

© Л.М. Мухарьямова, И.Б. Кузнецова, Г.Г. Вафина, 2014

УДК 614.253.8-054.72(470.41)

БОЛЬНОЙ, ПАЦИЕНТ, КЛИЕНТ: ПОЗИЦИИ ТРУДОВОГО МИГРАНТА В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере Республики Татарстан)*

ЛАЙСАН МУЗИПОВНА МУХАРЬЯМОВА, докт. полит. наук, зав. кафедрой истории, философии, социологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, тел. 8-843-236-09-92, e-mail: l.mukharyamova@yandex.ru

ИРИНА БОРИСОВНА КУЗНЕЦОВА, канд. социол. наук, директор Института сравнительных исследований модернизации обществ ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, тел. 8-843-233-70-21, e-mail: irina.b.kuznetsova@gmail.com

ГУЗЕЛЬ ГАКИЛЬЕВНА ВАФИНА, зам. главного врача ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» Минздрава РТ, Казань, тел. 8-843-238-89-84, e-mail: kazankvd@mail.ru

Реферат. Цель исследования — проанализировать статус трудовых мигрантов в российской системе здравоохранения, оценить их здоровье в контексте общественной безопасности, определить потенциальное влияние мигрантов на общественное здоровье и систему здравоохранения. *Материал и методы.* Социологический опрос трудовых мигрантов в Республике Татарстан (n=339), глубинные интервью с трудовыми мигрантами, экспертные интервью, анализ документов. *Результаты и их обсуждение.* Анализ данных опроса показывает отсутствие значимых различий в самооценке здоровья мигрантами и постоянными жителями. Уровень заболеваемости мигрантов некоторыми опасными болезнями выше, но особой угрозы для общественного здоровья региона представлять не может. Только около 27% иностранных работников имеют полисы медицинского страхования, только треть из них застрахованы при содействии работодателя. В случае заболевания к врачу обращаются 40% мигрантов, самолечением занимаются 48%, 12% ничего не предпринимают. Бесплатную скорую медицинскую помощь получили чуть более 0,2% от общего количества работающих в регионе мигрантов. *Заключение.* Трудовые мигранты в российской системе здравоохранения оказываются уязвимой социальной группой, поскольку не очерчены в должной мере их права, они часто оказываются в позиции недобровольных клиентов, что проявляется в ограничении их возможностей в доступе к бесплатной медицинской помощи, узким спектром клиник и частных врачей, «специализирующихся» на трудовых мигрантах. Выработка оптимальных моделей медицинского освидетельствования и медицинского обслуживания мигрантов выступает как важная социально-экономическая и гуманитарная проблема.

Ключевые слова: здоровье мигранта, медицинское страхование, медицинское обеспечение иностранных граждан, общественное здоровье.

SICK, PATIENT, CLIENT: THE POSITIONS OF LABOR MIGRANTS IN THE RUSSIAN HEALTH CARE SYSTEM (evidence from the Republic of Tatarstan)

LAYSAN M. MUKHARYAMOVA, PhD, Professor, chief of the Department of History, Philosophy, Sociology of Kazan State Medical University, Kazan, Russia, tel. 8-843-236-09-92, e-mail: l.mukharyamova@yandex.ru

IRINA B. KUZNETSOVA, PhD, director of the Institute for the Comparative Studies of Modernity, Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia, tel. 8-843-233-70-21, e-mail: irina.b.kuznetsova@gmail.com

GUSEL G. VAFINA, deputy director of the Skin and Venereal Diseases Hospital of Republic of Tatarstan of the Ministry of Health Care of Republic of Tatarstan, tel. 8-843-238-89-84, e-mail: kazankvd@mail.ru

Abstract. Aim. To analyze a status of labor migrants in Russian health care system, reveal evaluation of their health in a context of social security, consider a potential influence of health of migrants to public health and health care system in general. *Material and method.* The article is based on the research conducted in 2012—2013 in Republic of Tatarstan, Russia (survey of 339 labor migrants, expert interviews, analysis of documents) and addresses the issues of health of migrants, the impact of migrants on public health and healthcare system. *Results.* The survey results show no significant difference in the self-assessment of health among labor migrants and permanent residents. The level of some dangerous diseases is higher among migrants but it does affect public health in general. Only about 27% of foreign workers have health insurance policies, and only a third of them are insured with the assistance of the employer. In the event of illness 40% of labor migrants seek medical advice, 48% — self-medicate, 12% — do not do anything. Free emergency medical care received slightly more than 0,2% of the total number of migrants working in the region. *Conclusion.* Labor migrants in the Russian health care system are a vulnerable group because their rights are unclear and they often find themselves as involuntary clients. This limits their possibilities to access to clinics and free medical care and therefore they turn to private doctors «specializing» on migrants. Thus the development of optimal models of medical evaluation and medical care for labor migrants is an important social, economic and humanitarian issue.

Key words: health of migrants, medical insurance, medical care of foreign citizens, public health.

* Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 12-03-00659 «Социальная интеграция мигрантов в контексте общественной безопасности: социологические аспекты».

Внешняя миграция для России в настоящее время является основным источником восполнения численности трудовых ресурсов. В стране пока нет значимых факторов активизации внутренней мобильности, и реализация крупных инвестиционных проектов неизбежно будет приводить к привлечению иностранных работников. Республика Татарстан, ориентированная в социально-экономическом развитии на выполнение мега-проектов, остается одним из самых востребованных регионов для трудовых мигрантов. По данным Министерства труда, занятости и социальной защиты, в 2012 г. в Татарстан переселились 36,4 тыс. человек из зарубежных стран, в том числе 8,2 тыс. — из стран бывшего Советского Союза.

Эффективность использования трудовых мигрантов для роста экономики в значительной степени зависит от того феномена, который в экономической науке получил название «капитал здоровья». Чаще всего «капитал здоровья» рассматривается как составная часть человеческого капитала, хотя существует точка зрения и о самостоятельном значении этого понятия. Ведь знания, навыки, позволяющие что-то производить, создавать новые товары или услуги, зарабатывать деньги — это одно, а принципиальная возможность в течение большего количества времени применять (эксплуатировать) эти навыки — совсем другое. Здоровье — базовое условие, позволяющее человеку реализовать свой трудовой потенциал. Поэтому все, что связано с анализом здоровья мигрантов, имеет практическое значение.

Отдельной темой в последнее время стали риски для общественного здоровья, которые могут создавать трудовые мигранты. Министр здравоохранения России В.И. Скворцова на пресс-конференции в мае 2013 г. призвала строже следить за здоровьем приезжающих в Россию мигрантов. По мнению министра, проблема в большом потоке нелегальных мигрантов. В.И. Скворцова подчеркнула, что система здравоохранения не знает о состоянии здоровья этих людей, которые могут быть заражены различными инфекциями и открытыми формами туберкулеза, различными формами болезни, передающихся с кровью [8]. Другой проблемой, связанной с мигрантами, считается усиление нагрузки на систему здравоохранения, вынужденную оказывать медицинскую помощь иностранцам, не участвующим в формировании налоговых поступлений. Около трети всех новорожденных в Москве, согласно информации Департамента здравоохранения Москвы, это дети мигрантов из стран ближнего и дальнего зарубежья. Руководители московского здравоохранения считают, что такая ситуация приводит к существенному увеличению затрат служб родовспоможения и ухудшению условий и качества оказания медицинских услуг для россиян.

Проблема позиции трудовых мигрантов в национальных системах здравоохранения актуальна не только в России. Подобные исследования в последние годы популярны во всем мире. Академические подходы концентрируются в основном на проблеме обеспечения доступа мигрантов к услугам здравоохранения, обеспечения условий для сохранения здоровья в контексте прав человека. Господствующий в западных странах дискурс условно можно обозначить как дискурс неравенства. Исследования сосредоточены на двух основных направлениях, в которых возможно проявление неравенства. Это распространенность заболеваний среди мигрантов и доступ к услугам здравоохранения [13, 17, 18].

Доказано, что миграция влияет на здоровье [12, 14]. Иммигранты имеют более высокий уровень сердечно-сосудистых заболеваний, колоректального рака и меланомы, чем не-иммигранты. В Соединенных Штатах иммигранты имеют более высокую смертность от рака желудка, рака мозга и инфекционных заболеваний. В Израиле сердечные заболевания у иммигрантов заметно более серьезные, чем у коренного населения. Клинические проявления такого заболевания, как туберкулез, также значительно выражены у иммигрантского населения. Миграция также влияет на психическое здоровье.

Классическим примером исследования, проведенного в контексте оценки неравенства в системе здравоохранения, является изучение политики в отношении права на доступ к медицинской помощи для нелегальных мигрантов в 27 государствах — членах Европейского союза в 2009 г. Это исследование показало наличие значительных расхождений между членами ЕЭС в реализации права на доступ к медицинской помощи. Авторы сгруппировали государства в 3 группы: в 12 странах нелегальные мигранты могут получить доступ только к неотложной помощи, в 5 странах они имеют право на доступ к уходу, который является более обширным, чем неотложная медицинская помощь, в 10 странах доступна более полная медицинская помощь. Эти различия, как подчеркивают исследователи, не зависят от системы финансирования здравоохранения или количества незарегистрированных мигрантов. Авторы приходят к выводу, что различия, скорее, определяются укорененностью в обществе того, что называют «моральной экономикой», развитием традиций и принципов социального государства [11]. Выявлено наличие 8 факторов, влияющих на доступность услуг здравоохранения. Это языковые барьеры, трудности в организации медицинского обслуживания мигрантов, социальная депривация и травматический опыт мигрантов, недостаточное знакомство с системой здравоохранения, культурные различия, различное понимание болезни и лечения, негативное отношение персонала медицинских организаций и пациентов, отсутствие доступа к медицинской карте (истории болезни) [16].

Как трудовые мигранты в России оценивают свое здоровье? Какие позиции занимают по отношению к российской системе здравоохранения? Как мигранты влияют на общественное здоровье? Результатам исследования этих проблем в контексте регионального развития посвящена эта статья.

Материал и методы. Эмпирической базой статьи стало проведенное в 2012—2013 гг. социологическое исследование по проблемам социального капитала и интеграции трудовых мигрантов в Республике Татарстан. В процессе исследования использованы методы анализа документов, в том числе первичного медицинского учета, проведены глубинные и полуструктурированные интервью с сотрудниками ФМС, медицинскими работниками, активистами национально-культурных обществ. Анкетный опрос трудовых мигрантов проведен в 2013 г. в городах Казани, Зеленодольске, $n=339$. В выборке 70,8% мужчин и 29,2% женщин. 51,6% опрошенных в возрасте 25—39 лет, 28,6% имеют возраст 40—54 года, 14,7% — до 25 лет. Для преодоления языкового барьера анкеты распространялись не только на русском языке, но и на таджикском и узбекском языках.

Результаты и их обсуждение. Трудовой мигрант: больной или здоровый? Важной задачей нашего исследования было определение субъективного здоровья мигрантов. Здоровье, наряду с образованием и профессиональными компетенциями, является неотъемлемой частью человеческого капитала. При этом мы исходили из того, что самооценка здоровья тесно связана с объективным состоянием здоровья и этот показатель имеет относительно универсальное значение (смысл) для всех этнических групп. Важным является то, что неоднократно доказана связь самооценки здоровья и риска ранней смерти [10].

В нашем исследовании состояние своего здоровья как «отличное» оценили 30,7% опрошенных мигрантов, «хорошее» — 51,9%, «среднее» — 16,2%, вариант «плохое» выбрали чуть более 1%.

Таким образом, мигранты в целом оптимистично оценивают состояние своего здоровья, что, скорее всего, связано с проявлением так называемого «эффекта здоровых мигрантов». Это понятие исходит из допущения, что в трудовую миграцию вовлекаются люди молодые и здоровые, способные выполнить работу, поскольку других — старых и больных — не привлечет ни один работодатель или рекрутер, и сами люди без уверенности в своих силах и способности заработать не покидают Родину [6].

Обращает внимание на себя то обстоятельство, что результаты самооценки здоровья мигрантами не сильно отличаются от результатов, полученных в исследованиях самооценки здоровья россиян по общероссийской выборке. По данным «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE), в группе респондентов 14—60 лет 42% оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее, 52% — как нормальное, 6% — как плохое [1]. Имеющиеся различия можно объяснить большей долей лиц старше 50 лет в исследовании россиян по сравнению с группой мигрантов. Подобные результаты были обнаружены и в других работах [5]. О.А. Кислицина в исследовании, посвященном анализу различий в состоянии здоровья мигрантов в России и в странах Европейского союза, на основании статистической обработки данных Европейского социального исследования (European Social Survey) и Российского мониторинга экономического положения и здоровья приходит к заключению, что в России не были найдены статистически значимые различия в состоянии здоровья мигрантов и коренных жителей. Такие значимые различия между здоровьем коренных жителей и мигрантов первого поколения обнаружены в Швеции и Великобритании, более чем двукратные различия наблюдаются в Словакии, Нидерландах, Франции, Дании, Чехии, Швейцарии. По мнению исследователя, это, вероятно, объясняется тем, что большая часть мигрантов, попавших в выборку обследования, прибыла в Россию в основном из стран бывшего СССР со схожим состоянием здоровья, таких как Украина, Беларусь, Казахстан, еще во времена СССР. Очевидно, пишет О.А. Кислицина, что трудовые мигранты, прибывшие в Россию в последние годы из стран Азии, в выборку не попали.

Однако в случае нашего исследования выборка принципиально иная. В нашей выборке 87% респондентов представляют страны Азии и Кавказа: граждан Узбекистана — 33,6%, Таджикистана — 23,6%, Кыргызстана — 5,3%, Азербайджана — 13,3%, Армении — 4,4%, Грузии — 1,8%. Граждане Украины составили

9,4% выборки. Более половины наших респондентов с трудом и «средне» владеют разговорным русским языком (52%), письменным — 87%. К сожалению, о гомогенизации различий на постсоветском пространстве уже трудно говорить. Наиболее высоко состояние своего здоровья оценивают выходцы из Армении и Молдовы (варианты «отличное» и «хорошее» выбрали 100% респондентов), выбор граждан Узбекистана, Таджикистана, Азербайджана, Грузии примерно одинаков: от 81 до 86% показывают высокое субъективное здоровье. Самые низкие оценки у выходцев из Киргизии и Казахстана (66 и 70% выбрали «отличное» и «хорошее», остальные «среднее»).

На наш взгляд, близость показателей субъективного здоровья россиян и мигрантов детерминирована не столько особенностями стран исхода мигрантов, сколько низкой самооценкой здоровья постоянного населения России. Согласно расчетам О.А. Кислициной, респонденты с самым плохим здоровьем согласно средней оценке здоровья по пятибалльной шкале проживают в Украине (3,1), России (3,2), Латвии (3,3) [5].

Итак, полученные данные позволяют констатировать, что мигранты субъективно удовлетворены состоянием своего здоровья и «большими» себя не ощущают.

А что на самом деле? Какова заболеваемость мигрантов?

Сегодня ни одна государственная служба не ведет полный учет заболеваемости иностранных работников. Обязанность сообщать в Роспотребнадзор у всех медицинских организаций возникает только в случае выявления опасных для окружающих заболеваний. Все остальные обращения мигрантов остаются за пределами государственной статистики. Примерно такая же ситуация в странах ЕС: в большинстве стран нет информации о здоровье мигрантов. При регистрации смерти разбивку по статусу мигранта проводят в 24 из 27 стран — членов ЕС. Реестры данных о предоставлении услуг здравоохранения лицам, имеющим статус мигранта, доступны только в 11 из 27 государств-членов. Лишь немногие страны проводят крупномасштабные обследования здоровья мигрантов и используют их в интересах ресурсов здравоохранения [18].

Медицинское освидетельствование в России проходят не все трудовые мигранты (табл. 1). Не обращаются для проверки в медицинские организации, прежде всего, нелегальные мигранты, второй значительной группой необследованных являются лица, прибывшие в Россию на срок до 90 сут и получившие патент на работу у физических лиц. В выборку данного исследования попали лишь чуть более 5% лиц, работающих по патенту, что объясняется трудной доступностью этой категории. По данным Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан, медицинское освидетельствование за период 2007—2011 гг. ежегодно проходили от 14 до 28% вставших на миграционный учет [2].

Можно ли с уверенностью утверждать, что в группе трудовых мигрантов, не прошедших медицинское освидетельствование, заболеваемость выше? В печати появились сообщения, что 14% трудовых мигрантов больны туберкулезом, ВИЧ, сифилисом, гепатитами, другими инфекциями, передающимися половым путем [3]. Однако анализ данных по Республике Татарстан и по другим регионам страны не дает оснований для

Количество обследованных мигрантов и выявленных у них инфекционных заболеваний
(в абсолютных числах) по Республике Татарстан за 2008—2012 гг.

Показатель	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Всего обследовано, чел.	26245	14342	16596	17870	21474
Выявлено больных, чел.	688	437	305	165	606
В том числе					
ВИЧ	19	20	16	8	20
Туберкулез	87	36	37	34	53
Сифилис	90	32	30	48	74
Другие ИПП	492	349	222	54	478

таких выводов. Как следует из данных, представленных в табл. 1, заболеваемость мигрантов остается стабильной. Насколько она опасна для здоровья населения республики? По данным Всемирной организации здравоохранения, среди впервые выявленных больных туберкулезом в России число иностранных граждан невелико. В 2011 г. оно составило 2,7%, все остальные случаи (97,3%) пришлось на граждан России [5]. В 2012 г. новые случаи заболеваемости туберкулезом у постоянных жителей Республики Татарстан составили 1 816. Являются ли 53 случая туберкулеза у мигрантов (2,9%) критичными — вопрос, требующий обсуждения. Интервью с докторами-фтизиатрами убеждают, что главную опасность специалисты видят не в мигрантах, а в лицах, освободившихся из мест заключения. Аналогичная картина по другим инфекциям: количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди местного населения в 2012 г. составило 1 395, в группе мигрантов — 20; новых случаев по сифилису — 1 099 и 74 соответственно. Примерно такая же картина в других субъектах Федерации. По официальным данным департамента здравоохранения Москвы, например, в 2011 г. из 20 тыс. обследованных мигрантов туберкулез выявлен у 60 человек (0,3%), в 2012 г. — у 125 (0,4%) человек из 29,8 тыс. обследованных.

Обращает на себя внимание, что среди трудовых мигрантов едва ли не меньше, чем среди постоянного населения, лиц, употребляющих наркотики или алкоголь. По свидетельству сотрудников Республиканского наркологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан, наркоманов среди мигрантов, приходящих на обследование, практически нет. Та же картина в других регионах. В Москве, например, с 1 февраля 2013 г. было введено обязательное платное тестирование на наркотики и алкоголь среди мигрантов, желающих получить разрешение на работу в столице. За это время тесты сдали около 2 тыс. человек. За 8 мес эксперимента ни один тест не оказался положительным [7]. Мэрия Москвы приняла решение об отмене этого требования.

При обнаружении сифилиса, ВИЧ-инфекции, туберкулеза мигранту предлагается лечение по полису медицинского страхования, при отсутствии полиса — лечение на платной основе. При отказе от лечения медицинскими организациями собираются документы для предоставления в Роспотребнадзор и УФМС для принятия решения о выдворении иностранного работника из страны.

Трудовой мигрант в позиции пациента: каков статус? Различия между понятиями «больной» и «пациент» не всегда улавливаются, часто эти слова употребляются как тождественные. Фактически это не так. Понятие «больной» отражает состояние неблагопо-

лучия — физического, психического или социального. Понятие «пациент» согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан» № 323-ФЗ — это физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния [9]. Понятие «пациент», таким образом, применимо только тогда, когда человек вступил во взаимоотношения с врачом или медицинской организацией.

Статус мигранта в России как пациента определяется «Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 № 186. Согласно этому документу, медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временное проживание) или постоянно проживающим в РФ, оказывается любыми медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы. Правила закрепляют положение, согласно которому медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно. Медицинская помощь в неотложной или плановой форме оказывается иностранным гражданам в соответствии с договорами о предоставлении платных медицинских услуг либо договорами обязательного или добровольного медицинского страхования.

Иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, законодательство РФ гарантирует иностранным гражданам бесплатное оказание скорой медицинской помощи. Такой порядок наряду с «эффектом здорового мигранта» предопределяет крайне низкую заинтересованность как мигрантов, так и работодателей в участии в программах медицинского страхования.

Летом 2013 г. Минтруд России предложил сделать медицинский полис одним из главных документов, дающих основание для заключения трудового договора в России. Мигрант может его приобрести сам или за него это может сделать работодатель. Наши респонденты — и работодатели, и трудовые мигранты — активно выступили против этого нововведения. Работодатели прямо заявляют о невозможности увеличения своих издержек, говорят, что их работники фактически не боле-

ют, «не для этого они сюда приехали». Представители бизнеса считают, что эта инициатива продиктована не столько заботой о здоровье мигранта и обеспечением для него достойного медицинского обслуживания, сколько желанием «*ввести дополнительные поборы, а мигрантов как лечили за наличные, так и будут*». Трудовые мигранты считают, что страховки для них будут чересчур дороги. Аналогичные опасения отражены в документе по результатам публичных консультаций, опубликованном на сайте Минэкономразвития России. В документе отмечено, что, по мнению экспертов, для многих трудовых мигрантов цена полиса покажется неподъемной, что может привести к значительному увеличению теневой занятости. Кроме того, возможен массовый поток фальшивых полисов, на проверку которых работодателям придется потратить дополнительные средства [4].

Результаты анкетного опроса мигрантов показывают их крайне низкую вовлеченность в систему медицинского страхования. В нашем исследовании только 26,9% опрошенных указали на наличие полиса, большая часть респондентов (73,1%) не имеют полиса медицинского страхования. Женщины более активно участвуют в медицинском страховании: среди них застрахованных почти половина (44%), и только каждый пятый мужчина имеет страховку. Наличие медицинского полиса практически незначительно зависит от сферы трудовой занятости мигранта: больше всего застрахованных в торговле (31,2%), на транспорте (30%) на предприятиях общественного питания (27,3%). В строительстве, где, как представляется, более тяжелые условия труда и больше факторов вредности, только 23,2% опрошенных мигрантов имеют медицинские полисы.

Почти треть застрахованных получили полис благодаря помощи работодателя, каждый пятый воспользовался помощью родственников и друзей, 47,9% самостоятельно вступили в систему медицинского страхования.

Наличие полиса почти не зависит от самооценки здоровья мигранта: самая большая доля застрахованных в группе, оценивающих свое здоровье как хорошее — 25,6%, самая низкая в группе выбравших вариант «среднее» — 23,7%.

В случае заболевания к врачу обращаются около 40% мигрантов, самолечением занимаются 48%, 12% ничего не предпринимают. По этому вопросу наблюдаются незначительные гендерные различия. Среди женщин на 7% больше тех, кто в случае болезни об-

ращается к врачу (44,9% и 37,8% соответственно), на 10% меньше ничего не предпринимающих (5,1% и 15%). Самолечение среди женщин (50%) и мужчин (47,2%) распространено практически одинаково.

Ответы на вопрос «Если вы обращались к врачу, то к какому?» выявили следующее. Почти каждый третий респондент (32,9%) получил бесплатную медицинскую помощь (по медицинскому полису) в городской поликлинике. Другая крупная часть респондентов (29,5%) обратилась в платную клинику. 22% мигрантов указали, что им бесплатную медицинскую помощь оказал знакомый врач. Платную медицинскую услугу в городской поликлинике получили 16,2% респондентов. Стратегия поведения во время болезни напрямую зависит от наличия страховки. Так, 91% застрахованных за медицинской помощью обратились в городскую поликлинику и получили ее бесплатно; мигранты, не имеющие полиса, практически в равных долях назвали обращение к знакомому врачу, в платную клинику и в платные отделения государственных медицинских организаций.

Объективные данные об обращениях мигрантов за медицинской помощью, оплате этих услуг можно получить только путем анализа первичной медицинской документации; официальная статистика отсутствует. Данные о предоставлении медицинской помощи иностранным гражданам за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) или республиканского бюджета не удалось получить ни в территориальном органе ФОМС, ни в Министерстве здравоохранения республики. Показатели обращаемости иностранных граждан за медицинской помощью в государственные медицинские организации получены путем обработки первичных отчетных форм, представленных в Республиканский медицинский информационно-аналитический центр (табл. 2).

В разрезе конкретной медицинской организации ситуация выглядит следующим образом. За 9 мес 2013 г., например, в стационар ГАУЗ «Городская больница № 11» г. Казани (средняя по размерам, «рядовая» городская больница, расположенная в малопrestижном районе, принимающая пациентов по скорой помощи) поступили по скорой помощи 21 иностранный гражданин без полиса ОМС: 6 — в терапевтическое отделение, 14 — в гинекологию, 1 — в хирургию. Средняя длительность пребывания этих больных в стационаре — 3 дня. 8 женщин пролечились в гинекологическом отделении на платной основе.

Анализ данных табл. 2 показывает, что в 2012 г. вне системы платных услуг и без полиса ОМС медицинские

Таблица 2

Обращаемость иностранных граждан за медицинской помощью в медицинские организации государственной системы здравоохранения в Республике Татарстан (*платные услуги)

Обратившиеся за медицинской помощью	2012 г.				I полугодие 2013 г.			
	Всего	Вне ОМС*	В том числе без полиса ОМС	Вне ОМС*	Всего	Вне ОМС*	В том числе без полиса ОМС	Вне ОМС*
В амбулаторно-поликлинические медицинские организации								
Беженцы	92	1	4	0	34	1	5	1
Граждане, имеющие вид на жительство	219	11	26	4	319	7	10	1
Иностранные граждане	2 584	2 389	2 560	2 386	930	729	876	729
В стационарные организации								
Беженцы	2	0	1	0	1	0	0	0
Граждане, имеющие вид на жительство	99	5	5	5	60	0	0	0
Иностранные граждане	213	43	205	40	67	9	66	9

услуги в амбулаторно-поликлинических организациях получили 195 человек, в стационарах — 162 человека. За первое полугодие 2013 г. — 147 и 57 соответственно. К сожалению, не удалось выявить, какую долю среди них составляют трудовые мигранты, может, в это число входят и другие категории иностранных граждан, например студенты. Велико ли это число? По оценкам экспертов, в экономике республики около 150 тыс. мигрантов. Доля получивших медицинскую помощь за счет средств бюджета республики составляет чуть более 0,2% от общего количества работающих мигрантов.

Мигранты как клиенты здравоохранения.

Определение пациентов как клиентов в последние годы становится все более популярным. Первоначально этот термин был введен в такой своеобразной сфере медицинской деятельности, как психотерапия, но с годами значительно расширил свое присутствие. Сторонники этого подхода считают необходимым произвести изменения, которые обеспечат переход взаимоотношений пациента и врача от трех «Р» к трем «С»: три «Р» — первые буквы английских слов: physician — prescription — patient (врач — рецепт — пациент), а три «С» — первые буквы английских слов consultant — contract — client (консультант — контракт — клиент). Клиентоориентированный подход в здравоохранении предполагает равенство сторон, сотрудничество, доверие. Это отход от классической патерналистской модели взаимодействий, когда все знает и все решает врач.

Казалось бы, то обстоятельство, что трудовые мигранты пользуются в основном платными медицинскими услугами, должно поставить их в статус клиента. На самом деле это не всегда так. Напротив, часто мигранты оказываются в роли «недобровольного клиента», вынужденного обратиться за профессиональной помощью.

Материалы интервью с активистами национальных диаспор показывают, что «недобровольность» мигранты чувствуют даже в тех случаях, когда государственные меры должны облегчить для них медицинские мероприятия. В Татарстане, например, Постановлением Кабинета министров от 13.01.2012 № 17 утверждён перечень государственных учреждений здравоохранения, уполномоченных проводить медицинские освидетельствования. Негосударственных медицинских организаций в этом перечне нет. Одним из главных достижений этого документа считается закрепление принципа «единого окна» при медицинском освидетельствовании мигрантов на базе ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер». В «едином окне» мигрант проходит полное обследование у всех врачей-специалистов, необходимые лабораторные исследования, флюорографическое обследование и в течение 24 ч получает заключение о состоянии здоровья. Казалось бы, все в пользу иностранного работника. Однако оценки неоднозначные. «*Но вот я могу только одну вещь сказать, — говорит один из активистов армянской диаспоры, — это, пожалуйста, примите к сведению, здесь так устроено, что только в одном месте они все проходят эти медицинские осмотры, обследования... Но это тоже неправильно, потому что это называется монополия на коррупцию. Надо создавать условия, чтобы они были в конкуренции, чтобы и цены падали, и не было таких очередей... поэтому это неправильно.*»

Недобровольный клиент появляется и в тех случаях, когда из-за незнания языка, неумения ориентироваться

в местных условиях мигранты прибегают к помощи «знакомых врачей», квалификация которых может вызывать вопросы. Один из наших респондентов рассказал о том, что несколько лет турецкие строители обращались за медицинской помощью к турецкому гражданину, отчисленному из Казанского медицинского университета за неуспеваемость. Чаще всего «доверенными» врачами оказываются представители своей диаспоры, но бывает, что и российские доктора специализируются на таких клиентах.

Формированию партнерских, доверительных отношений между медицинским работником и трудовым мигрантом препятствует невозможность для незастрахованного работника оформить больничный лист. Поэтому невыполнение трудовым мигрантом рекомендаций врача — это не столько проявление автономности пациента-клиента, сколько объективное отсутствие условий: клиент снова недобровольный.

Врачи городских больниц характеризуют мигрантов, получавших лечение в их организациях, как самых обычных больных. «*Чаще очень тихие, уважительные, — рассказывает старшая медицинская сестра гинекологического отделения городской больницы, — женщины стараются во всем услужить, помочь. Иногда мужья бывают грубоваты. Ну, это, как у всех. А так, люди, как люди.*»

Выводы. Проведенное исследование позволяет констатировать, что распространяемая СМИ информация об угрозах для общественного здоровья и системы здравоохранения России со стороны трудовых мигрантов не доказана, по крайней мере, в отношении регионов России. Здоровье трудовых мигрантов, безусловно, является социальной проблемой. Здоровье мигрантов, являясь неотъемлемой частью их человеческого капитала, способствует эффективному росту экономики. В настоящее время мигранты по отношению к системе российского здравоохранения имеют неустойчивые позиции. Поэтому выработка оптимальных моделей медицинского освидетельствования и медицинского обслуживания мигрантов выступает как важная социально-экономическая и гуманитарная проблема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вестник российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) [электронный ресурс]: сб. науч. ст. / отв. ред. П.М. Козырева. — М.: Высшая школа экономики, 2012. — Вып. 2. — С.172.
2. *Валиева, А.З.* Медицинские аспекты внешней миграции на примере Республики Татарстан / А.З. Валиева // Казанский медицинский журнал. — 2013. — № 3. — С.373—376.
3. *Грицюк, М.* Кто вылечит гостя? / М. Грицюк // Российская газета. — 2013. — 27 сент.
4. Заключение об оценке регулирующего воздействия на проект Федерального закона «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации, связанных с особенностями осуществления трудовой деятельности иностранными гражданами» и на проект Постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении требований к договору (полису) медицинского страхования и договору с медицинской организацией на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) иностранным гражданином или лицом без гражданства» [электронный ресурс]. — URL: http://www.economy.gov.ru/wps/wcm/connect/economylib4/mer/about/structure/depregulatinginfluence/doc20130718_05

5. *Кислицина, О.А.* Различия в состоянии здоровья мигрантов и коренного населения в России и других странах европейского региона / О.А. Кислицина // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/478/30/lang,ru/>
6. *Кузнецова, И.Б.* Здоровье мигрантов как социальная проблема / И.Б. Кузнецова, Л.М. Мухарямова, Г.Г. Вафина // Казанский медицинский журнал. — 2013. — № 3. — С.367—372.
7. Мигрантов перестали тестировать на наркотики и алкоголь // Известия. — 2013. — 27 авг.
8. Минздрав поддержал визы для гастарбайтеров: мигранты угрожают здоровью россиян [электронный ресурс]. — URL: <http://www.newsru.com/russia/27may2013/visa.html>
9. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [электронный ресурс]. — URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>
10. *Bopp, M.* Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years / M. Bopp [et al.] // PloS one. — 2012. — Vol. 7, № 2. — P.e30795.
11. *Cuadra, C.B.* Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies / C.B. Cuadra // The European Journal of Public Health. — 2012. — Vol. 22, № 2. — P.267—271.
12. *Gavin, B.E.* The mental health of migrants / B.E. Gavin [et al.] // Instructions for Authors. — 2013. — Vol. 106, № 5.
13. *Hansen, E.* Health issues of migrant and seasonal farmworkers / E. Hansen, M. Donohoe, // Journal of Health care for the Poor and Underserved. — 2003. — Vol. 14, № 2. — P.153—164.
14. *Lassetter, J.H.* The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies A Review of the Literature / J.H. Lassetter, L.C. Callister, // Journal of Transcultural Nursing. — 2009. — Vol. 20, № 1. — P.93—104.
15. *Nielsen, S.S.* Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review / S.S. Nielsen, A. Krasnik // International journal of public health. — 2010. — Vol. 55, № 5. — P.357—371.
16. *O'Donnell, C.* Health-care access for migrants in Europe / C. O'Donnell [et al.] // The Lancet. — 2013. — Vol. 382, № 9890. — P.393.
17. *Rechel, B.* Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices / B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé // Health policy. — 2012. — Vol. 1. — P.10—16.
18. *Rechel, B.* Migration and health in an increasingly diverse Europe / B. Rechel, P. Mladovsky, D. Ingleby [et al.] // Lancet. — 2013. — Vol. 381. — P.1235—1245.
5. *Kislicina, O.A.* Razlichiya v sostoyanii zdorov'ya migrantov i korennoogo naseleniya v Rossii i drugih stranah evropeiskogo regiona / O.A. Kislicina // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. Elektronnyi nauchnyi zhurnal. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/478/30/lang,ru/>
6. *Kuznecova, I.B.* Zdorov'e migrantov kak social'naya problema / I.B. Kuznecova, L.M. Muharyamova, G.G. Vafina // Kazanskii medicinskii zhurnal. — 2013. — № 3. — S.367—372.
7. Migrantov perestali testirovat' na narkotiki i alkogol' // Izvestiya. — 2013. — 27 avg.
8. Minzdrav podderzhal vizeny dlya gastarbaiterov: migranty ugrozhayut zdorov'yu rossiiyan [elektronnyi resurs]. — URL: <http://www.newsru.com/russia/27may2013/visa.html>
9. Federal'nyi zakon № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federacii» [elektronnyi resurs]. — URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>
10. *Bopp, M.* Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years / M. Bopp [et al.] // PloS one. — 2012. — Vol. 7, № 2. — P.e30795.
11. *Cuadra, C.B.* Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies / C.B. Cuadra // The European Journal of Public Health. — 2012. — Vol. 22, № 2. — P.267—271.
12. *Gavin, B.E.* The mental health of migrants / B.E. Gavin [et al.] // Instructions for Authors. — 2013. — Vol. 106, № 5.
13. *Hansen, E.* Health issues of migrant and seasonal farmworkers / E. Hansen, M. Donohoe, // Journal of Health care for the Poor and Underserved. — 2003. — Vol. 14, № 2. — P.153—164.
14. *Lassetter, J.H.* The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies A Review of the Literature / J.H. Lassetter, L.C. Callister, // Journal of Transcultural Nursing. — 2009. — Vol. 20, № 1. — P.93—104.
15. *Nielsen, S.S.* Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review / S.S. Nielsen, A. Krasnik // International journal of public health. — 2010. — Vol. 55, № 5. — P.357—371.
16. *O'Donnell, C.* Health-care access for migrants in Europe / C. O'Donnell [et al.] // The Lancet. — 2013. — Vol. 382, № 9890. — P.393.
17. *Rechel, B.* Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices / B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé // Health policy. — 2012. — Vol. 1. — P.10—16.
18. *Rechel, B.* Migration and health in an increasingly diverse Europe / B. Rechel, P. Mladovsky, D. Ingleby [et al.] // Lancet. — 2013. — Vol. 381. — P.1235—1245.

REFERENCES

1. Vestnik rossiiskogo monitoringa ekonomicheskogo polozeniya i zdorov'ya naseleniya NIU VSHE (RLMS-HSE) [elektronnyi resurs]: sb. nauch. st. / otv. red. P.M. Kozyreva. — M.: Vysshaya shkola ekonomiki, 2012. — Vyp. 2. — S.172.
2. *Valieva, A.Z.* Medicinskie aspekty vneshnei migracii na primere Respubliki Tatarstan / A.Z. Valieva // Kazanskii medicinskii zhurnal. — 2013. — № 3. — S.373—376.
3. *Gricyuk, M.* Kto vylechit gostya? / M. Gricyuk // Rossiiskaya gazeta. — 2013. — 27 sent.
4. Zaklyuchenie ob ocenke reguliruyushego vozdeistviya na proekt Federal'nogo zakona «O vnesenii izmenenii v Trudovoi kodeks Rossiiskoi Federacii, svyazannyh s osobennostyami osuschestvleniya trudovoi deyatel'nosti inostrannymi grazhdanami» i na proekt Postanovleniya Pravitel'stva Rossiiskoi Federacii «Ob utverzhenii trebovaniy k dogovoru (polisu) medicinskogo strahovaniya i dogovoru s medicinskoj organizaciei na poluchenie pervichnoi mediko—sanitarnoi pomoschi i specializirovannoi medicinskoi pomoschi (za iskl'yucheniem vysokotekhnologichnoi medicinskoi pomoschi) inostrannym grazhdaninom ili licom bez grazhdanstva» [elektronnyi resurs]. — URL: http://www.economy.gov.ru/wps/wcm/connect/economylib4/mer/about/structure/depregulatinginfluence/doc20130718_05
5. *Kislicina, O.A.* Razlichiya v sostoyanii zdorov'ya migrantov i korennoogo naseleniya v Rossii i drugih stranah evropeiskogo regiona / O.A. Kislicina // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. Elektronnyi nauchnyi zhurnal. — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/478/30/lang,ru/>
6. *Kuznecova, I.B.* Zdorov'e migrantov kak social'naya problema / I.B. Kuznecova, L.M. Muharyamova, G.G. Vafina // Kazanskii medicinskii zhurnal. — 2013. — № 3. — S.367—372.
7. Migrantov perestali testirovat' na narkotiki i alkogol' // Izvestiya. — 2013. — 27 avg.
8. Minzdrav podderzhal vizeny dlya gastarbaiterov: migranty ugrozhayut zdorov'yu rossiiyan [elektronnyi resurs]. — URL: <http://www.newsru.com/russia/27may2013/visa.html>
9. Federal'nyi zakon № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federacii» [elektronnyi resurs]. — URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>
10. *Bopp, M.* Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years / M. Bopp [et al.] // PloS one. — 2012. — Vol. 7, № 2. — P.e30795.
11. *Cuadra, C.B.* Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies / C.B. Cuadra // The European Journal of Public Health. — 2012. — Vol. 22, № 2. — P.267—271.
12. *Gavin, B.E.* The mental health of migrants / B.E. Gavin [et al.] // Instructions for Authors. — 2013. — Vol. 106, № 5.
13. *Hansen, E.* Health issues of migrant and seasonal farmworkers / E. Hansen, M. Donohoe, // Journal of Health care for the Poor and Underserved. — 2003. — Vol. 14, № 2. — P.153—164.
14. *Lassetter, J.H.* The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies A Review of the Literature / J.H. Lassetter, L.C. Callister, // Journal of Transcultural Nursing. — 2009. — Vol. 20, № 1. — P.93—104.
15. *Nielsen, S.S.* Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review / S.S. Nielsen, A. Krasnik // International journal of public health. — 2010. — Vol. 55, № 5. — P.357—371.
16. *O'Donnell, C.* Health-care access for migrants in Europe / C. O'Donnell [et al.] // The Lancet. — 2013. — Vol. 382, № 9890. — P.393.
17. *Rechel, B.* Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices / B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé // Health policy. — 2012. — Vol. 1. — P.10—16.
18. *Rechel, B.* Migration and health in an increasingly diverse Europe / B. Rechel, P. Mladovsky, D. Ingleby [et al.] // Lancet. — 2013. — Vol. 381. — P.1235—1245.

Статья поступила 10.12.2013