

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

С о ц и а л ь н ы е р и с к и д л я з д о р о в ь я т р у д о в ы х м и г р а н т о в



Иванова Лариса Юрьевна – кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: Lariv@yandex.ru

Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов

Аннотация

В статье на материале вторичного анализа исследований, проведённых среди мигрантов, экспертных мнений и сообщений из интернет-источников рассматривается социальный аспект рисков для здоровья трудовых мигрантов в различных сферах их жизни.

Ключевые слова: трудовая миграция, здоровье, самосохранительное поведение, адаптация, медицинская помощь

Международная миграция приобретает всё большие масштабы в условиях глобализации экономики и развития мирового рынка труда. Притягательность России для мигрантов из государств ближнего и дальнего зарубежья обусловлена, прежде всего, её геополитическим положением, демографической и экономической ситуацией. Россия занимает второе место в мире после США по числу принимаемых мигрантов. Ежегодно в РФ въезжают 10-12 млн иностранных граждан, 70-80% из них прибывают из стран СНГ¹. Согласно данным ФМС на 14 декабря 2012 года, в РФ находилось около 10,3 млн иностранных граждан. Первое место по их численности принадлежит Узбекистану, затем идут Украина, Таджикистан, Азербайджан, Киргизия и другие государства. Примерно 2,5 млн иностранных граждан, находящихся в РФ, целью своего визита назвали «работу по найму». В комментариях отмечается, что «иностранцы, собирающиеся работать без разрешения, не склонны уведомлять об этом миграционные власти»². По оценкам ФМС, численность нелегальных мигрантов примерно составляет от 3 до 5 млн человек³. Нелегалами называют не только тех, кто нелегально пересёк границу, но и тех, кто прибыл легально, но не зарегистрировался или просрочил визу. По отношению ко всем этим категориям использу-

¹ По данным статс-секретаря – первого заместителя руководителя ФМС России Екатерины Егоровой // Официальный сайт ФМС России. URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108 [дата посещения: 27.02.2013].

² Официальный сайт ФМС России. URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108 [дата посещения: 27.02.2013].

³ Там же.

ется термин незаконные мигранты. Незаконными трудовыми мигрантами являются иностранные граждане, которые работают без разрешения на трудовую деятельность или патента. По обоснованным оценкам учёных, численность незаконных мигрантов в РФ составляет около 8 млн человек, включая 5 млн незаконных трудовых мигрантов. Причём 75% незаконных мигрантов – это граждане стран СНГ с безвизовым режимом [Поладова 2012]. В целях снижения незаконной миграции в российском обществе выдвигаются предложения об одностороннем выходе России из Бишкекских соглашений, касающихся безвизового режима передвижения граждан в рамках СНГ.

Изучение проблемы здоровья трудовых мигрантов в России и определение путей снижения рисков для них имеет как гуманистический, так и сугубо прагматичный аспекты. Во-первых, здоровье влияет на самочувствие и возможности самореализации человека; во-вторых, здоровье – важная характеристика качества трудовых ресурсов. Кроме того, коренное население России контактирует с мигрантами, приехавшими в РФ. В документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечается, что в территориях, из которых выезжают мигранты, сложилась определённая эпидемиологическая ситуация, присутствуют некие инфекционные агенты. Если в стране, из которой выезжают мигранты, низкий уровень иммунизации по какому-то заболеванию, то мигранты могут привнести изначальные риски для здоровья населения принимающей страны. Эти риски снизятся, если охват мигрантов иммунизацией возрастёт. Возможна и другая ситуация: если в принимающей стране более распространена какая-то инфекционная болезнь, то мигранты могут заразиться и привнести инфекцию в свою страну [Здоровье 2012: 5-6].

Показатели заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов вчетверо выше, чем среди российского населения¹. Внешние мигранты приезжают в Россию с этим заболеванием. Его распространению в их среде может способствовать большая скученность и плохие условия проживания. По ВИЧ-инфекции ситуация другая: миграционные потоки, как правило, идут «из стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на территории крупных мегаполисов» [Трудовая миграция 2009]. В 2011 г. о нежелательности пребывания в России в связи с опасными инфекционными и вирусными заболеваниями было объявлено 6114 мигрантам, у более 1200 человек была обнаружена ВИЧ-инфекция, более чем

¹ По данным Информационного портала «Медицинский запрос» // Медицинский запрос. URL: <http://www.medzapros.ru/news-1483-migranty-chasche-zabolevayut-tuberkulezom> [дата посещения: 27.02.2013].

у 2600 – туберкулёз¹. За 10 месяцев 2012 г. медицинское обследование прошли более миллиона мигрантов. ВИЧ-инфекция была выявлена у 1153 человек, туберкулёз – у 1197 человек; инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) – у 1882 человек². Здесь нужно учесть, что медицинское освидетельствование не является обязательным для мигрантов, работающих по патентам, а это многочисленная группа легальных работников.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего с правом на квалифицированную медпомощь. Сокращение среди мигрантов рискованного в отношении здоровья поведения и инфекционных заболеваний, включая социально обусловленные, положительно отразится на эпидемиологической ситуации в России. В Уставе ВОЗ здоровье определено как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия», поэтому при изучении проблемы здоровья трудовых мигрантов целесообразно рассматривать различные аспекты их жизни, связанные со здоровьем и социальными рисками для него, включая: 1) заболеваемость и доступность медицинской помощи; 2) возможности и условия для социальной адаптации, т. к. они влияют на уровень стресса и на отклоняющееся поведение; 3) самосохранительное поведение; 4) условия труда и быта, их соответствие санитарно-гигиеническим требованиям. Все аспекты должны изучаться в динамике. При этом необходимо учитывать социально-демографические и этнокультурные особенности мигрантов.

Большой вклад в изучение положения мигрантов в РФ внесли демографы, занимавшиеся проблемой миграции. В частности Е. В. Тюрюканова. Поддержку исследованиям среди мигрантов оказали международные организации – Международная организация труда (МОТ) [Тюрюканова 2004], Международная организация по миграции (МОМ) [Тюрюканова 2007], Фонд в поддержку гендерного равенства ООН – Женщины [Женщины-мигранты 2011] и др. организации. Эти исследования могут послужить точкой отсчёта, позволяющей при повторении оценить динамику доступности мигрантам в РФ квалифицированной медпомощи, изменений условий их труда и быта. В статье на основе вторичного анализа вышеуказанных и других исследований рассматривается социальный аспект рисков для здоровья трудовых мигрантов в РФ, анализируется оперативная информация и экспертные мнения из интернет-источников.

¹ По данным журнала Healthy Nation // VANCOMYCIN. URL: <http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami> [дата посещения: 27.02.2013].

² Данные приведены в ходе круглого стола Комитета Госдумы по охране здоровья «Законодательное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи мигрантам» 23 ноября 2012 г. // Информационный портал «Официально». URL: <http://federalpolit.ru/govbody/gosduma/news/131302266> [дата посещения: 27.02.2013].

Показатели заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов вчетверо выше, чем среди российского населения. Они приезжают уже с этим заболеванием. По ВИЧ-инфекции ситуация другая: миграционные потоки, как правило, идут из стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на территории крупных мегаполисов.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего с правом на квалифицированную медпомощь.

Контроль здоровья при въезде и устройстве на работу

Вопрос о медицинском освидетельствовании мигранта в стране, из которой он выезжает, периодически обсуждается на разных уровнях. Специалисты ФМС РФ высказываются против, считая технически маловероятным потребовать у мигранта при въезде справки, касающиеся особо опасных инфекций. Сомнения вызывает и то, что справки выдают медицинские учреждения стран, из которых выезжают мигранты, оформив на своём языке [Миграционная политика 2008]. Роспотребнадзор не доверяет таким документам. Вопрос о медицинском освидетельствовании в странах-донорах остаётся открытым, в «Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г.» предусматривается на первом этапе реализации (2012-2015 гг.) создание центров содействия иммиграции в Российскую Федерацию и медицинского освидетельствования иммигрантов, в том числе за рубежом.

В РФ действует постановление, содержащее перечень заболеваний, при которых иностранным гражданам и лицам без гражданства нельзя осуществлять трудовую деятельность в России (получить разрешение на временное проживание или вид на жительство). Предусматривается контроль наличия документов об отсутствии этих заболеваний. Мигранты, желающие работать свыше 90 суток, обязаны в течение месяца предоставить в орган ФМС, выдавший разрешение на работу, документы о результатах медицинского освидетельствования в медучреждении, которые подтверждают отсутствие наркозависимости и инфекционных заболеваний из перечня. Чаще всего расходы на получение необходимых медицинских документов ложатся на самих трудовых мигрантов. Медицинские справки выдают как государственные, так и частные клиники. Единого утверждённого бланка этого документа пока нет. Незаконная продажа мигрантам медицинских справок – распространённое явление. Фальшивые справки приобретаются без визитов к врачу, осмотров и сдачи анализов. Есть сообщения о получении фиктивных сертификатов об отсутствии ВИЧ-инфекции. Всё это – свидетельство непродуманности организации медицинского освидетельствования иностранных работников. Коммерческие медцентры не предоставляют данных в органы московской исполнительной власти об обследованиях мигрантов и выдаче справок. Нередко у мигрантов нет каких-либо медицинских документов, а ВИЧ-инфекцию и другие социально опасные заболевания у них обнаруживают только после госпитализации «по скорой». Лечение этих пациентов в стационаре осуществляется за счёт бюджетных средств.

В случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок в ФМС, т. к. разрешение на работу аннулируется (как и вид на жительство). Обнаружение антител к ВИЧ-инфекции предполагает повторную диагностику с использованием более точного теста. Не исключено, что результат первого тестирования не подтвердится. Мигрант может избегать второго анализа, опасаясь подтверждения ВИЧ-инфекции, т. к. в этом случае ему грозит депортация. Высылке из страны подлежат иностранные граждане или лица без гражданства и с другими опасными заболеваниями из перечня. Депортация осуществляется из средств госбюджета. У мигрантов есть возможность самим покинуть РФ в установленные сроки. Вопрос о нежелательности пребывания мигранта (иностранного гражданина или лица без гражданства) с установленным диагнозом готовит Роспотребнадзор. Окончательное решение может быть отложено на время лечения в РФ, если межведомственная комиссия посчитает это целесообразным (заражённый может являться опасным источником инфекции для окружающих, например при туберкулёзе). В случае выявления инфекций, передающихся половым путем (ИППП) или туберкулёза, лечение может оплатить сам мигрант или его работодатель. Они должны предоставить соответствующий договор с медицинским учреждением. Если позволяют финансовые возможности, лечение может проводиться и в рамках государственных, региональных, муниципальных программ. В этом случае мигрант обязуется пройти курс до выздоровления от ИППП, либо абациллирования (в случае туберкулёза). Затем ещё раз рассматривается вопрос о нежелательности его пребывания.

У мигрантов есть право в судебном порядке оспорить решение государственных органов. Суд – последняя инстанция в решении вопроса о депортации, обязанная всесторонне рассмотреть вопрос. Например, ВИЧ-инфицированный может иметь вид на жительство и семью в РФ, а в Семейном кодексе предусмотрена норма о воссоединении семей. Для того чтобы депортация состоялась, государственным органам необходимо собрать документы для вынесения соответствующего решения. Но информации, по крайней мере о полной реализации этих решений, нет. В Москве в 2009-2011 гг. их было оформлено более двух с половиной тысяч. Сведения о депортации этих мигрантов отсутствуют.

Медицинская помощь мигрантам, имеющим опасные заболевания, является очень серьёзной проблемой. В связи с этим глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко подчеркнул, что, если лечение мигрантов в России будет осуществляться за счёт бюджета, то «к нам будут массово ехать лечиться». По его мнению,

В случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок в ФМС, т. к. разрешение на работу аннулируется (как и вид на жительство).

решение проблемы состоит в создании договорно-правовой базы по этому вопросу со странами исхода или возложения на работодателей обязанности по оплате лечения трудовых мигрантов¹. В законодательство, касающееся мигрантов, работающих по патенту у физических лиц – граждан РФ, предполагается внести поправки. Когда патент ввели, медицинские документы для его оформления не требовались. У мигранта не было необходимости проходить медицинское обследование. Патент оформляется на срок от 1 до 3-х месяцев и может быть продлён на период до года с момента выдачи. Вместе с тем, работающие по патентам заняты в хозяйстве, нередко ухаживают за детьми и престарелыми.

Правительство РФ ежегодно определяет потребность РФ в привлечении трудовых мигрантов. На 2012 г. она составила 1,746 млн человек, на 2011 г. – 1,754 млн человек. Численность незаконных трудовых мигрантов значительно превышает квоту. Эти иностранные граждане не предоставляют медицинских документов при устройстве на работу. Соответственно необходима разработка мер по противодействию незаконной миграции и легализации занятости приезжих работников. Кроме того, необходимы меры, обеспечивающие повышение качества документов о медицинском освидетельствовании мигрантов. В настоящее время выдвинуто предложение создания единой межведомственной информационной базы о трудовых мигрантах и состоянии их здоровья, что улучшит положение со статистикой заболеваемости работающих на законных основаниях.

Социальная адаптация и самосохранительное поведение

Деадаптация является фактором риска для здоровья (повышения уровня дистресса (сильного и/или продолжительного стресса), риска суицида, аддиктивного, асоциального, антисоциального поведения. Вопрос адаптации прибывающих в РФ трудовых мигрантов предполагает рассмотрение соответствия их адаптационного потенциала условиям, в которых им предстоит жить и работать. Что касается принимающей стороны, то речь идёт прежде всего о правовом и институциональном обеспечении пребывания и занятости трудовых мигрантов, о гарантии их безопасности.

Миграционные сети способствуют приезду всё новых мигрантов. Уверенности прибавляет наличие знакомых или родственников, которые располагают информацией о возмож-

¹ Выявлено 6 тыс. мигрантов с опасными заболеваниями (по данным медицинского журнала Healthy Nation). URL: <http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami> [дата посещения: 27.02.2013].

ностях трудоустройства, наличии жилья и могут оказать поддержку. Подчеркнём, что те, кто освоился на новом месте, а большинство из них трудятся в теневом секторе, транслируют свой опыт неформальной занятости вновь прибывшим.

Многие приезжие не контактируют с местным населением, живут замкнуто, что препятствует интеграции в принимающее сообщество. Очевидно, что шансы на успешную адаптацию у трудовых мигрантов, приезжающих из разных стран СНГ, существенно различаются. Это связано и со степенью близости культур, и с языковым барьером. Последний отсутствует у приезжающих из славянских стран.

Помощь мигрантам в сфере трудовых отношений оказывают профсоюзы, в сложных жизненных ситуациях – общественные организации. Однако большинство мигрантов не знают ни о тех, ни о других. Правоохранительным и другим государственным организациям, включая судебные инстанции, доверяют менее четверти опрошенных мигрантов. Только 13% знают о том, куда можно обратиться в случае нарушения их прав, обращались за такой помощью только 7%, в основном представители «сильных» диаспор [Тюрюканова 2007].

В российском обществе есть опасения, связанные с последствиями большого притока мигрантов (ухудшение криминогенной обстановки, увеличение культурной дистанции и социальной напряжённости вследствие конкуренции на рынке труда). По данным ряда исследований, эту конкуренцию с местными работниками ощущали 25-30% опрошенных мигрантов [Женщины-мигранты 2011: 28], что однако не сказалось на социальном самочувствии большинства из них, точнее на восприятии отношения к себе местного окружения. В частности 70% женщин указали, что местное население относится к ним нормально, 6% – что плохо, 22% затруднились с ответом [Женщины-мигранты 2011: 95] (этот вопрос интересно задать и мужчинам-мигрантам). Доля ответов о плохом отношении небольшая, тем не менее эти данные и статистика гибели мигрантов от рук скинхедов свидетельствуют о необходимости создания более эффективных программ по борьбе с ксенофобией.

Поток трудовых мигрантов в РФ будет расти. Страны-доноры заинтересованы в трудовой миграции в Россию. Денежные переводы мигрантов избавляют их от внутренней безработицы и снижают уровень бедности и социальной напряжённости. Потребность РФ в трудовых мигрантах объясняется недостатком собственных трудовых ресурсов и нежеланием россиян выполнять низкооплачиваемую работу. Сокращение рождаемости в 1990-х гг. в ближайшее десятилетие приведёт к снижению численности экономически активного населения.

Большинство приезжих руководствуются прежде всего экономическими мотивами. В России у них есть шанс заработать больше, чем на родине, где они нередко не имеют

стабильной занятости (были безработными, их работа носила разовый или временный характер). Те, кто не относится к бедным слоям, надеются улучшить своё материальное положение за счёт работы в РФ. Оплата труда мигрантов в РФ в среднем ниже, чем россиян, что объясняется их более низким уровнем квалификации, сферами занятости и лишь отчасти дискриминацией. И в то же время она превышает то, что они могли бы заработать у себя дома в среднем в три раза (в Москве – почти в пять) [Тюрюканова 2007].

Большинство мигрантов хотели бы и в перспективе трудиться в России. В 2006 г. свыше 70% опрошенных считали свой выезд на работу выгодным и собирались продолжать эту деятельность [Тюрюканова 2007]. В 2010 г. более четверти женщин-мигрантов хотели бы переехать в Россию на постоянное место жительства, 22% планировали оставаться здесь длительное время и лишь затем вернуться в свою страну. Почти половина (47%) были настроены на временный приезд с целью заработка в РФ и возвращение домой [Женщины-мигранты 2011: 98-99]. Рост численности трудовых мигрантов и долгосрочные планы большинства из них относительно работы в РФ – ещё один аргумент в пользу изучения проблемы здоровья этой группы.

О необходимости модернизации российской экономики говорится очень много. Создание высокотехнологичного производства требует возрождения начального профессионального образования в РФ. Задаче модернизации народного хозяйства должна отвечать и миграционная политика, и государственное регулирование объёмов и профессионального состава привлекаемой иностранной рабочей силы. Пока в Россию преимущественно приезжают мигранты с низкой квалификацией. Трудоустройством занимаются социальные сети и неформальные институты. Российское государство играет незначительную роль в рекрутинге мигрантов, 90% потока идёт через теневую инфраструктуру трудовой миграции [Тюрюканова 2007].

Как уже отмечалось, «Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г.» предусматривает создание до 2015 г. центров содействия иммиграции в РФ. Такие центры могли бы решать задачи повышения адаптивных возможностей трудовых мигрантов к жизни и работе в РФ, способствовать организации профподготовки, изучению русского языка и российского законодательства. Численность и профессиональная подготовка кадров должны отвечать потребностями российского рынка труда. Создание таких центров потребует стратегического планирования и координации работы в рамках СНГ.

Специалисты считают, что и временные иностранные работники, приехавшие на заработки, «нуждаются хотя бы в элементарном знании языка, традиций, культуры и норм

поведения принимающего социума» [Мукомель 2011: 42]. Они нуждаются и в санитарно-гигиеническом просвещении. Это показывает статистика заболеваемости ИППП и ВИЧ-инфекцией среди мигрантов. В профилактической работе нужно учитывать социально-демографические и социокультурные особенности пребывающих контингентов.

В международной миграции большинство трудовых мигрантов составляют мужчины, хотя всё больше женщин и детей вовлекаются в этот процесс. Среди приезжающих в Россию с целью получить работу также преобладают мужчины. В то же время увеличивается женская миграция в РФ. Растёт доля женщин среди приезжающих из стран Центральной Азии, тогда как среди мигрантов из Украины, Беларуси и Молдовы она стабильная и довольно высокая [Женщины-мигранты 2011: 9].

Средний возраст мигрантов, участвовавших в исследовании 2006 г. составил 32-33 года. [Тюрюканова 2007]. Запас прочности здоровья в молодом возрасте ещё большой. Вместе с тем известно, что среди молодёжи более распространено рискованное в отношении здоровья поведение, чем среди людей среднего и старшего возраста. Это, прежде всего, употребление психоактивных веществ (ПАВ) и рискованное сексуальное поведение. Г. Онищенко отметил крайне низкую осведомлённость иностранных работников о путях передачи и методах профилактики ВИЧ-инфекции, их уязвимость по этой инфекции как следствие рискованной поведенческой практики [Трудовая миграция 2009]. Как показал опрос женщин-мигрантов относительно их сексуального поведения, почти треть из них «либо не информирована о путях передачи половых инфекций и ВИЧ-инфекции и не рассматривает презерватив как реальную защиту от них, либо безоговорочно верит своему партнёру, не допуская мысли о заражении» [Женщины-мигранты 2011: 82].

Адаптационные возможности мигрантов последних лет на рынке труда РФ и в быту ниже, чем у тех, кто приезжал 20 лет назад. Сравнивая трудовую миграцию в РФ конца 1990-х гг. – начала нового века (первая волна) и более позднего периода, учёные отмечают следующие тенденции, характерные для потока «новых» трудовых мигрантов: 1) снижение возраста; 2) рост доли прибывающих из стран Центральной Азии; 3) увеличение доли выходцев из малых городов и сёл; 3) снижение образовательного уровня и ухудшение знания русского языка [Тюрюканова 2007].

Выходцам из сёл, с низким уровнем образования трудно ориентироваться в новой среде. Они не знают своих прав, легко могут стать жертвами обмана и жестокой эксплуатации. В целях повышения адаптивных возможностей мигрантов начата работа по улучшению их знания русского языка, но это

Адаптационные возможности мигрантов последних лет на рынке труда РФ и в быту ниже, чем у тех, кто приезжал 20 лет назад.

только первый шаг. Необходимо разработать гибкую систему социальной адаптации трудовых мигрантов, учитывающую изменения в миграционных потоках, направленную на повышение правовой культуры и профилактику социально опасных заболеваний среди трудовых мигрантов.

Сфера трудовых отношений

Как показано выше, теневая занятость мигрантов имеет широкое распространение. Наём незаконных трудовых мигрантов приносит предпринимателям значительную выгоду, позволяя избегать уплаты налогов. Работники также экономят и на официальной регистрации, и на получении разрешения на работу. В 2010 г. заработная плата мигранток, имевших договор с работодателем и разрешение на работу, в среднем оказалась на 850 рублей меньше, чем у работающих нелегально или без договора. Исследователи считают, что причина состоит в особенностях занятости респондентов (сфера низкоквалифицированного труда) и, возможно, в экономии на налогах [Женщины-мигранты 2011: 24-25].

Исследователи выявляют многочисленные нарушения в сфере трудовых отношений, касающиеся мигрантов: 1) отсутствие трудового или гражданско-правового договора с работодателем, причём наличие договора не гарантирует от увольнения без предупреждения, встречаются юридически недействительные договоры 2) невозможность свободно уволиться или покинуть место работы (по международным нормам, такой труд не считается свободным); 3) изъятие работодателем документов; 4) отказ нанимателя платить под тем или иным предлогом, особенно это касается сверхурочных, несоблюдение договорённостей о размере оплаты [Тюрюканова 2007]. Отсутствие регистрации и незаконный наём оборачивается для работников тем, что они не могут свободно перемещаться по городу. Отсутствие договора или фиктивный договор чреват «проблемами в случае производственной травмы» [Эксплуатация 2009].

Условия работы. Лишь половина мигрантов, опрошенных в 2006 г., считали нормальными условия, в которых работали. Среди нарушений трудовых норм чаще всего отмечались чрезмерная продолжительность рабочего времени, повышенная интенсивность и плохие условия труда (холод, грязь и т. п.) [Тюрюканова 2007].

Бытовые условия. Плохие условия жизни могут стать причиной различных заболеваний. Нередко трудовые мигранты зависимы от работодателя в социально-бытовой сфере (жильё, питание, медицинские услуги и др.) [Тюрюканова 2007], живут в условиях антисанитарии и высокой скученности. У более чем двух третей опрошенных мигранток (68%) жилищные усло-

вия нельзя назвать хорошими. Около трети живут на съёмной квартире вместе с друзьями, родственниками, 13% – у родственников или друзей, ещё 13% – в общежитии, 9% – по месту работы. У остальных жилищные условия лучше – съёмная комната, реже квартира либо организация предоставляет им жильё [Женщины-мигранты 2011: 64].

В федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в 2013 г. внесены изменения, закрепляющие понятие «принимающая сторона» и уточняющие её административную ответственность за непринятие мер по материальному, медицинскому и жилищному обеспечению приглашённого иностранного гражданина или лица без гражданства в период его пребывания в России. Штраф для должностных лиц составляет 40-50 тыс. руб., юридических – 400-500 тыс. руб. Такие же размеры штрафов для должностных и юридических лиц предусмотрены за предоставление приглашающей стороной заведомо ложных сведений о цели пребывания в России иностранного гражданина или лица без гражданства при оформлении документов для его въезда. Уместно заметить, что административные штрафы за каждого незаконно работающего предусматривались и раньше, но ситуацию с теневым наймом они серьёзно не изменили.

Доступность квалифицированной медицинской помощи

Согласно статье 27 закона «О порядке выезда и въезда в РФ», иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается въезд в нашу страну, если они не представили полис медицинского страхования, действительный на территории РФ (обозначены категории лиц, для которых делается исключение – сотрудники дипломатических представительств и др.). Данная статья закона не соблюдается в отношении приезжающих из стран с безвизовым режимом. У пребывающих оттуда трудовых мигрантов, медицинский полис на границе не требуют. Право на получение полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) зависит от статуса в РФ. Полис ОМС выдаётся мигрантам, имеющим разрешение на временное проживание или вид на жительство. Он не полагается тем, у кого есть только разрешение на временное пребывание.

Экстренная медицинская помощь, включая скорую, в РФ предоставляется бесплатно всем мигрантам, независимо от их гражданства. Полис ОМС в этом случае не нужен. В Москве бесплатно оказывается и помощь по родовспоможению женщинам-мигрантам, поступившим в клиники «по скорой». Если у них выявят хроническую патологию, то по этому

поводу их также лечат за счёт бюджетных средств в условиях стационара. Если нужно, то бесплатно в стационаре лечат и новорождённых. В Москве растёт число рожениц-мигранток, доставленных в клиники машинами скорой помощи. В основном они не наблюдались у врачей в период беременности. Доля вызовов мигрантами скорой помощи составляет 3% от общего числа вызовов этой службы. Последняя ежегодно обслуживает 1,5 млн трудовых мигрантов [Щеглов 2012]. Вызовы и лечение мигрантов, поступивших «по скорой» в стационар, оплачиваются из бюджетных средств. Отмечается, что обычно по указанным мигрантами адресам они не проживают, после выписки дальнейшим лечением не занимаются [Мейланова 2012]. Это связано с их отношением к здоровью, финансовыми трудностями и опасением санкций, например, за незаконное пребывание.

Ежегодные расходы столичной казны на медпомощь мигрантам превышают 5 млрд рублей¹. В целях хотя бы частичной компенсации этих средств городского бюджета создаётся специальный фонд, в который работодатели могут внести пожертвования.

Плановую медицинскую помощь мигранты в основном оплачивают сами. Исследование среди женщин-мигрантов (2010 г.) показало, что почти половина из них обращались за медицинской помощью (40% – платно, 9% – бесплатно), 12% прибегали к самолечению по причине дороговизны врачебной помощи, у более трети (38%) не было необходимости лечиться. В стационарной медицинской помощи нуждались 11% респонденток, 6% из них лежали в больнице, 4% отказались от госпитализации, 1% – получили отказ в стационарной помощи. Лечение в основном было платное [Женщины-мигранты 2011: 31-32]. Условия найма не всем позволяли позаботиться о здоровье и полноценно лечиться в случае болезни. По данным исследования 2006 г., только 15% опрошенных трудовых мигрантов имели возможность получить оплачиваемый больничный лист, медицинскую страховку имели почти четверть [Тюрюканова 2007]. В 2010 г. только 5% опрошенных женщин-мигрантов получили полностью оплаченный больничный лист, ещё 7% могли рассчитывать на частичную оплату, 38% не смогли ответить на вопрос об оплате больничного листа, им не приходилось обращаться к работодателю по этому вопросу. 12% опрошенных женщин не могли не выходить на работу в случае болезни, почти треть (31%) имели такую возможность, но период болезни им не оплачивался. Среди занятых у частных лиц больше доля тех, кто не может рассчитывать на отпуск по болезни [Женщины-мигранты 2011: 31-32].

¹ По данным телекомпании НТВ // Официальный сайт НТВ. URL: <http://www.ntv.ru/novosti/345116/> [дата посещения: 28.02.2013].

В качественном пилотажном исследовании, проведённом сектором социальных проблем здоровья ИС РАН в 2011 г. в Москве и Подмосковье по проблеме здоровья трудовых мигрантов, приняли участие 10 работников от 20 до 60 лет из стран СНГ, 1 мигрант трудился нелегально. Трудового договора и медстраховки не было ни у кого. Всё лечение, за исключением экстренной помощи, в Москве было платное. Мигранты старались экономить и не обращаться к врачам даже по поводу хронических заболеваний. У лиц старше 50 лет было по нескольку таких заболеваний. Удовлетворённость диагностикой и лечением в сложных случаях оказалась низкой, предпочтение отдавалось лечению на родине. Сама ситуация откладывания лечения неблагоприятно сказывается на здоровье мигрантов, увеличивая риск запущенности имеющихся заболеваний. Респонденты в основном считали, что возможности заниматься здоровьем в России у них хуже, чем дома.

Улучшение положения трудовых мигрантов в РФ, предоставления им социальных гарантий (в том числе медицинского обслуживания) требует средств. Большинство трудовых мигрантов имеют временную работу, преимущественно в частном секторе экономики. Вопрос об усилении ответственности бизнеса за их социальное обеспечение и повышении внимания государства и общества к их проблемам ставился давно. Как правило, подчёркивается, что работодатели заинтересованы в более дешёвой рабочей силе. Отмечается, что вывод из тени секторов экономики, в которых заняты мигранты (строительство, торговля, коммунальное хозяйство и др.), может ограничить прибыль теневых работодателей от найма мигрантов и повысить нагрузку на социальные системы многих регионов, в частности на государственную систему социального обеспечения [Тюрюканова 2007].

В ближайшее время в обеспечении медицинской помощи мигрантам ожидаются изменения. Во-первых, министерство труда и социальной защиты подготовило поправки в действующее законодательство, согласно которым договор (полис) добровольного медицинского страхования станет обязательным условием при заключении трудового договора с мигрантом. Полис покупает либо сам иностранный работник, либо работодатель заключает договор с медицинской организацией на оказание мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Подготовлены законопроекты, в соответствии с которыми, во-первых, медицинский полис будет обязательным документом для продления разрешения на работу и патента; во-вторых, работодатель будет обязан страховать иностранного работника на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Получается, что трудоустройство на законных основаниях зависит от наличия полиса добровольного медицинского страхования (ДМС),

гарантирующего медицинское обслуживание в оговоренных объёмах. Будут предусмотрены разные варианты. Скорее всего, мигранты постараются приобретать наиболее дешёвые полисы. Уже делаются оценки удорожания их труда в связи с необходимостью покупать полис ДМС. В октябре 2012 г. постановлением Правительства РФ утверждены «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», предусматривающие возможность оказания платных медицинских услуг иностранным гражданам и лицам без гражданства. Далее, скорая помощь переходит на одноканальное финансирование из средств Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). У мигрантов, имеющих право на временное пребывание, нет полиса ОМС. Однако никто не отменял Соглашение Правительств государств-участников стран СНГ «Об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств».

Исследования показали, что у большинства мигрантов нет трудового договора и нет понимания важности его заключения. Поэтому возникает вопрос, не вырастет ли доля тех, кто покупке полиса ДМС предпочтёт нелегальный статус.

В заключение отметим, что снижение рисков для здоровья трудовых мигрантов во многом будет определяться: 1) сокращением их вовлечения в теневой и неформальный сегменты рынка труда (легализация повышает защищённость трудовых мигрантов); 2) эффективностью работы институтов (правовых, образовательных, медицинских, национально-культурных), которые должны осуществлять контроль их пребывания (включая условия их труда и жилищные условия) и оказывать им поддержку. Среда трудовых мигрантов неоднородна. В работе с мигрантами необходимо учитывать их этнокультурную принадлежность, социально-демографические характеристики, сферу занятости, гигиеническую культуру.

Библиографический список

1. Женщины-мигранты из стран СНГ в России. 2011 / Под ред. Е. В. Тюрюкановой – М.: МАКС Пресс.
2. Здоровье трудовых мигрантов. 2012. Информационный бюллетень Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Документационного Центра ВОЗ [сетевое издание] // URL: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/88.html> [дата посещения: 27.02.2013].
3. Мейланова М. 2012. Мигрантам нужны контроль и полис ОМС на границе // Экономика и жизнь. Официальный сайт. URL: <http://www.eg-online.ru/article/177368/> [дата посещения: 28.02.2013].

4. Миграционная политика в Российской Федерации: теория, практика, методы правового регулирования (интернет-интервью заместителя руководителя Федеральной миграционной службы Российской Федерации Е. Ю. Егоровой). 2008 // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://www.garant.ru/action/interview/10232/> [дата посещения: 27.02.2013].
5. Мукомель В. И. 2011. Интеграция мигрантов: вызовы, политика, социальные практики // Мир России. Социология, этнология. Т. XX. № 1.
6. Обязательным условием при трудоустройстве иностранных работников должно стать наличие медицинского полиса. 2012 // Министерство труда и социальной защиты. Официальный сайт. URL: <http://www.rosmintrud.ru/employment/migration/34> [дата посещения: 28.02.2013].
7. Поладова (Гайдарова) Л. Т. 2012. Незаконная миграция в Россию: тенденции, последствия, противодействие. Автореф. канд. дисс. 08.00.05. – М.: ИСПИ РАН.
8. Трудовая миграция способствует распространению ВИЧ-инфекции в России и странах СНГ? 2009 // Демоскоп. № 395 [сетевое издание]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0395/rossia01.php> [дата посещения: 27.02.2013].
9. Тюрюканова Е. 2007. О влиянии миграции на рынок труда // SocPolitika.Ru [сетевое издание] URL: http://www.socpolitika.ru/rus/social_policy_research/applied_research/document7000.shtml [дата посещения: 27.02.2013].
10. Тюрюканова Е. 2004. Трудовая миграция в Россию // Отечественные записки. № 4(19).
11. Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе. 2009. Доклад Международной правозащитной организации Human Rights Watch // Human Rights Watch. Official website [электронный ресурс]. URL: <http://www.hrw.org/ru/reports/2009/02/09> [дата посещения: 27.02.2013].
12. Щеглов К. 2012 // Медицинская газета. 14 сентября.