт, частично определяют его последствия для здоровья и доступ мигрантов к здравоохранению в принимающей стране.

Транзит и «миграционные долги». Для большинства мигрантов поездка в страны назначения влечет за собой значительные расходы и представляет собой сложный этап процесса миграции. Чтобы позволить себе проезд на автобусе, поезде или самолете, мигранты обычно тратят часть своих собственных и / или семейных сбережений, занимают деньги у знакомых или в банке, либо продают имущество (обычно это продажа скота в сельских районах). Транспортные расходы рассматриваются ими как инвестиции, которые будут возмещены за счет заработной платы, полученной во время миграции. Таким образом, во многих случаях мигранты начинают свою поездку

с «миграционного долга». По прибытию этот долг часто возрастает из-за первоначальных расходов, связанных с арендой жилья и услугами посредников, которые помогают уладить правовые процедуры, как регистрация, получение разрешений на работу, «патенты» и т. п. Эти долги оказывают негативное, хотя и косвенное воздействие на здоровье мигрантов, поскольку для их погашения мигранты стараются избегать расходов, которые, при иных обстоятельствах, были бы потрачены на благо их здоровья и благополучия: качественное питание, соответствующее жилье, одежда и, конечно же, медицинские услуги и лекарства.

Как Вы добрались туда [до пункта назначения]?

На автобусе.

Кто заплатил за поездку и каким образом?

Я сам. Взял кредит.

И где Вы проживали [в стране назначения]?

У друга на квартире. Я прибыл на самолете, они встретили меня по прилету. Билет из Бишкека был для меня дорогим.

Ваши родители дали Вам деньги?

Мы продали крупный рогатый скот, и на эти деньги я купил билет. Мы продали нашего последнего быка, чтобы купить этот билет, теперь дома не осталось быков.

Как Вы добрались до места назначения в первый раз?

В первый раз я полетел с моим дядей на самолете. Мой дядя заплатил, но потом я сам оплатил поездку.

Занимали ли Вы деньги для оплаты поездки?

Нет, я платил из своих сбережений.

Роль центров занятости. При планировании поездки некоторые мигранты обращаются к государственным либо частным центрам занятости. Данные опроса показывают, что данная группа мигрантов, как правило, наиболее информирована и подготовлена к решению стоящих перед ними проблем. Так было в случае респондентов из Кыргызстана, которые организовали свою поездку через центры занятости. Они заключили трудовые договоры до переезда, прошли предварительное медицинское обследование и получили необходимые медицинские справки, транспортные расходы некоторых из них были субсидированы, все они были надлежащим образом зарегистрированы и получили действительные разрешения на работу. Опыт миграции этой группы респондентов был, как правило, более легким и успешным, а отрицательные последствия переезда для здоровья менее значительными. Более того, условия труда, зарплата, жилищные условия и другие аспекты их опыта более или менее совпадали с первоначальными ожиданиями, что существенно снизило уровень неудовлетворенности и разочарования. Это указывает на то, что расширенная и более эффективная сеть центров занятости в странах происхождения может косвенно, но результативно содействовать реализации права мигрантов на здоровье в Центральной Азии.

Заключение

Вышеприведенные результаты указывают на важность этапа, предшествующем отъезду, в определении результатов миграции, в том числе с точки зрения здравоохранения. Надежная информация, предварительное трудоустройство и правовые механизмы, а также общая подготовленность мигрантов могут в значительной степени способствовать минимизации последствий миграции для здоровья и повышению способности мигрантов ориентироваться в административной среде стран назначения. Подробные рекомендации, относящиеся к стадии, предшествующей отъезду, можно найти в главе 5.

2.3 ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ

2.3.1 Состояние здоровья мигрантов

Оценка состояния здоровья мигрантов является сложной задачей. С одной стороны, недостаточно достоверных данных и статистики о состоянии здоровья мигрантов. С другой стороны, многие мигранты склонны скрывать болезни, имеющиеся травмы и проблемы со здоровьем из-за страха потерять возможности трудоустройства. Ниже приводится «общая картина» касательно проблем в плане здоровья, отмеченных респондентами, которая дает возможность понять, как миграция влияет на здоровье человека, и с какими проблемами со здоровьем сталкиваются мигранты.

Стоит отметить, что большинство респондентов оценили свое нынешнее состояние здоровья как «среднее» или «удовлетворительное». Однако данные опроса показали, что мигранты страдают от широкого спектра проблем со здоровьем и болезней, включая:

- Простуду и грипп (часто);
- Зубную боль (часто);
- Туберкулез;
- Боли в суставах (часто);
- Боль в желудке (часто);
- Ухудшение зрения;
- Боли в спине;
- Гастрит;
- Проблемы с почками (часто);

- Низкий уровень гемоглобина;
- Грибковую инфекцию;
- Геморрой;
- Синусит (часто);
- Гинекология;
- Проблемы репродуктивного здоровья (среди женщин);
- Резкую потерю веса.

[Имя], как Вы расцениваете Ваше здоровье на данный момент?

Когда я приехал сюда [в страну назначения], я весил 82 килограмма. Посмотрите на меня сейчас.

Сколько Вы сейчас весите?

Я думаю, 60 килограммов. Я давно не взвешивался.

Почему [вы так похудели]?

Из-за плохого питания. И плохих условий жизни. И неоплачиваемой работы. Если бы я что-то зарабатывал, все было бы хорошо. Я смог бы покупать себе еду.

В дополнение к временным и/или косвенным проблемам со здоровьем, перечисленным выше, респонденты также выявили ряд хронических заболеваний. Однако трудно отделить временные проблемы со здоровьем от хронических, поскольку сами мигранты часто не могут провести такое различие, и обе категории могут быть переплетены.

Действительно, во время интервью многие респонденты отрицательно ответили на вопрос, страдают ли они хроническими заболеваниями; однако, в ходе беседы многие рассказывали о проблемах со здоровьем, которые были у них на протяжение длительного времени, и которые порой не полностью излечимы. Респонденты отметили следующие хронические заболевания:

- Хронические боли и болезнь в суставах (часто);
- Заболевания желудочно-кишечного тракта;
- Остеохондроз;
- Хронический бронхит;
- Хроническое воспаление горла;
- Хронические заболевания мочеполовой системы;
- Хронические заболевания почек;

- Туберкулез;
- Глазные заболевания;
- Хронический тонзиллит (часто);
- Грыжа, смещение позвоночника, протрузия дисков (часто);

Конечно, не все из перечисленных выше проблем со здоровьем связаны с миграцией; зачастую сложно напрямую установить связь между происхождением заболевания и миграционным опытом. Однако характер многих проблем со здоровьем, отмеченных респондентами, указывает на конкретные трудности, с которыми сталкиваются мигранты, такие как:

- Переполненные, негигиеничные и/или холодные жилищные условия, способствующие распространению инфекционных или трансмиссивных заболеваний, таких как туберкулез, гастрит, простуда и грипп;
- Условия труда, характеризующиеся длительным рабочим графиком, выполнением тяжелых физических работ, порой без надлежащих мер безопасности и техники безопасности, а иногда при воздействии токсичных химических веществ без средств индивидуальной защиты;
- Распространенная стратегия миграции, при которой мигранты ограничивают свои расходы в стране назначения с целью максимизации финансовой выгоды от переезда, означает сокращение расходов на качественную пищу (что приводит к дефициту витаминов и, соответственно, ослабленной иммунной системе и увеличению заболеваний и проблем со здоровьем), на лекарства и медицинские услуги.

Следует отметить, что многие молодые мигранты (до 30 лет) жаловались на проблемы со здоровьем, которые обычно проявляются в более позднем возрасте. Например, молодые респонденты рассказали, что страдают от хронической боли в суставах, хронических заболеваний желудка, дисфункций почек, хронического синусита и геморроя, которые хотя бы частично связаны с обстоятельствами миграционного опыта.

Действительно, молодые мигранты часто стремятся получить максимальную финансовую выгоду от своего переезда. По сравнению с более пожилыми мигрантами, они чаще готовы работать по многу часов в более тяжелых и порой опасных условиях, нередко выполняют несколько работ одновременно, при этом, имеют недостаточный и нерегулярный сон и пренебрегают своим питанием. Молодые мигранты также часто склонны к рискованному сексуальному поведению, ведущему к заболеваниям, передающимся половым путем.

Как Вы думаете, почему Вы заболели желтухой?

Я думаю, что из-за холода, я постоянно болел зимой. А может, потому, что я работал на стройке и должен был таскать тяжести 15-16 этажей вверх, например, цемент, песок, плитку и т. д. Нам в помощь давали тачку, но все равно было тяжело. (...) Я думаю, когда потеплеет, я поеду в больницу для осмотра и лечения. Видимо, из-за стресса мои волосы и борода поседели, хотя мне всего 32 года.

Как такой режим [длительные часы работы] повлиял на Ваше здоровье, Вы почувствовали какие-либо изменения??

Думаю, я заболел от холода, у меня также был хронический гастрит. Это, вероятно, из-за [плохого питания], на работе я только перекусывал, а дома ел всухомятку.

Иногда мигранты заболевают до миграции, как в странах происхождения, так и в ходе предыдущего миграционного опыта. Однако нередко обстоятельства, связанные с миграцией, усугубляют ранее приобретенные болезни или препятствуют их эффективному лечению. В других случаях проблемы со здоровьем и заболевания появляются после миграции, но их происхождение можно отнести к ее обстоятельствам.

Скажите, пожалуйста, Ваше здоровье улучшилось или ухудшилось в связи с миграцией?

Ухудшилось.

Почему?

Ну, там было холодно, еда была бедной. В конце зимы мы нормально не питались, жили в металлических прицепах, без отопления. Только представьте, как было холодно посреди зимы. После этого у меня начали болеть желудок и почки.

Наконец, некоторые мигранты во время миграции получают инвалидность. Один из респондентов рассказал, что после того как на стройке на его голову упал тяжелый предмет, он стал наполовину парализован.

Несмотря на присущие трудности при проведении оценки состояния здоровья мигрантов, данные опроса показывают, что практически у всех мигрантов есть какие-то проблемы со здоровьем. Правда, то же самое можно сказать и относительно общего населения, и не у всех нарушения здоровья связаны с миграцией. Тем не менее, характер проблем со здоровьем, с которыми сталкиваются респонденты, их частота и возраст мигрантов, подверженных им, указывают, что миграция имеет особое влияние на здоровье, что будет рассмотрено сквозь призму некоторых важных аспектов миграционного опыта.

2.3.2 Жилье и здоровье

Условия размещения мигрантов различаются и зависят от конкретных обстоятельств их пребывания. Как правило, мигранты арендуют комнаты в квартирах, целые квартиры или живут в общежитии. Другие (в том числе некоторые из наших респондентов) живут в более сложных условиях: на рабочем месте, в неотапливаемых деревянных домиках, палатках на улице или подвалах.

Среди различных трудностей, связанных с жильем, с которыми сталкиваются мигранты, наиболее распространенной является перенаселенность, которая чаще всего связана с финансовой неспо-

собностью позволить себе надлежащее жилье, а также стратегией минимизации издержек, которой придерживаются многие мигранты. Самым ярким примером поделился респондент, который жил с 30 людьми в трехкомнатной квартире: поскольку некоторые из арендаторов работали в ночную смену, а другие в дневную, они делили места соответственно.

В 2012 году в квартире проживало много людей. (...) В каждой комнате жили по пять человек. Но я там надолго не задержался: через друга я нашел работу в ресторане и переехал из этой квартиры. Просто работа находилась очень далеко: добираться приходилось по 1,5 часа. Я работал на ногах 12 часов в день. Поэтому переехал в квартиру поближе к работе, но там я тоже жил с большим количеством людей: в трехкомнатной квартире проживало около 30 человек.

И [каким было] жилье?

Сначала я жил с одноклассником, который арендовал квартиру вместе со своими друзьями. Нас проживало пять человек в однокомнатной квартире.

Хоть и не все мигранты живут в таких экстремальных ситуациях, большинство респондентов тем не менее отметили, что переполненные жилищные условия – довольно распространенное явление, и что негативно влияет на качество жизни и здоровье мигрантов. Значительный стресс вызывают трудности, связанные с совместным проживанием с большим количеством людей, распределением ответственности за хозяйственные дела, разрешением конфликтов между арендаторами, страхом кражи и недостаточным и плохим качеством сна.

А как насчет условий проживания?

У меня была 3-комнатная квартира, которую я делила с другими кыргызами, с юга, думаю из Оша. Квартира находилась в очень плохих условиях, не было стиральной машины, мы стирали одежду вручную. Мы по очереди вешали вещи сушиться на балконе [потому что не хватало места]. С кухней тоже были проблемы. На большое количество проживающих была только одна небольшая кухня с одной газовой плитой. Все готовили для своей семьи, и мне приходилось ждать [свою очередь]. Мы все возвращались с работы в одно время. Когда ванная комната была занята, то идешь на кухню, но там готовят женщины, нужно было сидеть и ждать. В мой первый приезд [в страну назначения], нас в квартире проживало десять человек, включая моего мужа и меня. В другой комнате жил мой брат со своей семьей. А в третьей – сама хозяйка, со своими детьми и мужем.

Наиболее значительный риск для здоровья, который представляют переполненные жилища, это то, что они являются благоприятной средой для передачи инфекционных заболеваний из-за постоянной физической близости потенциально инфицированных людей, часто негигиенических условий и ослабленной иммунной системы проживающих в виду стресса, отсутствия сна, плохого питания и режима работы. Примером может служить туберкулез.

Чаще всего мигранты сами оплачивают расходы на жилье. Реже работодатель покрывает эти расходы, в частности, если предоставляемое жилье находится на рабочем месте. Как уже упоминалось, мигранты достаточно мобильны в отношении занятости и часто меняют место работы. Кроме того, они нередко меняют место проживания, иногда переезжая из одной части города в другую, чтобы жить как можно ближе к месту работы, что экономит время и деньги, а также снижает риски, связанные с проверками полиции.

Обычно мигранты проживают с выходцами из своей родной страны (в некоторых случаях они даже делят жилье с земляками из своего города или деревни). Другие проживают с гражданами других государств и принимающей страны. При переезде с семьей и детьми, мигранты арендуют комнаты или целые квартиры либо дома, если они могут себе это позволить.

Большинство респондентов отметили, что чувствуют себя в безопасности на месте своего проживания. Тем не менее, некоторые упомянули о чувстве неуверенности, вызванном следующими факторами:

- Общий «страх перед неизвестностью», связанный с переездом в другую страну;
- Чувство незащищенности и преступность в районе проживания;
- При получении жилья от работодателя, страх перед его ненадлежащим поведением;
- Страх перед неожиданными полицейскими рейдами.

Наконец, респонденты рассказали (из личного опыта или наблюдений), что в период миграции случаи насилия в семье учащаются. Приведенные причины включают ревность со стороны одного из партнеров, финансовые разногласия, а также повышенный уровень общего стресса, вызванного истощением и трудными условиями жизни и работы.

Из вышесказанного можно заключить, что жилищные условия являются важным фактором, определяющим последствия миграции для здоровья. Стратегия минимизации затрат мигрантов часто приводит к проживанию в ненадлежащих условиях, что прямо или косвенно способствует возникновению проблем со здоровьем, некоторые из которых могут иметь серьезный характер, как, например, туберкулез.

2.3.3 Гигиена труда

Основной целью большинства мигрантов из Центральной Азии является трудоустройство. Как правило, мигранты проводят значительную часть своего времени на рабочем месте. Таким образом, работа является аспектом миграции, оказывающим наибольшее влияние на здоровье мигрантов. В этом разделе рассматриваются структура занятости и режим работы мигрантов из Центральной Азии, наиболее частые профессиональные заболевания и травмы, роль работодателей в оказании медицинской помощи, а также другие связанные с работой вопросы. Он направлен на оценку общего воздействия на здоровье аспектов миграции, связанных с работой.

Структура занятости. Первое, что следует отметить в отношении структуры занятости мигрантов, – это то, что в ходе миграции многие из них будут работать в различных местах, на разных работодателей и в различных сферах деятельности. В особенности это касается мужчин-мигрантов, которые более мобильны, когда дело касается трудоустройства. Например, некоторые респонденты указали, что во время миграции они меняли работу до пяти раз в течение нескольких месяцев.

Как видно из нижеприведенной таблицы 6, большинство мигрантов устраиваются на малоква-

лифицированную работу. Также очевидно четкое различие по признаку пола, поскольку женщины обычно работают в сфере услуг в качестве официанток, посудомоек, уборщиц и продавцов, а большинство мужчин заняты в строительном и коммерческом секторах. Стоит отметить, что лишь немногие мигранты имеют возможности карьерного роста: большинство из них остаются на низкоквалифицированных должностях, несмотря на многолетний опыт работы в конкретной области. При проведении данного исследования лишь один из респондентов получил продвижение по службе.

ТАБЛИЦА 6 Занятость среди респондентов

Код	Возраст	Пол	Занятость респондентов во время миграции
KGAS01	24	Муж.	Электрик
KGAS02	25	Жен.	Официантка
KGAS03	28	Жен.	Посудомойка – Уборщица – Официантка
KGAS04	47	Жен.	Продавец в небольшом магазине – Посудомойка – Пекарь – Охранник
KGAS05	28	Жен.	Продавец в «контейнерном магазине»
KGAS06	25	Жен.	Няня
KGAS07	40	Муж.	Строитель - Сантехник
KGAS08	30	Жен.	Повар - Уборщица – Посудомойка
KGAS09	28	Жен.	Посудомойка
KGAS10	30	Жен.	Продавец в «контейнерном магазине»
KGAS11	39	Муж.	Менеджер по продажам - Торговый представитель - Основатель / директор компании
KGAS12	31	Жен.	Сотрудница салона красоты - Продавец – Клерк в магазине
KGKJ01	54	Муж.	Охранник – Строитель- Оптовый посредник - Смотритель на стройке - Водитель
KGKJ02	29	Муж.	Строитель –Грузчик на кирпичном заводе - Электрик
KGKJ03	28	Муж.	Работник на картонном заводе - Рабочий на железной дороге - Рабочий на складе – Мойщик окон - Офисный грузчик
KGKJ04	32	Муж.	Грузчик - Строитель - Водитель такси – Временная подработка в выходные
KGKJ05	28	Муж.	Бариста в кафе
KGKJ06	26	Муж.	Продавец – Строитель
KGKJ07	27	Муж.	Рабочий на складе - Водитель
KGKJ08	51	Муж.	Охранник – Водитель такси
KZRS01	26	Муж.	Мойщик машин – Строитель
KZRS02	33	Муж.	Грузчик в магазине
KZRS03	23	Муж.	Ремонтник
KZRS04	47	Муж.	Водитель такси
KZRS06	61	Муж.	Охранник – Сотрудник оптового магазина - Безработный
KZRS07	39	Муж.	Строитель – Работник в шиномонтажном цехе

Код	Возраст	Пол	Занятость респондентов во время миграции
KZRS08	41	Муж.	Охранник – Электрик
KZRS10	43	Жен.	Повар
KZRS11	47	Жен.	Уборщица в медицинской клинике - Работник швейной фабрики
KZRS12	56	Муж.	Строитель – Сварщик
KZRA01	32	Жен.	(Жертва торговли людьми, сексуальной эксплуатации)
KZRA02	25	Жен.	Кассир
KZRA04	32	Муж.	Плиточник
KZRA06	31	Жен.	Доярка - Домработница
KZRA07	49	Муж.	Строитель
KZRA08	33	Жен.	Домработница
KZRA09	36	Жен.	Уборщица
KZRA10	47	Жен.	Уборщица
KZRA12	24	Жен.	Уборщица

Согласно изложенному ранее, в поисках работы мигрантам чаще всего помогают друзья, родственники знакомых, как в стране назначения, так и в стране происхождения. Тем не менее, мигранты часто недовольны условиями работы и зарплатой, предоставляемыми личными контактами. В таком случае многие ищут альтернативные возможности трудоустройства через объявления, контакты или центры занятости в странах назначения.

Иногда работодатели напрямую обращаются к мигрантам с предложением работы, как в странах происхождения, так и назначения. Обычно, когда мигранты трудоустраиваются, еще будучи в стране происхождения, работодатели покрывают транспортные расходы, которые потом вычитаются из их заработной платы после начала работы. В таких случаях между мигрантами и работодателями часто возникают «долговые отношения», что достаточно проблематично в виду отсутствия трудовых договоров. Действительно, без четкой и формально закрепленной договоренности относительно рабочего времени, заработной платы, обеспечения питанием, жильем и других аспектов трудовых отношений стоимость выполненных работ не всегда полностью учитывается при погашении долга. В результате, мигранты порой тратят несколько месяцев на погашение своей изначальной задолженности работодателю, не имея возможности экономить деньги для отправки домой, что является основной целью миграции.

Режим работы. Типичный режим работы центральноазиатских мигрантов характеризуется долгими часами. Один из наиболее экстремальных примеров привела женщина-респондент, которая рассказала, что работала в кондитерской в Москве с 7 утра до 3 часов ночи. Спустя месяц, будучи не в состоянии поддерживать такой режим, бросила эту работу и стала посудомойкой. На новом месте условия труда были немного лучше, но она продолжала работать по 12 часов каждую ночь, с 21:00 вечера до 9:00 утра. Затем она снова сменила работу и устроилась уборщицей с аналогичным режимом по 12 часов (с 8 утра до 8 вечера). Мигранты, занятые в строительном секторе, в среднем работают по 10–12 часов в день. Ни в одном из случаев, зафиксированных во время данного исследования, работодатели не производили оплату сверхурочной работы, если для выполнения объема работы мигрантам приходилось трудиться сверх оговоренных часов, будь то официальных или неофициальных.

И наконец, для получения наибольшей финансовой выгоды от поездки, мигранты, особенно молодые, нередко ищут дополнительные возможности трудоустройства в выходные дни.

Такой плотный режим работы не позволяет выделить достаточно времени для заботы о своем здоровье, достаточного сна и здорового питания. Недостаток сна и физическое истощение существенно влияют на здоровье мигрантов, ослабляя их иммунную систему, и тем самым увеличивая риски болезней и недугов. Как будет описано ниже, изнеможение также увеличивает риски получения производственных травм. Важно отметить, что такой режим работы обусловлен не только требованиями работодателей. Менталитет мигрантов в целом и их стремление максимально использовать миграцию с точки зрения финансовой выгоды также приводят к тяжелому и продолжительному режиму работы. Однако многие респонденты заявили, что при возможности они бы работали меньшее количество часов в сутки, но это совершенно невозможно из-за общей практики в секторах занятости, где задействовано большинство мигрантов.

Профессиональные травмы и болезни. Мигранты обычно выполняют низкоквалифицированную физическую работу, что влечет за собой значительные риски для здоровья. Среди часто упоминаемых рисков профессиональных травм респонденты отметили:

- Риск падения с высоты, особенно при работе на крышах и мытье окон;
- Риск падающих предметов, в частности на складах и на строительных площадках, который усугубляется тем, что мигранты часто не обеспечены надлежащими средствами индивидуальной защиты, как, например, шлемами;
- Риск поражения электрическим током;
- Риск повреждения кожи вследствие контакта с промышленными химикатами (часто усугубляется отсутствием надлежащего защитного снаряжения, как резиновые перчатки и маски);
- Риск автомобильных аварий, особенно зимой для таксистов;
- Риск, связанный с отсутствием достаточных навыков для обращения с опасными строительными инструментами;
- Риск респираторных заболеваний, вызванный промышленными химикатами, такими как клей.

У Вас было ощущение, что работа в некоторой степени была опасной?

В какой-то мере опасность была повсюду. Вы получаете защитное снаряжение, только если Вам удастся официально устроиться на работу [с трудовым договором и другими соответствующими документами]. В таком случае Вы получаете инструктаж по безопасности, изучаете технику, все как положено. Но если Вы работаете на частного работодателя [без официального трудового договора и правовой защиты], то тогда где [получить средства защиты и инструктаж]? Вы сами должны всем себя обеспечить. Вот так все устроено.

Фактические производственные травмы и несчастные случаи, пережитые респондентами, включают:

- Порезы острыми предметами;
- Раздробленные пальцы или конечности из-за падающих предметов;
- Ожоги;

- Вывихи и переломы;
- Судороги и онемение конечностей;
- Падение с транспортных средств, крыш и других высот;
- Травмы, полученные из-за драки на рабочем месте.

Конечно, не только мигранты сталкиваются с такими рисками: многие местные жители также выполняют работу, сопряженную с рисками профессиональных увечий. Однако мигранты, как правило, в непропорционально большой степени представлены в общем объеме низкоквалифицированных трудовых ресурсов, что делает их особенно уязвимой группой. Эта уязвимость обостряется тем фактом, что, будучи негражданами, а порой не имея законного статуса, мигранты не пользуются услугами социального обеспечения в отличие от местного населения, а также не имеют поддержки для решения проблем со здоровьем.

Роль работодателей в вопросах здоровья мигрантов. Учитывая важность трудоустройства в миграционном опыте, действия работодателей и их отношение к здоровью мигрантов существенно влияют на воздействие миграции на здоровье. Согласно данным опроса, роль работодателей в отношении здоровья мигрантов сильно варьируется: от безразличия и небрежности до внимания и активной помощи.

В некоторых случаях работодатели покрывают расходы, связанные с лечением профессиональных травм или болезней, либо способствуют лечению нематериальными способами. Например, когда сейф раздавил пальцы одного из респондентов, работодатель покрыл медицинские расходы и выплатил мигранту компенсацию за пропущенные рабочие дни. В другом случае, когда респондент, работавший в удаленной локации с затрудненным доступом к медицинским услугам, получил увечье, работодатель оказал первую помощь и организовал дальнейшее лечение в больнице.

Вы когда-нибудь болели во время работы??

Да.

Не могли бы Вы описать, какие у Вас были проблемы со здоровьем??

Болели почки.

Вам была оказана медицинская помощь?

Да, я получил лекарства, доктор дал мне их.

Где Вы получили медицинскую помощь?

В поликлинике.

А кто заплатил за это?

Мой работодатель.

Получали ли Вы какое-либо лечение?
Вы ездили в больницу?

Нет, но я получал лекарства.

А тогда кто назначил Вам их?

Врач в клинике.

В частной клинике?

Нет, в государственной.

Расходы оплатила компания [на которую работал респондент]?

Да.

Итак, Вы пропустили работу из-за болезни? Были ли пропущенные дни вычтены из вашей заработной платы?

Нет, не были. Напротив, [мой работодатель] помог, дал деньги на лечение в больнице. Сам бригадир посещал меня в больнице, он также помогал мне.

С другой стороны, респонденты рассказывали о прямо противоположных случаях, когда они сами или знакомые мигранты получали травмы либо заболевали на рабочем месте, но работодатели не давали им возможности восстановиться и заставляли продолжать работать, угрожая увольнением. Такие ситуации – и их бесчисленные вариации – особенно часто встречаются в случаях трудовой эксплуатации и торговли людьми. Данные опроса показывают, что работодатели чаще всего не компенсируют мигрантам рабочие дни, пропущенные по причине профессиональных травм или болезней.

В целом, роль работодателей в отношении здоровья мигрантов в значительной степени зависит от их субъективного настроения и отношения. Однако наличие официальных правовых механизмов (действительная регистрация, разрешение на работу, если применимо, и трудовые контракты) обычно является хорошим показателем отношения работодателей к производственной гигиене: респонденты с официальными трудовыми соглашениями заявили о большей поддержке со стороны работодателей, чем те, у которых их не было.

Производственные риски для здоровья часто усугубляются тем, что при получении травм или в случае болезни многие мигранты не информируют работодателя о своем состоянии. Респонденты сообщили, что мигранты часто скрывают наличие хронических болезней, что вызвано страхом потери рабочих дней и, следовательно, заработной платы. Это говорит о том, что мигранты зачастую предпочитают переносить проблемы со здоровьем на ногах и продолжают работать вместо лечения. Большинство респондентов заявили, что не станут выходить на работу только при возникновении очень серьезных проблем со здоровьем. Даже если они прерываются от работы на лечение, то чаще всего возвращаются на рабочее место при первых признаках облегчения, еще до полного восстановления. В большинстве случаев такая практика происходит по воле самих мигрантов, а не потому, что работодатель препятствует их лечению. И вновь эту причину можно связать со «стратегией мигрантов минимизировать затраты». Следуя этой логике, каждый пропущенный рабочий день означает потерянное ценное время и менее успешный результат миграции.

Некоторые респонденты сообщили, что при наличии травм и болезней, требующих неотложного лечения, они отпрашиваются с работы лишь на несколько часов, чтобы пройти обследование, купить лекарства, наложить повязки и так далее. Чтобы не пропускать рабочие дни, они часто договариваются со знакомыми (чаще всего со знакомыми мигрантами) о временной замене.

Насилие на работе. В дополнение к травмам и болезням, полученным на рабочем месте, насилие среди работников – как мигрантов, так и местных жителей – не редкость, и иногда приводит к увечьям. Такие ситуации провоцируются стрессом, вызванным трудными и/или опасными условиями труда, а также повышенной раздражительностью по причине истощения. Данные опроса показывают, что случаи насилия на рабочем месте связаны со следующими факторами:

- Конфликты, непосредственно связанные с рабочим процессом;
- Алкогольное опьянение коллег;
- Сексуальные домогательства;
- Выражения национализма и/или расизма, вызывающие конфликт;
- Вымогательство и рэкет преступными группами;
- Несогласие с работодателями;
- Агрессивные стычки с полицией.

Каковы наиболее значимые проблемы [с которыми Вы столкнулись на работе]?

Ну, иногда работодатели били нас.

Не могли бы Вы подробно рассказать, что произошло?

Ну, один просто напился и начал лезть ко мне, он хотел изнасиловать меня, но я этого не позволила. После этого я очень боялась его, но его все боятся.

И так, были ли люди [на работе], которые угрожали Вам, унижали Вас и Вашу семью?

Были парни, которые пришли за моим мужем и просили деньги.

Почему?

Они сказали, что для «защиты», у него не было другого выбора, кроме как согласиться.

Кто-нибудь угрожал Вам или унижал Вас на работе?

Да, был один администратор.

Что он говорил и делал?

Иногда он без причины бил меня или высмеивал. Я ничего не отвечала.

Что он говорил, когда бил Вас?

Он говорил: «Ты киргиз, ты хитрый».

Получали ли Вы какие-либо другие травмы [на работе]?

Да, один раз был конфликт, с нацистами [националистические группы] и [респонденты] получили травмы во время драки.

Климат и здоровье. Дополнительным фактором, влияющим на здоровье мигрантов, является климат. Этот фактор особенно важен в таких городах, как Астана, столице Казахстана, где зимой температура воздуха может падать до минус 50 градусов. Часто мигранты из более теплых регионов плохо подготовлены к такому температурному режиму. Те, кто работает на открытом воздухе (торговцы на базарах, строители, грузчики, таксисты и т. д.), скорее всего, испытали негативное воздействие климата на свое здоровье. Кроме того, многие мигранты не могут позволить себе теплую одежду из-за необходимости экономии денег.

Работа в холодных условиях без надлежащей одежды часто приводит к простудам, гриппу и другим заболеваниям, а также ухудшает некоторые хронические заболевания, ослабляет иммунную систему и повышает уязвимость к инфекционным заболеваниям.

Там холоднее, чем в Бишкеке?

Холоднее. Летом в контейнерах очень жарко [где жил респондент на рабочем месте], а зимой, наоборот, очень холодно. Если температура снаружи составляет минус 20 градусов, то в контейнере еще холоднее.

Вы считаете, это наносит вред здоровью?

Да, конечно, это так. Деньги хорошие, но Вы губите свое здоровье.

Заключение.

Подавляющее большинство респондентов (все, кроме двоих) отметили, что миграция оказывает значительное влияние на их здоровье, и что это воздействие в основном отрицательное. Сложные сочетания многих факторов, таких как жилищные условия, питание, правовой статус, условия труда и климат, определяют последствия миграции на здоровье. Принимая во внимание условия, в которых на сегодняшний день мигрирует большинство выходцев из Центральной Азии, можно сделать вывод, что миграция негативно влияет на здоровье мигрантов.

Стоит отметить, что, несмотря на такую негативную оценку последствий миграции для здоровья, большинство респондентов по-прежнему убеждены в том, что миграция является эффективной стратегией обеспечения средств к существованию, поскольку она позволяет – по крайней мере, в случае «успеха» – быстро получить финансовую пользу, а также приобрести опыт, новые навыки и дальнейшее личностное развитие.

2.4 ОПЫТ МИГРАНТОВ В ПОЛУЧЕНИИ ДОСТУПА К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

2.4.1 Лечение и профилактика

Для понимания опыта мигрантов в получении доступа к медицинским услугам необходимо рассмотреть методы, которые они используют для лечения заболеваний и травм, поскольку поведение мигрантов в таких ситуациях может дать информацию как об их видении последствий миграции для здоровья, так и об их отношении к системе здравоохранения в принимающей стране.

Самолечение. Данные опроса показывают, что при болезнях или травмах – даже в довольно серьезных случаях – большинство мигрантов сначала занимаются самолечением. Зачастую мигранты сначала обращаются за помощью в местную аптеку, где они надеются получить советы и лекарства, которые позволят быстро решить проблему. Мигранты считают такой метод наиболее доступной формой лечения. Однако в некоторых случаях низкий уровень медицинских знаний и нежелание обратиться за надлежащим медицинским лечением приводят к опасным практикам самолечения. Например, один из респондентов занимался самолечением при прогрессивном типе гепатита. Примерно через неделю его состояние ухудшилось до тревожных масштабов, и он решил обратиться за медицинской помощью.

Что Вы предприняли, когда заболели [на работе в стране назначения]? Вы обратились к врачу?

Нет, я сам себя лечил. Я купил лекарство и все необходимое. Только однажды, когда я заболел очень сильно, мои соседи немного позаботились обо мне. Я лежал и чувствовал себя ужасно. Я тяжело кашлял.

Эффективность самолечения также снижается из-за несоблюдения лекарственных доз и инструкций. Многие респонденты констатировали, что вместо соблюдения предписаний и прохождения полного курса лечения, они, как правило, употребляют лекарственные средства лишь до исчезновения симптомов, что часто приводит к повторному заболеванию. Особенно опасно употреблять таким образом антибиотики, поскольку это развивает лекарственную устойчивость и провоцирует появление более мощных форм вирусов и микробов. Частое несоблюдение лекарственных доз и инструкций в значительной степени способствовало нынешнему всплеску туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Центрально-Азиатском регионе.

Кто делает Вам инъекции?

Мы сами. Есть девочки без медицинского образования, но они хорошо делают уколы.

Придерживаетесь ли Вы инструкций при принятии лекарственных средств, или же Вы прекращаете их прием, как только проходит боль?

Как только проходит боль, я перестаю их принимать.

Результаты опроса показывают, что такое поведение обусловлено не только низкими знаниями мигрантов в области медицины: эта практика нередко является частью стратегии минимизации затрат, и таким образом мигранты экономят таблетки для последующего приема, прекращая лечение после исчезновения симптомов. На это явление также повлияла распространенная в Центральной Азии практика, когда по просьбе клиента фармацевты продают несколько таблеток вместо полной пачки. В таких случаях пациенты часто не получают инструкцию по применению, поскольку она остается в упаковке.

С другой стороны, некоторые респонденты признались, что для более быстрого выздоровления, они принимали дозы медикаментов значительно выше предписанных, что также может пагубно для здоровья.

Как мы рассмотрим подробнее ниже, часто причинами самолечения среди мигрантов являются их неурегулированный статус и отсутствие документации. Многие респонденты полагают, что отсутствие легального статуса не позволяет им получать медицинские услуги в государственных (или даже частных) медицинских учреждениях. Кроме того, некоторые мигранты опасаются, что при взаимодействии с системой общественного здравоохранения нелегальный статус может создать проблемы, включая депортацию.

[Во время болезни], посещали ли Вы врача, обращались ли за медицинской помощью?

Нет.

Что Вы делали?

Приходилось просто терпеть, а что еще? У меня нет документов, так что я могу сделать?

Другими часто упоминаемыми причинами самолечения являются недостаток финансовых средств для получения частной медицинской помощи, а также нехватка времени. Например, женщина-респондент, страдающая грыжей в течение нескольких лет, рассказала, что у нее никогда не было ни времени, ни денег для прохождения надлежащего лечения, так как ей нужно было работать без перерывов для обеспечения членов своей семьи, оставшихся дома. Это можно напрямую отнести к характерным условиям миграции.

Вы нуждались в медицинской помощи, верно?

Да, конечно, у меня были сильные боли, но что я могла сделать? Я продолжала работать. Я сама сделала себе обезболивающий укол и работала. (...)

Почему Вы не обратились за помощью? У Вас не было достаточно денег, или Вы просто физически не могли пойти в больницу?

Да, я просто физически не могла пойти, а также не могла себе этого позволить, мне нужно было работать.

Медицинские учреждения принимающих стран. Когда самолечение оказывается безуспешным, и состояние здоровья ухудшается, некоторые мигранты, как законные, так и нелегальные, обращаются за помощью в местные медицинские учреждения. Из-за отсутствия четких инструкций для медицинского персонала в сфере работы с мигрантами с различным правовым статусом, медицинские услуги, получаемые мигрантами, сильно варьируются и зависят от целого ряда факторов, в том числе от характера медицинского учреждения, состояния здоровья мигранта, а также субъективной оценки и «настроения» медицинских работников, взаимодействующих с мигрантами.

А кто заплатил [за медицинские услуги], Ваш работодатель?

Нет, я сам. Работодатель не платит. Мое здоровье очень важно для меня.

Вы обратились в государственную или частную больницу?

В государственную.

Были ли необходимые лекарства назначены Вам официально?

Да. Доктор выписал [рецепт], и я купил их в аптеке.

В одном случае женщина-респондент, страдающая желтухой, после неудачных попыток самолечения, решила посетить местную больницу, несмотря на свой нелегальный статус пребывания в стране и отсутствие всех необходимых документов. Врач, не обращая внимания на ее неурегулированный статус, провел диагностику и дал назначение бесплатно, не задавая «неудобных» вопросов. Однако, врач не назначил проведение анализа крови, что обычно требуется для подтверждения диагноза. Возможно, причина связана с тем, что для анализа крови необходимо заполнить информацию с данными о регистрации мигранта, которой у нее не было. Другие подобные случаи, рассказанные респондентами, указывают на крайне непредсказуемые результаты обращения мигрантов в местные медицинские учреждения для получения медицинских услуг и лечения, и что человеческий фактор играет значительную роль. Однако следует отметить, что, по опыту респондентов, государственные медицинские учреждения почти всегда оказывают помощь детям и беременным женщинам.

Кто-нибудь из Вас обращался в больницу?

Да, мне делали УЗИ и взяли 4 000 тенге. Для иностранцев они [медицинские услуги] всегда дорогие. Был случай, когда 15-летняя девочка с острой почечной болью вызвала скорую помощь. Ее забрали на скорой, провели ультразвуковое и другие исследования, оплата составила 15 000 тенге, хотя диагноз так и не был установлен. Оставаться в больнице не представлялось возможным, так как стационарное лечение очень дорогое, стоит 15 000 тенге в день. Девочку пришлось лечить дома.

Вы ходили к врачу [в стране назначения]?

Да.

Из-за грыжи?

Да или по другим причинам.

В частную или государственную больницу?

В частную. В государственной больнице не принимают [недокументированных мигрантов]. Когда я была беременна, меня приняли. Меня даже включили в регистр.

Несмотря на то что Вы не являетесь гражданкой Казахстана?

Да. Беременных женщин принимают.

Частные медицинские услуги. Другой метод лечения – это обращение в частные медицинские клиники. Интересно, что мигранты с урегулированным статусом, а также лица, получившие вид на жительство или гражданство в принимающих странах, признались, что предпочитают обращаться за медицинскими услугами в частные клиники, несмотря на их право получать (некоторые) медицинские услуги бесплатно в государственных медицинских учреждениях. Основными причинами обращения в частные клиники являются экономия времени (поскольку очереди в частных учреждениях обычно намного короче, чем в государственных) и возможность получения более качественных услуг.

Неурегулированные мигранты также заявили, что предпочитают частные клиники, которые имеют значительное преимущество, предоставляя анонимность и не задавая лишних вопросов о правовом статусе, регистрации т. п. (за исключением тестов на ВИЧ, сифилис и некоторых других заболеваний, когда врачи обязаны по закону запрашивать удостоверение личности и сообщать о случаях). Респонденты также считают необходимость платить за частные стоматологические и гинекологические услуги в принимающих странах обычным явлением для них.

Я беременна, но я продолжаю работать. Я еще не встала на учет. Как только я пойду в [государственную] поликлинику, и там узнают, что я гражданка Кыргызстана, мне даже не проведут ультразвуковое исследование. Нужно иметь друзей и связи. В конце концов мне придется пойти в частную клинику и оплатить УЗИ. (...)

Частные клиники предоставляют хорошие услуги и консультацию, а также делают назначения, но они очень дорогие. Только регистрация в них стоит пять тысяч тенге. Поэтому мы стараемся лечиться в Кыргызстане.

Большинство мигрантов предпочитают получать медицинские услуги в странах назначения. Они считают, качество здравоохранения в них выше, чем в странах их происхождения. Однако, как отмечалось выше, часто существуют факторы, обычно носящие финансовый и административный характер, которые препятствуют этому.

Цены на медицинские услуги в значительной степени определяют выбор стратегии лечения мигрантов. Цены на медицинские услуги в государственных и частных медицинских учреждениях, по мнению мигрантов, слишком высокие, порой едва ли доступные. Следовательно, зачастую мигранты выбирают наименее дорогостоящий вариант лечения либо вообще игнорируют лечение, даже если это наносит вред их здоровью. При необходимости неотложного лечения, мигранты нередко решают вернуться на родину, поскольку здравоохранение там в основном всегда дешевле, и они имеют право на льготы в качестве граждан.

Были ли у Вас травмы на работе?

Слава Богу нет. Что касается медицины, я старался вообще не лечиться в Алматы.

Почему?

Ну, в первую очередь, там дороже.

Когда у Вас были проблемы с почками, Вы обращались в больницу или поликлинику?

Нет, не обращался.

Почему?

Потому что это слишком дорого. И у меня еще не было документов. Но, в основном, из-за слишком высокой цены.

Скорая медицинская помощь. При острых заболеваниях или серьезных травмах, для получения экстренной медицинской помощи на месте, мигранты часто вызывают скорую. Согласно опыту мигрантов и их знакомых, скорая помощь во всех случаях предоставлялась бесплатно. Если требовалось последующее стационарное лечение, мигрантов направляли в больницу для получения специализированных услуг, проведения анализов, радиографии и т. д. Респондентам приходилось платить за эти услуги. Также стоит отметить, что респонденты выразили удовлетворенность оказанной неотложной медицинской помощью.

Поддержка неправительственных организаций и консульств. Неправительственные субъекты, такие как местные и международные НПО, а также международные организации играют важную роль в вопросах здравоохранения мигрантов, как в плане информационной работы и разработки политики, так и при оказании прямой помощи нуждающимся мигрантам. В настоящем разделе основное внимание будет уделено последней сфере деятельности. Во-первых, ожидания мигрантов в отношении неправительственных организаций говорят об их конкретных потребностях и общем опыте. Респонденты отметили, что, по их мнению, эти субъекты могут или должны помогать им в следующем:

- Содействовать поиску работы, особенно в тех случаях, когда мигранты, находясь уже в принимающей стране, вынуждены увольняться и искать альтернативную работу;
- Помогать с регистрацией и предоставлять практическую информацию о правовых требованиях, их применении и так далее;
- Предоставлять юридические консультации мигрантам, особенно тем, кто плохо знает язык принимающей страны;
- Оказывать прямую помощь в случаях, когда мигранты становятся жертвами различных видов мошенничества, обмана и эксплуатации, и предоставлять им «чрезвычайную финансовую помощь» для покрытия базовых расходов в самых отчаянных случаях;
- Помогать с документацией и официальным оформлением детей, рожденных во время миграции;
- Оказывать поддержку при восстановлении потерянных или украденных документов;
- Повышать общий уровень знаний и осведомленности мигрантов о правилах, процедурах миграции, а также рисках мошенничества и эксплуатации.

Несмотря на такие высокие ожидания, чуть меньше половины респондентов мало информированы о неправительственных организациях, оказывающих помощь мигрантам. В дополнение к НПО, респонденты сообщили, что имеют относительно высокий уровень доверия к посольствам и консульским представительствам своих стран происхождения. По их мнению, посольства и консульства должны помогать им в следующих вопросах:

- Для новых мигрантов, проводить «инструктаж по прибытию», в ходе которых они могли бы получить практическую, надежную и обновленную информацию обо всех важных аспектах принимающей страны, как необходимые процедуры для мигрантов, законы, рынок труда, доступные социальные услуги, и другие вопросы;
- Выдавать справку об отсутствии судимости у мигрантов (которую можно представить потенциальным работодателям при поиске работы);
- В случае потери документов, мошенничества или эксплуатации, приведших к отчаянной ситуации, оказать экстренное содействие в установлении связи с родственниками, которые могли бы им помочь;
- Разместить в Интернете информацию о вышеуказанных аспектах, а также о возможностях трудоустройства и контактную информацию диаспорских организаций, этнокультурных центров и НПО, которые оказывают помощь в различных ситуациях.

«Традиционные» средства лечения». В виду основных финансовых и правовых трудностей, препятствующих доступу к здравоохранению, многие мигранты прибегают к «традиционным» или «домашним» средствам лечения, таким как настои, мази и массаж. Однако недостаточные знания о влиянии на здоровье некоторых из этих способов лечения приводят к отрицательным и опасным последствиям для здоровья. В качестве наглядного примера можно привести мать, которая призналась, что давала коньяк своему двухлетнему ребенку для лечения простуды и кашля. Это указывает на необходимость повышения базовых знаний мигрантов в вопросах здравоохранения уже в принимающих странах.

Выводы о выборе методов лечения мигрантов. Эмпирические данные показывают, что выбор метода лечения зависит от множества факторов, включая характер проблем со здоровьем, финансовые возможности мигрантов, правовой статус, юридическую грамотность, знания и осведомленность, социальный капитал, связи и понимание системы здравоохранения принимающей страны. Это говорит о том, что даже при серьезных проблемах со здоровьем, некоторые мигранты пренебрегают лечением. Например, один респондент признался, что, несмотря на хронический кашель на протяжении более одного года, он так и не сдал анализы на туберкулез. Он заявил, что «возможно, я и был болен, но я ничего не делал, просто продолжал работать, как обычно». Наиболее распространенные причины пренебрежения лечением включают:

- Недостаток денежных средств;
- Необходимость работать (отсутствие времени на лечение);
- Недостаток знаний о том, куда обратиться за лечением;
- Нелегальный статус и отсутствие документации;
- Отсутствие казахстанского гражданства;
- Стремление сэкономить деньги;
- Желание мигрантов дождаться возвращения домой для получения лечения;
- Беспечность.

И [что Вы делаете] при заболевании?

Ну, мы покупаем лекарства в аптеке и лечимся дома, консультируемся у аптекаря или друзей. [Объяснением тому, почему они не обращаются в государственные медицинские учреждения, является то, что они не документированы]. Есть частные медицинские центры, но они очень дорогие. В случае очень тяжелой болезни, нам приходится возвращаться домой.

2.4.2 Правовой статус и его влияние на доступ к здравоохранению

Разрешения на работу, трудовые договоры и регистрация являются основными документами, дающими мигрантам право на пребывание и работу в принимающих странах. Наличие или отсутствие надлежащей документации существенно влияет на миграционный опыт и нередко становится основной составляющей его успеха или неудачи. Соответственно, уровень информированности мигрантов в этих вопросах, их правовая грамотность и подготовленность в значительной степени определяют доступ мигрантов к социальным услугам, включая здравоохранение. В следующем разделе будет рассмотрен вопрос о том, как мигранты взаимодействуют с правовой средой принимающих стран, и как это взаимодействие влияет на их доступ к медицинским услугам.

Регистрация. Регистрация по месту жительства, вероятно, является наиболее важной процедурой для трудящихся-мигрантов и первостепенным определяющим фактором их правового статуса. В Казахстане регистрация мигрантов официально должна производиться приглашающей стороной, которая несет ответственность за регистрацию мигранта по адресу постоянного проживания. Однако, на практике многие мигранты получают регистрацию через посредников, которые за деньги регистрируют мигрантов по адресу, где они на самом деле не проживают. Эта практика, главным образом, объясняется тем, что мигрантам часто сложно найти арендодателя, который соглашается зарегистрировать мигрантов по адресу, а также низкой правовой грамотностью мигрантов в целом. Кроме того, высокая мобильность мигрантов (многие из них часто переезжают во время миграции) является еще одним фактором, препятствующим регистрации по фактическому месту проживания. Опрошенные эксперты и ключевые информанты были единодушны в том, что существующая система регистрации не адаптирована к реалиям мигрантов.

Заключил ли работодатель с Вами соглашение, трудовой договор?

Да, заключил. У меня также было разрешение на работу, и поэтому меня взяли. А еще у меня была регистрация по месту жительства.

Вы были регистрированы там, где проживали, или по другому адресу?

По другому адресу.

Ваша регистрация совпадает с местом Вашего проживания?

Нет. У 90% мигрантов не совпадает.

Регистрация свидетельствует о законном пребывании, но не дает право на работу. Однако многим мигрантам удается найти работу без каких-либо дополнительных документов, особенно в наименее урегулированных секторах занятости, таких как стройка, малый бизнес (базар), транспорт (такси) и некоторые услуги (уборка и ремонт).

Регистрация обычно действительна на определенный период. При истечении регистрации, обычной для мигрантов практикой является временный выезд из принимающей страны, с последующим незамедлительным возвращением. Однако многие мигранты остаются в принимающей стране после истечения срока регистрации, при этом теряя свой легальный статус, что потенциально создает правовые проблемы, в том числе в части доступа к социальным услугам, таким как здравоохранение.

Власти часто проверяют соблюдение мигрантами требований регистрации (полиция или миграционная служба). По словам респондентов, в квартирах мигрантов часто проводятся рейды. При проверке регистрации внимание уделяется соответствию регистрационного адреса с фактическим местом проживания. Если они совпадают, власти обычно проверяют наличие договора аренды (найма жилья), в котором должны быть указаны соответствующие адрес и имя мигранта. По рассказам респондентов, если, например, в квартире проживает около десяти мигрантов, то обычно только примерно двое из них зарегистрированы по данному конкретному местожительству, остальные же по другим адресам. Регистрацию также могут проверить на улице, на рабочем месте и на пограничных контрольно-пропускных пунктах.

Респонденты отметили, что посредники, «продающие» адреса для регистрации мигрантов, часто предоставляют фальшивые регистрации. Эта проблема усугубляется неспособностью многих мигрантов отличить подлинную регистрацию от поддельной.

Бывает, что правила и процедуры регистрации становятся инструментом трудовой эксплуатации. Например, респонденты рассказали о случаях, когда работодатели предоставляют мигрантам жилье на рабочем месте, забирают паспорта для регистрации, но, на самом деле, не ставят их на учет. Так мигранты остаются без регистрации, а иногда и без паспорта, т.е. оказываются в ситуации, которая значительно ограничивает их свободу передвижения, доступ к социальным услугам и возможность договариваться с работодателями. Мигранты, попадая в такие ловушки, могут легко стать жертвами трудовой эксплуатации, они подвержены манипуляциям и часто боятся обращаться к властям из-за отсутствия документов и регистрации.

Как в России, так и в Казахстане, истекшая регистрация является одной из наиболее частых причин административного наказания, включая выдворение, а в случае Российской Федерации – еще и включение в список лиц, утративших право на повторный въезд.

Изменения, связанные с Евразийским экономическим союзом (ЕАЭС)

Договор об Евразийском экономическом союзе был подписан в 2014 году и вступил в силу в 2015 году. По состоянию на август 2017 года в него входят Россия, Казахстан, Беларусь, Кыргызстан и Армения. Помимо прочих изменений, в рамках союза были приняты облегченные административные процедуры для мигрантов государств-членов, что является серьезной поддержкой и содействием для трудовой мобильности. Несмотря на многочисленные исследования, проведенные в последние годы, все еще не представляется возможным получить полную и ясную картину влияния ЕАЭС на миграционные процессы и опыт мигрантов. В рамках данного исследования мигранты из Кыргызстана оценили влияние ЕАЭС либо нейтрально, либо положительно. Они отметили следующие преимущества:

- Период, на которую выдается регистрация, теперь дольше;
- Больше не требуется разрешение на работу;
- Мигрантам легче найти работу, поскольку для работодателей облегчено административное бремя для найма мигрантов из стран ЕАЭС;
- Пересечение границ стран ЕАЭС стало проще и быстрее.

Разрешения на работу и трудовые договоры. Наряду с регистрацией, разрешение на работу и трудовой договор также являются важными факторами, определяющими правовой статус мигрантов, и могут существенно влиять на их доступ к социальным услугам, таким как здравоохранение. По мнению опрошенных экспертов, заключение трудовых договоров крайне выгодно для мигрантов с точки зрения доступа к социальным услугам в целом, и к здравоохранению в частности. Действительно, мигранты, обладающие действующим трудовым договором, подпадают под действие национального трудового законодательства, которое регулирует трудовые отношения. Таким образом, в соответствии с законом, при получении травмы на рабочем месте, мигрант, как правило, имеет право на получение компенсации от работодателя. Теоретически, мигранты могут получить компенсацию даже при отсутствии трудового соглашения; однако, для этого требуются доказательства того, что травма была связана с работой, что часто требует длительного, сложного и дорогостоящего процесса, в котором мигранты обычно не желают или не могут участвовать. Поэтому действительные трудовые соглашения предоставляют прочную правовую защиту мигрантам.

Отсутствие официальных и действительных документов о трудоустройстве, напротив, может иметь серьезные последствия и негативно влиять на результаты миграции. В качестве примера можно привести опыт одного из респондентов, молодого человека из Кыргызстана, который приехал в Алматы с группой из 12 других мигрантов для работы на кирпичной фабрике. Работодатель не оформил им документы, а через неделю после их прибытия на рабочем месте проводилась полицейская инспекция, и вся группа была депортирована за то, что не имела действительных трудовых документов и регистрации. В дополнение к стрессу и разочарованию, вызванными инцидентом, респондент и его попутчики не смогли полностью покрыть первоначальные затраты на миграционную поездку.

Многие респонденты рассказали о похожих ситуациях, когда отсутствие трудовых документов или недействительные/истекшие документы приводили к штрафам, задержанию и депортации. Стоит отметить, что мигранты часто не платят штрафы из-за беспечности либо по причине отсутствия финансовых ресурсов.

Так почему Ваша супруга была депортирована?

Она была оштрафована за отсутствие разрешения на работу, но не оплатила штраф, [поэтому ее депортировали].

Некоторые респонденты отметили, что после негативного опыта работы в сфере занятости они сожалели о том, что не заключили трудовой договор. Большинство из них имеют четкое представление о том, как договор может защитить их в будущем.

Данные опроса показывают, что, аналогично регистрации, мигранты обычно плохо разбираются в процедурах, касающихся разрешений на работу и трудовых договоров. Чаще всего они прибегают к услугам посредников, которые за определённую плату готовят необходимый «пакет» документов, позволяющих работать на законных основаниях. Как мы видим из вышеуказанного, такая практика препятствует развитию столь необходимой культуры правовой грамотности среди мигрантов. Кроме того, многие мигранты не могут позволить себе получить документы, полагая, что использование услуг посредника – это единственный способ приобрести их. На самом деле, расходы на посреднические услуги могут быть слишком дорогостоящими для некоторых мигрантов, особенно в столицах и крупных городах, где они, как правило, дороже. Таким образом, обычной практикой для мигрантов является работать только с регистрацией по месту жительства без разрешения на работу и трудового договора.

Так почему Ваша супруга была депортирована?

Нет, я не знал этого раньше, только недавно обнаружил. Теперь я знаю, что в контракте должно быть указано все, включая количество часов, которые я должен отработать.

У Вас есть регистрация или разрешение на работу?

Нет.

Вы сейчас работаете?

В настоящее время да.

А у Вас есть трудовой договор с вашим работодателем?

Нет.

Вы когда-нибудь заключали трудовой договор с работодателем?

Нет, нет.

У Вас было официальное разрешение на работу?

Только во время первой работы в кафе. И все. В последующие два раза у меня не было разрешения на работу. Однажды я и вовсе лишилась всех своих документов, когда я потеряла свою сумку с документами и телефоном. Я взяла документы подруги, и некоторое время работала с ними в ресторане.

А в каких случаях Вы заключаете трудовой договор? Возможно ли работать без него?

Возможно. Теперь я думаю, что потратила деньги (оплата посреднику, который сделал разрешение на работу) впустую. Я просто не знала, люди сказали, что это необходимо [иметь разрешение на работу].

И на Ваш взгляд, разрешение на работу - это как трудовой договор или это разные вещи?

Я не знаю.

Присоединение Кыргызстана к Евразийскому экономическому союзу (ЕАЭС) изменило правила для мигрантов из Кыргызстана, работающих в Казахстане. Одним из главных новшеств стало то, что гражданам Кыргызстана больше не требуется разрешение для работы в Казахстане. Тем не менее, по-прежнему необходимо заключать трудовой договор с работодателем и регистрировать это соглашение (вместе с заявлением работодателя) в Государственной миграционной службе, которая затем регистрирует мигранта на срок, указанном в трудовом договоре. По отзывам мигрантов, это значительно упростило процедуру обеспечения законности пребывания и занятости.

Кыргызстан вошел в Евразийский экономический союз в 2015 году. Изменилось ли что-либо с тех пор для трудящихся-мигрантов из Кыргызстана?

Благодаря изменениям, я теперь больше хочу уехать. Теперь мы можем работать [в этих странах], главным образом, как [местное население]. Стало легче с документацией.

Важным аспектом, требующим внимания, является информация, указываемая мигрантами в разделе «Цель поездки» миграционной карточки, которую должен заполнить каждый негражданин при пересечении границы. По утверждению экспертов и чиновников, даже если мигранты в качестве цели поездки указали «частный визит», они все же могут зарегистрировать трудовой договор во время пребывания. Однако некоторые респонденты заявили, что на практике, у них возникли проблемы с трудовым договором и последующей регистрацией, когда цель визита была указана как «частная» (либо другая причина, не связанная с трудоустройством). Государственные служащие настаивали, что при пересечении границы мигранты в миграционной карточке должны были указывать целью приезда «трудоустройство». С другой стороны, некоторые мигранты покидают родину без официального устройства на работу в стране назначения. В таких случаях, они опять-таки сталкивались с трудностями при пересечении границы, так как пограничники задавали респондентам, указавшим «работу» в качестве цели поездки, вопросы об определенных деталях трудоустройства, на которые они не могли ответить. Это указывает на необходимость адаптации соответствующих процедур к конкретным реалиям мигрантов. Стоит отметить, что мигранты обычно посещают страны назначения по несколько раз и в течение одной и той же поездки могут многократно менять работу. Типичный мигрант, который, скажем, три раза выезжал за границу и работал в среднем в трех местах во время каждого пребывания, сменил, как правило, девять мест работы. С одними работодателями договоры заключались, а другими нет. Респонденты указали следующие причины отсутствия трудовых договоров:

- Плохие знания и низкий уровень осведомленности (мигранты не информированы о правилах, касающихся трудовых договоров);
- Самозанятость (например, для неофициальных водителей такси и розничных продавцов на базарах);

- Нежелание работодателей заключать договор во избежание уплаты налогов;
- Страх работодателей, что регистрация мигрантов в качестве сотрудников приведет к полицейским проверкам;
- Мнение среди работодателей о том, что трудовые соглашения возлагают на них правовую ответственность за мигрантов, что обуславливает их нежелание заключать договоры;
- Мнение мигрантов о том, что трудовые договоры не дают никаких гарантий предоставления социальных услуг;
- Ведение трудовой деятельности мигрантом, используя личность лица, имеющего действительный трудовой договор, но который фактически не работает;
- Заключение мигрантами трудового договора только с первым работодателем, но не на последующих местах работы из-за небрежности или отсутствия знаний;
- Когда работодатель является знакомым, родственником, соотечественником, и, по мнению мигрантов, доверительные отношения позволяют не оформлять соглашения;
- Мигранты, имеющие предыдущий положительный опыт работы без контракта, полагаются на этот опыт и не считают необходимым заключать договор;
- Нежелание работодателей или отсутствие возможности оформить контракт в виду отсутствия документов у мигрантов;
- Слишком короткий период работы, не дающий достаточно времени для заключения контракта;
- При найме домашних работников и нянь.

Работодатель нанял Вас только при представлении регистрации? Он не просил ничего другого?

Да, только по регистрации. Он больше ничего не просил.

А есть ли трудовой договор?

Нет, он взял копию моего паспорта, и все. Мы не заключали трудовой договор.

У Вас был договор с работодателем?

Нет, не было.

Тогда у Вас было устное соглашение, верно?

Ну, он [работодатель] – мой друг, мы выросли вместе [так что я ему доверяю].

Заключил ли работодатель с Вами трудовое соглашение?

Нет, не заключил.

Как Вы думаете, почему?

Потому что, когда они [работодатели] заключают договоры, они должны платить налоги, и на них возлагается ответственность за нас. Но он [работодатель] очень хорошо относился к нам.

Кроме того, не редкость, когда мигранты, имеющие действительные документы, не продлевают их после истечения срока. Респонденты также рассказали о случаях, когда мигранты устраивались на работу с документами других мигрантов. Они отметили, что это особенно характерно для российского рынка труда.

Опрошенные эксперты отметили, что многие работодатели обеспокоены состоянием здоровья мигрантов, которых они принимают на работу. Некоторые работодатели до заключения контракта (или даже при приеме на работу без договора) требуют от мигрантов предоставления медицинской справки, подтверждающей отсутствие гепатита, туберкулеза, ВИЧ и других заболеваний. Это обычная практика для домработниц, нянь и медсестер. Мигрантам часто приходится обращаться в частные клиники для получения медицинских справок, что влечет значительные расходы, которые редко покрываются работодателями.

По словам опрошенных экспертов, в настоящее время, доля мигрантов, имеющих трудовые договоры и действительные документы, увеличивается. В конкретном случае кыргызских мигрантов, эксперты относят это изменение к влиянию ЕАЭС, который облегчил административную нагрузку для мигрантов.

Обман и мошенничество. Мигранты, живущие и работающие в зарубежных странах, особенно уязвимы к различным видам мошенничества и обмана, которые, к сожалению, очень распространены и могут в значительной степени влиять на итоги миграционного опыта. Некоторые формы обмана могут привести к несвоевольной смене рабочего места, переезду из одного города в другой, депортации и, в крайне неудачных случаях, к трудовой эксплуатации. Мигранты могут стать жертвами обмана со стороны работодателей, посредников, предлагающих «пакеты» документов, а также других мигрантов и коллег.

Наиболее распространенной формой обмана является недоплата работодателями за выполненную работу. Например, работодатель, который не заключил договор с мигрантом, может устно обещать последнему бесплатное проживание на рабочем месте, но на момент оплаты может вычесть часть согласованной заработной платы в счет предоставления жилья. Мигранты, не имеющие альтернативных вариантов жилья, родственников или денежных средств, часто вынуждены соглашаться с такими условиями.

Все было не так, как мы хотели [во время миграции].

Почему?

Мы стали жертвами обмана. Мой дядя был знаком с ним. Он нашел для нас работу и передал нам деньги от работодателя. Но чуть позже мы узнали, что он отдал нам только половину денег, которые должен был, а остальное оставил себе. (...) Поэтому я решил вернуться [домой].

Каковы были Ваши отношения с Вашим работодателем?

Никаких проблем не было, казалось, все было хорошо, но, когда я ушел, он не засчитал последние дни моей работы и не заплатил за них.

Другим очень распространенным видом мошенничества со стороны работодателей является постепенное увеличение видов работ и рабочей нагрузки. Мигрантам приходится выполнять задания, которые ранее не были согласованы, для выполнения которых у них зачастую нет квалификации и/или необходимых средств индивидуальной защиты, что увеличивает риски производственных травм.

Сколько Вы зарабатывали в среднем?

Очень мало. Мне даже не хватало денег, чтобы снять комнату. Я должен был согласиться на комнату в подвале [на рабочем месте].

Вы работали электриком там. Просили ли они [работодатели] Вас выполнять другие задания?

Да, потом они начали заставлять меня делать всевозможные работы. Помыть крыльцо, например.

Другим видом обмана со стороны работодателей является то, что они намеренно дают мигрантам неточную информацию о заработной плате до начала работы. Например, работодатель обещает, что зарплата будет на условиях сдельной оплаты, и в некоторых случаях это может быть выгодно для сотрудника. Однако, когда начинается работа, мигранту фактически платят фиксированную заработную плату, которая, как правило, довольно низкая.

Еще одна форма обмана состоит в том, что работодатели забирают паспорт мигрантов и обещают оформить официальный договор и регистрацию, но фактически не делают этого, что ставит мигрантов в очень трудное положение. Более того, они часто опасаются, что информирование властей о ситуации повлечет дополнительные проблемы из-за отсутствия регистрации, вызванного мошенническими действиями работодателя. Наконец, как упоминалось ранее, посредники, предоставляющие свои услуги по регистрации, также могут обманывать мигрантов. Нередко эти посредники регистрируют мигрантов по несуществующим адресам или изготавливают поддельную регистрацию. Как уже отмечалось, многие мигранты, особенно те, кто переехал впервые, не могут отличить поддельную регистрацию от подлинной.

При таком многообразии форм мошенничества и обмана, действительные разрешения на работу, трудовые договоры и регистрация являются надежными механизмами защиты мигрантов, которые могут частично определять степень воздействия миграции на здоровье человека. Однако, по указанным выше причинам, главным образом, связанным с низким уровнем информированности и знаний мигрантов, а также из-за недостаточной адаптированности административной системы к реалиям мигрантов, многие из них не могут пользоваться этими преимуществами. Следовательно, важно укрепить механизмы и процедуры, позволяющие мигрантам работать на законных основаниях.

Заключение

Как следует из вышеприведенного, правовой статус мигрантов значительно влияет на общий опыт миграции. Урегулированный статус часто является залогом «успеха» миграции и, обеспечивая широкий доступ к услугам здравоохранения и другим социальным услугам, может способствовать уменьшению рисков негативных последствий для здоровья. И наоборот, последствия нелегального статуса могут быть достаточно серьезными и наносить ущерб благосостоянию и здоровью мигрантов.

К сожалению, многие мигранты не в состоянии пользоваться преимуществами легального статуса по целому ряду причин, включая: низкий уровень знаний, осведомленности и правовой грамотности; частое использование услуг посредников, мошенничество и обман с их стороны; нехватка финансовых средств; отсутствие доверия к государственным учреждениям в странах назначения; неэффективность информационных материалов, предназначенных для мигрантов.

Как в целом Вы оцениваете свой опыт миграции: положительно или отрицательно?

Знаете, если бы я правильно оформил документы, то все было бы очень хорошо... Но все оказалось совсем не так, как я ожидал.

2.5 ГЕНДЕРНАЯ УЯЗВИМОСТЬ, РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Не все мигранты в одинаковой степени уязвимы перед последствиями миграции на здоровье. Одна из особо уязвимых групп – это женщины-мигранты, на жизнь которых влияет ряд социальных норм, и которые сталкиваются с особыми проблемами со здоровьем. В этом разделе представлен обзор проблем, связанных с миграционным опытом женщин.

2.5.1 Социальные нормы, касающиеся женской трудовой миграции

Данные опроса показывают, что среди населения в целом, и среди подгрупп мигрантов в частности, можно наблюдать целый спектр социальных уставов и норм, связанных с различиями между мужчинами и женщинами в сфере миграции. Важно изучить эти нормы, поскольку они могут косвенно дать информацию о миграционном опыте женщин и проблемах, с которыми они сталкиваются. Социальные нормы, выделенные респондентами, включают следующее:

- В отношении миграции, женщины постепенно обретают больше прав, чем мужчины;

- Обычно мужчины выезжают работать за границу, а женщины остаются дома и получают деньги;
- В последнее время женщины обрели большую независимость и стали менее уязвимыми, в том числе во время миграции;
- Миграция легче для женщин, поскольку они обладают определенными ресурсами и способностями, которых нет у мужчин;
- Женщины-мигранты часто занимаются проституцией;
- Женщины-мигранты пользуются слишком большой свободой;
- Женщины-мигранты часто сожительствуют с членами других национальностей в странах назначения, что не очень хорошо;
- Женщинам легче получить постоянное место жительства или гражданство в странах назначения, поскольку им проще, чем мужчинам, вступить в брак с местными жителями;
- Женщинам легче найти работу;
- Женщины-мигранты обычно работают усерднее и лучше мужчин;
- Женщины-мигранты проще находят «общий язык» и лучше ведут переговоры, чем мужчины;
- Полиция реже проверяет женщины-мигрантов, чем мужчин;
- Заработная плата у женщин-мигрантов обычно ниже, чем у мужчин;
- Женщины-мигранты более уязвимы на рабочем месте, и работодателям проще манипулировать ими (они не могут дать отпор в случае необходимости, в отличие от мужчин);
- В целом, женщины-мигранты сложнее переносят миграцию;
- Женщины сильнее переживают из-за детей, оставшихся дома (они беспокоятся о них и скучают по ним больше, чем мужчины);
- У мужчин обычно более амбициозные цели миграции, чем у женщин;
- Мужчины больше, чем женщины, склонны работать на черном рынке;
- Мужчины чаще, чем женщины, решают проблемы с помощью денег.

Как Вы думаете, кому легче мигрировать: женщинам или мужчинам?

Сложно сказать, потому что женщинам легче устроиться на работу, но у них зарплата обычно ниже, чем у мужчин.

Стоит отметить, что не все респонденты разделяют эти мнения, и, соответственно, они не всегда отражают взгляды населения в целом. На самом деле, значительная часть респондентов не видит существенных различий в миграционном опыте мужчин и женщин. Наиболее важными факторами, определяющими миграционный опыт и его успех, считаются не гендерные различия, а характер человека, языковые навыки, знание законов и образование.

Помимо социальных норм, влияющих на повседневную жизнь женщин-мигрантов, во время миграции они сталкиваются с проблемой насилия на гендерной почве. Как мужчины, так и женщины-респонденты заявили, что, как правило, насилие по половому признаку, которое в подавляющем большинстве случаев совершается в отношении женщин, чаще происходило во время миграции. В качестве усугубляющих факторов, респонденты выделили общий стресс, характерный

для миграции, денежные конфликты, а также ревность, вызванную повышенным чувством свободы среди некоторых мигрантов, которые меньше подвержены социальному давлению вне привычной среды своего проживания.

Подвергались ли Вы когда-либо насилию во время миграции?

Да, со стороны мужа. После этого [конфликта с применением насилия] я не могла ходить на работу в течение пяти дней.

Что случилось, он Вас избил?

Ну, у меня был синяк под глазом.

И после [этого события] Вы [продолжили] жить с ним?

Да, мы все еще живем вместе.

Вы простили его?

Ну, теперь он изменился. В любом случае у нас трое детей. Тем более, что он хотел мальчика. Я родила ему сына. (...)

И каковы были причины конфликтов с Вашим мужем [во время миграции]?

Ну, например, он часто выходил с другом попить пиво поздно вечером. И я говорила ему: «Мы приехали сюда не за этим».

Так значит он не работал, но тратил Ваши деньги?

Ну, он не тратил много денег на пиво, но мне просто не нравилось его поведение. Он ревнивый человек – может быть, причина в этом.

В дополнение к повышенному риску стать жертвой насилия по гендерному признаку, женщины-мигранты сталкиваются с угрозой особого вида социального насилия, когда мужчины их же национальности стремятся контролировать сексуальное поведение женщин и не позволяют им вступать в отношения с мужчинами других национальностей. Некоторые случаи такого насилия были преданы широкой огласке, когда женщины-мигранты из Кыргызстана подвергались физи-

ческому насилию со стороны знакомых мигрантов за то, что они якобы вступали в отношения с мужчинами других национальностей.

2.5.2 Репродуктивное здоровье

Одним из наиважнейших аспектов, с которым сталкиваются женщины во время миграции, и, вероятно, наиболее значимым фактором их уязвимости является репродуктивное здоровье. Вдали от традиционной поддержки семьи и общества, беременные женщины-мигранты часто сталкиваются с особенными трудностями. Это же относится к женщинам, рожающим в принимающей стране, и тем, у кого есть маленькие дети[33].

Вопрос о репродуктивном и детском здоровье особенно важен, т.к. многие мигранты из Центральной Азии имеют детей, некоторые женщины перенесли беременность или рожали в период миграции. К примеру, более половины респондентов (27 из 44) имеют, по крайней мере, одного ребенка, в среднем у мигрантов по двое детей, и максимум – шестеро. Кроме того, 9 из 20 женщин-респондентов были беременны во время миграции.

Основным выводом, который можно сделать на основе материалов интервью, является то, что опыт женщин, связанный с репродуктивным здоровьем в принимающих странах, очень разнообразен, и получаемые ими услуги, в значительной степени зависят от случайных факторов, в которых значительную роль играет «человеческий элемент». Действительно, отсутствие четких процедур предоставления услуг по охране репродуктивного здоровья негражданам создает непредсказуемые условия, в которых большинству мигрантов трудно ориентироваться.

Например, если некоторые женщины-респонденты сообщали, что во время беременности они получили бесплатное медицинское обслуживание в Казахстане, то другие заявили, что за те же услуги им пришлось платить. Эти различия были отмечены даже в тех случаях, когда респонденты посещали одни и те же медицинские учреждения и имели равный правовой статус и одинаковый статус пребывания в стране. Однако большинство беременных женщин-респондентов, которые обращались в медицинские учреждения в принимающих странах для получения услуг в области охраны репродуктивного здоровья, заявили, что они платили за них.

Вместе с тем, медицинская помощь во время родов, в основном, предоставлялась бесплатно. Пять женщин-респондентов родили детей в Казахстане (одна из них рожала трижды в этой стране). Трое из пятерых рожениц получили медицинские услуги во время родов бесплатно. У одной из них было кесарево сечение, которое также было проведено бесплатно. Оставшиеся две женщины предоставили неоднозначную информацию, что затрудняет понимание того, была ли предоставлена бесплатная медицинская помощь по родам или нет. По мнению респондентов, обычной практикой является временное возвращение беременных женщин на родину для родов. Одна из респонденток дважды возвращалась домой для родов. Помимо большей доступности услуг послеродового здравоохранения, основные отмеченные респондентами причины связаны с отсутствием поддержки семьи во время и после родов в принимающих странах.

Среди женщин-мигрантов также распространены аборты: по словам респондентов, это чаще происходит среди женщин-мигрантов, чем среди обычного населения. Трое из 20 женщин-респондентов признались, что делали аборт. Двое из них прервали беременность во время миграции из-за финансовых трудностей и страха, что они не смогут позаботиться о своих детях. Другая сделала аборт по возвращению домой и причиной на это указала проблемы со здоровьем, непосредственно связанные с миграционным опытом: по ее словам, тяжелая физическая работа, стресс, длительные рабочие часы и плохое питание во время миграции способствовали смерти плода. Эти причины, лежащие в основе решения о прекращении беременности, указывают на конкретную уязвимость женщин-мигрантов и влияние миграции на здоровье.

33 Для более детального анализа права детей на здоровье в Центральной Азии можно обратиться к главе 4 настоящего доклада, которая специально посвящена этой теме. Информация, содержащаяся в данном разделе, должна рассматриваться как дополнение к содержанию четвертой главы.

Были ли Вы беременны здесь [в принимающей стране]?

Да. Но я прервала [беременность].

Можете ли Вы объяснить, почему Вы решили прервать беременность?

Из-за финансовых трудностей [недостаточно финансовых средств для ухода за новорожденным ребенком].

Во второй раз я забеременела в Москве. Я думала: оставить его [ребенка] или нет? Просто моя дочь еще была маленькой. Я поехала в кыргызскую поликлинику; простая консультация там стоит 500 рублей. Я расспросила их обо всем этом [услугах по охране репродуктивного здоровья и их стоимости во время беременности в принимающей стране], нужно ли мне будет приезжать каждый месяц, нужно ли сдавать какие-либо тесты? Можно ли родить здесь в Москве? Мне объяснили, что в общем все будет стоить тысячу долларов. Я подумала и решила принять таблетку для выкидыша. Три таблетки стоили мне пять тысяч рублей.

Женщины-мигранты обычно стараются свести к минимуму влияние родов и воспитания детей на «эффективность» своей миграции. Рождение и воспитание детей рассматривается в качестве финансовых и логистических проблем, часто мешающих «успешной» миграции. Например, респонденты отметили, что женщины-мигранты, независимо от того, рожают они в принимающей стране или временно возвращаются домой, склонны возвращаться на работу как можно скорее, несмотря на возможные последствия для здоровья, как для матери, так и для ребенка.

Кроме того, все респонденты, имеющие детей, отметили, что забота об их здоровье во время миграции особенно проблематична, поскольку у мигрирующих родителей обычно меньше финансовых средств, времени и контекстуальных знаний для решения проблем со здоровьем их детей. Это усугубляется тем фактом, что дети мигрантов, как правило, особенно уязвимы в отношении проблем со здоровьем, учитывая условия жизни многих мигрантов, в которых высока вероятность заражения инфекциями и заразными заболеваниями.

Документация детей мигрантов. Аналогично предоставлению услуг по охране репродуктивного здоровья женщинам-мигрантам, как оказалось, существует определенная двусмысленность и в практике документирования детей мигрантов, особенно рожденных в принимающих странах. Например, две респондентки не могли получить свидетельства о рождении для своих детей, родившихся в Казахстане. Другая женщина, которая родила троих детей в Казахстане, получила свидетельство о рождении только для одного из них; двое других остаются недокументированными.

Несмотря на неоднозначность практики документирования детей мигрантов, стоит отметить, что все респонденты заявили, что врачи всегда стараются помочь в решении вопросов, касающихся их детей, независимо от правового статуса детей или их родителей. Однако данные опроса наглядно показывают, что здоровье детей мигрантов в значительной степени зависит от правового статуса их родителей в принимающих странах. Из-за боязни взаимодействия с представителя-

ми властей, мигранты с неурегулированным статусом (в части регистрации, трудового договора и разрешения на работу) не склонны обращаться за медицинской помощью для решения проблем со здоровьем своих детей. Следовательно, реализация прав детей мигрантов на здоровье является еще одним веским аргументом для принятия мер по урегулированию правового статуса всех мигрантов в принимающих странах.

Некоторые мигранты, имеющие достаточные финансовые средства, обращаются в частные клиники для решения проблем со здоровьем их детей, несмотря на то, что их дети стоят на учете в государственных медицинских учреждениях. С другой стороны, наиболее уязвимые в финансовом плане мигранты с разным успехом часто используют народные средства. В некоторых случаях здоровье детей мигрантов страдает от таких методов лечения, а также низкого уровня знаний их родителей о здоровье. Например, одна женщина-респондент, при постоянном кашле ребенка, давала ему коньяк, думая, что это поможет.

2.6 ЗНАНИЯ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МИГРАНТОВ

Подавляющий объем собранных данных указывает на то, что среди всех факторов, влияющих на опыт мигрантов – как общий опыт, так и конкретные последствия миграции для здоровья – пожалуй, наиболее решающим является уровень знаний и осведомленности мигрантов. Умение находить и использовать информацию, как во время миграции, так и на этапе до отъезда, по таким аспектам, как правовые требования к постоянному пребыванию и занятости в стране назначения, процедуры регистрации, разрешения на работу, трудовые договоры, наличие, доступность и права на социальные услуги, а также рынок труда, жилье и общество принимающих стран, имеет первостепенное значение для успешной миграции и минимизации ее негативных последствий для здоровья.

Однако, несмотря на важную роль информации, результаты опроса показывают общий низкий уровень осведомленности мигрантов. Хорошим примером является информированность о законах и правилах миграции. На самом деле, 18 из 44 опрошенных респондентов признались, что вообще не знают правил миграции, 13 отметили, что у них невысокий уровень знаний, и пятеро затруднились ответить на вопрос. Только восемь (18%) из 46 респондентов отметили, что они хорошо знают правила миграции.

Расскажите мне о том, что Вы знаете о своих правах [как мигранта], и о законах страны, в которую Вы уехали на работу?

Да, я знаю.

Что именно?

Я знаю, что документы должны быть в порядке. И если Вы никого не беспокоите, то и Вас никто не потревожит. Полиция проверяет документы, и если они в порядке, то Вас отпускают. Если Вы не курите и не пьете, и тихо себя ведёте в своей квартире, то никто не станет Вас волновать. Вы должны учитывать, что находитесь в чужой стране, и вести себя соответственно.

Что Вы знаете о правах и нормах в отношении работников в этой стране?

Очень мало. Я мало что знаю об этом.

Как Вы думаете, насколько хорошо Вы осведомлены о своих правах?

Ну, я знаю о них, но дело в том, что полиция всегда найдет причину.

Участники дискуссий в фокус-группах также продемонстрировали общий низкий уровень знаний и осведомленности о правилах миграции и требованиях, которые они должны соблюдать. Интересно, что такая низкая информированность наблюдалась даже среди респондентов, обладавших обширным миграционным опытом не только в Казахстане, но и в Российской Федерации, а иногда и в других странах. Во время обсуждений участники задавали вопросы модератору, чтобы заполнить свои пробелы в знаниях по следующим аспектам:

- Необходимость соответствия регистрационного адреса и адреса фактического проживания;
- Информация, которую требуется указать в строке «Цель поездки» в миграционной карточке;
- Процедура продления регистрации для продления срока пребывания и работы;
- Штрафы за просроченные документов;
- Права полиции и других органов власти;
- Действия, которые они должны предпринять, при запугивании и незаконном поведении (взятках) со стороны государственных органов.

Вы заметили какие-либо изменения после присоединения Кыргызстана к Евразийскому экономическому союзу?

Нет, мои друзья все сделали за меня. Я вообще ничего не понимаю.

Важно отметить, что, несмотря на такой низкий уровень знаний, почти все респонденты понимают важность наличия достоверной и точной информации. Они, действительно, связывают недостаток информации с проблемами, с которыми они сталкиваются во время миграции. В любом случае, для объяснения столь низкой степени знаний и осведомленности, следует понимать, какими источниками информации наиболее часто пользуются мигранты для получения данных о вопросах миграции.

Самым распространенным источником информации, упомянутым респондентами, является лишь их личный опыт. Последний особенно важен для мигрантов, поскольку знания, полученные таким образом, обычно глубоко оседают в памяти. Однако, приобретение знаний через личный

опыт имеет свои пределы, особенно когда речь идет о такой важной части процесса миграции, как регистрация. Как отмечалось выше, многие мигранты обращаются к услугам посредников для оформления регистрации, получения разрешений на работу, приобретения постоянного места жительства, гражданства и т. д. Этими посредниками чаще всего являются граждане принимающих стран или фирмы, связанные с диаспорами. Пользуясь такими услугами, мигранты не получают опыта из первых рук в прохождении этих процедур, что значительно препятствует общему развитию культуры грамотности среди мигрантов. Действительно, практика показывает, что многие мигранты остаются и работают на протяжении нескольких лет в принимающих странах, не имея надежной и точной правовой информации.

В редких случаях мигранты приобретают правовые знания во время юридических консультаций, например, при оспаривании решения суда.

Центры занятости являются важным источником информации и предоставляют широкие возможности для укрепления правовой грамотности мигрантов. Действительно, центры занятости в странах происхождения имеют важное преимущество для передачи знаний еще на этапе до отъезда, когда мигранты могут уделить больше времени и внимания, чтобы посвятить себя этим вопросам, поскольку они еще не столкнулись в полной мере с трудностями миграции.

Государственные органы принимающих стран, в первую очередь агентства, ответственные за управление миграцией, также могут играть роль эффективного и надежного источника правовой информации для мигрантов. Однако мигранты, как правило, не доверяют государственным органам принимающих стран и часто пытаются свести к минимуму контакты с ними. Парадоксально, что такое недоверие чаще всего связано с неурегулированным статусом, обусловленным отсутствием правовых знаний, что формирует замкнутый круг дезинформации и недоверия.

Некоторые мигранты ищут информацию в СМИ и в интернет-пространстве. Интернет-ресурсы действительно обладают важным потенциалом для распространения правовой информации среди мигрантов. Однако данные опроса показали, что наиболее часто используемые сайты не всегда являются официальными и порой содержат неточную информацию.

Ответьте, пожалуйста, знаете ли Вы свои права [как мигранта] и законы этой страны?

Теперь я знаю. До этого нет. Около 10 лет назад. Раньше никто не рассказывал мне.

Тогда как Вы узнали?

Ну, в интернете. И от друзей.

И что Вы узнали?

Как я могу сделать разрешение на работу и другие документы, какие документы мне нужно собрать, куда идти, кому позвонить, сколько должен заплатить и т. д.

И, наконец, по мнению респондентов, информационные материалы, подготовленные правительственными и неправительственными организациями (листовки, брошюры и другие типы доку-

ментов, распространяемые на автобусных и железнодорожных станциях, в аэропортах, пунктах пересечения границы и других общественных местах), не оказывают большого влияния на знания мигрантов. Как респонденты, так и эксперты заявили, что, на самом деле, немногие мигранты тратят время на прочтение этого материала. Вместо этого они, как правило, полагаются на информацию, предоставляемую их контактами и связями в принимающих странах. Однако, такие контакты, которые сами зачастую используют услуги посредников, не всегда обладают точной информацией.

Читают ли они их [информационные материалы, предназначенные для мигрантов]?

Если бы они прочитали их, то не было бы так много проблем. Дело в том, что никто этого не читает [информационный материал]. Они [мигранты] приезжают сюда [в Казахстан], доверяют всем, кого встречают, кто предлагает свои регистрационные услуги. Некоторые обманывают [предоставляют фальшивую регистрацию или вообще не регистрируют], некоторые помогают, но слишком поздно ...

Представитель таджикской диаспоры

Учитывая важность знаний и осведомленности мигрантов о реализации их права на здоровье, особое внимание этому вопросу уделяется в рекомендациях исследования (глава 5).

2.7 МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ

Результаты опроса показывают, что приобретение полиса медицинского страхования не является обычной практикой среди мигрантов, независимо от целей их миграции, продолжительности пребывания или правового статуса. На момент исследования только двое из 44 респондентов имели добровольное медицинское страхование (предоставленное их работодателем).

Причина, которую наиболее часто приводят мигранты, почему они не приобретают полис медицинского страхования, напрямую связана с конкретными обстоятельствами миграции, а, именно, со «стратегией минимизации затрат». Значительная часть респондентов заявили, что они предпочитают избегать расходов на полис медицинского страхования, чтобы иметь возможность отправлять больше денег домой. Большинство из них считает, что потенциальные проблемы со здоровьем, связанные с миграцией, недостаточно серьезны для приобретения медицинского страхования. Кроме того, многие полагают, что при травме или болезни, достаточно самолечения. Наконец, широко распространено мнение, что в случае серьезной травмы или болезни полис медицинского страхования не имеет существенной помощи.

В Казахстане эта ситуация, скорее всего, изменится с принятием в июле 2017 года политики обязательного медицинского страхования для всех лиц, проживающих на территории страны, включая мигрантов. На момент составления настоящего доклада эта политика только вступила в силу, поэтому еще рано оценивать ее влияние на реализацию права мигрантов на здоровье.

В отличие от медицинского страхования, многие мигранты проходят медицинское обследование до устройства на работу, и чаще всего в стране пребывания. Большинство из них проходят осмотр не добровольно, а для выполнения требований, связанных с миграционными правилами или по запросу работодателей. Например, некоторые респонденты прошли медицинское обследование

до получения разрешения на работу, статуса постоянного проживания, военной регистрации и т. д. Медицинское обследование более распространено в определенных секторах занятости, таких как общественное питание, здравоохранение и домашняя работа. В большинстве случаев мигранты сами покрывают расходы на обследование. Обычно мигранты проходят медицинские осмотры в клиниках, указанных работодателями или уполномоченными органами.

Подобно фальсифицированной (поддельной) регистрации, часто предоставляемой посредниками за определенную плату, респонденты упомянули о возможности купить поддельные медицинские осмотры в принимающих странах.

И, наконец, стоит отметить, что зачастую мигранты, которые больше всего нуждаются в медицинском обследовании, не проходят его. Некоторые мигранты с хроническими проблемами со здоровьем не проходили обследование в течение многих лет, в том числе респондент, страдающий хроническим кашлем на протяжении более года, но который никогда не сдавал анализы на туберкулез.

2.8 СОВЕТЫ РЕСПОНДЕНТОВ БУДУЩИМ МИГРАНТАМ

Интересный способ узнать об опыте мигрантов – спросить их, чтобы они посоветовали потенциальным будущим мигрантам. Поэтому, опрошенных респондентов спросили, что бы они сказали своим согражданам, которые задумываются о миграции. Многочисленные ответы могут быть обобщены в следующие общие рекомендации:

- Миграция в целях трудоустройства может быть выгодна в разных планах (финансовых, личных, профессиональных), но она сопряжена с множеством проблем, трудностей и потенциальных испытаний. Помните об этом, прежде, чем покинуть свою родину для того, чтобы жить и работать за границей.
- Заранее подготовьтесь к поездке, получите всю необходимую информацию о месте, куда Вы собираетесь переехать. Чтобы добиться успеха и избежать проблем, необходимо изучить рынок труда в стране назначения, правовые требования к мигрантам, правила и процедуры миграции, а также Ваши права в качестве мигранта.
- Обязательно убедитесь, чтобы Ваш статус был легальным, чтобы все документы были при Вас и всегда полном в порядке.
- Прежде чем приступить к работе, убедитесь, что Вы заключили действительный трудовой договор, который признается законом, а также четко понимаете и согласовали все аспекты работы (оклад, режим и условия работы, вопросы обеспечения жильем, продуктами питания и средствами защиты, и т. д.)
- Если Вы сможете найти работу до отъезда при помощи центра занятости, то все процедуры будут значительно проще, условия работы лучше, и Вы можете избежать проблем.

2.9 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей главе приводится обзор опыта мигрантов на разных этапах миграционного пути, с особым акцентом на аспекты здоровья. Здесь представлены различные способы влияния миграции на здоровье мигрантов, а также их опыт в получении доступа к здравоохранению в принимающих странах.

Последствия миграции для здоровья определяются целым рядом факторов. Первый набор факторов лежит в основе исходной причины трудовой миграции. Действительно, поскольку экономическая выгода является основным критерием для оценки успеха миграционной поездки, «стратегия

минимизации затрат», используемая большинством мигрантов, приводит к ограничению расходов во время пребывания в принимающих странах. Чтобы отправлять больше денег домой, мигранты, в первую очередь, «урезают» расходы, связанные с жильем и питанием – двумя наиважнейшими детерминантами здоровья. Отсутствие полисов медицинского страхования, являющееся частой практикой среди мигрантов – еще один результат данной стратегии, которая является экономически рациональной, но может усугубить последствия для здоровья мигрантов.

Второй набор факторов, определяющий воздействие миграции на здоровье, связан с особенностями принимающих стран. В их числе можно отметить жилищные условия, характеризующиеся переполненностью и условиями, в которых легко распространяются инфекционные заболевания; рынки труда, на которых большинство мигрантов заняты низкоквалифицированным трудом с длительным режимом работы, тяжелые условия и высокие риски профессиональных травм и болезней; а также правовая среда, недостаточно адаптированная к реальности мигрантов, что усложняет их доступ к здравоохранению.

К этому можно добавить косвенные факторы, например, список лиц, которым не разрешен повторный въезд в Российскую Федерацию, приведший к такому явлению как «застрявшие мигранты», которые вынуждены остаться в Казахстане, где им часто не хватает связей, поддержки и информации, необходимой для обеспечения успешной миграции и предотвращения ее негативных последствий для здоровья.

И наконец, третий набор факторов связан с особенностями самих мигрантов. Во-первых, мигранты, как правило, демонстрируют высокий уровень мобильности в отношении занятости, что может увеличить возможные негативные последствия миграции для здоровья. Во-вторых, общий низкий уровень знаний и осведомленности мигрантов о правовой среде принимающих стран значительно затрудняет их способность ориентироваться в системе здравоохранения и, тем самым, ограничивает их доступ к здравоохранению. Наконец, сувществует особая уязвимость, как, например, потребность женщин-мигрантов в области репродуктивного здравоохранения, которая представляет собой дополнительную проблему, требующую решения, как в странах происхождения, так и в странах назначения.

Трудовая миграция является правомерной и необходимой стратегией обеспечения средств к существованию для миллионов людей из Центральной Азии, которая глубоко укоренена в социальной и культурной структуре региона. Она предоставляет множество возможностей не только для достижения финансовых благ, но и для личного и профессионального роста. Однако условия миграции, часто приводят к значительным трудностям и негативным последствиям, в том числе для здоровья тех, кто вовлечен в нее. На основе данного анализа были сформулированы рекомендации (глава 5), как для государственных, так и для негосударственных организаций, направленные на снижение негативного воздействия миграции на здоровье и улучшение доступа мигрантов к здравоохранению в принимающих странах.

3

ГЛАВА

МИГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Казахстан и Кыргызстан являются составными элементами Евразийской миграционной системы[34], в которой фиксируются тренды и закономерности, определяющие внутреннюю и внешнюю миграцию как в рамках системы в целом, так и в рамках национальных границ, входящих в нее государств. Этим трендам и закономерностям подчинена и миграция медицинских работников. В национальных границах Казахстана и Кыргызстана медицинские работники в основном мигрируют из сельской местности и малых городов в более крупные города, главным образом – столицы. Основной тенденцией внешней миграции является отток людей с высшим и средним профессиональным образованием (в том числе – медицинским образованием) в Россию и страны дальнего зарубежья. При этом Кыргызстан является четко выраженной отправляющей страной, а Казахстан с миграционной точки зрения имеет двоякое положение: в рамках Евразийской системы в целом он выступает как посылающая и транзитная страна, а в рамках Центральноазиатской подсистемы – как приминающая. Это определяет специфику двух стран: если Кыргызстан сталкивается прежде всего с проблемой выезда медицинских работников и, соответственно, их нехваткой, то Казахстан, дополнительно к указанным вопросам, сталкивается с задачей приема и адаптации медиков-иммигрантов.

В рамках проекта были исследованы миграционные установки таких фокусных групп, как студенты, обучающиеся в высших медицинских учебных заведениях в Бишкеке (Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, май 2017 года) и Алматы (Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, апрель 2017 года), а также медицинские работники двух стран. Поведенческие модели этих фокусных групп представляются наиболее интересными для понимания ситуации в сфере географического распределения медицинских кадров и их качества, особенно учитывая растущую мобильность среди молодежи и студентов в Центральной Азии. Анализ миграционного поведения медицинских работников и студентов медицинских образовательных учреждений, позволяет понять специфику «медицинской миграции» и прогнозировать развитие медицинского сектора в фокусных странах, поскольку миграционное движение данной категории населения в ближайшем будущем будет одним из факторов, влияющих на качество и доступность медицинских услуг в Казахстане и Кыргызстане.

3.1 ОСНОВНЫЕ МИГРАЦИОННЫЕ ТРЕНДЫ И ТЕНДЕНЦИИ: ВНЕШНЯЯ МИГРАЦИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ И КАЗАХСТАНЕ

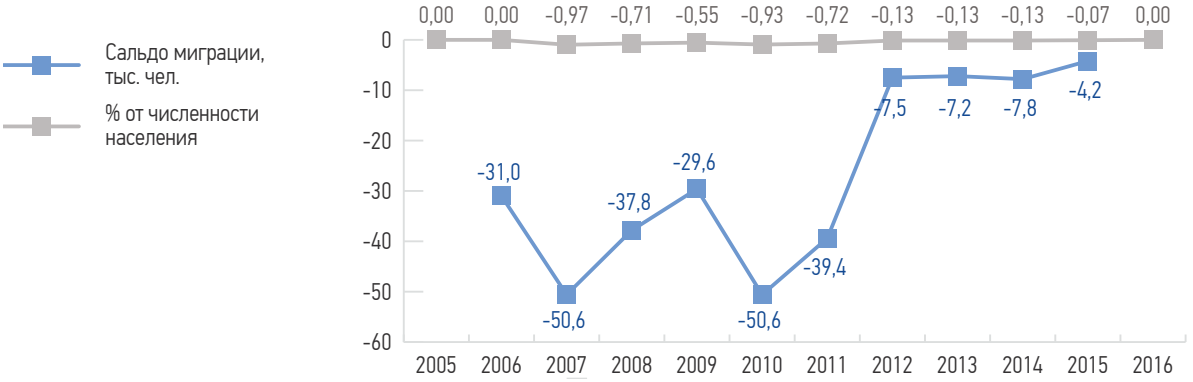
Различный статус Казахстана и Кыргызстана в Евразийской миграционной системе и ее Центральноазиатской подсистеме определяет разнонаправленные тренды внешней миграции в этих странах[35]. В Кыргызстане на протяжении всех последних лет фиксируется отток населения из страны. Максимальное отрицательное сальдо миграции приходится на 2007 и 2010 годы (минус 50,6 тыс. человек или почти один процент от общей численности населения страны) и коррелирует с политическими трансформациями в стране 2005 и 2010 годов. В 2012 году происходит резкий спад численности людей, выезжающих на постоянное место жительства за рубеж, сальдо миграции составляет минус 7,5 тыс. человек и эти объемы сохраняются до 2015 года, когда сальдо миграции достигает минус 4,2 тыс. человек (рисунок 1). Резкое сокращение объемов эмиграции официальные органы Кыргызстана связывают с прекращением действия двухстороннего межправительственного соглашения по упрощенному приобретению гражданства между Кыргызстаном и Россией, а также с изменениями в миграционном законодательстве России и экономическим кризисом на постсоветском пространстве[36].

34 Ивахнюк И. В. Две миграционные системы в Европе: тенденции развития и перспективы взаимодействия // Интернет-портал «Архипелаг». – 2003// http://www.archipelag.ru/agenda/povestka/povestka-immigration/strategii/dve_sistemi/

35 Дальнейший статистический анализ учитывает только официальные данные по выехавшим или въехавшим на постоянное место жительства.

36 Соц и альные тенденции Кыргызской Республики: 2011-2015. – Бишкек, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2016. – с. 30.

РИСУНОК 1 Абсолютное и относительное значения сальдо внешней миграции в Кыргызстане

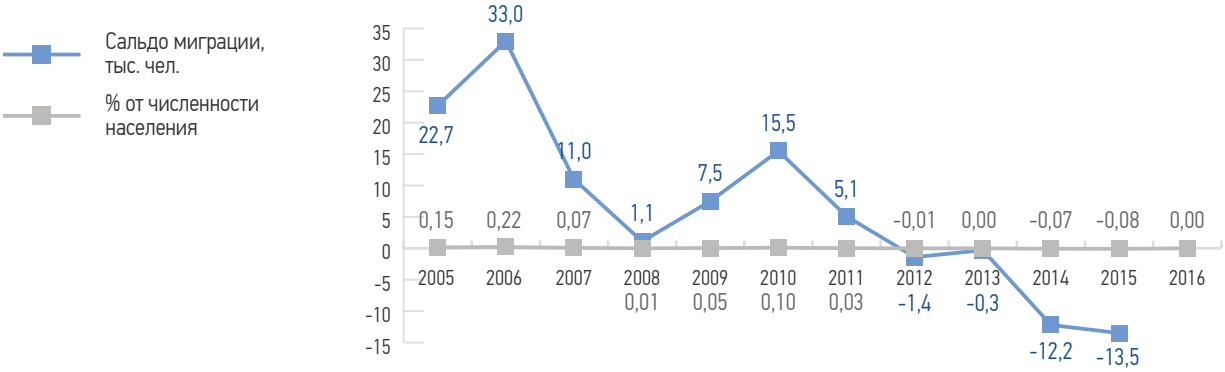


Источник: Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2011-2015 гг. – Бишкек: Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2016. – с. 277.

По данным исследовательского проекта «Молодежь Центральной Азии», реализованного Представительством Фонда им. Фридриха Эберта в Центральной Азии, в Кыргызстане 56,1% опрошенных молодых людей не собирается никуда переезжать ни в коем случае, собирается переехать в ближайшее время – 2,4%, планирует переехать в будущем – 11,7%. Самой привлекательной страной для выезда выступает Россия (41,8%). Основными мотивами внешней миграции молодые люди указали качество жизни (44,7%) и материальные причины (41,1%)[37].

В Казахстане в 2000-е годы и в начале 2010 годов наблюдается приток населения, что объясняется экономическим ростом, связанным с высокими ценами на экспортируемое из страны сырье, а также действующей государственной программой по привлечению в страну этнических переселенцев – оралманов[38]. В 2012 году впервые фиксируется отрицательное сальдо миграции (минус 1,4 тыс. человек) и в дальнейшем эта тенденция продолжает нарастать (рисунок 2).

РИСУНОК 2 Абсолютное и относительное значения сальдо внешней миграции в Казахстане



Источник: Демографический ежегодник Казахстана, 2013. – Астана, 2013. – с. 786; Демографический ежегодник Казахстана, 2015. – Астана, 2015. – с. 246; Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2015 год. – Астана, 2016. – с. 5.

По данным проекта «Молодежь Центральной Азии», в Казахстане 66,9% опрошенных молодых людей не собирается никуда переезжать ни в коем случае, собирается переехать в ближайшее время – 2,7%, планирует переехать в будущем – 7,9%. Самой привлекательной страной для вы-

37 Молодежь Центральной Азии. Кыргызстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с. 125-126.

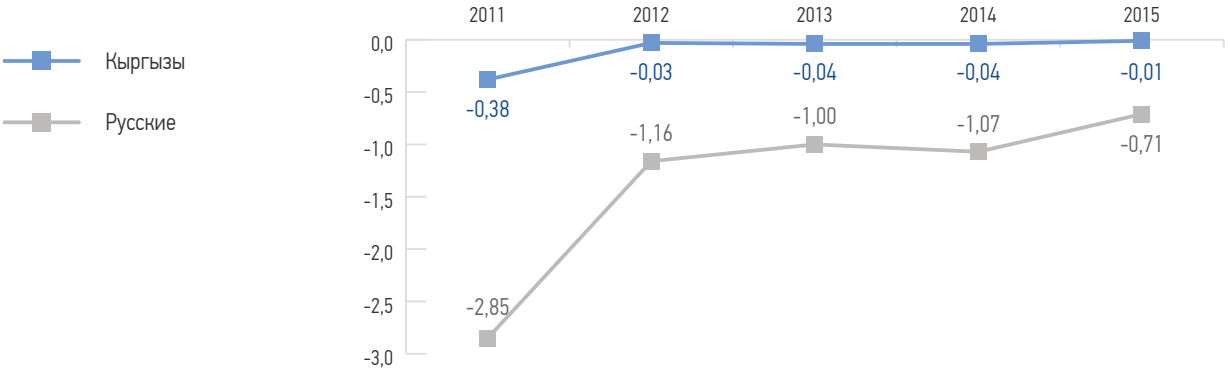
38 Аналогичная программа есть и в Кыргызстане, но низкий уровень жизни в стране существенно ограничивает привлекательность переселения для этнических кыргызов.

езда выступает Россия (54,7%). Основными мотивами внешней миграции молодые люди указали личные причины (32,1%), качество жизни (29,2%) и карьеру (19,8%)[39].

В Казахстане выезд характерен в основном для «русскоязычного» населения, при этом основным побудительным мотивом к эмиграции выступают социально-экономические вопросы – неудовлетворенность текущим уровнем жизни и перспективами самореализации, в том числе в сфере трудовых отношений[40]. Влияние на миграционные процессы двух стран оказывают и реализуемые Россией программы привлечения соотечественников. Влияние этнического фактора на внешние миграционные процессы в Кыргызстане также подтверждается статистически: относительные объемы эмиграции кыргызов существенно ниже, чем эмиграции русских (рисунок 3).

РИСУНОК 3 **Относительное значения сальдо внешней миграции в Кыргызстане**

(процент сальдо миграции от численности этнической группы)



Источник: Данные официального сайта Национального статистического комитета Кыргызской Республики.

Выявить объемы эмиграции медицинских работников из Кыргызстана и Казахстана на системной основе не представляется возможным, так как в этих странах не ведется учет мигрантов по профессиональным разрезам. Имеются отдельные данные, опубликованные средствами массовой информации или полученные по запросу Координационного офиса в Центральной Азии Международной организации по миграции. Так, например, по данным казахстанского издания «Власть», из страны в 2014 году выехало 810 человек, имеющих высшее медицинское образование, а в 2015 году – 911[41]. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан в 2016 году из страны выехало 935 медицинских работников, из которых 354 человека с высшим медицинским образованием и 581 человек – с средним профессиональным медицинским образованием[42].

Исследование затрудняется и тем, что в Кыргызстане не публикуются данные по внешней миграции населения в разрезе образования. Учитывая, что сальдо миграции лиц с высшим и средним специальным образованием в Казахстане на протяжении почти всей второй половины 2000-х годов было отрицательным (рисунок 4), можно экстраполировать эту тенденцию и на медицинских работников. Таким образом, с большой долей вероятности можно утверждать, что число выезжающих из Кыргызстана и Казахстана на постоянное место жительство медицинских работников с высшим и средним специальным образованием превышает число въезжающих.

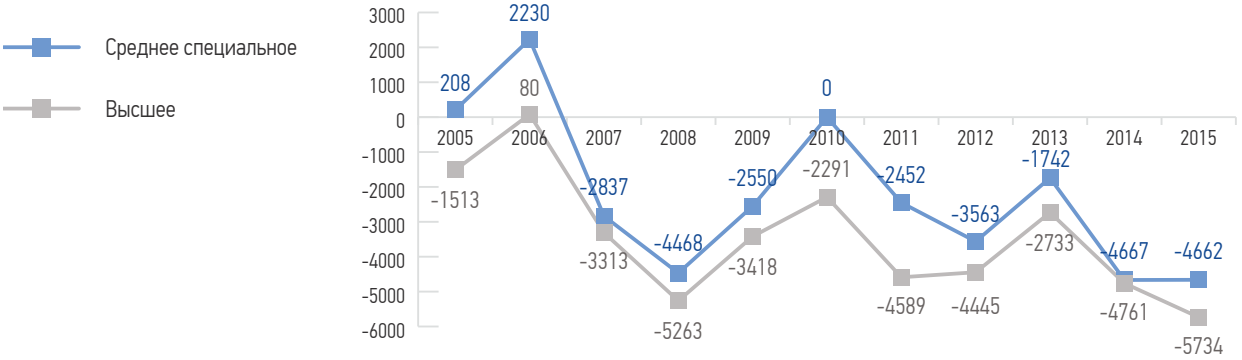
39 Молодежь Центральной Азии. Казахстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с. 247-248.

40 Симакова О. Эмиграция русских: приглашение к размышлению// Казахстан-Спектр. – 2016. – № 1. – с. 107.

41 Молдабеков Д. Казахстан или остальной мир?// Власть. – 2017. – 15 февраля// https://vlast.kz/obsshestvo/21802-kazahstan-ili-ostalnoj-mir.html

42 Данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан, полученные по запросу со стороны Координационного офиса Международной организации по миграции в Центральной Азии.

РИСУНОК 4 Сальдо миграции лиц с высшим образованием и средним специальным образованием в Казахстане (чел.)



Источник: Демографический ежегодник Казахстана, 2006. – Алматы, 2007. – с. 352, 354; Демографический ежегодник Казахстана, 2007. – Алматы, 2008. – с. 719, 720; Демографический ежегодник Казахстана, 2008. – Алматы, 2009. – с. 899, 901; Демографический ежегодник Казахстана, 2009. – Алматы, 2010. – с. 496, 497; Демографический ежегодник Казахстана, 2010. – Алматы, 2011. – с. 562, 566; Демографический ежегодник Казахстана, 2012. – Астана, 2012. – с. 819, 820; Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2013 год. – Астана, 2014. – с. 49; Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2014 год. – Астана, 2015. – с. 49; Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2015 год. – Астана, 2016. – с. 49.

В Казахстане на официальном уровне была обозначена желательность привлечения в страну квалифицированных медицинских работников. Так ряд категорий врачей (имеющих ученую степень и звание, научно-исследовательские работы и изыскания международного значения в области медицины, международные сертификаты, владеющие передовыми методами диагностики и лечения в области акушерства и гинекологии, ангиохирургии, анестезиологии-реаниматологии, кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, онкогематологии, оториноларингологии, радиологии, трансплантологии, фармакологии и клинической фармакологии, челюстно-лицевой хирургии) входят в перечень профессий, для которых устанавливается упрощенный порядок приема в гражданство Республики Казахстан[43]. Однако данная установка остается номинальной. Фактически, в соответствии со статьей 16 Закона «О гражданстве Республики Казахстан»[44] упрощение процедуры принятия гражданства для этой категории специалистов состоит только в том, что для них не требуется пятилетний (в случае брака с гражданином Казахстана – трехлетний) период проживания в стране. Показательно и то, что перечень профессий не претерпел изменений со времени подписания указа (2005 год).

В Казахстане, как принимающей стране в рамках Центральноазиатской миграционной подсистемы, фиксируется достаточно большой объем трудовой миграции, которая, с точки зрения статуса, включает в себя три группы людей:

- мигранты с неурегулированным статусом, численность которых не может быть определена;
- трудящиеся-мигранты из СНГ, работающие на частных лиц при условии оплаты пошлины в размере двух минимальных расчетных показателей (около 12 долларов США). Их численность постоянно возрастает, в 2015 году число выданных разрешений на такой вид деятельности составило 141 тыс., а в 2016–210 тыс.[45];

43 Президент Республики Казахстан. Указ от 6 июня 2005 года № 1587 Об утверждении перечня профессий и требований для лиц, в отношении которых устанавливается упрощенный порядок приема в гражданство Республики Казахстан.

44 Республика Казахстан. Закон от 20 декабря 1991 года О гражданстве Республики Казахстан.

45 Бочарова М. В 2016 году большинство трудящихся-мигрантов из Казахстана уезжало в Китай// Интернет-журнал Власть. 2016. – 20 сентября// https://vlast.kz/novosti/19354-v-2016-godu-bolsinstvo-trudovyh-migrantov-iz-kazahstana-uezzalo-v-kitaj.html

- иностранные работники, привлеченные по квотам, предоставленным правительством Казахстана. Квотированная рабочая сила составляет, по экспертным оценкам, 5–10% от общего потока трудящихся-мигрантов[46] и около 1% от экономически активного населения Казахстана. Число таких трудящихся-мигрантов составляет порядка 60 000–70 000 человек[47].

Мигранты, работающие в медицинских учреждениях в качестве квалифицированных специалистов, очевидно, попадают в третью группу. Однако их численность остается неопределенной. Также Казахстан характеризуется достаточно большим числом иностранных студентов, обучающихся в медицинских высших учебных заведениях. На май 2017 года в стране было 2622 таких студента, главным образом из Индии (1933 человека), Узбекистана (259 человека) и Афганистана (182 человека)[48].

Объемы иностранных трудящихся мигрантов в Кыргызстане достаточно серьезно ограничены как внутренней экономической ситуацией, так и механизмом квотирования. Правительством страны на 2015 год была утверждена квота на трудовую миграцию в количестве 12 990 человек[49]. При этом реально разрешения на работу были выданы 12 012 специалистам (92,5% от квоты)[50]. Из них в сфере образования и здравоохранения трудоустроилось 5,5%[51]. Квота на 2016 год предполагает привлечение 14 490 специалистов, из которых 875 человек – из сферы здравоохранения, образования, науки, культуры и искусства (6%)[52]. Данные по иностранным студентам, обучающимся в высших учебных заведениях Кыргызстана, ограничены. Известно, что в 2014–2015 учебном году в Кыргызстане обучалось 8466 студентов из стран СНГ и 4257 студентов из других стран, наибольшее число обучающихся – граждане Казахстана (4800 человек) и Индии (2500 человек)[53]. Также фиксируется, что с 2011–2012 учебного года начинается рост числа студентов-иностранцев, обучающихся медицинским специальностям, прежде всего – граждан Индии и Пакистана[54].

Таким образом, основной проблемой для выявления трендов и тенденций внешней миграции медицинских работников в Казахстане и Кыргызстане является отсутствие статистической информации: ответственные органы двух стран либо не отслеживают перемещение граждан в разрезах, позволяющих выявить их профессиональную принадлежность, либо не предоставляют такую информацию в открытом пространстве. В этой связи внешние миграционные тенденции на макроуровне в отношении медицинских работников могут быть реконструированы только на основании экстраполяции данных, касающихся населения Казахстана и Кыргызстана в целом.

В Казахстане и Кыргызстане фиксируются разнонаправленные тренды внешней миграции: если в Кыргызстане число выезжающих на постоянное место жительства сокращается, то в Казахстане – возрастает. При этом для Казахстана характерен отток квалифицированных кадров, в том числе

46 Садовская Е. Казахстан в центральноазиатской миграционной субсистеме... с. 293.

47 Жусупова А. Новые тенденции в миграционной политике Казахстана// Институт мировой экономики и политики. – 2016. – 15 декабря// http://iwep.kz/ru/kommentariy-eksperta/2016-12-15/novye-tendencii-v-migracionnoy-politike-v-kazahstane

48 Данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан, полученные по запросу со стороны Координационного офиса Международной организации по миграции в Центральной Азии.

49 Правительство Кыргызской Республики. Распоряжение от 13 февраля 2015 года № 58 Об определении квоты на трудовую миграцию, устанавливающей предельную численность иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в Кыргызскую Республику в целях осуществления трудовой деятельности, по отраслям экономики и регионам Кыргызской Республики на 2015 год.

50 Единый доклад по миграции в Кыргызской Республике. – Бишкек: Государственная служба миграции при Президенте Республики Кыргызстан, 2016. – с. 29.

51 Там же. – с. 30.

52 Правительство Кыргызсткой Республики. Распоряжение от 3 марта 2016 года № 85-р Об определении квоты на трудовую миграцию, устанавливающей предельную численность иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в Кыргызскую Республику в целях осуществления трудовой деятельности, по отраслям экономики и регионам Кыргызской Республики на 2016 год.

53 Кыргызстан. Расширенный миграционный профиль: 2010-2015. – Бишкек: Международная организация по миграции, 2016. – с. 53.

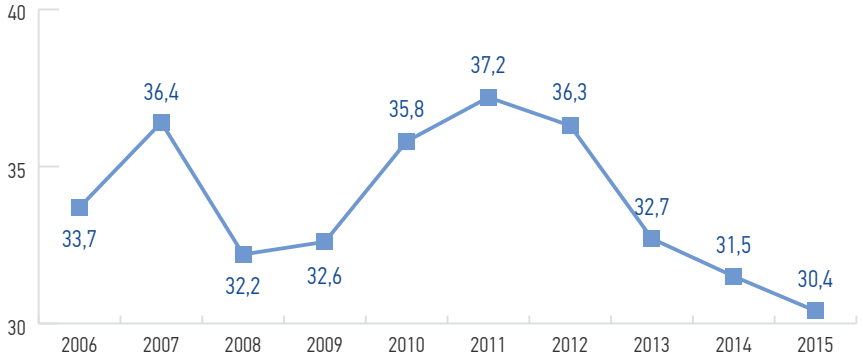
54 Там же. – с. 54.

– медицинских. Эта тенденция может быть экстраполирована и на Кыргызстан как однозначно посылающую страну. Обе страны декларируя потребность в квалифицированных медицинских кадрах не предлагают каких-либо действенных мер по их привлечению из-за рубежа. Подготавливаемые в странах зарубежные кадры в своей массе нацелены на возвращение в страну происхождения.

3.2 ВНУТРЕННЯЯ МИГРАЦИЯ В КАЗАХСТАНЕ И КЫРГЫЗСТАНЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Внутренние миграционные процессы в Казахстане и Кыргызстане, как и внешние, имеют разнонаправленную динамику. Внутренняя миграция в Кыргызстане в 2000-х и 2010 годах имеет два пика (2007 и 2011 годы), следующие за политическими трансформациями в стране 2005 и 2010 годов. С 2011 года фиксируется устойчивый тренд к снижению объемов внутренней миграции (рисунок 5). Внутренними миграционными процессами в 2015 году было охвачено более 30 тыс. человек или 0,52% населения страны.

РИСУНОК 5 **Объемы внутренней миграции (по числу выбывших) в Кыргызстане в 2000-2015 годы** (тыс. человек)



Источник: Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2011-2015 гг. – Бишкек: Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2016. – с. 313.

Основные потоки внутренней миграции (рисунок 6) направлены в город Бишкек (сальдо миграции за год – 4513 человек) и Чуйскую область (2731 человека). Во всех остальных регионах фиксируется отрицательное сальдо внутренней миграции. Статистические данные по Кыргызстану коррелируют с данными проекта «Молодежь Центральной Азии», согласно которому в Кыргызстане 82,6% опрошенных молодых людей отрицательно относятся к переезду в другой город или село[55].

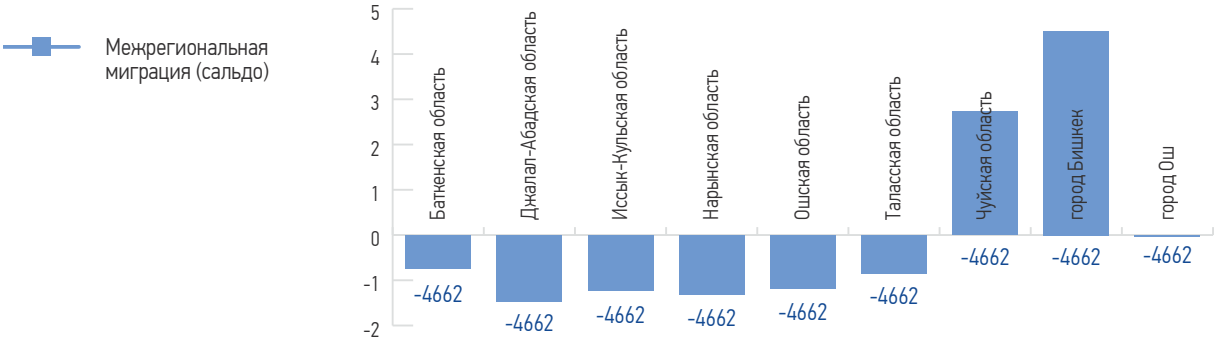
Внутренняя миграция в Казахстане начиная с 2000-х и 2010 годах характеризуется устойчивым трендом на увеличение ее объемов (рисунок 7). Внутренними миграционными процессами в 2015 году было охвачено более 455 тыс. человек или 2,61% населения страны, что почти в 5 раз больше, чем в Кыргызстане. Основную массу (75,29%) мигрантов составляют лица трудоспособного возраста (от 16 до 62 лет, для женщин – 57 лет). Несмотря на рост внутренних миграционных потоков, в Казахстане, как и в Кыргызстане, молодые люди не склонны к переезду внутри страны. По данным проекта «Молодежь Центральной Азии», 81,3% опрошенных молодых людей не хотело бы менять свое место жительства[56].

55 Молодежь Центральной Азии. Кыргызстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с. 123.

56 Молодежь Центральной Азии. Казахстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с 247.

РИСУНОК 6

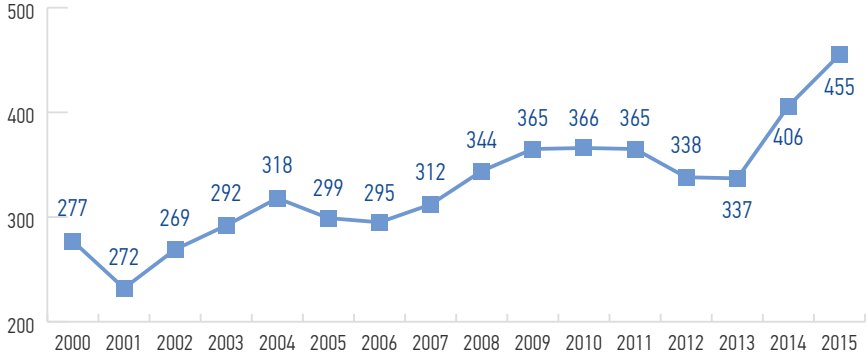
Объемы внутренней миграции по административным единицам Кыргызстана в 2015 году (тыс. человек)



Источник: Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2011-2015 гг. – Бишкек: Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2016. – с. 277.

РИСУНОК 7

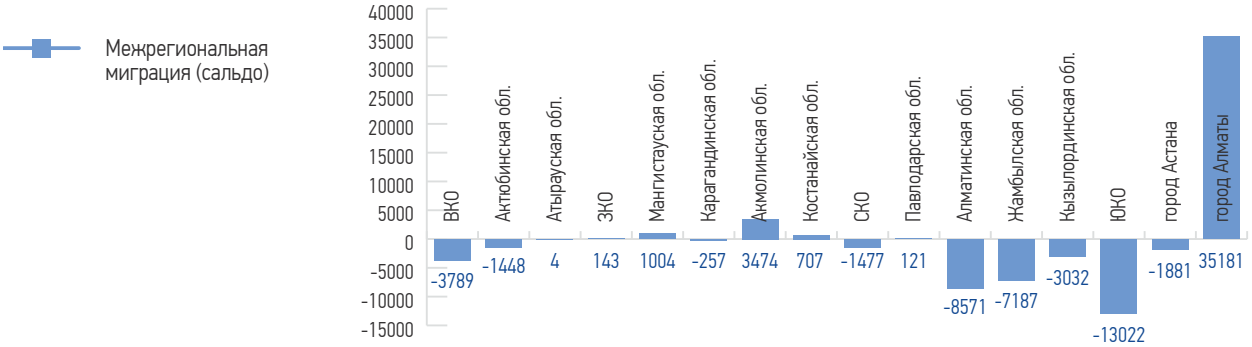
Объемы внутренней миграции в Казахстане в 2000-2015 годы (тыс. человек)



Источник: Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2015 год. – Астана, 2016. – с. 103.

РИСУНОК 8

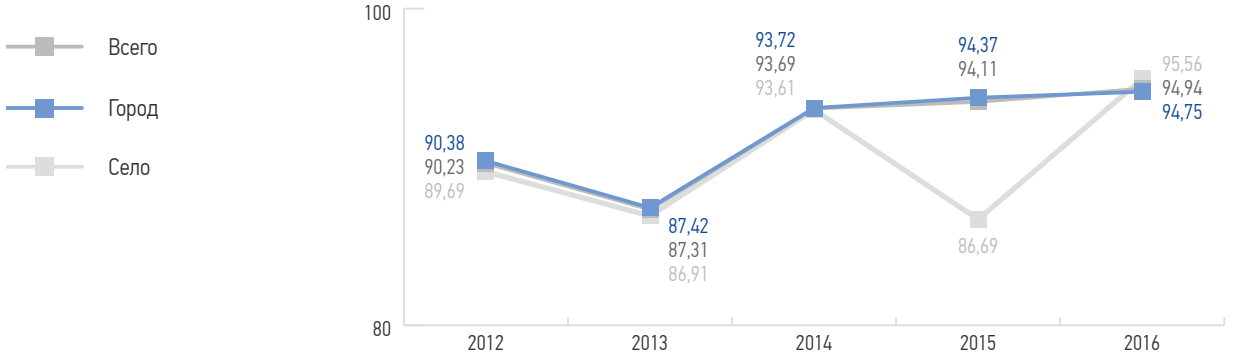
Объемы внутренней миграции по административным единицам Казахстана в 2015 году (тыс. человек)



Источник: Итоги миграции населения Республики Казахстан за 2015 год. – Астана, 2016.

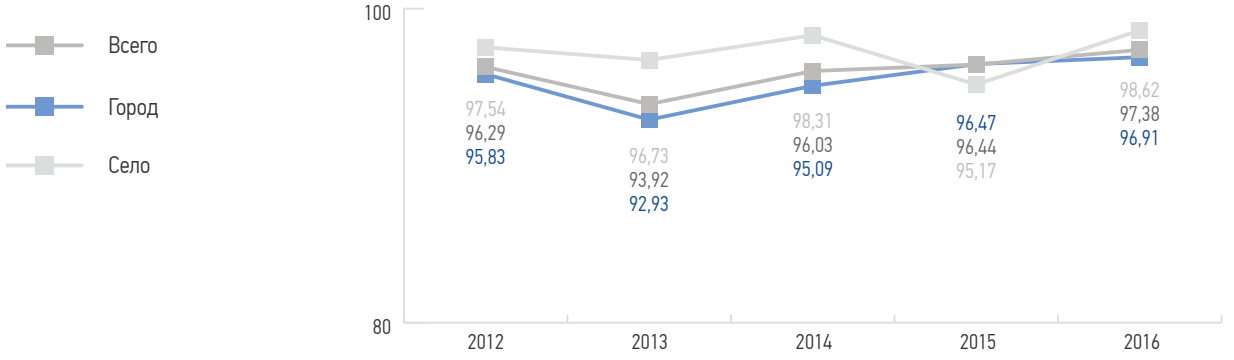
Основные потоки внутренней миграции (рисунок 8) направлены в город Алматы (сальдо миграции за год – 35 181 человек), Акмолинскую (3474 человека) и Мангистаускую (1004 человека) области. Наибольший отток населения зафиксирован в южных областях страны: Южно-Казахстанской (сальдо миграции – минус 13 022 человека), Алматинской (минус 8 541 человек), Жамбылской (минус 7187 человек) и Кызылординской (минус 3 032 человека), а также в Восточно-Казахстанской области (минус 3 783 человека). При этом основной вектор миграции направлен из сельской местности в города. Сальдо миграции в города в Казахстане в 2015 году составило 66 142 человека.

РИСУНОК 9 Укомплектованность врачами медицинских организаций Казахстана в 2012-2016 годы (%)



Источник: Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

РИСУНОК 10 Укомплектованность средним медицинским персоналом медицинских организаций Казахстана в 2012-2016 годы (%)



Источник: Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

В Кыргызстане и Казахстане отсутствуют систематические данные по внутренней миграции медицинских работников и их распределению по регионам, а также в разрезе город и сельская местность. Тем не менее официальные структуры Кыргызстана и Казахстана в вопросах планирования развития национальных систем здравоохранения исходят из тезиса о нехватке медицинских работников в малых городах и сельской местности. Так, в разделе «Формирование ресурсов для системы здравоохранения» Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2016 годы[57] указывается, что «нехватка кадровых ресурсов здравоохранения в сельской местности и отдаленных районах Кыргызской Республики продолжает усугубляться», более того, ситуация в отдаленных и труднодоступных районах оценивается как критическая. При этом отмечается, что эта проблема не может быть решена за счет простого

57 Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы.

увеличения числа подготовленных кадров: село остается непривлекательным для молодых специалистов с точки зрения социальных и экономических условий. По мнению авторов Программы, «на сегодняшний день, два основных условия определяют выбор специалистами места работы – это наличие жилья (социальный пакет, степень развитости социальной инфраструктуры) и размер заработной платы».

Аналогичная проблема фиксируется и в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы[58]. В разделе «Анализ текущей ситуации» отмечаются «существующие проблемы, связанные с неравномерным географическим и территориальным распределением, а также структурным кадровым дисбалансом, отягощаются недостаточной квалификацией имеющихся кадров, зачастую определяющие низкое качество медицинских услуг». Согласно данным Программы, в структуре врачебных кадров доля врачей с квалификационной категорией в городе составила 48%, а в сельской местности – 39,3%, доля врачей предпенсионного и пенсионного возраста составила 22,7%, что наиболее выражено в сельских районах. При этом официальная статистика выглядит менее удручающе (рисунки 9 и 10). Более того, укомплектованность сельских медицинских учреждений средним медицинским персоналом в целом выше, чем укомплектованность городских.

Ситуация с непропорциональным распределением медицинских работников в разрезе город и сельская местность может рассматриваться как фундаментальная проблема, так как она фиксируется во всех программах, направленных на развитие сектора здравоохранения двух стран. Так, в Кыргызстане серия программ, направленных на реформирование системы здравоохранения страны, действует начиная с 1996 года и включает в себя: Национальную программу по реформированию системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» на 1996–2005 годы, Национальную программу по реформированию системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006–2011 годы[59], Национальную программу реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2016 годы[60] и Стратегию охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года (Здоровье-2020)[61]. В Казахстане начиная с 2005 года реализовывалась Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы, затем – Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы[62] и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы[63]. При этом как в Кыргызстане, так и в Казахстане указанные программы предполагали решение проблемы непропорционального распределения медицинских работников. Так, Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2016 годы была направлена на «обеспечение универсального (всеобщего) охвата населения качественными медико-санитарными и профилактическими услугами, независимо от социального статуса, гендерных различий и статуса застрахованности населения». Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы призвана «способствовать устойчивости и динамичному развитию национального здравоохранения, ориентированного на нужды людей, с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечением доступности качественной медицинской помощи и солидарной ответственности за свое здоровье».

58 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.

59 Правительство Кыргызской Республики. Постановление от 16 февраля 2006 года № 100 О национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы.

60 Правительство Кыргызской Республики. Постановление от 24 мая 2012 года № 309 О национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы.

61 Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье – 2020»).

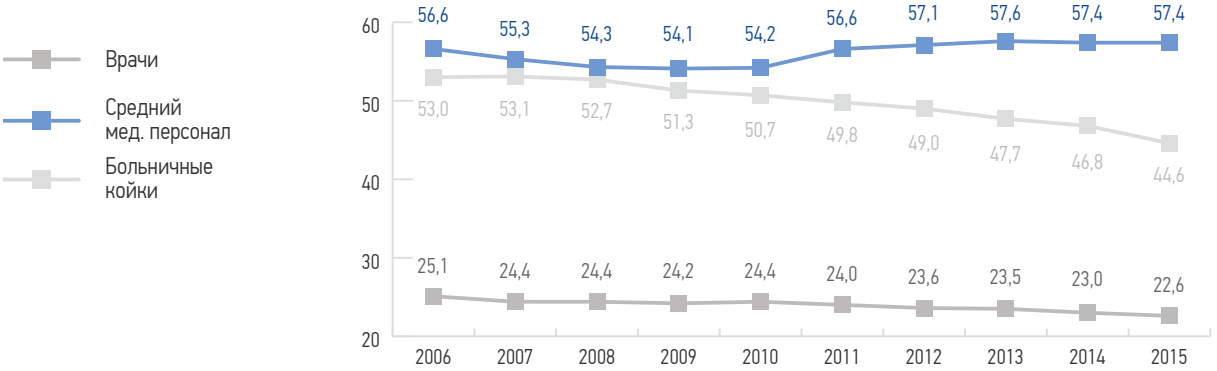
62 Президент Республики Казахстан. Указ от 29 ноября 2010 года № 1113 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

63 Президент Республики Казахстан. Указ от 15 января 2016 года № 176 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.

В целом, без учета неравномерности распределения медицинских ресурсов, в Кыргызстане в последние годы фиксируется стабилизация положения с численностью врачей и среднего медицинского персонала на отметке 23 и 57 (соответственно) в расчете на 10 тыс. человек населения. При этом фиксируется тренд на существенное сокращение больничных коек (рисунок 11).

РИСУНОК 11 Ресурсы здравоохранения в Кыргызстане

(на 10 тыс. человек)

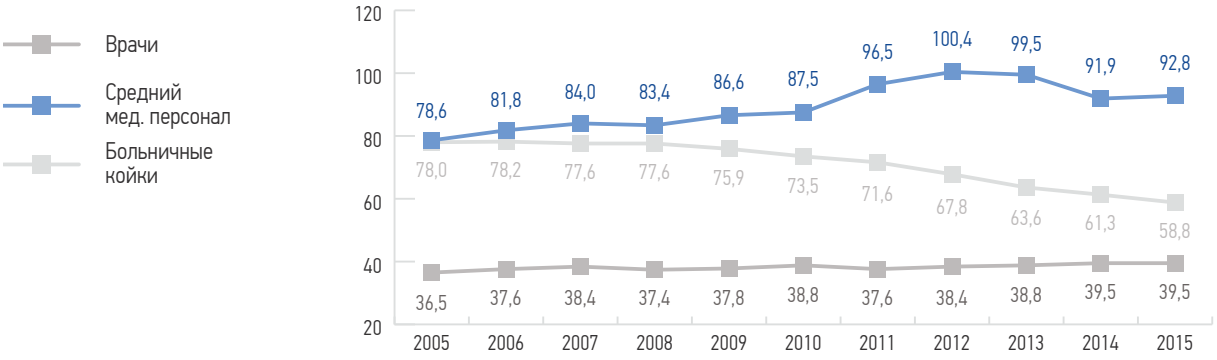


Источник: Социальные тенденции Кыргызской Республики: 2011-2015. – Бишкек, Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2016. – с. 100.

В Казахстане ситуация с точки зрения ресурсов здравоохранения выглядит существенно лучше (рисунок 12). В 2015 году численность врачей составила 39,5 на 10 тыс. человек (в 1,7 раза выше, чем в Кыргызстане), при этом фиксируется незначительный тренд на рост данного показателя. Численность среднего медицинского персонала после роста в 2011–2013 годах снизилась до 92,8 на 10 тыс. человек (в 1,6 раза выше, чем в Кыргызстане). Как и для Кыргызстана, для Казахстана характерно поступательное снижение числа больничных коек, которое в 2015 году составило 58,8 мест на 10 тыс. человек (в 1,3 раза больше, чем в Кыргызстане).

РИСУНОК 12 Ресурсы здравоохранения в Казахстане

(на 10 тыс. человек)



Источник: Данные официального сайта Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (http://www.stat.gov.kz)

Проблемные зоны в сфере здравоохранения в Кыргызстане и Казахстане (неразвитая медицинская инфраструктура, непропорциональное распределение медицинских работников в разрезе город и сельская местность, плохая укомплектованность медицинских учреждений, низкий уровень заработной платы и т. д.) находят свое подтверждение в интервью, проведенных со студентами Казахского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова и Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. Большинство опрошенных казахстанских и кыргызстанских студентов-медиков без энтузиазма относятся к перспективе работать

в маленьких городах или сельских населенных пунктах после окончания высшего учебного заведения.

Кыргызстанские студенты настроены более критично, чем казахстанские, демонстрируя тотальное нежелание работать в сельских медицинских центрах. Данная установка объясняется ими отсутствием жилья, предоставляемого на льготных условиях; более низкой заработной платой, чем в городе; необходимостью выполнять функции смежных специалистов, а также среднего медицинского персонала из-за неукомплектованности больниц.

Показательно, что переезд в сельскую местность противоречит основным мотивам для внутренней миграции кыргызстанской и казахстанской молодежи, которые были выявлены в рамках проекта «Молодежь Центральной Азии». В качестве такой мотивации выступает желание улучшить экономический уровень жизни (на этот фактор указало 55,6% респондентов из Кыргызстана и 41,6% казахстанцев), получить более широкие возможности для трудоустройства (40% и 38,7% соответственно), получить более высокое качество образования (23,1% и 23,7%) и иметь большее культурное разнообразие (21,3% и 26,6%)[64].

> Насильно заставляют ехать работать в село. А там вообще никаких условий. Медперсонала нет. Один врач, который за десятерых работает. Жилья нет и не предоставляют, зарплаты еще ниже, чем в городе. Мы на бюджетном отделении должны два года в области отработать обязательно, там, куда тебя направят. Я должна буду отработать, я – бюджетный студент. После отработки обязательно вернусь в Бишкек. Хотя работать на селе или в маленьком городе – это всегда уважение, практика полноценная. Люди все знают, ценят тебя... Привилегий нет никаких для медработников на селе.
>
> *Из интервью студентки 2 курса факультета «Лечебное дело» Акбары (Бишкек, Кыргызстан)*

> Сейчас говорят о том, что всех выпускников медицинских вузов обяжут ехать работать на село, в независимости на каком отделении учился – бюджетном или коммерческом. Я категорически против этого! За меня платят мои родители, в год обучение здесь обходится в 50 000 сомов. И я не понимаю, почему я должен еще отрабатывать. Условий в сельских больницах нет никаких. Никто тебе не гарантирует там квартиру. Зарплаты такие, что на них выжить сложно, а работать будешь с утра до вечера.
>
> *Из интервью студента 3 курса факультета «Лечебное дело» Каната (Бишкек, Кыргызстан)*

Большинство казахстанских студентов-медиков, в целом, выражая нежелание ехать работать на село, не исключают такой возможности в целях выстраивания своей карьеры. Перспектива работать в маленьком городе или поселке рассматривается ими как возможность получения профессиональной практики и уникального опыта в сложных условиях.

64 Молодежь Центральной Азии. Кыргызстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с. 124; Молодежь Центральной Азии. Казахстан. На основе социологического опроса. – Алматы: Представительство Фонда им. Фридриха Эберта в Казахстане, 2016. – с. 247.

Я не исключаю для себя возможности работать в сельской местности или в области. Это бесценный опыт, который ты можешь приобрести, работая в таких сложных или даже может быть экстремальных условиях. Там всему можно научиться, и все попробовать.... Конечно, это ответственно и даже страшно, мы же еще молодые специалисты и многого не умеем или знаем только в теории. Но это и будет бесценный опыт, который потом поможет. Только так можно стать квалифицированным врачом! ...Честно сказать, я бы всю жизнь не хотела работать на селе, 3-5 лет – это нормально, а потом надо уезжать в большой город, в Астану или Алматы, где перспектив и возможностей намного больше.

Из интервью студентки 2 курса факультета «Общая медицина» Даны (Алматы, Казахстан)

Согласно законодательству Кыргызстана, студенты, обучающиеся на бюджетном отделении за счет государственных средств обязаны отработать 2 года в том населенном пункте, куда будет получено распределение. Аналогичная норма присутствует и в казахстанском законодательстве, согласно которому студент, обучающийся по государственному гранту, должен отработать по месту распределения в течение 3-х лет. Кроме того, в Казахстане действует так называемая «сельская квота», которая дает определенные преференции абитуриенту из сельской местности при поступлении в медицинский вуз, но предполагает возвращение выпускника и его трудоустройство по месту предоставления. Данная категория студентов, признавая необходимость отработки на селе, рассматривает возможность либо избежать этого через возможные неформальные практики, или после отработки вернуться в большой город для продолжения медицинской карьеры.

А куда мне деваться, я поступал по квоте и вынужден буду отрабатывать диплом. Посмотрим, какие там будут условия. Но я знаю, чтобы расти профессионально, надо работать в Астане или Алматы. Если будет возможность, я уеду.

Из интервью студента 3 курса факультета «Общая медицина» Данияра (Алматы, Казахстан)

Фиксация данных поведенческих установок у студентов-медиков позволяет утверждать о сохранении в кратко- и среднесрочной перспективе проблемных зон в медицинском секторе на селе и малых городах. Как минимум можно говорить о постоянной «текучке» кадров. При анализе ситуации с распределением медицинских кадров по регионам Казахстана и Кыргызстана, а также в разрезе город и сельская местность, также сохраняется проблема с отсутствием полноценной статистической базы данных. Некоторые официальные данные противоречат друг другу: фиксируются расхождения в официальной статистике относительно укомплектованности медицинских учреждений профессиональными кадрами и установкой на то, что существует неравномерное распределение кадров по стране.

Вектор перемещения квалифицированных кадров в Казахстане и Кыргызстане направлен на крупные населенные пункты: Алматы и Астану в Казахстане и Бишкек в Кыргызстане. Готовность к перемене места жительства на постоянной основе у кыргызстанцев и казахстанцев в целом достаточно низкая, что характерно как для внешней, так и для внутренней миграции. Основными ограничителями внутренней миграции является низкая развитость соответствующей инфраструктуры, доминирование в сознании установок «оседлого» проживания.

Студенты-медики в выстраивании своей профессиональной карьеры исходят из того, что меди-

цинские центры в сельской местности и малых городах характеризуются неразвитой медицинской инфраструктурой и неукомплектованностью кадрами. Помимо этого, они уверены, что уровень жизни в сельской местности существенно ниже, чем в крупных городах, при этом они относятся с явным недоверием к государственным программам, направленным на социальную поддержку молодых специалистов, направленных на работу за пределы крупных городов.

3.3 ВЫТАЛКИВАЮЩИЕ И ПРИТЯГИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ МИГРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ИХ МИГРАЦИОННЫЕ УСТАНОВКИ И МОДЕЛИ

Миграционное поведение медицинских работников (врачей и медицинских сестер) и студентов, обучающихся медицинским специальностям, а также динамика миграции в этой сфере определяется общими закономерностями миграции в Евразийской миграционной системе и «типовыми» выталкивающими и притягивающими факторами. К ним относятся:

- культурно-исторический фактор (наличие общего языкового пространства, устойчивых социально-экономических и родственных связей, схожесть культурных традиций и ценностей и т. д.);
- политико-правовой фактор (наличие устойчивых политических отношений у стран Центральной Азии и России, безвизовый режим перемещения мигрантов, упрощенные правила легализации для трудящихся-мигрантов из стран-членов ЕАЭС, Программа переселения соотечественников в Россию);
- социально-экономический фактор (типичные «выталкивающие» факторы для стран Центральной Азии – отсутствие рабочих мест и высокий уровень безработицы; относительно низкий уровень заработной платы, широкое распространение бедности, диспропорция в распределении трудовых ресурсов в регионе и т. д.).

Все вышеуказанные факторы в той или иной степени были обозначены как влияющие на миграцию в рамках интервью и фокус-групповых дискуссиях, проведенных с казахстанскими и кыргызстанскими студентами-медиками, а также медицинскими работниками. Большинство интервьюируемых из обеих стран отмечали, что текущая социально-экономическая и политическая ситуация в стране проживания влияет на уровень развития медицины. При этом респонденты из Кыргызстана в большей степени, чем казахстанские, указывали на социально-экономические проблемы в развитии своей страны, обращая внимание на низкие темпы экономического развития и, как следствие, – высокий уровень безработицы и низкие зарплаты.

> Влияет ли экономическая и политическая ситуация на состояние дел в сфере медицины? Да, конечно, влияет. У нас многие хотят уехать, все мои друзья часто обсуждают вопрос миграции из страны. Но получится ли уехать – это вопрос. Если у людей маленькие зарплаты, или они вообще безработные, они не могут качественно лечиться; на обследование, лекарство нужны деньги, чем меньше денег у людей, тем реже они обращаются в сферу медицинских услуг, особенно в платную медицину. А государственный медицинский сектор оставляет желать лучшего!
>
> *Из интервью студентки 2 курса факультета «Лечебное дело» Акбары (Бишкек, Кыргызстан)*

Да! Уровень экономического и политического развития страны еще как влияет на состояние медицины! У нас все разваливается! И медицина тоже в глубоком кризисе.

Из интервью студентки 3 курса факультета «Лечебное дело» Жулдыз (Бишкек, Кыргызстан)

Экономическая ситуация очень влияет на медицинский сектор. На наших зарплатах это сказывается. Мы, стоматологи, зависим от платежеспособности наших пациентов. Если у пациента нет денег, он не идет лечиться. В Бишкеке вырвать зуб стоит от 500 до 700 сомов. Пломбу поставить – до 1500 сомов.

Из интервью стоматолога Асезим (Бишкек, Кыргызстан)

Наряду с вышеуказанным «типовыми» факторами, можно выделить специфические факторы, определяющие миграционный потенциал именно медицинских кадров и миграционные установки студентов, обучающихся медицинским специальностям. «Специфические» факторы не могут быть однозначно отнесены либо к группе выталкивающих, либо к группе притягивающих факторов. Один и тот же фактор в разных условиях и для разных респондентов может выступать либо как выталкивающий, либо как притягивающий. Так, например, в ходе интервью был обозначен такой фактор, как неразвитость или низкий уровень развития медицинского сектора в стране (это в большей степени касается ситуации в Кыргызстане). Большинством респондентов он был обозначен как выталкивающий фактор, поскольку его следствиями являются отсутствие перспектив профессиональной реализации, повышения квалификации и т. д. В то же время другие респонденты рассматривают его как возможность самореализации в экстремальных условиях, получения уникального опыта самостоятельной работы.

В качестве основных проблем медицинского сектора, характерных как для Казахстана, так и для Кыргызстана, указывались:

- низкий уровень заработной платы, социальная незащищенность медицинских работников;
- отсутствие системы повышения квалификации медицинских кадров, или ее слабое развитие;
- неразвитость баз для прохождения практики студентами-медиками;
- отсутствие или недостаточное количество клиник с новейшим современным оборудованием;
- недостаточное количество медицинских кадров, низкий уровень их квалификации.

Зарплата у нас очень низкая – от 5 до 10 тысяч сом. В частных клиниках – выше, но туда без опыта не берут, как правило. Устроится в хорошее место, в хорошую больницу – это тоже проблема. Нужны связи, родственники, которые могут помочь. У нас, например, в ту или иную клинику можно устроиться только по принципу землячества. Я знаю, что в [медицинском учреждении X] работают одни южане, а в больнице [X] – в основном северяне, из Нарына. .... Еще проблема, у нас, у студентов нет полноценной практики. Например, чтобы стать хирургом, нужна практика, а нас в этом смысле не хотят учить.

Из интервью студентки 3 курса факультета «Лечебное дело» Акбота (Бишкек, Кыргызстан)

Рынок перенасыщен кадрами, безработица, трудно найти работу по специальности. В больницах нет оборудования необходимого, если есть оборудование, то кадры не очень квалифицированные – не могут на этом оборудовании работать, использовать его. Очень низкие зарплаты в больницах – в среднем где-то 8-10 тысяч сомов в месяц. Это очень маленькие деньги. В частном медицинском секторе зарплаты выше, но туда устроиться очень сложно, без опыта работы не берут.

Из интервью студента 2 курса факультета «Лечебное дело» Азамат (Бишкек, Кыргызстан)

У нас в медицине много проблем есть: зарплаты не очень высокие, сдать экзамен на категорию – это отдельная "песня", хочешь повысить квалификацию – плати сам за это, а у нас зарплаты и так не высокие... Оборудование диагностическое в больницах старое, а если есть новое, то на нем работать некому, учиться надо. В Астане ситуация обстоит намного лучше – там много новых клиник, хорошо оборудованных, с развитой инфраструктурой. Многих хороших врачей из Алматы туда переманили. Но таких современных больниц в других областях и городах Казахстана крайне мало..

Из интервью ЛОР-врача Ляззат (Алматы, Казахстан)

Большинство студентов, обучающиеся медицинским специальностям, рассматривают неразвитость медицинского сектора в своей стране как фактор, мотивирующий их на эмиграцию. При этом, казахстанские студенты, чаще, чем студенты из Кыргызстана, рассматривают вопрос образовательной миграции с целью повышения своей профессиональной квалификации, предполагающей последующее возвращение в Казахстан, чтобы способствовать дальнейшему развитию медицинского сектора.

Я бы уехала из Казахстана для продолжения обучения. Интернатуру обязательно хочу закончить и только в Питере, там школа классная, но после – обязательно вернусь. Я сама из Астаны и работать хочу в Астане, у нас много высококлассных медицинских центров, там можно делать карьеру и надеюсь я там буду востребована!

Из интервью студентки 3 курса факультета «Общая медицина» Айгерим (Алматы, Казахстан)

Медицинские работники (особенно возрастная категория 50 лет и выше), указывают, что они, по причине неразвитости медицинского сектора и, главным образом, отсутствия повышения квалификации на системной, регулярной основе за счет государства или медицинского учреждения, являются менее конкурентоспособными по сравнению с медицинскими кадрами потенциальной страны эмиграции. Для данной социальной группы это – фактор, сдерживающий эмиграцию.

Куда я поеду? Я через несколько лет на пенсию выхожу, вот тогда может и переедем в Россию. Сейчас меня в принципе все устраивает, я опытный, врач, у меня есть свои клиенты, которые лечатся и консультируются у меня много лет. А в новой стране - начинать все сначала, подтверждать свою квалификацию, доказывать, что ты профессиональный врач... В другой стране могут быть другие стандарты качества и требования к квалификации врача.

Из интервью врача-терапевта первой категории Руфины (Алматы, Казахстан)

Я работаю в фармацевтике, параллельно преподаю в Академии, которую закончила несколько лет назад. Уровень зарплат в стране низкий, в том числе и в медицине. Хотя конкурс к нам с каждым годом растет и стоимость обучения в год на специальности "Фармакология" 45 000 сомов. Профессора уходят из академии... Перспектив здесь нет, в моей сфере – тоже. У нас нет фармацевтической промышленности, мы лекарства практически все завозим. Нет разработок научных, нет лабораторий, фармацевтических заводов нет. Я собираюсь уехать в Москву и поступать там в аспирантуру. У меня уже есть научный консультант там. Аспирантура платная, родители меня поддерживают, будут помогать материально. Если я в России закончу интернатуру, я смогу там быстрее устроиться с их дипломом. И заработки там высокие..

Из интервью преподавателя, фармаколога Алии (Бишкек, Кыргызстан)

Желание уехать из Кыргызстана есть. Меня не устраивает уровень жизни у нас в стране, на наши зарплаты ничего себе позволить нельзя. Многие мои коллеги работают на двух работах, чтобы хоть как-то заработать! Я молодой специалист, у меня нет своей практики, я только «делаю» клиентуру, набираюсь опыта. Так что мне нет разницы, где начинать, здесь или в другой стране.

Из интервью стоматолога Асезим (Бишкек, Кыргызстан)

Таким образом, в установках студенчества неразвитость медицинского сектора выступает в качестве выталкивающего фактора, как и для молодых медицинских кадров, которые недавно получили базовое медицинское образование; для медицинских работников среднего и старшего возраста, особенно предпенсионного, это – фактор, ограничивающий мотивацию на эмиграцию.

Другим «специфическим» фактором, определяющим потенциал миграции студентов-медиков и медицинского персонала, является языковой. В Казахстане и Кыргызстане с момента обретения независимости растет востребованность государственного языка (соответственно казахского и кыргызского) для всех работающих в сфере обслуживания населения. Данная практика распространяется и на сферу медицины, где работа с пациентами требует от медицинского персонала владение на одинаковом уровне государственным и русским языками. Данный фактор, с одной стороны является выталкивающим – преимущественно для медицинских кадров, не владеющих в достаточной степени государственным языком, так как на новом месте (преимущественно – в России) они не будут испытывать языкового давления, работая в сфере оказания медицинских услуг.

Я знаю, что за глаза мои коллеги называют меня "русским врачом", я не могу вести квалифицированно прием на казахском языке. У меня есть пациенты, которые записываются и идут только ко мне как к специалисту, многие из них казахскоговорящие, и их интересует только моя квалификация, а не язык, на котором я говорю. Открыто меня никто не упрекает в незнании казахского, но некий прессинг и дискомфорт я, конечно, ощущаю. Иногда возникают сложности с пациентами, говорящими только на казахском, коллеги помогают, переводят. По моим ощущениям, русскоговорящее пространство постепенно сокращается и есть риск в перспективе потерять профессию. Возможность эмиграции в перспективе рассматриваю. Скорее всего это будет Россия.

Из интервью врача-терапевта Светланы (Алматы, Казахстан)

Данный фактор является в определенной степени выталкивающим и для студентов-медиков, обучающихся на русском языке. Интервью со студентами Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева показали востребованность русского языка в качестве языка обучения, поскольку владение им на высоком уровне позволяет трудоустроится в России. Примечательно, что, например, на втором курсе факультета «Лечебное дело» из 28 студенческих групп, только в одной группе обучение ведется на кыргызском языке, в остальных – язык обучения русский.

Специфическими факторами-ограничителями как для эмиграции из Казахстана и Кыргызстана медицинских работников, так и для иммиграции данной категории специалистов в Казахстан, являются:

- необходимость подтверждения квалификации в сфере медицинской специальности (процедура признания и нострификации диплома) в стране прихода;
- потеря или понижение профессионального статуса мигрантов-медиков в стране-реципиенте, в случае затянувшегося признания и нострификации или отказа в признании и нострификации диплома или ученой степени по медицине.

Для нострификации диплома о высшем медицинском образовании для закончивших иностранные учебные заведения в Казахстане требуется следующие документы[65]:

- нотариально заверенные копии документа об образовании и приложения к нему (с переводом документа об образовании и приложения к нему на казахский или русский язык) с указанием перечня учебных дисциплин, объема, пройденных учебных дисциплин и практик, полученных итоговых оценок, курсовых и выпускных квалификационных работ, других составляющих учебного процесса. При этом документ об образовании и приложение к нему должны быть апостилированы или легализованы, в противном случае необходима архивная справка из учебного заведения, подтверждающая факт обучения и получения документа об образовании;
- удостоверение личности, владельца документа об образовании, для нерезидентов – нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность владельца документа об образовании, с переводом на казахский или русский языки. Если обладатель документа об образовании изменил фамилию, имя или отчество после его получения, необходимо представить нотариально заверенную копию свидетельства о государственной регистрации актов записи перемены имени, отчества, фамилии или актовую запись о браке или о расторжении брака;

65 Министр образования и науки Республики Казахстан. Приказ от 10 января 2008 года № 8 Правила признания и нострификации документов об образовании. См. также: Министр образования и науки Республики Казахстан. Приказ от 25 июня 2016 года № 405 О внесении изменения в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 10 января 2008 года № 8 Об утверждении Правил признания и нострификации документов об образовании.

- копия лицензии или свидетельства об аккредитации учебного заведения, выдавшего документ об образовании, заверенные печатью учебного заведения (с переводом на казахский или русский язык). При отсутствии копии лицензии или свидетельства об аккредитации учебного заведения необходимо представить информацию об организации образования, выдавшей документ об образовании (со ссылкой на сайт или другие источники).

> Здесь я востребована, я врач первой категории, но не известно, как я устроюсь в России, будет ли у меня тот уровень профессиональной реализации, который я имею сейчас... Я знаю насколько тяжело проходить аттестацию для повышения своей категории. Думаю, что в России такие же сложные процедуры. Но там, насколько я знаю, мне еще и диплом нужно будет подтверждать.
>
> *Из интервью врача-терапевта Светланы (Алматы, Казахстан)*

> Этот процесс забюрократизирован. Требуют много бумаг, справок, времени и сил. Самое главное, что неожиданно всплывают какие-то новые документы, которые ты должен предоставить. Складывается впечатление, что это никому не нужно. Хотя везде врачей не хватает. У меня руки опустились в какой-то момент, и я согласна была идти работать даже санитаркой в больницу, имея при этом диплом врача...Это давно было, но до сих пор с неприятными чувствами вспоминаю, через что мне пришлось пройти.
>
> *Из интервью врача-терапевта Зумрат, переехавшей в Казахстан из Таджикистана 7 лет назад (Алматы, Казахстан)*

Более сложная ситуация – мигрантов-медиков, имеющих ученую степень по медицинским наукам, полученную за рубежом. Для ее подтверждения в Казахстане необходимо соответствовать требованиям, предъявляемым к докторантам, обучающимся по программе PhD в настоящее время, а именно иметь не менее трех публикаций в научных изданиях, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан, а также одну публикацию в научном издании, имеющем по данным информационной базы компании Томсон Рейтер (ISI Web of Knowledge, Thomson Reuters) ненулевой импакт-фактор или входящем в базу данных компании Scopus[66]. Выполнить эти требования в значительном числе случаев крайне сложно или практически невозможно.

В каждом конкретном случае, все вышеописанные факторы могут выступать в разных конфигурациях и определять решение конкретного человека уехать на постоянное место жительства в другую страну или остаться в своей. Естественно, что мотивацией к миграции является субъективация и персонификация совокупности выталкивающих и притягивающих факторов в виде неизмеримых личностных установок, например таких как «потребность в самореализации и профессиональном росте», «отсутствие перспектив», «приобретение нового качественного опыта», «неразвитая медицинская инфраструктура в стране проживания» и т. п. Аккумуляция таких установок при возникновении очевидных выталкивающих событий (ухудшение экономической или политической ситуации в стране проживания, возможность выехать на учебу в другую страну, приглашение на работу, наличие какого-то стартового капитала) приводит как к миграции внутри страны, так и к выезду за ее пределы.

66 Министр образования и науки Республики Казахстан. Приказ от 31 марта 2011 года № 127 Об утверждении Правил присуждения ученых степеней.

Казахстан предъявляет нереальные требования. Во-первых, для признания моей ученой степени я должен предоставить архивную справку с места моей учебы. Хорошо, если мой институт еще существует. Я закончил аспирантуру во Втором ТашГосМИ [Второй Ташкентский государственный медицинский институт]. Сейчас в Узбекистане все мединституты объединили в одну академию. Я полгода убил на то, чтобы мне сделали справку, так как все архивы объединили. Это хорошо, что Ташкент рядом – я поехал и решил вопросы на месте. А если надо связываться с дальним зарубежьем? Казахстан требует копию лицензии на образовательную деятельность института, в котором я защищал диссертацию. В Узбекистане таких документов просто нет. Бог с ней, с бюрократией... Для признания степени мне нужны три публикации в казахстанских научных журналах. Журналов по медицине всего восемь, в них очередь, за публикацию надо платить. От 5 до 10 тыс. тенге. Еще я должен опубликоваться по теме своего исследования в журнале с высоким импакт-фактором. Я защитился двадцать лет назад, естественно мое исследование уже потеряло актуальность – кто его будет публиковать и зачем это нужно?.

Из интервью хирурга Бахтиера, переехавшего в Казахстан из Узбекистана 5 лет назад (Алматы, Казахстан)

Принимая во внимание «субъективную» конфигурацию различных выталкивающих и притягивающих факторов, тем не менее возможно осуществить некоторую генерализацию и условно выделить две модели миграционного поведения – казахстанскую и кыргызстанскую. Иначе говоря, исследование позволяет зафиксировать некоторые особенности в миграционных установках студентов-медиков и медицинских работников из Кыргызстана и Казахстана. Специфика этих моделей и установок, прежде всего, определяется общим различием в отношении населения двух стран к эмиграции и трудовой миграции. Население Казахстана в силу особенностей экономического развития страны (более высокий уровень жизни населения) в меньшей степени склонно к эмиграции и трудовой миграции, что ретранслируется в общественном дискурсе.

«Казахстанская модель» характеризуется следующими особенностями:

- на эмиграцию из Казахстана ориентированы, главным образом, студенты, обучающиеся на русском или английском языке;
- студенты казахоязычных групп обучения (как правило – студенты из сельской местности или малых городов) ориентированы на внутреннюю миграцию, заявляя о желании остаться в городе и не возвращаться в село;
- у значительной части студентов фиксируется установка уехать временно поработать на селе для приобретения медицинской практики с последующим возвращением в одну из столиц (Алматы или Астану) для продолжения медицинской карьеры;
- среди студентов (в основном – этнических казахов) распространена установка на образовательную миграцию – уехать из Казахстана на определенный период за рубеж для продолжения медицинского образования или получения практики (интернатура) с последующим возвращением. Основными странами для образовательной миграции называется Россия, США и ряд стран Европы;
- установки молодых медицинских работников близки к установкам студентов, медицинские работники старшего и предпенсионного возраста в меньшей степени ориентированы на выезд и считают эмиграцию желательной после выхода на пенсию.

Внешняя и внутренняя миграция рассматривается казахстанскими респондентами как фактор повышения своей профессиональной квалификации и получения опыта работы (в случае внешней миграции – с инновационными технологиями, в случае внутренней миграции – в уникальных и экстремальных условиях).

«Кыргызстанская модель» характеризуется следующими особенностями:

- почти все опрошенные студенты-медики имеют установку на эмиграцию из страны;
- на эмиграцию из Кыргызстана ориентированы в большей степени студенты-медики, обучающиеся на русском языке, причем это преимущественно этнические кыргызы. Фиксируется востребованность русского языка как языка обучения медицинским специальностям, который дает перспективу трудоустройства в России;
- распространенной среди кыргызстанских студентов является установка на образовательную миграцию как средство в перспективе остаться в стране обучения на постоянной основе. Основными странами для такой образовательной миграции называются Турция и Германия. Россия рассматривается в меньшей степени поскольку студенты считают, что у россиян имеются негативные установки по отношению мигрантам из Центральной Азии;
- работа на селе (даже в краткосрочном плане) не рассматривается как желательное направление медицинской карьеры;
- установки молодых медицинских работников близки к установкам студентов, медицинские работники старшего и предпенсионного возраста в меньшей степени ориентированы на выезд и считают эмиграцию желательной после выхода на пенсию.

Внешняя и внутренняя миграция рассматривается кыргызстанскими респондентами как фактор улучшения своего экономического и социального положения, в меньшей степени – как фактор повышения профессиональной квалификации.

4 ГЛАВА

ПРАВО ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ:

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Дети – наиболее уязвимая и самая незащищенная часть нашего общества, и они не должны быть бесправными. И государство должно заботиться о них.

Нурсултан Назарбаев,
Президент Казахстана

4.1 ВВЕДЕНИЕ

После распада Советского Союза трудовая миграция стала основным источником дохода и стратегией обеспечения средств к существованию для многих центральноазиатских семей. Помимо создания новых возможностей, это явление стало причиной развития новых уязвимостей. В числе наиболее пострадавших групп – дети мигрантов, которые стали особенно уязвимы в результате миграционного поведения их родителей, независимо от того, сопровождают они их во время миграции или нет.

В данной главе рассматриваются три основные задачи. Во-первых, оценивается степень влияния миграции на здоровье и благополучие детей мигрантов, как тех, кто сопровождает своих родителей во время миграции, так и тех, кто остался дома на родине. Во-вторых, в разделе проводятся анализ и оценка нормативно-правовой базы в области охраны здоровья детей мигрантов, а также механизмов их реализации. В-третьих, здесь исследуются потребности детей мигрантов в медико-санитарной помощи и предлагаются целенаправленные рекомендации для их решения на основе комплексного многосекторального подхода.

В данной части основное внимание уделяется трем странам Центральной Азии: Казахстану, Кыргызстану и Таджикистану. Учитывая соответствующую миграционную динамику государств, Казахстан рассматривался как принимающая страна (или страна назначения), а Кыргызстан и Таджикистан – в качестве стран, отправляющих мигрантов (или стран происхождения).

В данном разделе использованы следующие методы: обзор литературы; анализ законодательной базы и других документов, относящихся к теме исследования (конвенции, законы, положения, декларации, международные и национальные отчеты, исследования, презентации и т. д.); полуструктурированные и неформальные интервью с ключевыми информантами в сферах управления миграцией, здравоохранения, детского труда и защиты детей; а также обсуждения в фокус-группах с неправительственными организациями.

Анализ нормативно-правовой базы был сосредоточен на рассмотрении следующих документов:

- Международно-правовые акты, устанавливающие всеобщие права человека и права ребенка, включая принцип наилучшего обеспечения интересов ребенка, принципы недискриминации и социальной защиты;
- Международные конвенции, определяющие права мигрантов и членов их семей;
- Региональные и национальные правовые и стратегические документы по управлению миграцией и здравоохранению мигрантов, законы, резолюции, программы и постановления министерств и их ведомств;
- Отчеты, презентации и проектные документы заинтересованных сторон, вовлеченных в сферы миграции и охраны здоровья детей мигрантов.

В дополнение к теоретическому анализу, на протяжении всего исследования проводились активные дискуссии и обмен информацией. Предварительные результаты и выводы были представ-

лены для обсуждения на совещании заинтересованных сторон в рамках Центральноазиатского регионального семинара по вопросам права мигрантов на здоровье, проведенном 15–16 июня 2017 года в Бишкеке, Кыргызстан. В результате встречи, были выработаны рекомендации при активном участии заинтересованных сторон.

Краткое изложение основных выводов

- Дети мигрантов – независимо от того, сопровождают они родителей в миграционной поездке или остались дома на родине – являются особенно уязвимой группой, когда речь идет об их здоровье;
- Основными препятствиями на пути к реализации права детей мигрантов на здоровье в принимающих странах являются: отсутствие индивидуального идентификационного номера (ИИН), неспособность мигрантов ориентироваться в системах здравоохранения принимающих стран, недостаточная информация о доступных услугах, отсутствие финансовых средств, страх контактировать с государственными органами из-за неурегулированного статуса;
- Несмотря на существование эффективной нормативно-правовой базы по вопросам здоровья детей мигрантов в Центральной Азии, необходимо усилить механизмы ее реализации для повышения эффективности. В частности, крайне важно создать механизмы, позволяющие детям нелегальных мигрантов иметь доступ к услугам здравоохранения в принимающих странах;
- Необходимо укрепить системы защиты детей в странах происхождения для выявления и оказания помощи детям, оставленным на родине мигрантами. Кроме того, следует упростить национальные системы регистрации для упрощения доступа детей внутренних мигрантов к медицинскому обслуживанию.

Недостаточность достоверных данных и статистики по вопросам детей мигрантов (как в странах назначения, так и в странах происхождения) серьезно ограничило объем и полноту проведенного исследования. Более того, допускается некоторая необъективность качественных данных, собранных в ходе интервью с ключевыми информантами, по причине влияния факторов предвзятости, таких как избирательность памяти, преуменьшение, преувеличение и приписывание фактов.

4.2 ПРОБЛЕМА СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Как отмечалось ранее, одной из самых серьезных проблем в решении вопросов здравоохранения детей мигрантов является ограниченность всеобъемлющих и надежных данных по этой тематике. Значительная часть информации о ситуации детей нерегулярных мигрантов основана на непроверенных сведениях. Более того, ни одно государственное учреждение не работает над решением вопроса отсутствия всесторонних статистических данных по вопросам детей мигрантов на официальной и систематической основе. Несмотря на то, что во всех трех странах отдельно ведется статистика по различным секторам экономики, всеобемлемые сводные сведения о положении детей мигрантов крайне мало.

В настоящее время, основными инструментами сбора информации являются: электронная система сбора данных Министерства здравоохранения, ИСУО (Информационные системы управления образованием) Министерства образования, Государственное агентство по статистике, которое ведет сбор информации по вопросам детей, оставшимся без попечения родителей, База данных «ТрансМОНЕ»[67] и соответствующие национальные агентства по статистике в Таджикистане и Кыргызстане.

67 База данных «ТрансМОНЕ»: Информация, отражающая положение детей в странах Центральной и Восточной Европы и Содружества независимых государств.

ТАБЛИЦА 7 **Количество трудящихся-мигрантов из Таджикистана, покинувших страну по экономическим причинам** (чел.)

	Всего	Возраст			
		до 18	18-29	30-59	старше 60
Оба пола					
2013	799 698	23 681	316 935	454 778	4 304
2014	670 806	2 129	260 719	407 586	372
2015	552 596	324	214 417	337 605	250
2016	517 308	1 101	208 157	308 002	48
Мужчины					
2013	693 355	18 276	279 114	392 876	3 087
2014	564 390	1 850	214 129	348 068	343
2015	487 929	304	188 776	297 813	190
2016	435 457	723	174 500	259 399	38
Женщины					
2013	100 094	5 405	35 570	57 902	1 217
2014	106 416	279	46 590	59 518	29
2015	64 667	20	25 641	38 796	60
2016	81 851	378	33 657	47 806	10

Источник: Второй периодический доклад Республики Таджикистан Комитету по правам трудящихся-мигрантов, 12 мая 2017 года.

Следовательно, неизвестно количество детей мигрантов, имеющих доступ к основным социальным услугам, и данный аспект не охвачен официальной статистикой. Более того, статистические данные часто не отражают существенное неравенство между различными уязвимыми подгруппами мигрантов.

4.3 ЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-МИГРАНТОВ ДОСТУПОМ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ

Существуют неопровержимые доказательства того, что основы жизнедеятельности ребенка закладываются в первые годы его жизни. Проблемы со здоровьем в детстве могут иметь длительные и пагубные последствия для развития человека в будущем. Возможности ребенка, его достижения и благополучие в долгосрочной перспективе, главным образом, зависят от качества жизни и заботы о нем в детстве. Данные свидетельствуют о том, что оказание качественных медицинских услуг в ранние годы имеет важное и положительное влияние на состояние здоровья человека во взрослой жизни. Таким образом, инвестиции в здравоохранение детей, в том числе детей мигрантов, могут принести странам значительные экономические выгоды[68].

С другой стороны, пренебрежительное отношение и недостаточное инвестирование в здоровье детей мигрантов противоречит международному праву и отрицательно сказывается на социаль-

68 Dr. Jim Yong Kim, President of the World Bank, Rethinking Development Finance, LSE lecture, 11 April 2017.

но-экономическом развитии стран. Чтобы эффективно конкурировать в условиях всемирной глобализации, при которых информационные технологии и высшее образование играют все большую роль, детям важно формировать определенный набор необходимых навыков. Поскольку основы жизни закладываются в детстве, важно уделять особое внимание правам детей мигрантов.

Инвестирование в здоровье детей мигрантов может также способствовать снижению распространения инфекционных заболеваний. Поэтому поддержка стратегий и законодательства по реализации прав детей мигрантов на здоровье, разработанных с учетом интересов мигрантов, может оказать важное влияние не только на будущее детей, но и результаты в области охраны здоровья населения, как в странах происхождения, так и назначения.

4.4 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ИССЛЕДУЕМЫХ СТРАН

Республика Казахстан. Начиная с 2001 года, в Казахстане наблюдался быстрый экономический рост. До недавнего времени, экономика страны была одной из крупнейших и быстроразвивающихся в Центральной Азии. Казахстан занимает второе место в списке стран назначения мигрантов после Российской Федерации, и привлекает большое количество мигрантов для работы и проживания здесь вместе с семьями и детьми.

Существуют ряд факторов, способствующих повышению привлекательности Казахстана для трудящихся-мигрантов. Во-первых, 29 мая 2014 года республика стала членом Евразийского экономического союза, договор который вступил в силу с 1 января 2015 года. Это облегчило административные процедуры для мигрантов и способствовало увеличению мобильности как в регионе в целом, так и в Казахстане в частности. Во-вторых, политика Российской Федерации в отношении ограничения на повторный въезд для некоторых мигрантов (так называемый «черный список») затрагивает многих трудящихся-мигрантов из Центральной Азии, препятствуя их въезду в Россию и делает Казахстан важным альтернативным направлением для трудовой миграции.

Миграционная политика Казахстана создает благоприятные условия для проживания и работы для рабочих-мигрантов из Кыргызстана и членов их семей. Кыргызские мигранты и их семьи могут пользоваться правами в качестве членов Евразийского экономического союза. С 1 января 2017 года, граждане Таджикистана могут въезжать в Казахстан без визы на срок до 90 дней.

Толерантность к мигрантам стала решающим фактором обеспечения мира, стабильности и экономического прогресса в Казахстане. Принцип толерантности для казахского народа является не только нормой, присущей его политической культуре, но и одним из ключевых принципов государства. Во время интервью, большинство респондентов положительно отреагировали на вопрос о миграции из соседних стран и продемонстрировали толерантное отношение к мигрантам.

> Казахстан – это многонациональное государство. В течение многих поколений казахский народ жил с другими национальностями в мире и процветании. Казахский народ проявляет толерантность по отношению к мигрантам.
>
> *Представитель НПО, Казахстан*

Республика Таджикистан. После обретения независимости в 1991 году, Таджикистан пережил гражданский и политический конфликт в период с 1992 по 1997 год, который привел к серьезному расколу и физическому разрушению страны. Глобальный экономический кризис 2008–2009 годов отрицательно сказался на экономике Таджикистана и стал результатом сокращения денежных переводов в республику на 30%. Большинство мигрантов являются выходцами из бедных семей, проживающих в сельских районах. Несмотря на недавнее улучшение положения в республике, эти семьи все еще ограничены в получении доступа к базовым услугам здравоохранения.

Каждый четвертый ребенок в возрасте до пяти лет страдает от хронического недоедания: начиная с 2009 года, показатели острого недоедания и недостаточного веса среди детей значительно увеличились и оставались на уровне 9% и 17% соответственно. Несмотря на то, что коэффициент смертности среди младенцев был снижен до 63,3 на 1 000 живорождений, а детей в возрасте до 5 лет – до 52,8 на 1 000 живорождений, они по-прежнему являются одними из самых высоких в регионе[69].

Кыргызская Республика. Кыргызстан обрел независимость после распада Советского Союза в 1991 году. В последние годы, население республики достигло 6 миллионов жителей, при этом почти 2 миллиона из них – в возрасте до 18 лет. Защита детей и доступ к медицинскому обслуживанию в стране затруднены из-за нехватки финансовых ресурсов. Высокий уровень безработицы среди молодежи привел к значительному оттоку рабочей силы в соседние страны.

По оценке Всемирного банка, экономика Кыргызстана сильно зависит от денежных переводов (в 2016 году они составили 31%[70] от валового внутреннего продукта). Более того, на экономике Кыргызстана отрицательно сказался глобальный экономический кризис 2008–2009 годов.

4.5 МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ ПРАВ ДЕТЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Право детей мигрантов на здравоохранение является результатом реализации международной политики в области прав человека, частью которой является Республика Казахстан. Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР ООН), принятая в 1989 году, была единогласно подписана почти всеми странами мира. Согласно ей, Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан привержены делу защиты прав детей и наилучшего обеспечения интересов ребенка.

КПР ООН, положения которой отражены в национальном законодательстве Казахстана, налагает на государства-участники обязательные к исполнению юридические обязательства обеспечивать права, предусмотренные настоящей Конвенцией, за каждым ребенком, находящимся в пределах их юрисдикции, без какой-либо дискриминации, независимо от статуса ребенка, статуса его родителей или законных опекунов[71]. В КПР ООН определено, что при принятии решений, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка (статья 3) и что «аргументы, не носящие правозащитного характера, например связанные с общим контролем в вопросах миграции, не могут преобладать над соображениями наилучшего обеспечения интересов ребенка»[72]. Статьей 19 КПР ООН устанавливаются конкретные меры, которые государства должны предпринять для обеспечения защиты ребенка: «все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительные меры ... с целью предоставления необходимой поддержки ребенку... а также для осуществления других форм выявления и предупреждения, сообщения, передачи на рассмотрение, расследования, лечения и последующих мер в связи со случаями жестокого обращения с ребенком»[73]. Казахстан ратифицировал КПР ООН в 1994 году и заявил о приверженности международным нормам в отношении защиты прав детей. КПР ООН

69 United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for Tajikistan, 2016-2020.

70 World Bank. Online at http://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS.

71 Генеральная ассамблея ООН, Конвенция о правах ребенка, 20 ноября 1989 года, Сборник договоров Организации Объединенных Наций, том 1577, Статья 2.

72 Конвенция о правах ребенка, Замечания общего порядка № 6 (2005), «Обращение с несопровождаемыми и разлученными детьми за пределами страны их происхождения», 1 сентября 2005 года, CRC/GC/2005/6, пункт 86. в: http://www.jus.uio.no/smr/english/people/aca/birgsc/working-papers/Schlutter_April.pdf

73 Статья 19 (2) КПР ООН (2).

предусматривает комплексную систему мер по обеспечению социальных и правовых гарантий для всех детей. Конвенции Международной организации труда (МОТ) № 97, 102, 143, Рекомендация № 202 МОТ и Международная конвенция 1990 года о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (2003 год) еще более укрепили общие рамки для защиты прав трудящихся-мигрантов и их семей. Казахстану еще предстоит ратифицировать последнюю.

И наконец, резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2008 года «О здоровье мигрантов» содействует осуществлению миграционной политики и призывает государства-участники принимать меры по внедрению и реализации комплексной и скоординированной политики, учитывающей интересы мигрантов, в рамках национальных стратегий и планов. Однако на практике не все дети имеют доступ к защите и реализации своих прав без дискриминации. В 2015 году ЮНИСЕФ провел региональный мониторинг социальной защиты прав и благополучия детей в Центральной и Восточной Европе, Кавказе и Центральной Азии[74]. В докладе отмечается, что наряду с другими группами социально-уязвимых детей, дети трудящихся-мигрантов сталкиваются с серьезными преградами на пути к реализации своих прав. Эти препятствия включают: неосведомленность по вопросам системы здравоохранения принимающих стран, недостаточность информации о доступных услугах, бедность и страх взаимодействия с представителями властей из-за нелегального статуса. Доклад также указывает, что странам не хватает институциональных возможностей для реализации законодательства на практике и предоставления услуг на местах. Вторичное законодательство в регионе гораздо менее развито, чем первичное: стратегии зачастую не содержат адекватных планов действий или руководства по их реализации.

4.6 ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПРАКТИКА В ОБЛАСТИ ПРАВ ДЕТЕЙ-МИГРАНТОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАЗАХСТАНЕ

4.6.1 Нормативно-правовая база

Конституция Республики Казахстан и Закон о правах ребенка гарантируют равные права детей мигрантов, в том числе доступ к здравоохранению и другим социальным услугам. Согласно внутреннему законодательству, дети рассматриваются как граждане Казахстана в стране назначения мигрантов, а также как граждане их собственной страны происхождения. Они пользуются равными правами и несут равные обязанности в соответствии с законодательством своих стран.

Закон «О правах ребенка в Республике Казахстан» устанавливает равенство прав детей и запрещает какое-либо их ограничение. Все дети, независимо от их гражданства, пользуются равными правами и полной защитой. Статья 2 гарантирует, что:

> *Ребенок, не являющийся гражданином Республики Казахстан, пользуется в Республике правами и свободами, а также несет обязанности, установленные для граждан, если иное не предусмотрено Конституцией Республики Казахстан, законами Республики Казахстан и международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан.*

В статье 3 подчеркивается важность международного права в данной области:

> *Если международным договором, ратифицированным Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора, за исключением случаев, когда из международного договора следует, что для его применения требуется издание закона Республики Казахстан.*

74 ЮНИСЕФ. Социальный мониторинг: социальная защита прав ребенка и благополучия в Центральной и Восточной Европе, Кавказе и Центральной Азии. Доступно по ссылке https://www.unicef.org/ceecis/Social_Monitor_Regional_Report.pdf (доступ осуществлен 7/02/2017)

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (№ 193-IV от 18 сентября 2009 года) и Законом «О правах ребенка в РК», дети в возрасте до 18 лет имеют право на получение медицинских услуг в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной помощи, а также на лечение за рубежом.

И наконец, статья 14 (пункт 2) Конституции РК гарантирует обеспечение недискриминации в получении доступа к здравоохранению и образованию для всех, включая детей мигрантов.

В последнее время наблюдались значительные улучшения в нормативно-правовой базе Казахстана в сфере здравоохранения, которое постоянно совершенствуется в соответствии с важнейшими международно-правовыми документами, определяющими основные требования к государственной политике в отношении детей. Например, 10 февраля 2016 года Указом Президента Республики Казахстан был создан институт Уполномоченного по правам ребенка. Уполномоченный осуществляет мониторинг положения всех детей в стране. Для решения проблем, связанных с реализацией КПР ООН, в рамках этого института создана платформа для диалога, где регулярно собираются представители государственных органов, неправительственных организаций, ООН и партнеров по развитию.

Для соблюдения принципа наилучших интересов ребенка в области здравоохранения была создана и постоянно совершенствуется система бесплатной медицинской помощи детям и педиатрических служб. Дети в возрасте до 18 лет с определенными проблемами со здоровьем (включая детей с ограниченными возможностями) могут бесплатно лечиться в амбулаторных условиях и получать лекарства в соответствии со списком лекарственных средств и изделий медицинского назначения, утвержденным Министерством здравоохранения.

В соответствии со статьей 88 (пункт 5) Кодекса Республики Казахстан **«О здоровье народа и системе здравоохранения»** (18 сентября 2009 года), иностранные граждане имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, но только при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержден Министерством здравоохранения (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 г. № 194.).

Статья 156 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» устанавливает, что лица, находящиеся на территории Республики Казахстан, вправе получать профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. И наконец, согласно статье 88, первичная медико-санитарная помощь (в чрезвычайных и неотложных ситуациях) предоставляется населению независимо от иммиграционного статуса и продолжительности пребывания.

Таким образом, в Казахстане четко определены правовые рамки, гарантирующие право детей мигрантов на здоровье. Однако слабые или неопределенные механизмы реализации этих законов, недостаточность достоверных данных, отсутствие четких руководящих принципов и сопутствующих законов, и ограниченность межминистерского сотрудничества препятствуют фактическому осуществлению прав детей мигрантов на здоровье. На сегодняшний день, система защиты детей и качество сопутствующих услуг, предоставляемых правительством Казахстана, недостаточно развиты и не соответствуют международным стандартам, как это предусмотрено в принятых международных конвенциях. Медицинские и социальные работники слабо владеют навыками работы с детьми мигрантов. Все это стало причиной разрозненности и непоследовательности политических мер, направленных на поддержку этой уязвимой группы населения.

Несмотря на относительно высокие макроэкономические показатели и значительный прогресс в построении гражданского общества в Казахстане, нерешенным остается ряд проблем в части оказания медицинских услуг детям и семьям мигрантов. Эти проблемы, в основном, являются следствием противоречивых законов и правил, путаницы, как среди поставщиков, так и получа-

телей услуг, и отсутствия достоверной информации о состоянии здоровья и потребностях детей мигрантов. С учетом вышесказанного, в Казахстане по-прежнему существует необходимость разработки детального руководства и сопутствующих законов в области предоставления медицинских услуг детям мигрантов.

4.6.2 Регистрация, индивидуальные идентификационные номера и медицинское страхование

Правительство ввело индивидуальный идентификационный номер (ИИН) и обязательное медицинское страхование, которые оказывают влияние на доступ детей мигрантов к медицинскому обслуживанию.

Закон «О национальных реестрах идентификационных номеров» (от 12 января 2007 года № 223) обязывает все население Казахстана, включая мигрантов, иметь ИИН, и требует представления этого документа при использовании государственных услуг. Закон устанавливает, что иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, у которых на лицевой стороне вида на жительство не указан ИИН, должны обратиться в территориальные органы внутренних дел по месту пребывания для переоформления документа. Однако, на практике у многих мигрантов, особенно нелегальных, нет ИИН, что значительно затрудняет их доступ, а также доступ их детей к здравоохранению, поскольку ИИН требуется при получении медицинских услуг в учреждениях общественного здравоохранения.

С 1 июля 2017 года в Республике Казахстан внедряется система обязательного медицинского страхования для обеспечения совместной ответственности государства, работодателей и граждан. Закон Республики Казахстан № 405-V от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» требует обязательного медицинского страхования и затрагивает как граждан, так и неграждан республики, в том числе мигрантов.

Согласно статье 28, дети, многодетные матери, студенты, инвалиды и безработные освобождаются от уплаты взносов в фонд медицинского страхования. Статья 5 того же закона предоставляет гражданам, не уплатившим взносы в фонд, право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

4.7 ОГРАНИЧЕНИЯ ДОСТУПА ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

За последние годы, Казахстан добился значительных успехов в области охраны здоровья детей. Младенческая смертность снизилась с 45,8 на 1000 живорождений в 1990 году до 16,7 в 2012 году. Также, снизилась материнская смертность: с 55 на 100 000 живорождений в 1990 году до 12,6 в 2013 году[75]. Республика добилась значительного прогресса в области питания, грудного вскармливания, вакцинации и доступа к услугам здравоохранения. Однако эти положительные цифры не в полной мере отражают ситуацию в отношении некоторых уязвимых групп населения, включая детей мигрантов, не учтенных в статистике.

В принимающих странах, семьи мигрантов из Центральной Азии чаще всего живут и работают в трудных условиях, которые обуславливают низкий уровень состояния здоровья их детей. Доступ к государственному медицинскому обслуживанию особенно затруднен для детей нелегальных мигрантов, к тому же они редко могут позволить себе пользоваться услугами частных медицинских учреждений. Мигранты сталкиваются с серьезными финансовыми ограничениями, отчасти из-за необходимости покрывать расходы на лечение самостоятельно.

Несмотря на то, что национальное законодательство предусматривает равный доступ детей мигрантов к здравоохранению, их право на здоровье не всегда реализуется по ряду причин.

Дети мигрантов с временной регистрацией (до трех месяцев) не имеют права на полный объем государственных медицинских услуг. В случаях, когда требуется длительное лечение, им обычно рекомендуется вернуться на родину. К тому же, большинство мигрантов не в состоянии оплачивать лечение в частных клиниках в Казахстане[76].

Что касается репродуктивного здоровья, то роды считаются экстренной ситуацией и, следовательно, проводятся бесплатно. Тем не менее, беременные женщины-мигранты не имеют права на бесплатную профилактическую помощь и лечение. При серьезных патологиях или необходимости хирургического вмешательства требуется медицинская страховка, которая у них обычно не имеется. В большинстве случаев, лечение по-прежнему осуществляется по желанию и усмотрению врачей, что представляет определенные риски при проверках финансовыми органами.

По итогам доклада о «Положении трудящихся-мигрантов из Кыргызстана в Казахстане»[77], социальные права мигрантов, включая право на полный пакет гарантированных медицинских услуг, часто не соблюдаются. Более 20% респондентов сообщили, что обращение в медицинские учреждения практически всегда сопровождается какими-то проблемами, а 60% заявили, что сталкиваются с проблемами лишь «в некоторых случаях».

Существенным фактором доступа детей мигрантов к медицинским услугам, является правовой статус их родителей. Многие мигранты работают без трудового договора и часто пребывают на территории Казахстана без действительной регистрации, что мешает их полному доступу к системе здравоохранения. Несмотря на то, что государство, в целом, покрывает расходы по предоставлению базовой медицинской и экстренной помощи, детям мигрантов может быть отказано в медицинском обслуживании по техническим причинам, как например, из-за отсутствия индивидуального идентификационного номера, который, в свою очередь, выдается только при действительной регистрации. Таким образом, отсутствие четких правил и механизмов обеспечения медицинских услуг детям незаконных мигрантов является серьезным барьером на пути реализации права детей мигрантов на здоровье в Центральной Азии.

75 ЮНФПА. Документ по страновой программе: Казахстан 2016-2020.

76 Альтернативный отчет о реализации Конвенции ООН о правах ребенка.

77 Альтернативный отчет о реализации Конвенции ООН о правах ребенка.

ТАБЛИЦА 8 Нормативные положения, касающиеся доступа детей мигрантов к медицинским услугам в Казахстане

Группа	Медицинский осмотр	Скорая и экстренная помощь	Общие/ специализированные медицинские услуги	Туберкулез	ВИЧ/СПИД
Трудящиеся-мигранты из стран с безвизовым режимом, включая граждан Кыргызстана и Таджикистана-	Платно	Бесплатно до стабилизации состояния. Дополнительные услуги оплачиваются. При отсутствии необходимых финансовых ресурсов для оплаты услуг пациенты направляются в страну происхождения при помощи миграционных служб.	Платно	Диагноз устанавливается за счет обязательного медицинского страхования или добровольного медицинского страхования, либо услуга оплачивается. Лечение и иная помощь предоставляются бесплатно.	Диагноз устанавливается за счет обязательного медицинского страхования или добровольного медицинского страхования. Если ВИЧ обнаружен, рекомендуется вернуться в страну происхождения для бесплатного лечения АРВ. АРВ-препарат недоступен для иностранных граждан с ВИЧ.

Правовые рамки:

- Соглашение о предоставлении медицинской помощи гражданам стран СНГ.
- Соглашение между Правительством Республики Таджикистан (РТ) и Правительством Республики Казахстан (РК) о трудоустройстве и защите прав трудящихся-мигрантов - граждан РТ, временно работающих в Казахстане и трудоустройстве и защите прав трудящихся-мигрантов - граждан Республики Казахстана, временно работающих в Таджикистане (май 2006 года).
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания иммигрантам медицинских услуг» (от 30 сентября 2011 , № 665).
- Приказ Министра Республики Казахстан «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых, запрещает въезд иностранцам и лицам без гражданства в Республику Казахстан» (от 30 сентября 2011 года, № 664).
- Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (от 10 января 2015 года).
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РК «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу» от 22 августа 2014 года № 19).

- Постановление Правительства Республики Казахстан «О порядке предоставления гарантированной базовой бесплатной медицинской помощи гражданам» (от 19 ноября, 2009 года №1887).
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» (от 1 ноября 2011 года № 1263).
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (от 1 апреля 2015 года № 194).
- Кодекс Республики Казахстан РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (от 18 сентября 2009 года, пункт 5 статьи 88).
- Кодекс Республики Казахстан «О детях» гарантирует бесплатное медицинское обслуживание всем детям в возрасте до 18 лет, однако не содержит отдельных положений по обслуживанию детей-мигрантов.

Ресурс: Модифицированная таблица по итогам Краткого ситуативного анализа доступа мигрантов и членов их семей к комплексу услуг по ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ / ВИЧ в Таджикистане.

Проект ЮСАИД / МОМ, Душанбе 2016.

4.8 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ В СТРАНАХ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Вопросы по охране здоровья детей мигрантов должны рассматриваться не только в странах назначения. Страны происхождения также играют важную роль в обеспечении наивысшего достижимого уровня здоровья как своих, так и иностранных граждан в возрасте до 18 лет, находящихся на их территории. В этой связи, в следующем разделе рассматриваются законодательство и политика Кыргызстана и Таджикистана, а также конкретные вопросы, связанные со здравоохранением «оставленных детей».

4.8.1 Законодательство и политика

Таджикистан и Кыргызстан являются членами Содружества Независимых Государств, Организации Объединенных Наций и Всемирной организации здравоохранения. Положения уставов этих организаций являются обязательными для стран-участников. Одним из основных документов ООН по защите прав мигрантов является Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (МКЗТМ). Кыргызская Республика стала одной из первых стран, присоединившихся к ней, а Республика Таджикистан ратифицировала этот документ. Конвенция посвящена вопросам защиты трудящихся-мигрантов и членов их семей и служит руководством для обеспечения прав мигрантов. Таджикистан и Кыргызстан также подписали основные договора ООН по правам человека и факультативные протоколы к этим договорам, в том числе КПР ООН, который является основным документом для защиты прав детей.

Конституции Таджикистана и Кыргызстана, а также их законодательства по здравоохранению гарантируют защиту здоровья всех детей. Однако, государственные программы и законодательные акты как Таджикистана, так и Кыргызстана охватывают только зарегистрированных граждан и их семей, занятых на официальном рынке труда. Официально зарегистрированные внутренние или

внешние мигранты имеют право на базовый объем социальных услуг, включая государственную медицинскую помощь. Однако, у значительной части мигрантов нет регистрации по месту своего временного проживания, и, следовательно, на практике они не могут пользоваться этими правами.

Исследование, проведенное Центром по защите детей Кыргызстана, выявило основные преграды, затрудняющие доступ к услугам здравоохранения. Наиболее распространенными проблемами, с которыми сталкиваются дети мигрантов при обращении за медицинскими услугами, являются: отсутствие регистрации по месту жительства и регистрации в медицинском учреждении, отсутствие документов (паспорт, свидетельство о рождении), частая смена места жительства, низкие доходы и правовая безграмотность. Все эти факторы являются препятствиями для доступа детей-мигрантов к услугам здравоохранения.

Кроме того, в неблагоприятном положении в отношении доступа к здравоохранению находятся определенные группы населения, включая детей. Это относится к населению, проживающему в отдаленных районах, и лицам, не работающим на официальном рынке труда, которые не имеют права на государственные пособия и базовые услуги.

И наконец, закон официально предусматривает защиту детей, подверженных риску плохого обращения, пренебрежения или эксплуатации в обеих странах. Однако, на практике отсутствуют конкретные и эффективные механизмы решения важных вопросов, как выявление, направление и помощь[78].

4.8.2 Дети, оставленные родителями-мигрантами на родине, и их доступ к здравоохранению в Кыргызстане и Таджикистане

Дети, оставленные мигрантами на родине в период миграции, также как и те, кто переехал с родителями зарубеж, сталкиваются с потенциальными проблемами и рисками для здоровья. Исследования по «оставленным» детям показывают, что наряду с финансовыми выгодами для семей, миграция может значительно повлиять на психологическое и физическое благополучие оставленных детей.

Во время миграции родителей, эти дети часто остаются под присмотром бабушек и дедушкек или детей старшего возраста, проживают вместе с членами расширенной семьи, либо отправляются в школы-интернаты. Ситуационный анализ выявил повышенную уязвимость этих детей к жестокому обращению и пренебрежению со стороны их семей и общества, а также высокий уровень насилия в отношении них. Серьезные последствия для здоровья наблюдаются особенно среди оставленных детей в связи с отсутствием необходимых ресурсов для решения широкого спектра проблем общественного здравоохранения, защиты детей и социальной защиты, связанных с их повышенной уязвимостью.

Для решения проблем особой уязвимости детей, оставленных мигригующими родителями, необходимо адаптировать и укрепить системы оказания социальной помощи, наращивать потенциал работников здравоохранения (в том числе психологов) и разработать скоординированный план, с учетом международного передового опыта.

В последние годы, правительства стран Центральной Азии предпринимают устойчивые шаги в области развития систем социального обслуживания и социальной защиты.

22 июня 2015 года № 391 Постановлением Правительства Кыргызской Республики утверждено Положение о порядке выявления детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ТЖС), которое регулирует порядок выявления детей и семей, находящихся в ТЖС.

78 Профессор Каролина Гамильтон, Обзор системы защиты детей Таджикистана, 2008.

Положение регулирует взаимодействие между территориальными подразделениями уполномоченного органа по защите детей, территориальными государственными органами и исполнительными органами местного самоуправления. Положение определяет процедуру организации выявления и сопровождения детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в целях предоставления соответствующих услуг по поддержке семей с детьми.

В соответствии с данным Положением, районные, городские управления социального развития совместно с исполнительными органами местного самоуправления, а также территориальными государственными органами на постоянной основе проводят работу по раннему выявлению и сопровождению детей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В Положении имеется порядок выявления и сопровождения всех категорий детей:

- детей, оставшихся без попечения родителей;
- детей с ограниченными возможностями здоровья;
- детей, вовлеченных в наихудшие формы детского труда;
- детей, находящихся в конфликте с законом;
- детей, подвергшихся жестокому обращению (насилию);

В каждом разделе прописаны функции сотрудников территориальных подразделений государственных органов и исполнительных органов местного самоуправления, которые проводят всестороннюю оценку ситуации ребенка и семьи, находящихся в ТЖС, после чего, при необходимости, сотрудники районных, городских управлений социального развития разрабатывают Индивидуальный план по защите ребёнка (ИПЗР) или План индивидуальной работы с семьёй (ПИРС).

Далее, в соответствии с разработанными и утверждёнными ПИРС и ИПЗР, путем предоставления соответствующих государственных и социальных услуг проводится работа по выводу ребенка и семьи из трудной жизненной ситуации.

Следует отметить, что сотрудники районных, городских управлений социального развития совместно с сотрудниками Органов Внутренних Дел и органов местного самоуправления в 2015 году провели подворовое обследование с целью выявления неблагополучных семей и детей внешних и внутренних мигрантов. Так, подворовым обследованием было охвачено 316680 домовых хозяйств, где выявлено 61405 детей-мигрантов, из них 5752 детей внутренних мигрантов и 56462 детей – внешних мигрантов. Согласно утвержденных ИПЗР 673 детей внешних мигрантов переданы под родственную опеку/попечительство и 136 детей направлены в детские учреждения интернатного типа, а 55653 детей проживают в родственных семьях (дедушки, бабушки, дядя, тетя). В 2016 г. передано под опеку 925 детей, 95% из них является родственной опекой. На усыновление (удочерение) было передано 1000 детей. В Таджикистане также начато проведение аналогичного исследования, которое на сегодняшний день еще не закончено.

Несмотря на эти позитивные сдвиги, из-за большой нагрузки социальных работников и отсутствия специалистов с соответствующей специализированной подготовкой, предоставление социальных услуг по-прежнему слабо развито и не удовлетворяет потребности оставленных детей в области здравоохранения. Отсутствие надлежащих ресурсов для решения многочисленных проблем общественного здравоохранения, социальной защиты и защиты детей, связанных с повышенной уязвимостью семей-мигрантов, может привести к каскадному обратному воздействию на общество в целом.

4.9 ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

На сегодняшний день, трудовая миграция является неотъемлемой частью жизни Центральной Азии. Несмотря на экономические выгоды, которые она приносит семьям, миграция также представляет ряд угроз для здоровья детей. Поэтому вопрос о здоровье детей мигрантов требует особого внимания как от государственных органов (особенно в области управления миграцией, здравоохранения и образования), так и неправительственных субъектов.

Анализ нормативно-правовой базы, политики и практики выявил ряд проблем, связанных с реализацией прав детей-мигрантов на здоровье в Центральной Азии. Для их решения были сформулированы следующие рекомендации на базе четырех основных компонентов оперативной структуры, предложенных ВОЗ и МОМ, в целях реализации права мигрантов на здоровье[79]: 1) нормативно-правовая база; 2) партнерство, связи и сотрудничество между странами; 3) мониторинг здоровья мигрантов; 4) системы здравоохранения мигрантов.

4.9.1 Нормативно-правовая база

Казахстан

- Изучить возможность присоединения к Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (2003 года) и отразить положения этой Конвенции в национальном законодательстве;
- Пересмотреть действующее законодательство в области миграции, с тем чтобы привести его в соответствие с Конвенцией МОТ о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда;
- Рассмотреть вопрос о создании механизма предоставления медицинских услуг детям нелегальных мигрантов путем выдачи временных/постоянных документов или индивидуальных идентификационных номеров;
- Разработать и распространить четкое руководство для практикующих врачей по оказанию медицинских услуг детям-мигрантам, а также обеспечить его исполнение;
- При поддержке Уполномоченного по правам ребенка, содействовать решению вопросов, связанных со здоровьем детей мигрантов, и способствовать их продвижению в качестве приоритета на политической повестке дня, посредством регулярных консультаций, межучрежденческих координационных совещаний и работы Платформы для диалога.

Кыргызстан и Таджикистан

- Проанализировать системы регистрации государственных учреждений с целью облегчить доступ внутренних мигрантов к услугам здравоохранения, а также упростить процедуру регистрации детей, убрав требование об ее соответствии месту проживания (регистрация детей мигрантов не должна зависеть от места регистрации родителей, так как многие живут с родственниками);
- Содействовать целевой информационно-пропагандистской работе по выявлению и поддержке семей, в которых опекуны, братья и сестры и другие родственники несут ответственность за ребенка-мигранта;
- Разработать учебные программы для социальных работников в области социальной и психологической поддержки детей и семей мигрантов и повышать их квалификацию для решения конкретных проблем, с которыми сталкиваются семьи мигрантов с «оставленными» детьми;

79 WHO and IOM. 2010. Health of Migrants – The Way Forward. Report of a Global Consultation.

- Определить минимальный пакет социальных услуг, необходимый для удовлетворения потребностей семей с учетом интересов ребенка, а также разработать стандарты и показатели оценки результатов;
- Разработать законодательную базу для реализации специальных программ, направленных на обеспечение доступа к социальным услугам для детей мигрантов и «оставленных» детей;
- Разработать и внедрить программы подготовки трудящихся-мигрантов перед отъездом, которые будут включать рекомендации относительно правовой среды в странах назначения, занятости, медицинского страхования и здравоохранения. Следует также рассмотреть возможность проведения медицинских осмотров перед отъездом для трудящихся-мигрантов и их семей (в целях оценки рисков для здоровья).

4.9.2 Партнерства, связи и сотрудничество между странами

- Содействовать эффективному межучережденческому сотрудничеству и координации по вопросам доступа детей мигрантов к медицинским услугам;
- Обеспечить распространение высококачественной информации о здоровье детей среди семей мигрантов в принимающих странах через сеть источников информации, включая посольские и консульские сайты, международные организации, правительственные сети принимающих стран, НПО и социальные сети;
- Укреплять сотрудничество с местными органами власти в целях защиты прав детей, особенно в части мониторинга и реагирования на чрезвычайные ситуации в случае нарушений;
- Поддерживать учреждения здравоохранения в принимающих странах для распространения информационных материалов о репродуктивном здоровье, инфекциях, передаваемых половым путем, ВИЧ и безопасном материнстве на национальных языках центральноазиатских государств.

4.9.3 Мониторинг здоровья мигрантов

- Установить партнерские отношения и сотрудничество с ЮНИСЕФ в целях включения детей-мигрантов в Кластерные обследования по множественным индикаторам;
- Привлечь Уполномоченного по правам ребенка и ряд неправительственных организаций к работе по мониторингу состояния здоровья и потребностей детей мигрантов, а также их доступа к медицинским услугам;
- Разработать показатели для мониторинга состояния здоровья детей мигрантов в рамках существующих законов и политики;
- Работать совместно с министерствами здравоохранения для сбора данных о здоровье детей мигрантов.

4.9.4 Системы здравоохранения мигрантов

- Принять меры по согласованию национальных законодательств в области управления миграцией, здравоохранения и защиты детей со Всемирной ассамблеей здравоохранения 61.17, с учетом потребностей мигрантов в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане;
- Разработать механизмы и создать условия для приобретения доступных полисов медицинского страхования для семей мигрантов в странах назначения;
- Организовать регулярные информационные кампании и тренинги для диаспорских орга-

низаций, этнокультурных центров, центров для мигрантов, НПО и самих мигрантов с целью повышения правовой грамотности этих субъектов по вопросам миграции, включая вопросы по охране здоровья детей;

- Включить курс на тему здоровья мигрантов (который будет охватывать вопросы охраны здоровья детей мигрантов) в учебные планы для врачей, медсестер и других специалистов в сфере здравоохранения. Такой курс должен покрывать темы, как миграционное право, международное законодательство по правам человека, анализ уязвимости мигрантов, социальные услуги, учитывающие культурные особенности, и эпидемиологические профили стран.

5

ГЛАВА

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

5.1 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ

Право на охрану здоровья – это сложное и всеобъемлющее право, тесно переплетающееся с другими правами. Помимо того, что право человека на здоровье само по себе имеет важное значение, оно является непременным условием для осуществления других прав, включая права на образование, участие в политической жизни, и многих других. В основе этого права лежит принцип недискриминации, являющийся фундаментальным элементом в структуре международных норм в сфере прав человека. Принцип недискриминации имеет особое значение для мигрантов, поскольку их статус в принимающих странах зачастую влияет на дифференцированное отношение к ним и становится фактором особой уязвимости, требующей решения.

Право на здоровье тесно связано с реализацией других прав человека, являясь непременным условием для их исполнения, и преимущества исполнения этого права не ограничиваются сферой здравоохранения. Действительно, создание необходимых условий для их осуществления может иметь «побочный эффект»: это будет способствовать интеграции в принимающих общинах, увеличит шансы на успех миграции и позволит мигрантам извлечь дополнительную пользу в плане самореализации, навыков и знания.

При этом, реализация права мигрантов на здоровье имеет преимущества не только для мигрантов. Данные настоящего анализа, как и результаты других тематических исследований, указывают, что исполнение этого права также выгодно странам назначения. Обеспечение здоровья мигрантов не только положительно влияет на показатели общественного здравоохранения, как, например, профилактика инфекционных заболеваний, но также даст возможность мигрантам вносить позитивный и конструктивный вклад в экономику, социальную жизнь и культуру принимающих стран. Поэтому, здоровье мигрантов следует рассматривать не только с точки зрения защиты прав человека, но также в качестве важного аспекта общественного здравоохранения и социально-экономического развития.

И наоборот, недостаточность усилий, направленных на реализацию права мигрантов на здоровье, скорее всего, будет иметь негативные последствия как для мигрантов, так и принимающих сообществ. Для мигрантов это означает увеличение рисков миграции, включая острые или хронические проблемы со здоровьем, вред от различных методов самолечения, а также повышение риска различных видов эксплуатации.

Результаты настоящего исследования указывают, что с момента обретения независимости страны Центральной Азии добились значительного прогресса в таких областях как управление миграцией и здравоохранение. Они присоединились ко многим международным документам в области

прав человека и предприняли важные шаги по отражению их положений в национальных законодательствах. В своей политике и действиях, страны все чаще рассматривают миграцию не только как неизбежное явление, требующее надлежащего управления, но и как эффективный инструмент экономического, социального и культурного развития.

Однако, несмотря на существенные сдвиги, воздействие миграции на здоровье остается значительным, и многие мигранты сталкиваются с серьезными трудностями при обращении за медицинскими услугами в принимающих странах. Действительно, реализация прав мигрантов на здоровье остается сложной задачей не только для республик Центральной Азии, но и для самых развитых стран мира. Государства сталкиваются с рядом экономических, социальных и политических проблем, главной из которых является обеспечение собственного населения медицинским обслуживанием, не говоря уже о мигрантах. Кроме того, резкие «опасные высказывания» о мигрантах, ксенофобия и агрессивные проявления националистических идеологий усложняют реализацию этого права на практике. И наконец, определенные слои общества воспринимают инклюзивную систему здравоохранения как императиву, противоречащую безопасности государства. Наличие этих проблем, независимо от их сложности, не освобождает государства от принятых ими в рамках международных правовых инструментов обязательств, и они должны соблюдать права человека для всех лиц, включая мигрантов. С другой стороны, немаловажно правильно толковать эти обязательства во избежание распространенных заблуждений: право на здоровье не следует рассматривать как право быть здоровым, чего правительства стран не могут полностью гарантировать. Ответственность государств заключается в создании условий, при которых граждане и неграждане могут пользоваться наивысшим достижимым уровнем физического и психического благополучия.

На основе результатов данного исследования, были подготовлены рекомендации для содействия странам Центральной Азии в их сложной, но плодотворной работе в сфере реализации права мигрантов на здоровье. Они предназначены как для государственных, так и для неправительственных субъектов, мандат которых в первую очередь связан с вопросами управления здравоохранением и миграцией, а также с образованием, социальной защитой, трудовой деятельностью и другими областями.

Эти рекомендации были выработаны в рамках обоснования резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 2008 года 61.17 «О здоровье мигрантов», и основаны на четырех направлениях действий глобальных оперативных рамок по вопросам здоровья мигрантов: 1) мониторинг состояния здоровья мигрантов; 2) нормативно-правовая база; 3) системы здравоохранения мигрантов; и 4) партнерства, связи и сотрудничество между странами. Рекомендации направлены на содействие достижению основных целей в области миграционного здравоохранения, включая поощрение и защиту прав человека мигрантов, снижение смертности и заболеваемости, сокращение неравенства уровня состояния здоровья и доступе к здравоохранению, а также минимизацию негативного влияния миграции на здоровье населения. Ожидается, что эти рекомендации внесут свой вклад в усилия МОМ в области охраны здоровья мигрантов, как: 1) поощрение ориентированных на мигрантов программ; 2) оказание технической помощи; 3) укрепление потенциала правительств и партнеров в предоставлении услуг мигрантам; 4) обеспечение доказательной базы для изменения политики.

Кроме того, эти рекомендации направлены на уменьшение и устранение ограничений и условностей при предоставлении медицинских услуг мигрантам. Сокращение структурных препятствий для мигрантов может свести к минимуму влияние миграции на их здоровье, и, соответственно, снизить финансовое бремя для принимающих стран.

5.2 ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПОЛИТИКА[80]

Как показывает анализ законодательства (глава 1), Кыргызская Республика, Республика Казахстан и Туркменистан имеют относительно полную национальную законодательную базу по оказанию медицинских услуг мигрантам. Позитивным сдвигом в этом направлении является присоединение стран Центральной Азии к большинству региональных и международных конвенций, прямо или косвенно связанных с миграционным здоровьем (подробнее см. главу 1). Однако, несмотря на положительный прогресс, в национальных законодательствах все еще сохраняются существенные пробелы в части всестороннего соблюдения права мигрантов на здоровье. Предлагается несколько путей к восполнению этих пробелов:

1. Во-первых, положения международно-правовых документов, подписанных и/или ратифицированных государствами Центральной Азии, не всегда полностью и точно отражены в национальных законодательствах, особенно в части механизмов их реализации. Государствам следует прилагать усилия для приведения своих национальных законодательств в соответствие с международными стандартами в области охраны здоровья мигрантов.

2. В то же время, странам необходимо изучить возможность присоединения к международным инструментам, которые еще не подписаны и/или ратифицированы ими. Следует отметить, что государства могут приступить к внедрению таких инструментов посредством постепенного включения их положений в национальные законодательства. Это особенно актуально для конвенций Международной организации труда в области права мигрантов на здоровье, к которым центрально-азиатские республики могли бы присоединиться в ближайшем будущем в рамках деятельности по укреплению механизмов защиты прав человека, и в частности права мигрантов на здоровье.

3. Еще одним шагом на пути к укреплению национальных правовых рамок в сфере охраны здоровья мигрантов является дальнейшее отражение данной проблемы в «меньших» политических документах. Несмотря на наличие общих положений в области здравоохранения мигрантов во всеобъемлющих законодательных актах (таких как конституция), и инструментах (как концепции, стратегии и планы действий), этот вопрос не всегда всесторонне и точно отражен в национальных документах. Таким образом, дальнейшему развитию национального законодательства будет способствовать включение вопросов миграции в эти политические документы, в соответствии с международными инструментами и при поддержке международных организаций, имеющих мандат в области миграции и/или охраны здоровья.

4. Один из наиболее значительных пробелов в нормативно-правовой базе связан с влиянием правового статуса в стране на доступ к здравоохранению. Действующие законы и правила в основном регулируют процедуры предоставления медицинских услуг легальным мигрантам. Однако, в рамках своих международных обязательств государства Центральной Азии должны выполнять права человека, включая право на здоровье, также в отношении лиц с неурегулированным статусом. Таким образом, фактическое осуществление права мигрантов на здоровье требует четких формальных законов и механизмов для оказания медицинской помощи нелегальным мигрантам.

5. И наконец, на более долговременной основе, центральноазиатским государствам целесообразно продолжать и расширять свое участие в региональных и международных инициативах по вопросам управления миграцией, особенно в рамках Организации Объединенных Наций. В сентябре 2016 года, Генеральная Ассамблея ООН приняла Нью-йоркскую декларацию о беженцах и мигрантах, призывающую к разработке Глобального соглашения по вопросам миграции посредством межправительственных переговоров. Страны Центральной Азии должны в максимальной степени использовать эту динамику и актив-

80 Рекомендации по законодательству и политике, представленные в этой главе, носят общий характер. Рекомендации по отдельным странам изложены в главе 1.

но участвовать в региональных и международных консультациях в поддержку обсуждений, в том числе, в рамках существующих консультативных процессов и механизмов. Это участие должно быть межсекторальным и включать высокопоставленных представителей министерств здравоохранения, миграционных служб и неправительственных субъектов (включая гражданское общество, частный сектор, диаспоры и организации по вопросам мигрантов).

5.3 СНИЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРАВОВОГО СТАТУСА НА ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Социологическое исследование, проведенное в рамках данной оценки, показало, что одним из наиболее важных факторов, препятствующих доступу мигрантов к здравоохранению, является их правовой статус. Большинство нелегальных мигрантов не имеют доступа к медицинским услугам, которыми они могли бы пользоваться, имея урегулированный статус. Это может быть связано со следующими факторами: 1) официально системы здравоохранения не могут предоставлять медицинскую помощь незаконным мигрантам; 2) отсутствие правил может иметь непредсказуемые последствия для нелегальных мигрантов при обращении за медицинской помощью, и важную роль играет «человеческий фактор»; 3) страх нелегальных мигрантов, что взаимодействие с системой здравоохранения может привести к правовым проблемам, таким как штрафы или, в некоторых случаях, депортации. Однако в международных правовых документах, частью которых являются центральноазиатские государства (см. главу 1), четко указано, что право на здоровье должно осуществляться независимо от правового статуса, и дискриминация на основе этого фактора запрещена законом.

Как показано во второй главе, многие мигранты не могут пользоваться преимуществами и жить в условиях безопасности, которые обеспечиваются легальным статусом, что вызвано обстоятельствами, часто независящим от них. В Центральной Азии, наиболее частой причиной неурегулированного статуса является несоблюдение процедур регистрации, которые плохо адаптированы к конкретным реалиям и высокой мобильности мигрантов (раздел 2.4.2). Малоэффективность процедур регистрации усугубляется общим слабым уровнем знаний и осведомленности мигрантов, которые обуславливают низкую степень выполнения требований (см. разделы 2.6 для анализа и 5.4 для рекомендаций). Многие мигранты работают в принимающих странах без действительных и официальных трудовых договоров. Это усложняет урегулирование их статуса и, соответственно, препятствует их доступу к социальным услугам, включая здравоохранение. Таким образом, принимающим странам следует пересмотреть процедуры регистрации мигрантов и адаптировать их к реалиям мигрантов (см. Раздел 2.4.2). Правительствам необходимо разработать политику, позволяющую медицинским работникам оказывать помощь пациентам без документов, не опасаясь преследования.

Наряду с тем, что процедуры регистрации и другие механизмы «регулирования передвижений» должны быть адаптированы к реалиям мигрантов с целью обеспечения их доступа к здравоохранению, они также должны учитывать легитимные интересы и потребности правительств. Действительно, эффективные механизмы отслеживания как внутренних, так и международных мигрантов имеют важное значение для правительств при планировании и регулировании систем социального обеспечения и охраны общественного здоровья посредством мониторинга инфекционных заболеваний. Кроме того, следует принимать во внимание законные интересы безопасности правительств при пересмотре механизмов регистрации. Таким образом, необходимо найти баланс между решением вопросов общественного здравоохранения и безопасности, с одной стороны, и защитой прав мигрантов, с другой.

5.4 УСТРАНЕНИЕ ОСОБЫХ УЯЗВИМОСТЕЙ

Различные подгруппы мигрантов по-разному подвержены последствиям миграции для здоровья. В силу индивидуальных особенностей, таких как пол, возраст и правовой статус, некоторые группы более уязвимы, чем другие. Поскольку вопросы правового статуса были рассмотрены в предыдущей главе, в данном разделе основное внимание будет уделено конкретным проблемам здравоохранения, с которыми сталкиваются женщины-мигранты.

Социологическое исследование выявило конкретные проблемы в сфере здравоохранения, с которыми сталкиваются женщины-мигранты, особенно в отношении репродуктивного здоровья (раздел 2.5.2). Учитывая высокую уязвимость этой группы, правительства стран назначения миграции должны принимать меры для обеспечения доступа женщин к услугам по охране репродуктивного здоровья на разных этапах беременности. Пренебрежение потребностями женщин-мигрантов в области репродуктивного здоровья может привести к серьезным последствиям не только для их здоровья, но и для благополучия их детей, а в некоторых случаях ставить под угрозу их жизни. Как говорилось ранее, аборты, сделанные по причине невозможности либо нежелания вынашивать или рожать ребенка в принимающих странах, являются обычным делом.

Согласно результатам исследования, в большинстве случаев беременные женщины-мигранты, в том числе находящиеся в стране незаконно, получали медицинские услуги бесплатно. Однако, эти услуги были предоставлены по «доброй воле» работников здравоохранения, в виду отсутствия четко сформулированных механизмов, гарантирующих предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья для этой категории пациентов. Таким образом, принимающим странам необходимо принимать меры для устранения соответствующих пробелов в законодательстве и на практике.

В дополнение к действиям стран назначения, страны происхождения также должны активно прилагать усилия для снижения рисков негативных последствий для здоровья женщин-мигрантов. В частности, усилия правительственных и неправительственных субъектов могут быть сформированы на базе Общей рекомендации № 26 к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, которая призывает страны:

> *сообщать или способствовать получению бесплатной или не требующей больших расходов информации по специфически женским вопросам и по имеющимся правам в период до отъезда, а также проводить специальные учебные программы, повышающие уровень осведомленности потенциальных трудящихся мигрантов-женщин о возможной эксплуатации. Они должны включать: юридические права и средства в странах трудоустройства, процедуры использования формальных и неформальных механизмов правовой защиты; информацию о безопасности транзитного переезда, включая сведения об аэропортах и авиалиниях, в том числе в аэропортах и в воздухе, а также информацию, касающуюся общего и репродуктивного здоровья, в том числе о профилактике ВИЧ/СПИДа.*

Уязвимость также высока среди детей мигрантов. Анализ ситуации детей мигрантов (глава 4) показал, что в Казахстане – основной стране назначения в рамках настоящего проекта – нет четко сформулированных процедур, регулирующих обеспечение охраны здоровья детей мигрантов. Несмотря на то, что на практике большинство врачей предоставляют медицинские услуги детям мигрантов, отсутствие четких инструкций приводит к тому, что многие дети недополучают специализированных медицинских услуг, особенно на ранних этапах жизни. Таким образом, принимающим странам необходимо разработать, распространить и обеспечить выполнение четких процедур по предоставлению медицинских услуг детям мигрантов для работников здравоохранения. В частности, рекомендуется определить процедуры и механизмы предоставления медицинских услуг детям нелегальных мигрантов при отсутствии полиса медицинского страхования или индивидуального идентификационного номера. Одновременно с этим следует принять меры по улуч-

шению доступности и качества информации для мигрантов по вопросам здоровья детей во время миграции.

Однако, ответственность за решение проблем здоровья детей мигрантов должны нести не только принимающие страны. Массовая трудовая миграция в Центральной Азии привела к феномену «оставленных» детей, что отрицательно сказывается на здоровье многих детей в странах происхождения (раздел 4.8.2). К сожалению, тема «оставленных» детей до недавнего времени оставалась вне поля зрения, и только сейчас ей начинают уделять должное внимание.

Направления действий по устранению уязвимостей для здоровья этой особой группы риска включают:

- Создание структуры мероприятий при активном участии правительств, партнеров частного сектора, гражданского общества, академических кругов и самих мигрантов для выявления и оказания помощи «оставленным» детям;
- Разработка комплексной системы предоставления социальных услуг для уязвимых детей в семьях мигрантов с учетом международного опыта и передовой практики;
- Укрепление системы психологической помощи «оставленным» детям, с целью минимизации негативных психологических последствий миграции их родителей;
- В связи с предыдущим пунктом, увеличить количество квалифицированных специалистов, предоставляющих психологическую помощь детям мигрантов, обеспечить профессиональную подготовку кадров и способствовать повышению их навыков.

5.5 ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ, ЗНАНИЙ И ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ МИГРАНТОВ

Подавляющее большинство данных, собранных в ходе данного социологического исследования, свидетельствует о том, что «информационный капитал», которым обладают мигранты при вступлении на путь миграции, является одним из наиболее важных факторов, влияющих на их состояние здоровья, доступ к здравоохранению и благополучие в целом (разделы 2.2.2 и 2.6). Мигранты, обладающие подробной и достоверной информацией, лучше приспособлены решать проблемы в странах назначения и реже испытывают негативное воздействие миграции на их здоровье. Необходимая информация должна покрывать различные темы, включая: правовую среду принимающих стран, правовые требования (например, условия пребывания и процедуры регистрации), рынки труда и формы занятости, доступность медицинских и других социальных услуг в принимающих странах, а также права и льготы для различных категорий мигрантов. И наоборот, плохо информированным мигрантам трудно ориентироваться в принимающих странах, что может повлиять на множество негативных последствий для их благополучия и здоровья. Нехватка знаний о правах может помешать их обладателям пользоваться ими в полной мере.

Согласно имеющимся данным, уровень знаний о вышеупомянутых аспектах среди мигрантов из Центральной Азии очень низкий и недостаточен для эффективной реализации их прав. Опрошенные представители НПО, диаспорских организаций, консульств, а также сами мигранты заявили, что, несмотря на различные инициативы по распространению информации, степень общей информированности мигрантов недостаточна. Многие респонденты отметили, что информационные материалы, такие как листовки и буклеты в аэропортах, на вокзалах и в других общественных местах, оказывают незначительное влияние на общий уровень знаний мигрантов. Неоднократно высказывалось мнение, что, в связи с высоким уровнем стресса и усталости (пограничные переходы, длительные поездки, сложные условия труда и т. д.) у мигрантов остается мало времени и сил для ознакомления с этими материалами.

И наконец, важность повышения уровня знаний и осведомленности мигрантов по вышеупомянутым вопросам очевидна из собственных слов мигрантов. Интересным методом для понимания проблем мигрантов, используемым в рамках данного исследования, стало обращение к мигрантам с вопросом о том, какие советы из собственного опыта миграции они бы дали будущим мигрантам. Один из наиболее распространенных ответов на этот вопрос был связан с необходимостью иметь исчерпывающую и достоверную информацию о необходимых правовых процедурах для мигрантов и о правилах и практике на рынке труда.

Информация играет исключительную роль в определении последствий миграции, в том числе для здоровья, поэтому крайне необходимо повышать информационный капитал мигрантов как на этапе до отъезда (в странах происхождения), так и во время пребывания в принимающих странах. Простого пути для достижения этой цели не существует, поскольку среди мигрантов распространено мнение, что информационный материал оказывает лишь ограниченное влияние на знания мигрантов. Вместе с тем, можно предпринять следующие конкретные шаги для решения этой насущной проблемы:

1. Содействовать работе диаспорских организаций, этнокультурных центров и организаций по работе с мигрантами в принимающих странах. Нельзя недооценивать роль организаций по работе с диаспорами и мигрантами в области просвещения и «установления норм» среди общин мигрантов. Эти организации часто основаны на обширных неформальных сетях в принимающих странах и управляются лидерами общин, которые оказывают сильное влияние на сообщества мигрантов. В силу этих особенностей, диаспорские организации обладают огромным потенциалом для повышения уровня знаний и осведомленности мигрантов. Однако, учитывая, что организации диаспор в основном функционируют на неофициальной основе, установление официального сотрудничества между ними с одной стороны, а также правительствами и международными организациями, с другой, представляется сложной задачей. Местные НПО, более «укорененные» в сообществах, могут добиться больших успехов в реализации потенциала диаспорских организаций для повышения уровня осведомленности и знаний мигрантов. Таким образом, необходимо укреплять партнерские отношения между правительствами, международными и местными организациями и диаспорскими организациями для повышения осведомленности мигрантов.

2. Укреплять использование социальных сетей. Социологический опрос показал, что мигранты из Центральной Азии все чаще обращаются к социальным сетям при поиске информации, необходимой для успешной миграции. НПО и международные организации уже используют эти каналы в информационно-просветительских целях. Хорошим примером таких инициатив является мобильное приложение, разработанное МОМ, которое предоставляет мигрантам доступ к широкому спектру связанной с миграцией информации. Принимая во внимание потенциал социальных сетей для повышения информированности и знаний мигрантов, необходимо укреплять существующие инициативы, и разрабатывать новые на основе тщательной оценки эффективности методов.

3. Оказывать поддержку усилиям правительства. Правительства стран происхождения и назначения являются наиболее легитимными субъектами в части распространения всеобъемлющей, надежной и точной информации об обязанностях мигрантов соблюдать требования законодательства и доступности социальных услуг в странах назначения. В целях повышения знаний мигрантов, международным организациям и другим субъектам следует продолжать оказание поддержки соответствующим государственным органам. Таким образом, министерствам образования, здравоохранения, труда и социальной защиты и миграционным агентствам следует координировать свои усилия по разработке целевых программ для повышения осведомленности и знаний мигрантов при поддержке международных организаций и других неправительственных субъектов.

5.6 УКРЕПЛЕНИЕ ДОВЕРИЯ МИГРАНТОВ К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ОРГАНАМ

Основополагающим элементом качественных отношений между государством и населением, находящемся на его территории, будь то граждане страны или нет, является доверие. Уровень доверия существенно влияет на исход взаимодействия отдельных лиц и государственных органов. Эта динамика играет решающую роль в опыте мигрантов при обращении за услугами здравоохранения. Как показано во второй главе, большинство мигрантов имеет относительно низкий уровень доверия к государственным органам в принимающих странах, что часто является причиной их боязни взаимодействовать с представителями власти. Такое отношение может быть связано с предыдущим негативным опытом общения с должностными лицами и/или определенными убеждениями и стереотипами.

Вопрос регистрации может служить примером, демонстрирующим важность доверия между мигрантами и государственными учреждениями принимающих стран. В разделе 2.4.2 показано, что важным и распространенным фактором, мешающим мигрантам соблюдать процедуры регистрации и, соответственно, иметь доступ к услугам здравоохранения, является нежелание взаимодействовать с государственными структурами. Такое отношение мешает мигрантам выполнять свои правовые обязательства, поскольку это подразумевает взаимодействие с государственными органами, в частности с теми, кто отвечает за управление миграцией. Все это формирует самоподкрепляющийся цикл недоверия и нарушений, который препятствует благополучию мигрантов и их доступу к здравоохранению, а также усложняет работу агентств по управлению миграцией в принимающих странах.

Тщательно разработанные меры, направленные на укрепление доверия между мигрантами и государственными структурами, могут в значительной степени способствовать реализации права мигрантов на здоровье. Их можно обеспечить различными способами, в том числе посредством: 1) проведения обучения государственных служащих, взаимодействующих с мигрантами на ежедневной основе; 2) проведения информационных кампаний по укреплению доверия между мигрантами и правительствами стран назначения; 3) что наиболее важно, активного привлечения мигрантов к разработке и реализации политики, непосредственно затрагивающей их интересы (см. ниже рекомендации 5.12).

5.7 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И ПОДХОДОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ

Медицинские работники – врачи, медсестры, фармацевты и другие – находятся в авангарде проблем, связанных со здоровьем мигрантов. Во время проведения анализа в рамках данного отчета, исследователи наблюдали много случаев, когда профессионализм и преданность делу медицинских работников существенно повлияли на здоровье, благосостояние и жизнь мигрантов.

Несмотря на приверженность и добрую волю медицинских работников, многие из них не имеют надлежащих знаний и навыков в части предоставления услуг здравоохранения с учетом интересов мигрантов, как в странах назначения, так и в странах происхождения. В целях дальнейшей реализации прав мигрантов на здоровье в Центральной Азии, необходимо обеспечить медицинские кадры соответствующими знаниями, навыками и инструментами для решения проблем миграции.

Эффективными методами достижения этих целей станут разработка, распространение и обеспечение соблюдения стандартизированных процедур для медицинских работников – врачей, медсестер и других специалистов – в сфере оказания услуг различным категориям мигрантов с учетом культурных особенностей, принимая во внимание их индивидуальный опыт и разный статус. В ходе социологических исследований было выявлено, что при отсутствии четких процедур предоставления медицинских услуг мигрантам, результат их взаимодействия с системами здравоохранения принимающих стран в значительной степени зависит от «человеческого фактора» (отношение и действия медицинских работников). Внедрение и обеспечение исполнения стандартизированных процедур будет способствовать уменьшению воздействия этого непредсказуемого фактора на доступ мигрантов к здравоохранению.

Вместе с тем, при недостаточном уровне знаний, навыков и компетенции медицинских работников, такие инициативы будут малоэффективны. В этой связи, рекомендуется проведение целевой подготовки работающих в настоящее время сотрудников здравоохранения, а также включение курса по здоровью мигрантов в медицинские учебные планы для будущих врачей и медсестер. Для разработки содержания и формата тренингов и курсов предлагается использовать материалы МОМ, подготовленные в других контекстах, которые можно адаптировать к ситуации в Центральной Азии при затрате минимальных усилий и ресурсов. Учебные планы тренингов и курсов должны быть нацелены на приобретение таких знаний, навыков и компетенций медицинскими работниками в странах происхождения и странах назначения, как:

- Необходимые межкультурные знания, языковые и коммуникационные навыки;
- Умение управлять изменениями, культурными различиями и ценностями;
- Осведомленность, а также совершенствование профессиональной практики, с учетом факторов автономии, убеждений и культуры пациента;
- Понимание факторов здоровья мигрантов для содействия сокращению социального неравенства и неравенства в области доступа к услугам здравоохранения;
- Изучение показателей заболеваемости среди мигрантов и их эпидемиологию;
- Умение работать с клиническими проявлениями болезней в разных этнических и общественных группах;
- Компетентность по вопросам прав мигрантов на здравоохранение;
- Консультирование мигрантов о доступе к здравоохранению и ожиданиях при обращении за медицинским обслуживанием[81].

Эти инициативы в сфере образования медицинских работников должны проводиться наряду с обучением представителей соответствующих государственных ведомств по вопросам миграции. Такие инициативы могут внести существенный вклад в развитие потенциала работников здравоохранения в части решения проблем здоровья в контексте миграции.

И наконец, принимая во внимание, что мигранты часто занимаются самолечением, особенно важную роль в решении вопросов миграции в Центральной Азии играют фармацевты. По причине нехватки финансовых средств для получения соответствующих медицинских услуг и/или боязни взаимодействия с системой общественного здравоохранения из-за своего нелегального статуса, многие мигранты прибегают к самолечению. Так, фармацевты оказываются на передовой при возникновении проблем со здоровьем у мигрантов. Роль и ответственность фармацевтов возрастает еще и в связи с тем, что многие мигранты склонны полагаться на их советы, а не обращаться за консультацией к врачам. Это особенно актуально в свете распространенной практики продажи лекарств «по частям» вместо полного курса лечения (см. раздел 2.4.1). Такая практика часто приводит к несоблюдению инструкций по лечению и способствует распространению

81 IOM. 2009. Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe. Background paper for Assisting Migrants and Communities project.

лекарственно-устойчивых заболеваний, таких как туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. Поэтому, программы обучения, направленные на развитие потенциала кадровых ресурсов системы здравоохранения в решении проблем миграции, должны быть ориентированы на фармацевтов.

5.8 УСТРАНЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Большинство мигрантов из Центральной Азии значительную часть своего времени проводят на работе, которая является основной целью их переезда. Как мы уже убедились, одной из самых серьезных проблем миграции являются производственные травмы и заболевания (раздел 2.3.3). Эти риски усугубляются тем, что большинство мигрантов заняты низкоквалифицированным физическим трудом, и многие из них, особенно с неурегулированным статусом, работают в опасных условиях без надлежащего обучения и средств индивидуальной защиты. В связи с этой ситуацией, необходимо предпринять целенаправленные меры по снижению производственных рисков для здоровья. При этом, особое внимание следует уделить наименее урегулированным секторам рынка труда в принимающих странах, а также секторам с наибольшими производственными рисками для здоровья (например, строительный сектор).

Для достижения этой цели первостепенное значение играет роль работодателей, так как без их участия и участия частного сектора решение проблем в области миграции будет затруднено. Как описано во второй главе, одним из основных механизмов защиты мигрантов является заключение официальных и действительных, с правовой точки зрения, трудовых договоров. Мигранты, работающие по таким контрактам, попадают под действие трудового законодательства, которое предусматривает ряд механизмов защиты работников, как граждан, так и мигрантов. Это также гарантирует, по крайней мере теоретически, безопасные условия работы для мигрантов. Однако, многие мигранты не имеют возможности пользоваться этой защитой в виду отсутствия трудовых договоров, которое часто связано с пренебрежительным отношением работодателей и самих мигрантов. Существует несколько возможных путей решения этой проблемы.

Во-первых, упрощение процедур регистрации путем адаптации их к реалиям мигрантов может в значительной степени способствовать решению проблемы отсутствия трудовых договоров, как и снижению рисков для здоровья в целом. Работодатели часто не желают заключать трудовые договоры с незарегистрированными мигрантами, поэтому регистрация последних может способствовать заключению трудовых договоров.

Во-вторых, социологическое исследование ясно показывает, что нередко причиной отсутствия трудовых договоров является низкая осведомленность мигрантов, т.к. многие из них не видят целесообразности подписания трудовых контрактов, не располагают информацией о соответствующих процедурах и не осознают преимуществ заключения соглашений. Этот вопрос должен занимать центральное место в реализации инициатив, направленных на повышение уровня информированности и знаний мигрантов (см. рекомендацию 5.5 выше).

Наконец, следует совершенствовать и укреплять механизмы трудовых инспекций для обеспечения более эффективного установления и преследования нарушений со стороны работодателей.

5.9 ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВОЗВРАЩЕНИЮ

Последствия миграции для здоровья не ограничиваются периодом «активной» миграции. Как отмечалось во второй главе, многие проблемы со здоровьем, приобретенные мигрантами во время миграции, продолжают влиять на их здоровье по возвращению. Несмотря на то, что большинство

мигрантов предпочитают решать проблемы со здоровьем в принимающих странах, где, по их мнению, качество здравоохранения выше, многим приходится возвращаться домой для получения медицинской помощи (поскольку они либо не могут позволить себе лечение в принимающих странах, либо имеют неурегулированный правовой статус, который не позволяет им лечиться там). Проблемы со здоровьем, «привезенные домой», усугубляются тем, что многие мигранты склонны пренебрегать их лечением в принимающих странах. Таким образом они создают «накопленный отрицательный капитал здоровья», последствия которого могут продолжаться долгие годы.

Таким образом, страны происхождения несут ответственность и играют ключевую роль в смягчении последствий миграции на здоровье. Аналогично тому, как страны назначения должны обеспечивать реализацию права на здоровье мигрантов, пребывающих на их территории, странам происхождения, учитывая важность трудовой миграции для их экономического благосостояния, следует уделять особое внимание состоянию здоровья возвращающихся мигрантов.

В этом отношении, важная роль отводится медицинским осмотрам. В связи с этим, предлагается создать систему аккредитованных медицинских центров в странах происхождения и назначения для надежного и эффективного проведения медицинских осмотров для мигрантов. Это осуществимо путем разработки и принятия многостороннего договора, регулирующего аккредитацию медицинских клиник, которые будут признаваться системами здравоохранения других стран, участвующих в соглашении.

В рамках соглашения, у мигрантов появится возможность проходить предварительное медицинское обследование в аккредитованной клинике в стране происхождения, результаты которой будут официально признаваться в странах назначения. Такая система поможет устранить проблему отсутствия доверия результатам медицинских обследований, проводимых в странах происхождения со стороны властей и работодателей в принимающих странах. Это позволит мигрантам проходить медицинское обследование в знакомой обстановке и при меньших затратах, чем в странах назначения, а также предотвратит «дублирование» (прохождение повторного осмотра в принимающей стране).

Аккредитованные клиники смогут проводить медицинское обследование возвращающихся мигрантов на систематической основе, что будет способствовать выявлению проблем со здоровьем и разработке целевых планов вмешательства. Такого рода система внесет значительный вклад в диагностику и профилактику инфекционных заболеваний, связанных с миграцией, таких как туберкулез и ВИЧ. Наконец, эта система обеспечит неоценимые возможности для определения уязвимости мигрантов на этапах до и после миграции, а также для общего мониторинга состояния мигрантов и сбора данных.

5.10 МИГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В третьей главе, были представлены результаты исследования миграционного поведения медицинских работников – недостаточно изученной темы, заслуживающей большего внимания со стороны правительственных и неправительственных заинтересованных сторон. Миграционное поведение работников здравоохранения влияет, и будет оказывать воздействие в будущем на общую структуру систем здравоохранения в Центральной Азии, как в направляющих, так и принимающих странах. Данной проблеме необходимо уделять особое внимание в целях предотвращения кадрового кризиса в секторе здравоохранения, который может иметь последствия не только для здоровья мигрантов, но и населения страны в целом. С учетом вышеизложенного, предлагаются следующие меры:

6. Первым препятствием на пути эффективного управления воздействием миграции медицинских работников на систему здравоохранения, является необходимость дальнейшего изучения этого вопроса путем совершенствования систем сбора и управления информацией. Недостаточность всеобъемлющей статистической информации о миграционных

процессах, в особенности отсутствие данных о профессиональном статусе мигрантов, подчеркивает потребность в совершенствовании и автоматизации системы обработки миграционных данных и сокращения бумажных записей (например, введение электронной миграционной карты). Рекомендуется создать единый реестр на национальном уровне для регистрации фактически проживающего в стране населения (граждан и мигрантов). Этот реестр должен содержать данные о статусе человека (гражданина или негражданина), а также информацию о статусе и сфере деятельности мигрантов. Для повышения эффективности и укрепления регионального сотрудничества, следует разработать и внедрить единую статистическую методологию для регистрации миграционных перемещений с использованием единых категорий для всех стран Центральной Азии. Государствам рекомендуется проводить сбор данных о профессиональном статусе внешних и внутренних мигрантов и включать эту информацию в национальные статистические отчеты о демографической ситуации в стране.

7. Для привлечения работников здравоохранения в сельские районы и небольшие города, в Казахстане и Кыргызстане необходимо разработать и внедрить целевые программы, направленные на развитие сектора здравоохранения в сельской местности и создание благоприятных условий для привлечения медицинского персонала в отдаленные районы для трудоустройства на долгосрочной основе. Такие программы должны содержать четко определенные и гарантированные условия и стимулы:

- Предоставление жилья с возможностью приватизации после пяти лет службы;
- Введение повышающих коэффициентов и надбавок к заработной плате, связанных с опытом работы в сельских районах;
- Гарантированные возможности обучения в национальных и / или зарубежных медицинских образовательных центрах (не реже одного раза в год после двух лет работы в сельских районах);
- Гарантированное социальное и медицинское страхование, включая применение множительного индекса к объединенному пенсионному компоненту;
- Установление стипендий для детей медицинских работников для обучения в высших учебных заведениях.

8. При оценке и пересмотре законодательства в области миграции, важно уделять особое внимание упрощению процедур регистрации для мигрирующих медицинских работников. Это создаст стимулы для работников здравоохранения к миграции в территории приоритетного заселения, обеспечивая при этом полное соблюдение ведомственных нормативных документов.

9. При установлении квот для иностранной рабочей силы, правительства должны включать медицинских работников в отдельную категорию, выделяя их из других профессиональных групп.

10. Необходимо упростить процедуры предоставления вида на жительство и гражданства для медицинских работников, переезжающих в Казахстан и Кыргызстан на ПМЖ. Например, правительство Казахстана разработало список профессий, востребованных в приоритетных областях, обладатели которых имеют право на получение гражданства посредством упрощенной процедуры. Этот список не обновлялся с 2006 года и устанавливает довольно высокие критерии для специалистов. Упрощение процедуры предоставления гражданства может предусматривать, например, сокращение срока необходимого постоянного проживания на территории страны до одного года. В то же время, рекомендуется пересмотреть более серьезные ограничения для вступления в гражданство Казахстана (например, требование отказаться от гражданства страны происхождения) через призму их влияния на мобильность медицинских работников.

11. Признавая право каждого государства защищать своих граждан от некомпетентных медицинских работников, рекомендуется разработать прозрачный и «интуитивно понятный» механизм подтверждения квалификации и образования работников здравоохранения, проходивших обучение в иностранных учебных заведениях.

12. В этой связи, было бы полезно институционализировать процессы подтверждения квалификаций и образования, полученных за рубежом. В настоящее время, валидация иностранных дипломов представляет собой сложную процедуру для мигрирующих работников здравоохранения и создает условия для коррупции. Например, передача полномочий по подтверждению профессиональной квалификации и уровня образования медицинским учреждениям, приглашающим иностранных трудящихся-мигрантов, может значительно повысить эффективность этих процедур.

5.11 СБОР И УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ

Наличие всеобъемлющих и надежных данных по важным аспектам миграционных процессов является первостепенным условием продуктивного управления миграцией. Соответственно, реализация права мигрантов на здоровье невозможна без эффективных систем сбора данных и управления ими. Результативные вмешательства, направленные на улучшение общего состояния здоровья мигрантов, требуют соответствующих данных и информации. Однако, существенным препятствием является ограниченность дезагрегированных данных по этой теме, сбор которых усложняется ввиду неурегулированного статуса многих мигрантов, не включенных в статистику. Таким образом, для разработки правительственными и негосударственными субъектами аргументированной политики, основанной на всеобъемлющих и надежных данных, рекомендуется:

- Укреплять существующие механизмы сбора и управления данными в странах происхождения и назначения, а также развивать межведомственное и межотраслевое сотрудничество в этой области;
- Содействовать созданию региональной онлайн платформы по сбору данных и управлению миграцией, в которой будут участвовать представители гражданского общества, правительств и международных организаций. Необходимо сформировать эту платформу вокруг единой методологии статистической регистрации миграционных перемещений, которая должна быть разработана при сотрудничестве правительственных и неправительственных организаций. Сбор информации о мигрантах должен осуществляться в соответствии с критериями ВОЗ и предусматривать четко установленные показатели здоровья.

5.12 УЧАСТИЕ МИГРАНТОВ И ПРИНИМАЮЩИХ ОБЩИН

Обычно целью национальных систем здравоохранения является удовлетворение потребностей большинства населения страны: ее граждан. С одной стороны, эта тенденция ясна, с другой, она влечет за собой риск пренебрежения потребностями маргинальных групп, включая мигрантов. Устранение особых уязвимостей этих групп – непростая задача. Одной из насущных проблем, с которыми сталкиваются правительства принимающих стран, заключается в сложности понимания потребностей мигрантов в области здравоохранения и в необходимости разработки соответствующих мер для их удовлетворения.

Эффективным способом преодоления этого препятствия может быть привлечение самих мигрантов, а также принимающих общин к участию в процесс разработки и реализации политики в области миграции. Мигранты лучше знают о своих потребностях и мерах, которые могут способствовать уменьшению негативных последствий миграции для здоровья. Более того, представители

принимающих общин, в частности, работодатели, также являются первыми свидетелями и участниками опыта мигрантов. Таким образом, установление формального, конструктивного и активного диалога между правительствами, мигрантами и представителями принимающих общин может способствовать развитию политики в области охраны здоровья мигрантов, которая будет лучше адаптирована к конкретным реалиям мигрантов. Это также снизит социальную и политическую напряженность, часто связываемую с проблемами здоровья мигрантов, которые в отдельных контекстах могут быть особенно чувствительными. Механизмы, предусматривающие участие сторон, будут способствовать созданию систем здравоохранения на основе участия и реализации права мигрантов на здоровье.

Процессы участия могут принимать форму отдельных и/или периодических консультаций и, помимо мигрантов и соответствующих правительственных структур, должны включать неправительственные организации, чей мандат связан с миграционным здоровьем, организации диаспоры, этнокультурные центры и международные организации. Эти консультации позволили бы достичь взаимопонимания различных точек зрения отдельных участников и содействовать решению проблем, связанных с здоровьем мигрантов. Консультации могут служить платформой для обсуждения реформ в секторе здравоохранения, направленных на решение проблем неравенства в отношении здоровья и улучшение социальных детерминантов здоровья в многосекторальной перспективе.

Международная организация по миграции (МОМ)
Представительство в Кыргызской Республике
г. Бишкек, 720001
ул. Рыскулова, д. 6
Телефон: + (996) 312 61 24 56
Факс: + (996) 312 61 24 60
Эл. почта: office@iom.kg
facebook.com/IOMkg
www.iom.kg

Международная организация по миграции (МОМ)
Агентство ООН по миграции