

Информация об авторах



Демихова Ольга Владимировна

Заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ. Работает в ЦНИИТ с 1977 г. последовательно в должности младшего, старшего, ведущего научного сотрудника, ученого секретаря и, с 2000 г., заместителя директора института. Защитила кандидатскую и докторскую диссертации в области решения различных проблем дыхательной недостаточности у больных туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких.

Кроме этого в сферу научных интересов О.В. Демиховой входят диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза, в том числе у больных с сочетанной ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, разработка и испытание новых противотуберкулезных препаратов, эпидемиология и организационные вопросы борьбы с туберкулезом. Она – автор около 200 публикаций в отечественных и зарубежных журналах, автор глав в четырех монографиях, соавтор первой в России монографии по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией, соавтор шести патентов на изобретения. Является членом Секретариата Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации, членом Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких, членом Европейского респираторного общества.



Нечаева Ольга Брониславовна

Руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

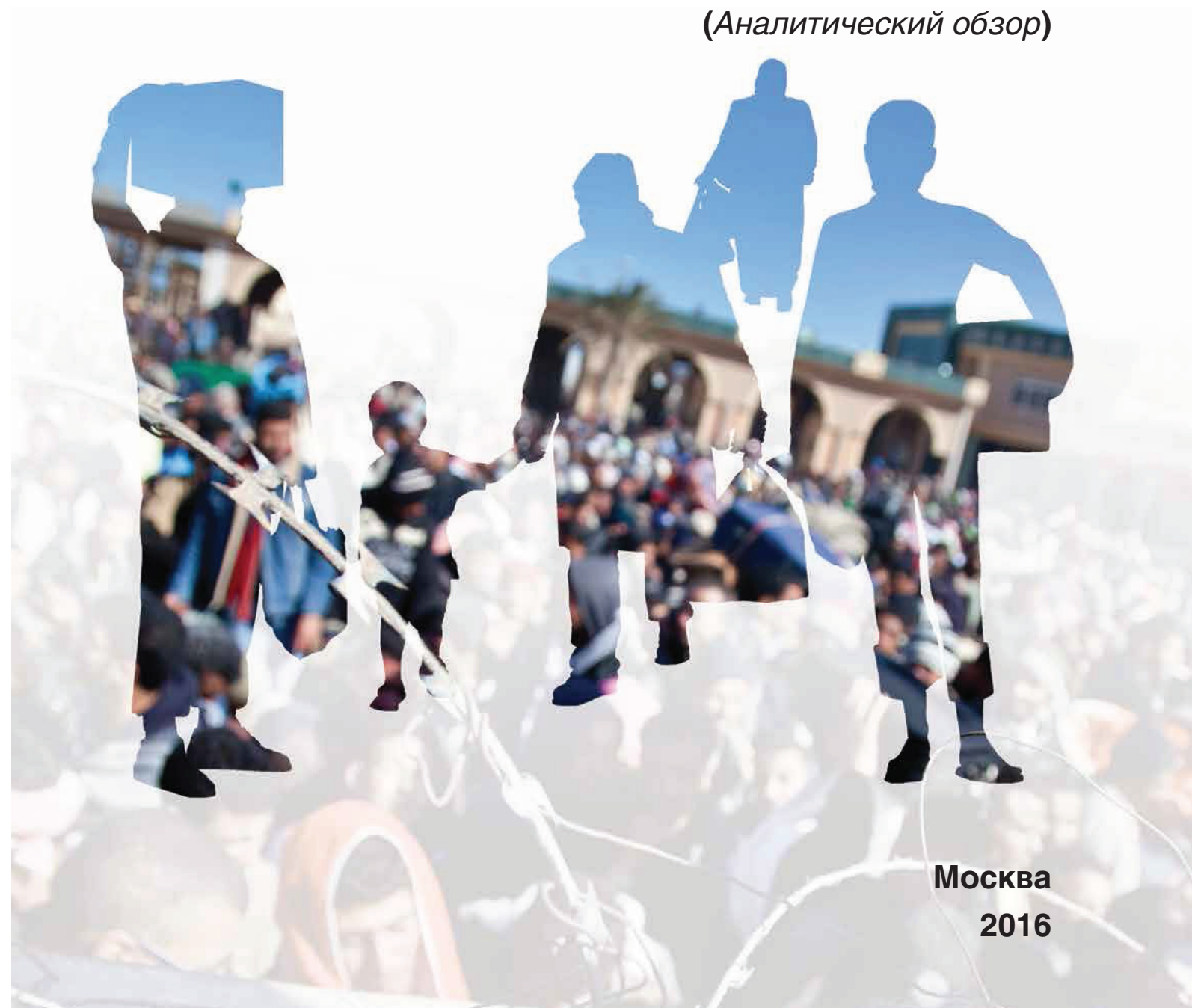
Из семьи врачей-фтизиатров. Является автором более 200 научных работ, в том числе восьми монографий, семи методических рекомендаций, одного учебно-методического пособия, пяти статистических сборников. Соавтор «Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации», приказов Минздрава России по оказанию медицинской помощи пациентам с туберкулезом. Является экспертом по организации противотуберкулезной помощи населению России, а также пациентам с ВИЧ-инфекцией. Член Секретариата Рабочей группы высокого уровня (РВГУ) по туберкулезу в Российской Федерации; председатель Тематической рабочей группы по контролю за туберкулезом среди мигрантов, беженцев и других категорий лиц, пересекающих национальные границы. Многократно выступала на российских и международных научно-практических конференциях и съездах по организации противотуберкулезной помощи, в том числе перед ВИЧ-инфицированными. Награждена знаком «Отличнику здравоохранения», почетными грамотами губернатора Свердловской области и министра здравоохранения Свердловской области.

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»

Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

ВОПРОСЫ ДОСТУПА МИГРАНТОВ К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ, ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА И ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

(Аналитический обзор)



Москва
2016



Основополагающие принципы Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца

Гуманность. Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца, рожденное стремлением оказывать помощь всем раненым на поле боя без исключения или предпочтения, старается при любых обстоятельствах, как на международном, так и на национальном уровне предотвращать или облегчать страдания человека. Движение призвано защищать жизнь и здоровье людей и обеспечивать уважение к человеческой личности. Оно способствует достижению взаимопонимания, дружбы, сотрудничества и прочного мира между народами.

Беспристрастность. Движение не проводит никакого различия по признакам расы, национальности, религии или политических убеждений. Оно лишь стремится облегчить страдания людей, и, в первую очередь, тех, кто в этом нуждается.

Нейтральность. Чтобы сохранить всеобщее доверие, Движение не может принимать чью-либо сторону в вооруженных конфликтах и вступать в споры политического, расового, религиозного или идеологического характера.

Независимость. Движение независимо. Национальные общества, оказывая своим правительствам помощь в их гуманитарной деятельности и подчиняясь законам своей страны, должны, тем не менее, всегда сохранять автономию, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с принципами Красного Креста.

Добровольность. В своей добровольной деятельности по оказанию помощи Движение ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению выгоды.

Единство. В стране может быть только одно национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца. Оно должно быть открыто для всех и осуществлять свою гуманитарную деятельность на всей территории страны.

Универсальность. Движение является всемирным. Все национальные общества пользуются равными правами и обязаны оказывать помощь друг другу.

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»

Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза
в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

**ВОПРОСЫ ДОСТУПА МИГРАНТОВ
К МЕРОПРИЯТИЯМ
ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ,
ДИАГНОСТИКЕ,
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
ТУБЕРКУЛЕЗА
И ТУБЕРКУЛЕЗА, СОЧЕТАННОГО
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

(Аналитический обзор)

Москва
2016

Аннотация

Представлен аналитический обзор научной литературы, международных актов и российских нормативно-правовых документов по вопросам доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Масштаб использования: организации, осуществляющие деятельность в сфере контроля туберкулеза, организаторы здравоохранения, врачи-фтизиатры, сотрудники общественных и международных неправительственных организаций, работающих в сфере здоровья мигрантов.

Обзор подготовлен при поддержке Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) совместно с Российским Красным Крестом (РКК). Исследование выполнено при содействии международной неправительственной некоммерческой организации “United Way Worldwide” на средства, выделенные Фондом Лилли от имени Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Реферат

Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в странах СНГ (аналитический обзор).

Ключевые слова: туберкулез; МЛУ-ТБ; туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией; ВИЧ-инфекция; выявление; диагностика; профилактика; лечение; миграция; мигранты; беженцы.

Цель обзора – ознакомить читателей с международной и российской нормативно-правовой базой по данной проблематике, а также с исследованиями по вопросам доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в России и странах СНГ, освещенными в публикациях 2011–2015 гг.

Особое внимание в обзоре уделяется анализу нормативно-правовой базы Российской Федерации по вопросам миграции, регламентирующей вопросы оказания противотуберкулезной помощи иностранным гражданам на территории РФ, факторам риска и изучению существующих возможностей для выработки организационно-эпидемиологических механизмов повышения эффективности выявления ТБ и сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции в сообществах мигрантов, с особым упором на разработку медико-социальных механизмов мотивации мигрантов к ранним обследованиям, диагностике и последующему лечению как в стране пребывания (России), так и в стране исхода.

Целевая аудитория – организаторы здравоохранения, врачи-фтизиатры, сотрудники общественных и международных неправительственных организаций.

Содержание исследования является предметом ответственности авторского коллектива и не отражает официальную точку зрения Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Российского Красного Креста и Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Содержание этого исследования может бесплатно копироваться и использоваться для образовательных и других некоммерческих целей при условии, что любое воспроизведение сопровождается ссылкой на данные этого исследования «Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (Аналитический обзор)», выполненного в сотрудничестве с Международной Федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и Российским Красным Крестом, при поддержке Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ, Фонда Лилли и United Way Worldwide.

Содержание

Список сокращений	4
Вступительное слово профессора А.Э. Эргешева, директора ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»	5
Вступительное слово профессора В.И. Стародубова, директора ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России	6
Приветствие Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца	7
Приветствие Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ	8
Приветствие Российского Красного Креста	9
Рецензия профессора П.К. Яблонского, директора ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии»	10
Введение	11
Описание основных терминов и понятий, используемых в сфере туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди мигрантов	14
Эпидемиологические данные о заболеваемости ТБ и его распространенности, в том числе сочетанного с ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-инфекции в сообществах мигрантов, а также сравнительная оценка с данными в общей популяции	16
Международная нормативно-правовая база и нормативно-правовая база Российской Федерации, регламентирующая вопросы оказания противотуберкулезной помощи иностранцам в Российской Федерации	22
Факторы риска, барьеры и существующие возможности для выработки организационно-эпидемиологических механизмов повышения эффективности выявления ТБ и сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции в сообществах мигрантов. Предложения по разработке медико-социальных механизмов мотивации мигрантов к ранним обследованиям, диагностике и последующему лечению в стране пребывания (России) и стране исхода	38
Роль, опыт и положительная практика взаимодействия общественных и международных организаций с государственными учреждениями противотуберкулезной помощи, направленного на создание и поддержание эффективных механизмов контроля туберкулеза в сообществах мигрантов	48
Заключение	58
Список литературы	62
Информация об авторах	66

Список сокращений

ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВИЧ-инфекция	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	добровольное медицинское страхование
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ЛС	лекарственные средства для лечения сопутствующих заболеваний и нежелательных явлений химиотерапии туберкулеза
МБТ	микобактерии туберкулеза
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным и другим лекарственным препаратам
ММСП	Международные медико-санитарные правила
МФОККиКП	Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
ОМС	обязательное медицинское страхование
ПТП	противотуберкулезные и другие лекарственные препараты для проведения химиотерапии туберкулеза
РГВУ	Рабочая группа высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации
РКК	Российский Красный Крест
Роспотребнадзор	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
РФ	Российская Федерация
ТБ	туберкулез
ТБ/ВИЧ	туберкулез у пациентов с ВИЧ-инфекцией
УФМС	Управление Федеральной миграционной службы
ФМС	Федеральная миграционная служба
ФСН	Федеральное статистическое наблюдение
ХТ	химиотерапия туберкулеза
ЦГиЭ	Центр гигиены и эпидемиологии
ЦКПЗ	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США)
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость.

Вступительное слово профессора А.Э. Эргешева, директора ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»

В последнее десятилетие на пространстве бывшего СССР отмечается значительная активизация миграционных процессов, вызванных как экономическими причинами, так и последствиями ряда кризисных явлений, существенно влияющих на изменение эпидемической ситуации по целому ряду инфекционных заболеваний, прежде всего в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

В настоящее время Россия является одним из крупнейших мировых миграционных центров, принимая миллионы мигрантов ежегодно. Важными элементами государственной миграционной политики Российской Федерации являются создание условий для адаптации и интеграции мигрантов, защита их прав и свобод, обеспечение социальной защищенности, обеспечение доступа мигрантов к базовым услугам здравоохранения, в частности, в вопросах профилактики, раннего выявления и лечения социально-значимых заболеваний: туберкулеза, ВИЧ-инфекции и болезней, передающихся половым путем, что является одним из наиболее важных приоритетов социальной адаптации и интеграции мигрантов в принимающие сообщества.

Предлагаемый вашему вниманию аналитический обзор «Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией» посвящен анализу имеющихся исследований и нормативно-правовых документов РФ по этим вопросам. Эта публикация очень актуальна, является первой в России и представляет значительный интерес как для РФ, так и для других стран СНГ.

А.Э. Эргешев,
директор ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»,
профессор



Вступительное слово профессора В.И. Стародубова, директора ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России



Представленный в настоящей публикации аналитический обзор литературы и нормативно-правовой базы Российской Федерации по вопросам доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, имеет большое значение не только для России и очень своевременен. Особое внимание в обзоре уделяется анализу документов, регламентирующих вопросы оказания противотуберкулезной помощи иностранным гражданам на территории РФ, факторам риска и изучению существующих возможностей для выработки организационно-эпидемиологических механизмов повышения выявляемости туберкулеза и ко-инфекции (ТБ/ВИЧ) в сообществах мигрантов. Сделан особый упор на разработку медико-социальных механизмов мотивации мигрантов к ранним обследованиям, диагностике и последующему лечению, как в стране пребывания (Российской Федерации), так и в странах исхода мигрантов.

Обзор будет интересен как для мигрантов, приезжающих в Россию, так и для специалистов, которые занимаются миграцией, не только из России, но и из других стран Европы и Азии.

В.И. Стародубов,
директор ФГБУ «Центральный НИИ организации
и информатизации здравоохранения»
Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН, Заслуженный врач Российской Федерации

Приветствие Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Дорогие друзья,

Оказание поддержки наиболее уязвимым категориям мигрантов является важным направлением деятельности Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП). В этой связи особая роль принадлежит обеспечению адекватного доступа трудящихся мигрантов к медицинской помощи, в первую очередь, к комплексу мероприятий по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза, ВИЧ-инфекции и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ (ТБ/ВИЧ). Чрезвычайно актуальными задачами, на наш взгляд, являются защита интересов самых уязвимых категорий мигрантов и совершенствование на этой основе механизмов оказания им необходимой помощи с использованием современных, научно обоснованных данных, позволяющих разрабатывать и внедрять эффективные формы и методы контроля туберкулеза и ВИЧ-инфекции на всем пути движения мигрантов: в странах их проживания, транзита и пребывания, при соблюдении их достоинства и недопущении каких-либо форм дискриминации по отношению к мигрантам.

Настоящий аналитический обзор подготовлен видными российскими учеными, представителями ведущих научно-исследовательских учреждений и является первым, уникальным научно-практическим материалом. В нем содержится глубокий анализ ситуации в сфере эпидемиологии туберкулеза, международной и российской нормативно-правовой базы, регламентирующей комплекс мер по доступу мигрантов к услугам здравоохранения, а также исследуются факторы, препятствующие достижению эффективных результатов. Особое место в обзоре принадлежит примерам успешного сотрудничества государственной противотуберкулезной службы России с международными и российскими неправительственными организациями, а также комплексу практических рекомендаций по реализации задач в сфере трансграничного контроля туберкулеза.

Эффективная площадка, созданная МФОККиКП и Партнерством Лилии по борьбе с МЛУ-ТБ, тесное сотрудничество с Центральным научно-исследовательским институтом туберкулеза РАН позволили по-новому взглянуть на проблему туберкулеза среди мигрантов, обозначив ее решение как задачу, выходящую далеко за рамки одной страны и требующую мобилизации усилий ряда государств региона. В этом смысле представляемый аналитический обзор, отражающий самые современные тенденции, по праву может служить своеобразной настольной книгой для широкого круга специалистов в сфере организации здравоохранения, миграции, сотрудников общественных организаций, вносящих свой вклад в практическую деятельность по контролю туберкулеза в России и на всем пространстве СНГ.

Д.М. Мухамадиев,
Глава Регионального представительства МФОККиКП в России,
доктор медицинских наук



Приветствие Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ



Партнерство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ было создано в 2003 г. для решения глобальной проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ). С этого времени мы с целым рядом других организаций, работающих в сфере глобального здоровья, уже смогли уменьшить боль и страдания, вызванные этим недугом. Несмотря на то, что существуют методы лечения и профилактики, МЛУ-ТБ продолжает наносить ущерб во всем мире, а количество случаев заболевания сохраняется на высоком уровне. Решение проблемы МЛУ-ТБ требует выработки комплексной стратегии и скоординированных действий, учитывающих множество социальных, экономических и медицинских аспектов, связанных с данной болезнью.

С момента своей деятельности Партнерство объединило 45 международных организаций, чтобы добиться повышения качества и доступности противотуберкулезной помощи, там, где это нужно более всего. В России мы считаем за честь работать в сотрудничестве с такими партнерами, как Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и многими другими.

В нашем мире растущих мобильности и связей, где поток перемещающихся через границы людей достиг небывалых значений, для эффективного решения глобальных вызовов здравоохранению, необходимо мыслить шире пределов, заданных географическими границами. Стратегии профилактики, которые мы помогаем развивать, в сочетании с методами эпиднадзора и санитарного контроля среди населения из групп риска, в частности мигрантов, могут значительно уменьшить, и, возможно, рано или поздно совсем ликвидировать туберкулез как в России, так и за ее пределами. Мы признаем важность и абсолютную необходимость работы в партнерстве для достижения этой задачи.

Приверженность Лилли борьбе с туберкулезом и наше сотрудничество с Красным Крестом и целым рядом других партнеров нацелены на помощь людям, испытывающим страдания, и делают значимый вклад, который позволит изменить к лучшему жизнь будущих поколений.

Эван Ли

Вице-президент

Отдел международных программ здравоохранения Лилли
Партнерство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ

Приветствие Российского Красного Креста

Для Российского Красного Креста вопросы профилактики распространения туберкулеза всегда являлись одним из наиболее приоритетных направлений уставной деятельности. На протяжении всей нашей истории мы постоянно стремились вести активную работу среди населения, особенно среди наиболее уязвимых категорий граждан, по предотвращению распространения любых социально опасных заболеваний.

В этой связи хочу отметить, что Российский Красный Крест всегда с воодушевлением приветствует любые теоретические и методические разработки, оказывающие помощь и поддержку населению и органам власти в вопросах профилактики распространения туберкулеза, и активно участвует в их создании и внедрении. Все мы знаем, насколько актуальны на сегодняшний день проблемы, связанные с социальной адаптацией мигрантов и обеспечением их прав в части доступа к основным медицинским услугам. Мы также знаем, как опасно не замечать сложных социальных проблем и закрывать на них глаза. Туберкулез в среде мигрантов, выработка механизмов борьбы с ним и защиты всего населения нашей страны являются одними из наиболее острых современных гуманитарных вызовов, которые требуют самого активного обсуждения всеми заинтересованными сторонами – государством, системой здравоохранения, научными и общественными организациями. А для конструктивного диалога и поиска решений всегда особо ценны объективные аналитические данные.

Я бы хотела выразить искреннюю признательность Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, а также Партнерству Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ за активную и последовательную поддержку Российского Красного Креста и непосредственное участие в совместной подготовке и выпуске данного аналитического обзора. Уверена, что этот исследовательский труд станет весомым подспорьем в нашей общей борьбе с туберкулезом и защите здоровья населения.



Раиса Лукутцова

Председатель Российского Красного Креста

Рецензия профессора П.К. Яблонского, директора ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии»

Во всем мире мигранты приезжают из стран с серьезными социально-экономическими проблемами в наиболее благополучные страны. Социальная направленность политики нашего государства проявляется в переходе в последние годы от парадигмы защиты коренного населения России от заболеваний, которые могут принести с собой мигранты, к идее сохранения здоровья самих мигрантов. Как показано в данной работе, в Россию приезжают в основном молодые мужчины и женщины, и их основная цель – трудовая деятельность. В обзоре представлено распределение мигрантов по занимаемым рабочим местам и условиям жизни, показано, что туберкулезом чаще всего болевают мигранты, живущие в плохих жилищных условиях. Даны основные показатели, характеризующие эпидемический процесс среди мигрантов. Формулируя задачу раннего выявления и предупреждения развития туберкулеза среди мигрантов как одну из приоритетных направлений работы, авторы показывают, что проблема разделяется на две составляющие: недостаточная информированность мигрантов о туберкулезе и трудности, в том числе материальные, в решении диагностических и, особенно, следующих за ними лечебных мероприятий.

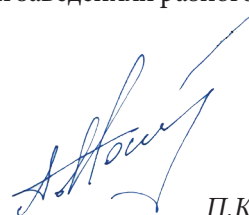
В работе дан тщательно отобранный и всеобъемлющий перечень нормативных документов, регламентирующий обязательства России в отношении здоровья мигрантов не только по туберкулезу, но и по ВИЧ-инфекции и другим заболеваниям, что делает обзор важным документом, который должен стать настольной книгой и для разработчиков политики, и для мигрантов, приезжающих в нашу страну. Следует подчеркнуть, что обзор не ограничивается нормативной документацией: в нем широко представлены

научные публикации, касающиеся социальных и медицинских аспектов миграционного процесса, а также описан личный опыт авторов, представивших в декабре 2015 г. рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов. В работе наглядно отражается мультикомпонентность проблемы сохранения здоровья мигрантов, подчеркивается важность взаимодействия не только со службами внутри системы здравоохранения, но и с другими государственными и общественными организациями, что соответствует международной стратегии ликвидации туберкулеза.

Особая ценность данного обзора заключается в том, что авторы, не ограничиваясь описанием законодательно закрепленных установок, указывают на нерешенные проблемы, «узкие места» в законодательстве в отношении охраны здоровья мигрантов, что позволяет наметить дальнейшие пути развития здравоохранения применительно к укреплению здоровья данной категории граждан. При этом решение поставленных задач предлагается в новом ключе, несколько неожиданном для фтизиатрии, но соответствующем общему курсу: от задачи «как нам защититься от мигрантов, заболевших туберкулезом, как не допустить их в свою среду», предлагается перейти к обеспечению защиты мигрантов от возможности заболеть туберкулезом и дальнейшему качественному медико-санитарному сопровождению уже заболевшего пациента.

Распространение этого нового подхода к проблеме здоровья мигрантов делает необходимыми не только публикацию данного аналитического обзора, но и его широкую популяризацию среди врачей самых разных специальностей, прежде всего, первичного звена здравоохранения, а также в медицинских учебных заведениях разного уровня.

Директор ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии»
Минздрава России, президент Национальной ассоциации фтизиатров,
доктор медицинских наук, профессор



П.К. Яблонский

ВВЕДЕНИЕ

Миграция населения, связанная с переменой места жительства, существовала всегда. Согласно определению Организации Объединенных Наций, мигрантом является лицо, поменявшее свое обычное местожительство вследствие пересечения международной границы или вследствие перемещения внутри страны происхождения в другой регион, округ или муниципалитет [8]. Под международной миграцией обычно подразумевается перемещение людей, переезжающих из страны своего обычного местожительства – на постоянной или временной основе – в другую страну [65]. Благодаря миграции происходили образование и смешение рас и народов, освоение земель, развитие производительных сил. Миграция позволяет объединить ресурсы и рабочую силу; благодаря миграции реализуются потребности населения в работе и жилье, осуществляется социальный и профессиональный рост. Миграция населения выполняет важные функции в жизни государств и общества.

В последние годы различные государственные, негосударственные и международные организации проводят немало исследований, освещающих те или иные аспекты доступа мигрантов к услугам здравоохранения, в первую очередь в связи с профилактикой, диагностикой и лечением туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Вместе с тем, в Российской Федерации отсутствует единый обзор литературы, позволяющий осветить все вышеуказанные проблемы и обобщить имеющиеся данные в этой области.

Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) совместно с Российским Красным Крестом (РКК) инициировали подготовку обзора литературы, содержащего результаты доступных исследований, проведенных в России и СНГ по вопросам доступа мигрантов к комплексу мер по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению ТБ и ТБ/ВИЧ за период 2012–2015 гг.

В настоящем обзоре представлена клинико-эпидемиологическая статистика заболеваемости и распространенности туберкулеза в сообществах мигрантов и дана ее сравнительная оценка с дан-

ными в общей популяции. Проведен анализ существующей нормативно-правовой базы Российской Федерации, регламентирующей вопросы оказания противотуберкулезной помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, выделены факторы риска, барьеры, а также имеющиеся возможности для выработки организационно-эпидемиологических механизмов повышения выявляемости ТБ и сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции в сообществах мигрантов, с особым упором на разработку медико-социальных механизмов мотивации мигрантов к ранним обследованиям, диагностике и последующему лечению, как в стране пребывания, так и в странах исхода.

Важное место в обзоре отведено анализу роли и положительного опыта взаимодействия общественных и международных организаций с государственными учреждениями противотуберкулезной помощи, направленных на создание и поддержание эффективных механизмов контроля туберкулеза в сообществах мигрантов.

* * *

Интенсивность и состав миграционных потоков существенно различаются в разные периоды развития человечества. Во время войн и других социальных катаклизмов основой миграции становятся беженцы и перемещенные лица. При этом миграция начинает играть не только положительную, но и отрицательную роль, особенно для местного населения территорий, куда приезжают потоки мигрантов, усугубляя социальные детерминанты туберкулеза. Туберкулез считается проблемой общественного здравоохранения в большинстве стран, особенно среди уязвимых групп населения (т. е. лиц, в более высокой степени подверженных риску дискриминации, враждебности или неблагоприятной экологической ситуации). Миграция, являясь социальным детерминантом здоровья, увеличивает заболеваемость и смертность от туберкулеза среди мигрантов и в их сообществах на протяжении всех путей миграции,

в том числе за счет реактивации латентного туберкулеза. Факторы риска инфицирования, трансмиссии и неблагоприятных исходов ТБ (скученность проживания и неблагоприятные условия работы, низкий социально-экономический статус, повышенная уязвимость в отношении ВИЧ-инфекции, недостаточное питание/истощение, злоупотребление алкоголем или наркотиками) очень актуальны для этой категории граждан.

В последнее десятилетие на пространстве бывшего СССР отмечается значительная активизация миграционных процессов, вызванных как экономическими причинами, так и последствиями ряда кризисных явлений, существенно влияющих на изменение эпидемической ситуации по целому ряду инфекционных заболеваний, прежде всего в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В этих условиях следование Глобальной стратегии и целям в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. приобретает особое значение.

В настоящее время Россия является одним из крупных мировых миграционных центров, принимая миллионы мигрантов ежегодно. Согласно данным ФМС России, ежегодно в Российскую Федерацию приезжает около 13–14 млн иностранцев [70]. Более 80% из них – это граждане стран СНГ, что составляет около 9,5 млн чел. Важными элементами государственной миграционной политики Российской Федерации являются создание условий для адаптации и интеграции мигрантов, защита их прав и свобод, обеспечение социальной защищенности [16].

В данном контексте обеспечение доступа мигрантов к базовым услугам здравоохранения, в частности, в вопросах профилактики, раннего выявления и лечения социально значимых болезней – туберкулеза, ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем, – являются одним из наиболее важных приоритетов социальной адаптации и интеграции мигрантов в принимающие сообщества.

По данным ФМС России, среди иностранных граждан, находящихся в РФ, около 87% прибыли из стран бывшего Советского Союза, в основном из Украины (24,5%), Узбекистана (19,2%), Таджикистана (9,1%) и Казахстана (6,6%) [19]. Половой (мужчины – 68%, женщины – 32%;) и возрастной состав мигрантов (0–17 лет – 12%, 18–29 лет – 34%, 30–39 лет – 21%, 40–49 лет – 16%, 50 лет и старше – 17%) [20, 67, 68] указывает на то, что значительная часть из них приехала в Россию работать. Треть жи-

вущих в России иностранных граждан – это женщины, а каждый восьмой мигрант – ребенок. Следовательно, приезжает много семей, а это требует разработки специальных мероприятий по обеспечению доступности медицинской помощи.

Заболеваемость туберкулезом в регионах, откуда в Россию въезжает основная часть трудовых мигрантов, – в странах Центральной Азии и Закавказья – остается высокой. Если уровень заболеваемости туберкулезом среди иностранных граждан будет таким же, как в их странах происхождения, то в России ежегодно должны заболеть туберкулезом 10,5 тыс. чел., которые являются иностранными гражданами, в том числе 85% из стран бывшего СССР [58].

По данным ВОЗ, в 2013 г. оценочный показатель заболеваемости туберкулезом составил: в Узбекистане – 80 (68–97), в Таджикистане – 100 (89–114), в Кыргызстане – 141 (124–157), в Молдове – 159 (142–180), на Украине – 96 (87–110) на 100 тыс. чел. населения.

Значительный приток беженцев с Украины, происходящий начиная с 2014 г., делает необходимыми увеличение объема ресурсов, направляемых на противодействие туберкулезу, и совершенствование соответствующих финансовых механизмов. Высокий уровень заболеваемости ТБ и ВИЧ-инфекцией на юго-востоке Украины позволяет предполагать высокий уровень распространения данных болезней и среди тех, кто, покинув эти территории, получил право на постоянное или временное проживание в России. В 2013 г. заболеваемость туберкулезом в Донецкой области составляла 71,3, а в Луганской – 78,6 на 100 тыс. чел. населения. Эти показатели существенно больше, чем в субъектах Центрального федерального округа Российской Федерации, с которыми граничат данные области Украины (41,4 на 100 тыс. чел. населения).

Все, кто получил статус беженца или временное убежище, имеют право на медицинскую помощь наравне с гражданами России и из гуманных соображений не могут быть депортированы за пределы Российской Федерации. В случае выявления туберкулеза его лечение должно проводиться в России за счет средств бюджетов разных уровней.

Не надо забывать и об отсроченном туберкулезе: выявление ТБ происходит не только во время первичного осмотра при оформлении статуса беженца, но и через несколько лет после переезда в субъекты Российской Федерации, так как зна-

чительная часть этих людей уже инфицированы микобактерией туберкулеза. Необходимы организация медицинского контроля над новыми гражданами России, включение их в национальную программу противотуберкулезных мероприятий.

Государства, имеющие общие границы с Россией и являющиеся основными странами исхода трудовых мигрантов в Российскую Федерацию, принадлежат, так же как и РФ, к числу стран с высоким бременем туберкулеза. Приток мигрантов в Россию в последние годы требует совершенствования нормативно-правовой базы Российской Федерации по вопросам оказания противотуберкулезной помощи иностранным гражданам на территории России, изучения факторов риска

и существующих возможностей для выработки организационно-эпидемиологических механизмов повышения выявляемости туберкулеза и сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции в сообществах мигрантов, с особым упором на разработку медико-социальных механизмов мотивации мигрантов к ранним обследованиям, диагностике и последующему лечению как в России в качестве страны пребывания, так и в странах исхода, изучения роли и положительного опыта взаимодействия общественных и международных организаций с государственными учреждениями противотуберкулезной помощи, направленного на создание и поддержание эффективных механизмов контроля туберкулеза в сообществах мигрантов.

ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СФЕРЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МИГРАНТОВ

Активная форма туберкулеза	ТБ, признаки активности процесса которого установлены в результате проведения клинических, лабораторных, рентгенологических исследований.
Беженец	Лицо, которое не является гражданином Российской Федерации и которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений.
ВИЧ-инфекция	Хроническое заболевание, вызываемое ВИЧ.
ВИЧ-инфицированные	Лица, зараженные ВИЧ.
Временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин	Лицо, получившее разрешение на временное проживание.
Временное убежище	Возможность иностранного гражданина или лица без гражданства временно пребывать на территории Российской Федерации; предоставляется, если они: а) имеют основания для признания беженцем, но ограничиваются заявлением в письменной форме с просьбой о предоставлении возможности временного пребывания на территории России; б) не имеют оснований для признания беженцем, но из гуманных побуждений не могут быть выдворены (депортированы) за пределы России.
Выдворение	Мера юридической ответственности, вид административного наказания, устанавливаемого в отношении иностранных граждан или лиц без гражданства за совершение административных правонарушений, предусмотренных Кодексом России об административных нарушениях. Принудительное и контролируемое перемещение (высылка) иностранных граждан или лиц без гражданства через Государственную границу России за пределы России, либо контролируемый самостоятельный выезд из страны.
Депортация	Принудительная высылка иностранного гражданина из Российской Федерации в случае утраты или прекращения законных оснований для его дальнейшего пребывания (проживания) в Российской Федерации.
Заболеваемость туберкулезом	Число впервые зарегистрированных пациентов с ТБ в расчете на 100 тыс. чел. населения.
Законно находящийся в Российской Федерации иностранный гражданин	Лицо, имеющее действительные вид на жительство, либо разрешение на временное проживание, либо визу и (или) миграционную карту, либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации.
Заразная форма туберкулеза	Активная форма ТБ, при которой происходит выделение МБТ.
Иммигранты	Лица, переселившиеся в данную страну.
Иностранец	Физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства.
Лицо без гражданства	Физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.
Лицо, инфицированное МБТ	Лицо, зараженное МБТ. Инфицированность МБТ не является заболеванием и проявляется положительными тестами на ТБ (проба Манту с 2 ТЕ, диаскинтест – проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении).

Медицинские противотуберкулезные организации	Медицинские организации, оказывающие противотуберкулезную помощь и осуществляющие профилактику ТБ.
Медицинский осмотр	Медицинское обследование населения, различных его групп, производственных и учебных коллективов или отдельных лиц, проводимое с целью определения состояния здоровья и выявления ранних форм заболеваний.
Медицинское обследование	1. Комплекс исследований, проводимых для выявления индивидуальных особенностей пациента, установления диагноза, подбора рационального лечения, наблюдения за течением болезни, определения прогноза; включает в себя сбор анамнеза, осмотр, физикальное, лабораторное, инструментальное исследование; 2. Проверка одного человека или группы людей, которые, хотя, вероятно, являются здоровыми, но принадлежат к группе риска развития какой-либо определенной болезни; используется для обнаружения излечимых болезней, находящихся в начальной стадии.
Медицинское освидетельствование	Совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.
Мигрант	Здесь – иностранный гражданин, беженец или лицо без гражданства.
Миграция населения	Любое территориальное перемещение населения, связанное с пересечением как внешних, так и внутренних границ административно-территориальных образований с целью смены постоянного места жительства или временного пребывания для осуществления учебы или трудовой деятельности независимо от того, под воздействием каких факторов оно происходит. Различаются внешние миграции (межконтинентальные, межгосударственные) и внутренние (внутри страны – между регионами, городами, сельской местностью).
Недокументированные трудовые мигранты	Когда у трудовых мигрантов из стран безвизового въезда бывают не в порядке документы (нет разрешения на работу или нет регистрации, или эти документы просрочены), их следует называть «трудовые мигранты с неурегулированным статусом», или «недокументированные трудовые мигранты».
Пациент (больной) с туберкулезом	Пациент (больной) с активной формой ТБ.
Постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин	Лицо, получившее вид на жительство.
Противотуберкулезная помощь	Совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение (в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию) пациентов с туберкулезом и проводимых при оказании медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами России, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.
Профилактика туберкулеза	Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения ТБ, а также раннее его выявление.
Рeadмиссия	Согласие государства на прием обратно на свою территорию своих граждан и иностранцев, прежде находившихся или проживающих в этом государстве, которые подлежат депортации из другого государства.
Рецидив туберкулеза	Число повторно выявленных пациентов с активным ТБ в расчете на 100 тыс. чел. населения.
Смертность от туберкулеза	Число лиц, умерших от ТБ в течение года, в расчете на 100 тыс. чел. населения.
Туберкулез	Инфекционное заболевание, вызываемое МБТ.
Эмигранты	Лица, переселившиеся за пределы страны.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТБ И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ В СООБЩЕСТВАХ МИГРАНТОВ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА С ДАННЫМИ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

В соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, в целях предупреждения распространения инфекционных болезней иностранными гражданами, прибывающими в РФ с целью трудового найма, ежегодно в России медицинское освидетельствование на наличие (отсутствие) заболеваний, представляющих опасность для окружающих, проходит от 1 до 1,5 млн иностранных граждан.

Однако экспертные исследования и данные Роспотребнадзора показывают, что освидетельствование на наличие туберкулеза, ВИЧ и ИППП проходят лишь около 10% иностранных граждан. Так, по данным ежемесячной ведомственной формы мониторинга Роспотребнадзора [35], за период 2007–2013 гг. прошли медицинское освидетельствование более 7,4 млн иностранных граждан. Суммарно выявлено 56 206 больных инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфицированных – 11 358

(20,2% от числа выявленных лиц с инфекционными болезнями), больных туберкулезом – 20 881 (37,2%), больных ИППП – 23 967 (42,6%).

В 2013 г. освидетельствовано 1 495 113 чел., выявлено 6 226 больных инфекционными заболеваниями (0,42% от прошедших медицинское освидетельствование), из них ВИЧ-инфицированных – 1 607 (25,8% от числа выявленных лиц с инфекционными болезнями), больных туберкулезом – 2 440 (39,2%), больных ИППП – 2 179 (35%). Наиболее частыми причинами оформления проектов решений о нежелательности пребывания иностранных граждан в России являются туберкулез – 45,3%, ВИЧ-инфекция – 36,8%, ИППП – 17,9%.

Выявляемость на 100 тыс. обследованных иностранных граждан в 2013 г. составила: ВИЧ-инфекция – 107,5; туберкулез – 163,2; ИППП – 145,7.

Выявление ВИЧ-инфекции в среднем по России (формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» и № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией») в 2013 г. составила 315,1 на 100 тыс. исследований на антитела к ВИЧ, что в 2,93 раза больше, чем выявляемость ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан.

Выявляемость туберкулеза в среднем по России (форма ФСН № 30) в 2013 г. составила 61,6 на 100 тыс. осмотренного методом флюорографии органов клетки населения, что в 2,65 раза меньше, чем выявляемость туберкулеза среди иностранных граждан.

Таким образом, среди иностранных граждан по сравнению со средними данными по России при проведении обследований выявляемость



Экспертные исследования и данные Роспотребнадзора показывают, что освидетельствование на наличие туберкулеза, ВИЧ и ИППП проходят лишь около 10% иностранных граждан

Таблица 1

Выявленные иностранные граждане при проведении обследований в 2007–2013 гг.

Нозология	Источник данных, показатели		Год							Итого
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ВИЧ-инфекция	Письмо Роспотребнадзора от 27.02.2014 г. № 01/2159-14-32		1676	1579	1179	1385	1215	1403	1607	11 358
	Форма ФГСН № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»	Абс. численность	2238	2029	1789	1980	1943	2281	2412	14 672
		% впервые зарегистрированных	4,5	3,5	2,9	3,2	2,9	3,0	3,0	
Туберкулез	Письмо Роспотребнадзора от 27.02.2014 г. № 01/2159-14-32		3360	3449	2498	2196	2563	2330	2440	20 881
	Форма ФГСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»	Абс. численность	2123	2500	2217	2110	2821	2689	2432	16 892
		% впервые зарегистрированных	1,5	1,8	1,6	1,5	2,0	1,9	1,7	

выше при туберкулезе (2013 г.: 163,2 против 61,6 на 100 тыс. чел. населения) и ниже при ВИЧ-инфекции (соответственно 107,5 против 315,1).

Было проведено сравнение (табл. 1) случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции, выявленных при обследовании иностранных граждан по данным Роспотребнадзора на основании проводимого им ежемесячного мониторинга, и случаев регистрации впервые выявленных процессов по формам Федерального статистического наблюдения (ФСН) № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» и № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» [18]. Оно позволяет сделать вывод, что при проведении ежемесячного мониторинга субъекты Российской Федерации представляют в Роспотребнадзор не все сведения об иностранных гражданах, у которых обнаружена ВИЧ-инфекция. В ежегодной форме ФСН № 61 иностранных граждан регистрируется в 1,5 раза больше. При этом надо отметить: доля иностранцев среди всех впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сокращается – с 4,5% в 2007 г. до 3,0% в 2013 г.

По туберкулезу ситуация иная. В период с 2007 по 2011 г. доля иностранцев среди впервые зарегистрированных случаев ТБ в соответствии с формой ФСН № 8 выросла с 1,5 до 2,0%, а затем начала уменьшаться – до 1,7% в 2013 г. Данные формы ФСН № 8 и мониторинга Роспотребнадзора в 2013 г. сблизились. Между тем этого не должно было бы происходить, так как при обследовании

иностранцев туберкулез регистрируется не только впервые, но и повторно (рецидивы процесса).

Таким образом, можно сделать вывод о недостаточном взаимодействии между органами Роспотребнадзора и учреждениями здравоохранения, которые подают данные по регистрации ВИЧ-инфекции и туберкулеза у иностранных граждан.

Среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом доля иностранных граждан выросла с 2,7% в 2013 г. до 3,1% в 2014 г. и до 3,8% в 2015 г. Высока доля иностранных граждан, больных туберкулезом (2015 г.), в городах Москва (18,7%) и Санкт-Петербург (19,7%), а также в Калужской и Рязанской областях (20,7% и 16,9%, соответственно). Вместе с тем, иностранные граждане (4,3%) существенно не влияют на показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Однако необходимо отметить, что в 2014–2015 гг. доля ВИЧ-инфицированных иностранных граждан выросла (2013 г. – 3,0%), также как и абсолютная численность иностранных граждан с впервые зарегистрированным туберкулезом (2013 г. – 2 432 чел.; 2014 г. – 2 690 чел.; 2015 г. – 3 188 чел.)

Хотя достоверные статистические данные о туберкулезе среди мигрантов в настоящее время отсутствуют, можно обоснованно предположить, что выявляется не более 1/4 от возможного числа случаев заболевания туберкулезом. Это связано с тем, что только небольшая часть мигрантов обследуется на туберкулез, когда у них возникает необходимость

получить документы, разрешающие работать в России, или при оформлении регистрации. Серьезным препятствием, существенно снижающим заинтересованность иностранных граждан в прохождении обследований на туберкулез, продолжает оставаться их обеспокоенность тем, что в случае выявления туберкулеза им может быть запрещено пребывание на территории Российской Федерации.

***Достоверных статистических данных
о туберкулезе среди мигрантов
в настоящее время нет***

Распространенность ТБ среди мигрантов, а также своевременность и полнота регистрации случаев этого заболевания определяются принадлежностью иностранных граждан к группам риска, их осведомленностью об этой патологии и симптомах, а также тем, насколько оперативно они обращаются за помощью в учреждения здравоохранения.

Целый ряд аспектов проблемы осведомленности мигрантов в вопросах туберкулеза и ВИЧ и факторов, препятствующих доступу мигрантов к услугам в области профилактики, раннего выявления и лечения ТБ и ВИЧ-инфекции, отражен в исследовании Д. В. Полетаева и Ю. Ф. Флоринской «Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции» [50], выполненном Центром миграционных исследований (ЦМИ) в сотрудничестве с МФОККиКП и РКК, при поддержке международной неправительственной неком-



Серьезным препятствием, существенно снижающим заинтересованность иностранных граждан в прохождении обследований на туберкулез, продолжает оставаться их обеспокоенность тем, что в случае выявления туберкулеза им может быть запрещено пребывание на территории Российской Федерации.

мерческой организации “United Way Worldwide” и Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Исследование проводилось среди мигрантов из Центральной Азии в четырех регионах России (Москва, Волгоград, Тамбов, Оренбург) а также в Казахстане, Таджикистане и Кыргызстане. Размер выборки составлял 1750 респондентов (400 в Кыргызстане, 400 в Таджикистане, 400 в Казахстане, 650 в России, в том числе 100 – повторно, после обучения на курсах), в возрасте от 18 до 60 лет, имеющих опыт миграции. Мужчины составляли 75% опрошенных, женщины – 25%.

Около четверти опрошенных по всей выборке ничего не знают о туберкулезе. Флюорографию в текущем году делали 22%, в прошлом году – 24%, более года назад – 44%. Около 10% никогда не делали флюорографию. Среди опрошенных у 10% есть родственники или знакомые на родине, заразившиеся ТБ, а у 2% – родственники или знакомые, заразившиеся ТБ в России. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов не очень велика, однако больше половины респондентов никогда не проходили проверку на наличие ВИЧ-инфекции.

Среди тех, кто ответил, что обладает какими-то знаниями о туберкулезе, уровень знания об излечимости туберкулеза в среднем по всем опрошенным не превышает 73%. О том, что курс лечения туберкулеза нельзя прерывать, в целом знают чуть более половины тех, кто считает, что что-то знает о туберкулезе. Исследование показало, что среди готовящихся к миграции, уровень знания об излечимости туберкулеза выше (83%), чем у тех мигрантов, которые уже работают в России (73%). Необходимо отметить, что обучение мигрантов не привело к головному знанию о том, что туберкулез излечим: 4% прошедших обучение мигрантов затруднились ответить на вопрос об излечимости ТБ, а 1% сказали, что это неизлечимое заболевание.

Вопрос о возможности прерывания лечения туберкулеза был самым сложным для респондентов. Так, среди всех опрошенных до обучения, знание о том, что нельзя прерывать назначенный врачом курс лечения туберкулезом показали немногим более половины респондентов (54%). После обучения средняя величина знания поднялась

до 65%, но не стала 100%-ной (31% прошедших обучение затруднились ответить, а 4% сказали, что курс лечения можно прервать).

Большинство мигрантов, находясь на работе в принимающей стране, медицинской помощью не пользуются, оставляя обращения к врачу «на потом», после возвращения домой. Среди причин необращения за помощью лиц с ТБ являются: отсутствие денег на лечение (35%), отсутствие информации (32%), боязнь прекращения общения с близкими (30%).

С точки зрения сохранения здоровья эта стратегия представляется понятной, но не очень рациональной: ее результатом будет распространение запущенных и от этого тяжело поддающихся лечению болезней среди мигрантов, а также переход многих заболеваний в хроническую стадию. Впрочем, стратегия поведения тех, кто уже находится в миграции, и тех, кто пока находится дома и только готовится выехать, – разная. Живущие на родине и еще не выехавшие в миграцию обращаются к врачам довольно часто: за последний год это делало почти $\frac{4}{5}$ опрошенных. В то же время среди работающих в Казахстане и России таких всего 7 и 17%, соответственно.

В целом, большинство мигрантов предпочитает не обращаться к врачам в профилактических целях, хотя, живя на родине, 17% будущих мигрантов пользуются профилактической медициной. В то же время стратегия отказа от лечения крайне редко используется мигрантами, находящимися еще на родине, но оказывается довольно востребованной мигрантами в принимающих странах – от 21% в России до 63% в Казахстане стараются «перетерпеть» болезнь, не обращаясь к врачам. Таким образом, вопросы отношения мигрантов к своему здоровью и к выбору стратегии поведения в сфере обращения за медицинской помощью требуют отдельного внимания, в том числе, и со стороны органов здравоохранения посылающих стран – ведь именно им придется, в конце концов, заниматься вопросами «пошатнувшегося» здоровья вернувшихся на родину мигрантов.

Подавляющее большинство трудовых мигрантов живут скученно, так как на аренде жилья принято экономить. Отдельное жилье снимает только каждый десятый опрошенный. Съем жилья совместно с другими мигрантами, проживание в жилье, предоставленном работодателем (включая проживание домашних работников, работающих в семье работодателя), или аренда койко-ме-

ста в общежитии – вот три основных варианта для проживания среднеазиатского мигранта. Примерно каждый десятый мигрант проживает в плохо пригодном или просто не приспособленном для проживания жилье: в вагончике, техническом помещении, подвале, сарае, на рынке.

Скученность проживания увеличивает риск распространения туберкулеза среди соседей, если один из мигрантов заболевает. Именно поэтому в информационных кампаниях по профилактике туберкулеза важно давать установку на постоянный мониторинг и самоконтроль здоровья самими мигрантами, в том числе и их соседей по жилью: болезнь может быстро распространиться, если заболевший халатно относится к собственному здоровью и тем самым подвергает опасности состояние здоровья проживающих совместно с ним. Следует также обратить внимание, что на родине, как и в принимающих странах, большинство мигрантов пользуется платной, а не бесплатной помощью. Понятно, что стоимость визита к врачу в посылающих и принимающих странах различна, в силу различий в уровне доходов населения, но при этом есть и позитивный момент: если платная помощь не является чем-то необычным для мигранта, его надо ориентировать на своевременное, пусть и более дорогое, чем на родине, обращение к врачам сразу в принимающих странах, как только возникает необходимость.

Серьезным минусом для трудового мигранта и большим плюсом для работодателя является отсутствие социальных гарантий. Исследование показало, что заболевший работник из Средней Азии, как правило, не может рассчитывать на оплату больничного или лечения за счет работодателя: в целом по всей выборке только у 5–6% работников работодатель поддерживает работника во время его болезни.

Одним из новых требований, вступивших в силу в России в 2015 г., является наличие обязательной (платной) медицинской страховки для мигранта. Трудно представить, что сразу удастся воплотить это требование в жизнь, так как по результатам проведенного опроса, пока такой документ у мигрантов популярностью не пользуется: лишь 7% опрошенных имели медстраховку, приобретенную в принимающих странах.

О крайне низких результатах обеспеченности полисами ДМС свидетельствуют и другие исследования, проведенные среди мигрантов: лишь от 5 до 13% опрошенных, работая в России, имели

полис ДМС [9, 11]. По-видимому, требуется специальная разъяснительная работа среди мигрантов и работодателей, демонстрирующая преимущества наличия медицинской страховки и разъясняющая ее роль в получении медицинской помощи в принимающей стране.

Представленные выше данные перекликаются с результатами социологического исследования «Мигранты Санкт-Петербурга: распространенность поведенческих рисков в отношении инфекционных заболеваний (ВИЧ, ИПП, туберкулез), социально-экономические условия жизни и факторы, влияющие на обращаемость в российские медицинские учреждения» проведенного Финской ассоциацией легочного здоровья (FILHA) в сотрудничестве с российским представительством Международной организации по миграции и сектором социальных проблем здоровья ФГБУН «Институт социологии Российской академии наук» и при поддержке Министерства иностранных дел Финляндии [48].

В ходе исследования опрошено 150 чел.: 69,3% мужчин и 30,7% женщин. Средний возраст респондентов составляет 33 года. Большинство респондентов имеют среднее и среднее специальное образование, причем образовательный уровень у женщин был выше, чем у мужчин. В выборке представлены граждане Таджикистана, Украины, Молдавии, Киргизии, однако доминирующей группой являются выходцы из Узбекистана.

Абсолютное большинство мигрантов (94,7%) приехали в Россию с целью устроиться на работу. Мужчины заняты в строительстве и на ремонтных работах (49,4%), в обрабатывающей промышленности (12,7%), на транспорте и в связи (11,4%). Женщины – в торговле (27,0%), обрабатывающей промышленности (16,2%), гостиницах и ресторанах (13,5%). Ежемесячный доход у 46,8% мужчин и 64,9% женщин составил от 10 до 25 тыс. руб. Доход от 25 до 40 тыс. руб. имеют 38,0 и 24,3% респондентов, соответственно.

Что касается бытовых условий, то около 40% опрошенных живут в комнате с одним–двумя соседями, примерно столько же живет в комнате с тремя–пятью соседями. Остальные проживают в комнатах, где их соседями являются шесть и более человек. При этом 6,8% опрошенных указали, что среди их знакомых есть хотя бы один человек, кашляющий более трех недель. Доступ к коммунальным услугам (водопровод, отопление) имеется практически у всех респондентов.

Только 13,6% мужчин и 43,5% женщин обращались к российским врачам в течение 12 месяцев, предшествовавших интервью. Среди причин, по которым трудовые мигранты не обращались за квалифицированной медицинской помощью, на первом месте стоит «не было необходимости», но при этом 9,3% мужчин и 61,5% женщин занимались самолечением, так как в России «к врачу обращаться дорого». Стоимость последнего посещения врача в России доходила, по словам для респондентов, до 3 тыс. руб.; 71,3% респондентов слышали о системе ДМС, однако 49,0% опрошенных такого полиса не имеют.

О существовании ТБ знают свыше 90% респондентов. При этом правильно ответили на вопрос о диагностическом обследовании, выявляющем ТБ легких, только 54,8% (47,3% мужчин и 71,4% женщин) Флюорографию или рентген грудной клетки за последние два года проходили более 90% респондентов. На воздушно-капельный путь передачи возбудителя ТБ указали 43,6% мужчин и 61,9% женщин. О методах профилактики знают 56,4 и 52,4% опрошенных, соответственно.

Отвечая на вопрос об источниках информации, из которых были получены сведения об инфекционных заболеваниях, респонденты называли телевидение (1-е место у мужчин, 2-е у женщин), беседы в образовательных учреждениях (2-е и 4-е места), друзей и знакомых (3-4-е и 4-е места), родителей или других родственников (5-е и 1-е места) и врачей в поликлиниках (3-4-е и 5-е места). Женщины чаще других источников информации называли семью, мужчины – телевидение.

Лучше информированы об опасных социально обусловленных заболеваниях респонденты с более высоким образовательным уровнем, женщины по сравнению с мужчинами, (напомним, что образовательный уровень женщин выше) и те, кто считает хорошим свое знание русского языка. Хуже информированы представители стран Центральной Азии.

У опрошенных мигрантов имеется потребность в информации о защите от инфекционных заболеваний. Об этом сообщили 64,4% мужчин и 78,3% женщин. Соответственно, 23,5 и 5,4% хотели бы, чтобы информация по данному вопросу предоставлялась им на родном языке, 33,8 и 51,4% – на русском, для 41,2 и 43,2% не имеет значения, на каком языке (родном или русском) будет предоставлена информация.

Таким образом, при проведении социологического исследования у мигрантов Санкт-Петербурга, посвященного распространенности поведенческих

рисков в отношении инфекционных заболеваний, отмечается достаточно низкий уровень информированности мигрантов об опасных социальных заболеваниях, особенно у выходцев из Центральной Азии, имеющих низкое образование и плохое знание русского языка. При этом у них есть потребность в информации о защите от инфекционных заболеваний. Из-за дороговизны медицинских услуг и отсутствия заинтересованности работодателей в покупке страховки трудовые мигранты часто занимаются самолечением. Несмотря на обязательность ежегодного прохождения флюорографических исследований, за два последних года не обследовался каждый десятый мигрант.

Учитывая невысокий уровень информированности респондентов о путях передачи и способах профилактики таких инфекционных заболеваний как туберкулез, необходимы разработка и распространение печатных материалов, освещающих пути передачи, длительность инкубационного периода и симптомы этих инфекционных заболеваний, а также методы их профилактики. Данные материалы можно предлагать мигрантам, проходящим диагностику заболеваний при получении разрешения на работу, патента или вида на жительство в России. Учитывая неодинаковый уровень владения русским языком среди мигрантов, часть из этих материалов необходимо выпускать на национальных языках, прежде всего, народов Центральной Азии.

Результаты опроса также указывают на значительную роль врачей в медицинских учреждениях как источника информации для мигрантов. В связи с этим предлагается оценить возможность перераспределения средств, выделяемых на профилактическую работу, в пользу индивидуальных консультаций в лечебных учреждениях и разработать методические пособия для врачей, чтобы стимулировать проведение ими собеседований о профилактике инфекционных заболеваний в случаях, когда мигранты обращаются к ним за помощью.

Подобные собеседования (до- и послетестовое консультирование) должны проводиться и при прохождении мигрантами диагностики инфекци-

онных заболеваний, что является нормативным требованием в Российской Федерации; также необходимо привлечь внимание медицинских работников к тому, что пациенты, в том числе и мигранты, должны информироваться о целях манипуляций и обследований, которым их подвергают.

Интересные данные представлены в одномоментном социологическом исследовании факторов риска заболевания ТБ среди мигрантов в странах Центральной Азии, выполненном Центром изучения глобального здоровья в Центральной Азии (ЦИГЗЦА) при Колумбийском университете (США). Исследование касается Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана [62]. В нем также сравниваются данные по миграции в странах назначения – Казахстане и России. Отмечается, что в Россию приезжают преимущественно мужчины по экономическим причинам. В большинстве случаев мигранты имеют регистрацию и разрешение на работу, а также договор с работодателем. На момент проведения исследования они находятся в стране легально; чаще всего занимаются строительным бизнесом или торговлей. На работе им выдают спецодежду, проводят занятия по технике безопасности. Медицинскую страховку имеют значительное меньшинство респондентов. Те, кто пользуются медицинскими услугами, отмечают их хорошее или отличное качество. За медицинской помощью опрошенные чаще всего обращаются в государственные организации. О туберкулезе знает значительное большинство респондентов. Опрошенные боятся, что в случае нахождения у них ТБ их ожидают депортация, длительная нетрудоспособность, серьезные последствия для здоровья. Кроме того, мигранты опасаются передачи туберкулеза контактирующим с ним людям, а также осуждения со стороны окружающих. Обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть респондентов длительное время или никогда не проходили рентгеновского обследования в своей стране. Исследование свидетельствует о важности охвата мигрантов, приехавших в Россию из стран Центральной Азии, профилактическими рентгенологическими исследованиями.

МЕЖДУНАРОДНАЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА И НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ

Право на охрану здоровья – одно из важнейших, жизнеобеспечивающих прав человека, не зависящих от его расовой принадлежности, национальности, пола, гражданства и правового статуса. Мировое сообщество признает всеобщее право на здоровье и призывает государства – участники международных договоров всеми доступными средствами поддерживать и совершенствовать его эффективную реализацию. В преамбуле Устава ВОЗ закреплён принцип, согласно которому «здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств» [64]. В силу этого иностранные граждане, находящиеся на территории РФ, имеют неоспоримое право на получение медицинской помощи в случаях и объёме, предусмотренных российским законодательством и ратифицированными Российской Федерацией международными договорами.

Поскольку нормы международного права весьма значимы для российской правовой системы, целесообразно перечислить международные акты, содержащие нормы о медицинском обеспечении иностранных граждан:

- **Всеобщая декларация прав человека** (принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml];
- **Конвенция о статусе беженцев** (принята 28 июля 1951 г. Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов, созданной в соответствии с резолюцией 429 (V) Генеральной Ассамблеи ООН от 14 декабря 1950 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml];

[un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml)];

- **Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации** (принята резолюцией 2106 (XX) Генеральной Ассамблеи ООН 21 декабря 1965 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/raceconv.shtml];
- **Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах** (принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml];
- **Международный пакт о гражданских и политических правах** (принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml];
- **Декларация о правах человека в отношении лиц, не являющихся гражданами страны, в которой они проживают** (принята резолюцией 40/144 Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 1985 г.) [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/not_nationals_rights.shtml];

Кроме того, следует упомянуть не ратифицированные Российской Федерацией:

- **Конвенцию Международной организации труда № 97 о работниках-мигрантах** [URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_c097_ru.htm]; и
- **Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов**

их семей (принята резолюцией 45/158 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 г.), [URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/migrant.shtml].

В 2008 г. на 61-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) была принята резолюция «Здоровье мигрантов» (WHA61.17), которая призывает: «(1) содействовать принятию мер политики здравоохранения, учитывающих интересы мигрантов; (2) способствовать справедливому доступу к системе укрепления здоровья, профилактики болезней и медицинского обслуживания мигрантов... (3) создать системы медико-санитарной информации для оценки и анализа тенденций в состоянии здоровья мигрантов... (5) собирать, документировать информацию и примеры передового опыта и обмениваться ими... (6) способствовать тому, чтобы провайдеры услуг и медико-санитарные работники относились с большим вниманием к культурным и гендерным аспектам проблем, связанных со здоровьем мигрантов; (7) обучать медико-санитарных работников навыкам решения медико-санитарных вопросов, связанных с перемещением населения; (8) расширять двустороннее и многостороннее сотрудничество по проблематике здоровья мигрантов среди стран, затронутых процессом миграции в целом; (9) содействовать сокращению глобального дефицита медико-санитарного персонала...» [55].

В 2009 г. на 62-й сессии ВАЗ принята резолюция «Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья» (WHA62.14) [56]

В 2010 г. на 63-й сессии ВАЗ принята резолюция «Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем» (WHA63/15), которая нацелена на охрану здоровья наиболее уязвимых групп населения с помощью постоянного мониторинга достижения ЦТР, связанных со здоровьем [57].

Проблеме здоровья мигрантов отводится очень важное место в Глобальной стратегии и целях в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.» (A67/11), утвержденных резолюцией ВАЗ WHA67.1 19 мая 2014 г. на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения: охват мигрантов национальными стратегическими планами по борьбе с ТБ, оказание помощи и профилактика с учетом нужд и по-

требностей мигрантов, инновационные межсекторальные стратегии и системы, операционные исследования [5].

В резолюции 31-й Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца (Женева, 2011 г.) содержится призыв к государствам и правительствам всех стран мира обеспечить доступ к необходимой помощи и сохранение достоинства всем категориям мигрантов независимо от их правового статуса [17].

Во исполнение многочисленных международных правовых актов, договоров и соглашений Россия в лице уполномоченных органов государственной власти обеспечивает надлежащее исполнение международных норм по оказанию медицинской помощи иностранным гражданам, находящимся на ее территории. Прежде всего, речь идет о создании нормативно-правовой базы и условий для беспрепятственного исполнения законов.

В статье 15 Конституции РФ подчеркивается, что общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. При этом указано, что если международным договором установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Особенность правовых основ медицинского обеспечения иностранных граждан в РФ состоит в том, что нормы действующего законодательства максимально уравнивают права и обязанности иностранных граждан с правами и обязанностями граждан Российской Федерации, то есть предоставляют иностранным гражданам так называемый «национальный режим».

Согласно пункту 3 статьи 62 Конституции РФ закрепляется равенство прав иностранных и российских граждан, в том числе в отношении права на охрану здоровья и медицинскую помощь, кроме случаев, установленных законом или международным договором Российской Федерации [15].

Общие аспекты правового положения иностранных граждан на территории Российской Федерации регулирует **Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» от 25 июня 2002 г. № 115-ФЗ**. В нем выделяются следующие категории иностранных граждан:

- временно пребывающий в Российской Федерации иностранный гражданин, т. е. лицо,

прибывшее в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту, но не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание;

- временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее разрешение на временное проживание; и
- постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее вид на жительство [32].

Порядок оказания медицинской помощи и права граждан в этой сфере закреплены в **Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** [41] и **Федеральном законе от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»** [39]. Если международным договором не установлен иной порядок, то медицинская помощь иностранцам на территории России оказывается в соответствии с данными законами. Наряду с ними действует большое количество подзаконных актов (ключевых постановлений, приказов и писем), посвященных правилам оказания медпомощи иностранцам и принятых, прежде всего, во исполнение положений федеральных законов №№ 115-ФЗ, 323-ФЗ и 326-ФЗ.

Объем и порядок медицинского обеспечения иностранных лиц зависит от их трудового статуса (работающий, неработающий) и статуса проживания в России (постоянно проживающий, временно находящийся). С учетом имеющегося статуса иностранца в сфере медицинского обеспечения их можно разделить на следующие две группы:

- работающие иностранцы, которые постоянно или временно проживают в РФ, а также неработающие, но постоянно проживающие в РФ.
- работающие иностранцы, временно пребывающие в РФ, и неработающие со статусом временного проживания или временного пребывания.

Ниже кратко характеризуются основные положения важнейших нормативных правовых актов Российской Федерации, касающихся доступа иностранных граждан к медико-санитарной помощи на территории РФ.

1. Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» от 25 июня 2002 г. № 115-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [32]

Этот закон занимает особое место в правовом регулировании медицинского обеспечения иностранцев в РФ. В статье 4 указанного закона, наряду с Конституцией РФ, закреплено положение о равенстве прав граждан Российской Федерации и иностранцев. Согласно данному закону, иностранным гражданином признается физическое лицо, не являющееся гражданином РФ и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Закон различает следующие категории иммигрантов в России: «иностранный гражданин» и «лицо без гражданства». Понятие «иностранный гражданин» включает в себя понятие «лицо без гражданства», за исключением случаев, когда федеральным законом для лиц без гражданства устанавливаются специальные правила, отличающиеся от правил, установленных для иностранных граждан.

Для большинства таких граждан нахождение на территории Российской Федерации на долгосрочной или постоянной основе предполагает получение разрешения на временное проживание или вида на жительство; обе процедуры предусматривают проведение медицинского освидетельствования. Наряду с этим требование медицинского освидетельствования может применяться вне зависимости от срока пребывания в стране, если вышеупомянутые лица намереваются работать на территории России.

Для выдачи разрешения на временное проживание и вида на жительство иностранный гражданин должен представить документы, подтверждающие отсутствие у него заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, предусмотренных перечнем, утверждаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, а также сертификат об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

Прежде всего, отметим, что пункт 14 статьи 13.2 и пункт 6 статьи 13.5 данного Федерального закона предусматривают обязанность работодателя либо убедиться в наличии у иностранного работника договора (полиса) медицинского стра-

хования, либо самостоятельно заключить в пользу данного работника договор добровольного медицинского страхования с медицинской организацией в ситуациях привлечения к труду высококвалифицированных специалистов и граждан, направленных для работы в расположенные на территории России филиалы, представительства и дочерние организации иностранных коммерческих организаций государств – членов ВТО.

2. В соответствии со статьей 16 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 марта 2003 г. № 167 «О порядке представления гарантий материального, медицинского и жилищного обеспечения иностранных граждан и лиц без гражданства на период их пребывания в Российской Федерации» (с изменениями на 23 января 2007 г.) утверждено Положение о представлении гарантий материального, медицинского и жилищного обеспечения иностранных граждан и лиц без гражданства на период их пребывания в Российской Федерации [31].

Этот документ определяет порядок представления приглашающей стороной гарантий по обеспечению иностранного гражданина на период его пребывания в Российской Федерации страховым медицинским полисом, оформленным в установленном порядке, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации, или предоставления иностранному гражданину, при необходимости, денежных средств для получения им медицинской помощи.

3. Федеральный закон Российской Федерации от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах» (с изменениями и дополнениями) [21]

Лицо, признанное беженцем, и прибывшие с ним члены его семьи обязаны пройти обязательное медицинское освидетельствование в установленном объеме требований медицинского сертификата. Лицо, признанное беженцем, и прибывшие с ним члены его семьи имеют право на медицинскую и лекарственную помощь.

То же относится к лицу, получившему временное убежище в Российской Федерации.

Тем, кто получил статус беженца или временное убежище и прошел медицинский осмотр, выдается соответствующее свидетельство. Они имеют право на медицинскую помощь наравне с гражданами

России и из гуманных соображений не могут быть депортированы за пределы Российской Федерации. Следовательно, в случае выявления ТБ, ВИЧ-инфекции и ИППП лечение этих болезней должно проходить в России за счет средств бюджетов разных уровней. Оказание международной помощи в организации лечения граждан Украины, находящихся в России, возможно в случае присвоения им статуса беженцев Управлением Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ).

В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют нормативные документы, регулирующие мероприятия по предупреждению и лечению туберкулеза среди лиц, не являющихся гражданами России, а работа врача-фтизиатра с пациентами из этой группы не регламентирована, отдельно не учитывается и не оплачивается.



4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [41]

Согласно части 3 статьи 19 данного закона, право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории РФ, устанавливается законодательством РФ и соответствующими международными договорами РФ. Также часть 3 указанной статьи устанавливает важные гарантии для всех, независимо от наличия гражданства той или иной страны. Так, лица, не имеющие гражданства Российской Федерации или какой-либо иной страны (апатриды), приравниваются в правах к гражданам Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором. Более того, соглас-

но пункту 1 статьи 79 медицинские организации обязаны оказывать неотложную медицинскую помощь независимо от того, являются ли нуждающиеся в такой помощи гражданами РФ или нет, застрахованными в системе ОМС или нет.

Права иностранных граждан в данной сфере определяются специальными нормами, хотя правило о специальном правовом регулировании не всегда соблюдается. Так, в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» иностранные граждане не признаются застрахованными лицами наравне с российскими гражданами. Тем не менее, отличия все-таки существуют. В основном они заключаются в разном подходе к гражданам РФ и иностранным гражданам с точки зрения оплаты медицинской помощи. Так, скорая медицинская помощь предоставляется бесплатно, а плановая – на платной основе.

4.1. В ряде случаев отношения, связанные с предоставлением медицинской помощи иностранным гражданам, регулируются международными соглашениями. Такие соглашения могут быть многосторонними и двусторонними. Примером первых может служить действующий на уровне СНГ специальный правовой акт в сфере здравоохранения – **Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 г.** [60].

Основной целью данного документа является регулирование вопросов оказания экстренной, неотложной медицинской помощи, от которой зачастую зависит жизнь пациента, на территории «государства временного пребывания». Под государством временного пребывания подразумевается государство, предоставляющее медицинские услуги пациенту, не являющемуся гражданином этого государства.

Согласно указанному Соглашению государство, на территории которого находится гражданин страны, входящей в СНГ, обязуется взять на себя соответствующие расходы по скорой и неотложной медицинской помощи при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности.

Такая помощь должна быть оказана иностранному гражданину беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства

временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм собственности.

В Соглашении также предусмотрен порядок оказания плановой медицинской помощи на платной основе.

4.2. В качестве примера двустороннего международного договора можно привести **Приказ Минздрава России от 21 января 1997 г. №19 «О введении в действие Положения о порядке предоставления медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь»** [22]. В данном документе закрепляется проанализированный выше подход о бесплатном оказании медицинской помощи иностранному гражданину при состоянии, угрожающем жизни. Однако в нем есть и особые положения, позволяющие, например, жителям Белоруссии получать без оплаты любой вид медицинской помощи. Речь идет о медицинском обслуживании пациентов, являющихся Героями Советского Союза и кавалерами орденов Славы трех степеней.

Протокол о механизме реализации Соглашения предусматривает, что с момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе. Также Протокол о механизме реализации Соглашения предписывает получать от больного и сопровождающего его лица подтверждение согласия на транспортировку. При необходимости транспортировки больного в государство постоянного проживания информация о его состоянии сообщается в посольство и министерство здравоохранения государства, гражданином которого является пациент. Возможность безопасной транспортировки больного определяется клинико-экспертной комиссией или консилиумом специалистов учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь, которая несет ответственность за заключение о транспортабельности больного пациента. Согласие на транспортировку подтверждается больным и сопровождающими его лицами. Возмещение расходов, связанных с транспортировкой больного, осуществляется за счет государства, гражданином которого является пациент.

В случаях положительного решения полномочными представителями государства, гражданином которого является больной, вопроса о необходимости транспортировки больного средствами санитарной авиации, оплата этой услуги производится за счет государства постоянного проживания или из личных средств пациента. В этих случаях счет за транспортировку больного направляется в министерство здравоохранения соответствующего государства не позднее 10 дней после выписки пациента.

В соответствии с Протоколом о реализации Соглашения гарантийные обязательства об оплате стоимости плановой медицинской помощи могут быть предоставлены юридическими (физическими) лицами, представляющими интересы пациента. В случаях продолжения лечения больного в учреждениях здравоохранения государства временного пребывания после устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих оплата фактической стоимости оказанных услуг производится по тарифам или договорным ценам непосредственно пациентом или юридическим (физическим) лицом, представляющим его интересы.

При отсутствии гарантийного обязательства направляющей страны об оплате фактической стоимости плановой медицинской помощи (т.е. если гражданин не направлен своим государством в Россию для получения медицинской помощи) такая помощь предоставляется после осуществления предоплаты в размере не менее ориентировочной стоимости лечения. По окончании лечения производятся окончательные взаиморасчеты по фактическим затратам между лечебным учреждением и пациентом (или юридическим/физическим лицом, представляющим его интересы).

Одновременно Соглашение допускает, что в отдельных случаях по договоренности между Россией и страной, чьим гражданином является пациент и в которой он постоянно проживает, страдающим тяжелыми заболеваниями иностранным гражданам плановая консультативная и лечебно-диагностическая медицинская помощь может быть оказана на иных условиях.

Также согласно Протоколу о реализации Соглашения, при невозможности оплаты дальнейшего лечения больного, а также в случаях его недееспособности и отсутствия сопровождающих лиц информация о состоянии больного сообщается в посольство государства постоянного проживания пациента. В случаях положительного решения полномочными

представителями государства, гражданином которого является пациент, вопроса о целесообразности продолжения его лечения в государстве временного пребывания, счет за оказанные медицинские услуги направляется в министерство здравоохранения государства постоянного проживания.

Плановая медицинская помощь гражданам, работающим по трудовому договору (контракту) в государстве временного пребывания, осуществляется за счет средств работодателя в порядке и объемах, предусмотренных договором (контрактом), либо за счет личных средств граждан.

Следует заметить, что Россия не входит в число стран СНГ, для которых Соглашение вступило в силу (по состоянию на 2009 г.). В то же время положения Соглашения об общих правилах медицинского обеспечения иностранцев дублируют нормы, содержащиеся в российском законодательстве. А в части содержащихся в Соглашении исключений из общих правил можно сказать, что российское законодательство не содержит препятствий для их воплощения на практике.

Рассмотрим на конкретных примерах механизм реализации норм российского законодательства с учетом положений Соглашения.

Пример 1. Гражданин Казахстана со статусом временно проживающего в РФ (имеет разрешение на временное проживание), работает на российском предприятии (или у предпринимателя) по трудовому или гражданско-правовому договору.

По российскому законодательству за данного гражданина работодатель должен платить взносы на обязательное медицинское страхование и выдавать ему медицинский полис (полис ОМС).

Такой гражданин имеет право как на получение первой и скорой медицинской помощи в ситуациях, угрожающих его жизни, так и на получение помощи (в том числе плановой) в рамках системы обязательного медицинского страхования, объем, и порядок предоставления которой регулируются территориальной программой ОМС того региона РФ, в котором выдан полис ОМС. Кроме того, такие граждане проходят профессиональные медицинские осмотры, если заняты на определенных видах работ, а граждане женского пола имеют право на получение родового сертификата.

Пример 2. Гражданин Казахстана временно пребывает в России (т.е. не имеет ни вида на жительство, ни разрешения на временное проживание).

Застрахованным по обязательному медицинскому страхованию данный гражданин не является, следовательно, полис ОМС ему не выдается.

Ему может быть бесплатно оказана первая и скорая помощь при состояниях и заболеваниях, угрожающих его жизни или здоровью окружающих, и неотложных состояниях в период беременности.

Объем помощи в любом случае не может быть меньше, чем предусмотрено минимальным перечнем медицинских услуг, утвержденным Приказом Минздрава России от 6 августа 1999 г. № 315 [4].

4.3. О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Киргизской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи. Соглашение от 24 ноября 1998 г. [23]

Данное Соглашение не изменяет общие правила российского законодательства, касающиеся медицинской помощи иностранцам, а лишь уточняет последовательность действий при оказании гражданам из стран – участниц Соглашения неотложной и скорой медицинской помощи.

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 гражданам договаривающихся стран беспрепятственно, бесплатно для пациента и в необходимом объеме в лечебно-профилактических государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения государства временного пребывания граждан (независимо от наличия медицинского страхового полиса).

5. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [39]

Одним из основных принципов осуществления ОМС является обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС.

В соответствии со статьей 10 Закона застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные

граждане, лица без гражданства (за небольшим исключением), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Иностранные граждане, временно или постоянно проживающие в Российской Федерации, т.е. имеющие разрешение на временное проживание или вид на жительство, обладают такими же правами и обязанностями в системе ОМС, как и граждане РФ. При наступлении страхового случая им предоставляется право на бесплатную медпомощь в объеме, установленном базовой программой ОМС. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

На территории субъекта РФ, где выдан полис ОМС, иностранные граждане могут рассчитывать на помощь в рамках территориальной программы ОМС. В случае отсутствия разрешения на временное проживание или вида на жительство иностранный гражданин вправе обратиться в страховую организацию для оформления полиса добровольного страхования или в медицинское учреждение за медицинской помощью на платной основе.

Иностранные граждане могут приобрести полис ОМС только после получения разрешения на временное или постоянное проживание.

5.1. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями) [45] для получения полиса ОМС иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в РФ, лично или через своего представителя подают следующие документы:

- заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- документ, удостоверяющий личность (иностранный паспорт, свидетельство о рождении, либо иной документ, признаваемый в РФ в качестве документа, удостоверяющего личность);
- вид на жительство с отметкой о регистрации по месту жительства (только для постоянно проживающих); временно проживающие иностранные граждане предъявляют паспорт или иной документ, признаваемый в РФ в качестве документа, удостоверяющего личность, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования – СНИЛС (при наличии).

Среди документов, необходимых для получения полиса ОМС, не указан ИНН.

5.2. Письмо Минздравсоцразвития России от 26 января 2010 г. № 20-1/253427 <О порядке обязательного медицинского страхования временно находящихся в Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства> [29] разъясняет порядок осуществления с 2010 г. обязательного медицинского страхования для временно находящихся в России иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих на ее

территории по трудовым и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа, и иностранных граждан – индивидуальных предпринимателей, не производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам.

5.3. Минимальный перечень медицинских услуг (включая медико-транспортные услуги), оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в РФ утвержден приказом Минздрава России от 6 августа 1999 г. № 315 «О минимальном перечне медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации» [25].

Указанный минимальный перечень включает:

- медицинскую помощь, оказываемую станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;
- медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях при внезапном расстройстве здоровья и несчастных случаях в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни пациента и (или) снятия острой боли;
- транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, включая медицинское сопровождение (медицинская бригада, врач, медицинская сестра), с места заболевания (происшествия) в медицинское учреждение;
- посмертную репатриацию (транспортировку) останков.

Организация и финансирование медицинской помощи (включая медико-транспортные услуги) иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, медицинское страхование которых осуществлено иностранной страховой организацией, заключившей договор с российской страховой организацией, имеющей лицензию на проведение страхования данного вида, или с сервисной организацией, обеспечивающей организацию медицинской помощи, осуществляются российской страховой организацией (сервисной организацией).

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. № 186 «Об ут-

верждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» [46]

В Правилах, прилагающихся к указанному постановлению, установлено право иностранных граждан (независимо от статуса пребывания на территории РФ) на получение медицинской помощи от медицинских и иных осуществляющих медицинскую деятельность организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также от индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.

Кроме того, этими правилами четко определены виды медицинской помощи предоставляемой иностранным гражданам, а именно:

- скорая (в том числе скорая специализированная) медицинская помощь;
- неотложная медицинская помощь (за исключением скорой и специализированной);
- плановая медицинская помощь.

Данные правила устанавливают порядок оказания медицинской помощи каждого вида, что является существенным нововведением.

Рассмотрим подробнее новый порядок оказания медицинской помощи иностранцам.

В зависимости от статуса нахождения на территории Российской Федерации (временно пребывающие, временно проживающие, постоянно проживающие) иностранные граждане имеют право на получение медицинской помощи на платной или бесплатной основе.

Право на получение медицинской помощи, как правило, удостоверяется полисом медицинского страхования: в случае бесплатной помощи – полисом обязательного медицинского страхования (ОМС); в случае платной медицинской помощи – полисом добровольного медицинского страхования (ДМС). При отсутствии страхового полиса платная медицинская помощь оформляется договором оказания медицинских услуг.

На получение бесплатной медицинской помощи имеют право иностранные граждане постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации. Таких иностранных граждан законодатель относит к застрахованным лицам. Медицинская помощь им оказывается в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» на основании полиса ОМС. Согласно статье 10 этого закона,

из числа постоянно или временно проживающих иностранных граждан к застрахованным лицам в частности, относятся:

- работающие по трудовому договору, гражданско-правовому договору (выполнение работ, оказание услуг), по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;
- самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие).

Бесплатная медицинская помощь на основании полиса ОМС оказывается в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Иностранцам, временно пребывающим на территории Российской Федерации, медицинская помощь оказывается на платной основе. Для получения медицинской помощи таким иностранцам необходимо либо оформить полис ДМС, либо заключать договоры оказания платных медицинских услуг в каждом конкретном случае.

Скорая медицинская помощь (в том числе скорая специализированная) медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается иностранцам бесплатно независимо от статуса пребывания. В частности, бесплатно данная помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Неотложная и плановая медицинская помощь иностранцам (за исключением, застрахованных иностранцев в соответствии со статьей 10 закона «Об обязательном медицинском страховании») оказывается платно. Условием оказания медицинской помощи будет являться договор о предоставлении платных медицинских услуг либо договор добровольного медицинского страхования (полис ДМС).

Правила также устанавливают, что медицинская помощь в плановой форме оказывается при

условии представления иностранным гражданином письменных гарантий исполнения обязательства по оплате фактической стоимости медицинских услуг или предоплаты медицинских услуг исходя из предполагаемого объема предоставления этих услуг. Также иностранный гражданин должен предоставить необходимую медицинскую документацию (выписка из истории болезни, данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований) при ее наличии.

После завершения лечения иностранного гражданина в его адрес или адрес юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, по согласованию с указанным гражданином направляется выписка из медицинской документации с указанием срока оказания медицинской помощи в медицинской организации, а также проведенных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации.

Более того, данные правила устанавливают также требование о направлении в адрес иностранного гражданина или юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, счета-фактуры за фактически оказанную медицинскую помощь в течение 10 дней после окончания лечения, если договором, в соответствии с которым медицинская помощь была оказана, не предусмотрено иное.

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями) [44]

В перечень социально значимых заболеваний и в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, включены, в частности, туберкулез, ВИЧ-инфекция, а также инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

8. Приказ Минздрава России от 29 июня 2015 г. № 384н «Об утверждении перечня инфекцион-

ных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также Порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний» [42]

В перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, включены: туберкулез, ВИЧ-инфекция, лепра и сифилис.

9. Приказ Роспотребнадзора от 14 сентября 2010 г. № 336 «О порядке подготовки, представления и рассмотрения в системе Роспотребнадзора материалов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации» (зарегистрировано в Минюсте России 22.10.2010 г. № 18792) (с изменениями и дополнениями) [30]

Выявление туберкулеза и ВИЧ-инфекции у иностранных граждан может привести к их депортации из России в соответствии со статьей 25.10 Федерального закона от 15 августа 2008 г.



Скорая медицинская помощь (в том числе скорая специализированная) медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается иностранцам бесплатно независимо от статуса пребывания. В частности, бесплатно данная помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

№ 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию». В данном приказе Роспотребнадзора определен порядок подготовки, представления и рассмотрения в системе Роспотребнадзора материалов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации.

К основаниям для принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) относится выявление у иностранного гражданина либо лица без гражданства инфекционного заболевания, указанного в Перечне заболеваний, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2015 г. № 384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний».

10. Федеральный закон Российской Федерации от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (с изменениями и дополнениями) [28]

В статье 25.10 указывается, что иностранные граждане или лица без гражданства: въехавшие на территорию Российской Федерации с нарушением установленных правил, либо не имеющие документов, подтверждающих право на пребывание (проживание) в Российской Федерации, либо утратившие такие документы и не обратившиеся с соответствующим заявлением в компетентный территориальный орган, либо уклоняющиеся от выезда по истечении срока пребывания (проживания) в Российской Федерации, либо нарушившие правила транзитного проезда через территорию Российской Федерации, являются незаконно находящимися на территории Российской Федерации и несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

В отношении лиц, незаконно находящихся на территории Российской Федерации, может быть вынесено решение о нежелательности пребыва-

ния (проживания) в Российской Федерации. Иностранец или гражданин или лицо без гражданства, не покинувшие территорию Российской Федерации в установленный срок, подлежат депортации. Решение о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации является основанием для последующего отказа во въезде в Российскую Федерацию.

В соответствии со статьей 27, пункт 5 въезд в Российскую Федерацию иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается, если не представлен полис медицинского страхования, действительный на территории Российской Федерации, – до его представления. Таким образом, медицинский полис является одним из документов, подтверждающих право на пребывание в России.

11. Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. № 438-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части права иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), на пребывание и проживание в Российской Федерации» [24]

В отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), в случае, если указанные иностранные граждане и лица без гражданства имеют членов семьи (супруга или супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) – граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом отсутствуют нарушения ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции:

- не принимается решение о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации или решение о неразрешении въезда в Российскую Федерацию в целях обеспечения защиты здоровья населения, если в отношении указанных иностранных граждан и лиц без гражданства отсутствуют иные основания для принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации, предусмотренные частью четвертой

статьи 25.10 Федерального закона от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», или решения о неразрешении въезда в Российскую Федерацию, предусмотренные статьей 26 и частью первой статьи 27 указанного Федерального закона;

- не распространяются положения подпункта 1 пункта 5 статьи 6.1 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» в части представления сертификата об отсутствии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), а также положения подпункта 13 пункта 1 статьи 7 и подпункта 13 пункта 1 статьи 9 указанного Федерального закона в части наличия сертификата об отсутствии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

12. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями и дополнениями) [33]

Федеральным законом от 30 декабря 2015 г. № 438-ФЗ внесены изменения в данный закон, касающиеся обследования, предоставления сертификата и принятия решения о невозможности пребывания в стране из-за наличия ВИЧ-инфекции у иностранного гражданина (статья 11), если иностранные граждане и лица без гражданства имеют членов семьи (супруга или супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) – граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом отсутствуют нарушения ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции.

Мигранты, инфицированные ВИЧ, имеющие ближайших родственников в России, не подлежат депортации из страны, и к ним не применяется пункт Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» в части наличия сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции.

13. Федеральный закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об органи-

зации страхового дела в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [40]

Иностранные граждане, лица без гражданства и иностранные юридические лица на территории Российской Федерации пользуются правом на страховую защиту наравне с гражданами и юридическими лицами Российской Федерации.

Банк России вправе определять в своих нормативных актах минимальные (стандартные) требования к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования.

14. Указание Центрального Банка Российской Федерации от 13 сентября 2015 г. № 3793-У (зарегистрировано в Минюсте России 31 декабря 2015 г. № 40461) «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Р... 2. Страховщик при осуществлении ДМС трудовых мигрантов применяет правила ДМС трудовых мигрантов, соответствующие требованиям настоящего Указания и включающие в себя разработанную страховщиком программу ДМС трудовых мигрантов, содержащую перечень медицинских услуг, оплачиваемых страховщиком, и порядок их оказания, обеспечивающих получение трудовым мигрантом, являющимся застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»... в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящего Указания.

Программа ДМС трудовых мигрантов также должна предусматривать оплату страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы ДМС трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

3. Страховщик вправе при разработке программы ДМС трудовых мигрантов не включать в нее оплату медицинских услуг:

по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия, ТРОС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;



по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом; связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

4. Условием осуществления ДМС трудовых мигрантов является установление страховщиком страховой суммы в размере не менее 100 000 рублей на каждое застрахованное лицо на период действия договора ДМС трудовых мигрантов...

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются выполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается.

Межведомственная комиссия по упорядочению въезда и пребывания на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства на уровне руководителей профильных министерств и ведомств (МВК) в 2016 г. приняла решение о возможности обеспечения лечения туберкулеза у трудовых мигрантов, въезжающих в Российскую Федерацию в безвизовом режиме, за счет средств ДМС, исходя из стоимости страхового продукта ДМС, а также рекомендовала Минздраву России совместно с Роспотребнадзором и представителями заинтересованных министерств и ведомств проработать вопрос о немедленной госпитализации больного трудового мигранта, у которого выявлено опасное инфекционное заболевание, в лечебное учреждение и при необходимости подготовить соответствующие нормативные правовые акты.

Страховщик обязан уведомить страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей».

Таким образом, если при первичном обследовании после приезда в Россию трудового мигранта не было выявлено туберкулеза и мигрант получил полис ДМС, то при последующем заболевании лечение туберкулеза в туберкулезном стационаре будет оплачено и мигранту не будет угрожать депортация из страны.

15. Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями) [38]

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается в том числе посредством выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательного соблюдения гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности.

В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

16. Федеральный закон Российской Федерации от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [34]

Оказание противотуберкулезной помощи больным ТБ гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В целях выявления ТБ периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан, порядок и сроки проведения которых устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

В соответствии с данным законом медицинские противотуберкулезные организации ведут государственное статистическое наблюдение в области предупреждения распространения ТБ в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Сведения о выявлении больных ТБ медицинские противотуберкулезные организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, обязаны сообщать в территориальные медицинские противотуберкулезные организации и органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Впервые выявленные случаи ТБ среди мигрантов регистрируются в форме ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом».

Мигранты могут наблюдаться в противотуберкулезных организациях на общих основаниях. Они регистрируются в форме № 33 «Сведения о больных туберкулезом» в разделе 8 «Оказание помощи больным туберкулезом, временно проживающим на территории обслуживания (кроме лиц, состоящих на учете)», таблице 2800.

В масштабе страны, информация о состоянии здоровья мигранта, обследованного в одном городе, не доходит до другого населенного пункта. Следствием этого является многократное повторное медицинское освидетельствование и, несо-

мненно, возможность для части мигрантов, у которых были выявлены заболевания, обследоваться повторно в другом медицинском учреждении, часто обеспечивая себе нормальный результат анализов за счет соотечественников, или уйти в «незаконные» (недокументированные) мигранты, невзирая на состояние своего здоровья.

17. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона “О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации”» (с изменениями и дополнениями) [37]

Постановление утверждает Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства в целях выявления ТБ. Профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления ТБ подлежат один раз в год мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы.

Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения ТБ подлежат как граждане Российской Федерации, так и иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы ТБ впервые.

Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения ТБ подлежат все случаи смерти больных ТБ.

18. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [36]

В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг., утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273, в базовую программу ОМС не включены заболевания, передаваемые половым путем, ТБ, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения. Медицинская помощь при этих заболеваниях оказывается за счет бюджетных ассигнований. В этих случаях предоставление лечения мигрантам ока-

зывается затруднительным, поскольку последние не имеют гражданства России. Плановая помощь может быть оказана за счет средств работодателя или средств самого мигранта.

Полис ДМС, который с 2015 г. должны иметь все иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории России с целью осуществления трудовой деятельности, не предусматривает оплату медицинских услуг по диагностике и лечению ТБ.

Отдельную проблему представляют собой дети мигрантов и члены их семей, не работающие, но проживающие в России. Их медицинское освидетельствование при въезде в страну не предусмотрено, если не оформляется разрешение на временное проживание, хотя при этом у них есть возможность посещать дошкольные и учебные учреждения.

19. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №932н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом» (с изменениями и дополнениями) [51]

Приказом утверждается порядок оказания медицинской помощи пациентам с установленным туберкулезом, а также при подозрении на туберкулез вне зависимости от гражданства и места жительства.

20. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. № 60 «Профилактика туберкулеза. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13» (зарегистрировано в Минюсте России 06.05.2014 г. № 32182) [53]

В соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на временное проживание на территории Российской Федерации, вида на жительство, гражданства или разрешения на работу в Российской Федерации во внеочередном порядке проходят профилактический медицинский осмотр на ТБ, а далее – один раз в год. При этом иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы ТБ впервые подлежат учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения.

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», организация профилактических ос-

мотров на ТБ и контроль за их проведением осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

Заключение

Проанализировав законодательство по рассматриваемому вопросу, нетрудно увидеть, что нормативные правовые акты, составляющие правовую основу медицинского обеспечения иностранных граждан, имеют достаточно разрозненный характер. У каждого из них есть свой предмет правового регулирования, каждый в отдельности выполняет свойственные лишь ему одному функции и задачи, имеет собственный субъектный состав. Вместе с тем они взаимозависимы и находятся в тесной связи. Лишь в совокупности они способны стать «рычагом», в полной мере обеспечивающим комплексное правовое регулирование проблемы медицинского обеспечения иностранных граждан в России, а, следовательно, реализацию права на охрану здоровья этой категории лиц.

Таким образом, в России сегодня обеспечивается правовое регулирование охраны здоровья иностранных граждан, временно пребывающих на территории Российской Федерации. Реализация прав иностранных пациентов находится под государственным контролем.

Несмотря на то, что имеется целый ряд нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи иностранным гражданам, в настоящее время отсутствуют нормативные документы, регулирующие мероприятия по предупреждению и лечению туберкулеза среди иностранных граждан, а работа врача-фтизиатра с пациентами из этой группы не регламентирована, отдельно не учитывается и не оплачивается.

Кроме того, механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования иностранных граждан нуждаются в серьезном совершенствовании, что позволит обеспечить осуществление адекватных мер по своевременному выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза.

Механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования иностранных граждан нуждаются в серьезном совершенствовании, что позволит обеспечить осуществление адекватных мер по своевременному выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза.

ФАКТОРЫ РИСКА, БАРЬЕРЫ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТБ И СОЧЕТАННОЙ ТБ-ВИЧ ИНФЕКЦИИ В СООБЩЕСТВАХ МИГРАНТОВ. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ МОТИВАЦИИ МИГРАНТОВ К РАННИМ ОБСЛЕДОВАНИЯМ, ДИАГНОСТИКЕ И ПОСЛЕДУЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ В СТРАНЕ ПРЕБЫВАНИЯ (РОССИИ) И СТРАНЕ ИСХОДА

Анализ доступной литературы показал наличие исследований, отражающих факторы риска и существующие барьеры, препятствующие адекватному доступу мигрантов к комплексу услуг по раннему выявлению, диагностике и лечению туберкулеза.

Так, в исследовании, «Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции» [51], проведенном ЦМИ в сотрудничестве с МФОККиКП, РКК и Партнерством Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ, отмечается, что в целом респонденты, которые заявили, что что-то знают о туберкулезе, хорошо осведомлены о рисках заражения им (82% из них дали правильный ответ). Благодаря обучению мигрантов охват знаниями о рисках заражения туберкулезом был доведен до 100%, что свидетельствует о важности и эффективности санитарно-просве-

дительской работы в сообществах мигрантов. Исследование показало, что мигранты, находящиеся в России, хуже осведомлены о рисках заражения туберкулезом – только 70% опрошенных в России дали правильный ответ, в то время как в целом по выборке осведомленность составляет 82%, так же как и среди лиц, готовящихся выехать в миграцию.

Как правило, мигранты, не задумываются о том, что они могут заразиться туберкулезом. В среднем по выборке 60% заявили об этом. Результаты проведенного в России опроса лиц, прошедших обучение, свидетельствует о резком росте обеспокоенности возможностью заражения туберкулезом: 2% респондентов «очень обеспокоены» этим, 88% задумываются о рисках заражения туберкулезом, в то время как по всей выборке доля серьезно обеспокоенных возможностью заражения ТБ составляет 6%, а задумывающихся об этом – только 21%. Среди мигрантов, находящихся в России, уровень обеспокоенности составляет 27%, а в Казахстане – 1%. Среди всех готовящихся выехать в миграцию общая обеспокоенность находится на уровне 38%.

При подозрении на туберкулез большинство респондентов намерены проконсультироваться с врачом. Об этом заявили 84% опрошенных. Около половины из них в этом случае посоветуются с членами семьи, 10% – с близкими друзьями. Почти никто из опрошенных не собирается советоваться по этому вопросу с работодателем (0,7%), но и умалчивать о своей болезни эти люди не намерены (только 1,4% не собирается ни с кем советоваться).



Благодаря обучению мигрантов охват знаниями о рисках заражения туберкулезом был доведен до 100%, что свидетельствует о важности и эффективности санитарно-просветительской работы в сообществах мигрантов.

Интересно, что среди мигрантов, прошедших обучение, растет потребность посоветоваться, в случае подозрения на туберкулез, с членами семьи (67% опрошенных), в то время как в среднем по всей выборке среди не прошедших обучение такое желание проявляет примерно половина. Также после обучения у мигрантов растет уровень доверия к близким друзьям (32% будут советоваться с ними о возможном заболевании ТБ, в отличие от 10% по всей выборке).

Среди готовящихся выехать в миграцию уровень доверия к докторам очень высок: с ними будут советоваться 90% респондентов. Среди мигрантов, работающих в России, с докторами будут советоваться 66%, а в Казахстане – 92%.

Только около половины опрошенных мигрантов (47%) знают о конкретных местах лечения туберкулеза в случае заражения им. Среди мигрантов, работающих в России, лишь 11% знают адрес медицинского учреждения, в которое нужно обратиться в случае заражения ТБ. Среди готовящихся выехать в миграцию таких 79%, и в основном это таджикистанцы и кыргызстанцы. Обучение в России резко повышает уровень знаний о месторасположении медицинского учреждения, в которое нужно обратиться в случае заражения ТБ: 96% обучавшихся знают это.

Почему же зараженные туберкулезом не обращаются за помощью? Опрошенные мигранты выделяют несколько основных причин: отсутствие денег на лечение (35%); отсутствие информации о том, куда обратиться (32%); боязнь, что близкие перестанут общаться с больным (30%); боязнь потерять работу (21%); боязнь депортации в страну выезда (16%); неверие в то, что можно вылечиться (11%); плохое обращение медперсонала в медицинских учреждениях (9%). Затруднились ответить на этот вопрос 33%.

Мигранты, прошедшие обучение, серьезно меняют свой взгляд на то, почему люди не обращаются за лечением: 83% считают, что они боятся потерять работу; 82% – что боятся депортации; 69% считают важной причиной отсутствие информации.

В целом по выборке главными причинами являются отсутствие денег на лечение (35%), отсутствие информации (32%), боязнь прекращения общения с близкими (30%).

Среди всех опрошенных флюорографию в текущем году делали 22%, в прошлом году – 24%, более года назад – 44%. Около 10% никогда не делали флюорографию. Обучение, проводимое РКК, благотворно сказывается на количестве прошедших флюорографию: число тех, кто никогда не делал ее, сократилось до 0, а доля прошедших флюорогра-



Почему же зараженные туберкулезом не обращаются за помощью? Опрошенные мигранты выделяют несколько основных причин: отсутствие денег на лечение (35%); отсутствие информации о том, куда обратиться (32%); боязнь, что близкие перестанут общаться с больным (30%); боязнь потерять работу (21%); боязнь депортации в страну выезда (16%); неверие в то, что можно вылечиться (11%); плохое обращение медперсонала в медицинских учреждениях (9%). Затруднились ответить на этот вопрос 33%.

фию в текущем году составила 54% (среди не прошедших обучение – 22%). Среди готовящихся выехать в миграцию численность тех, кто недавно проходил флюорографию, в среднем такая же, как и по всем опрошенным. Так, в текущем году среди тех, кто готовится выехать в миграцию, прошли флюорографию 21% (среди мигрантов, находящихся в России, – 35%, а среди находящихся в Казахстане – 12%), в прошлом году – 25% (в России – 31%, в Казахстане – 10%), более года назад – 47% (в России – 29%, в Казахстане – 56%).

К сожалению, не все респонденты помнят результаты пройденной ими флюорографии. В среднем 13% их не помнят. Среди мигрантов, находящихся в России, 22% не помнят результата своей флюорографии, среди готовящихся выехать в миграцию таких 11%, а среди узбекистанцев в Казахстане – 6%.

Как видно из результатов проведенных исследований, само по себе перемещение не является фактором риска в отношении ТБ, однако зачастую оно сопряжено с рядом неблагоприятных обстоятельств, которые могут способствовать развитию заболевания среди мигрантов. К их числу относятся:

- *условия жизни и работы* значительной части мигрантов, включая скученное проживание, в том числе, в непригодных помещениях, высокие физические и нервные нагрузки, а также нерегулярное или недостаточное питание. Особо остро эти проблемы стоят перед беженцами, оказавшимися в России в результате военного конфликта на Украине;



- *ограниченный доступ к услугам по диагностике и лечению ТБ*, находящийся в зависимости от правового статуса мигрантов в России. Кроме того, в некоторых случаях контакты с медицинскими службами осложняются ввиду недостаточного знания русского языка, а также в связи с особенностями национальных и религиозных традиций, свойственных некоторым культурам;
- *сниженная мотивированность мигрантов на прохождение обследования на туберкулез*, учитывая возможность признания их пребывания в России нежелательным при установлении диагноза
- *высокая мобильность*, которая может воспрепятствовать проведению комплекса необходимых лечебных процедур и установлению круга лиц, контактировавших с пациентом.

Указанные проблемы характерны, в первую очередь, для мигрантов с неурегулированным статусом или работающих в России без разрешительных документов. Вследствие недокументированного статуса, проведение эпидемиологических исследований среди этой категории мигрантов, обеспечение контролируемого лечения и диспансерного наблюдения как самого пациента, так и контактных лиц, осложняются.

В диагностической и лечебной работе с мигрантами используются те же методы, что и при работе с постоянным контингентом, однако при этом следует учесть, что вопросы идентификации личности пациентов, соблюдения их законных прав и интересов, а также предоставления им профилактической информации требуют повышенного внимания. Недостаточный контроль при прохождении профилактического обследования для регистрации в ФМС с целью продления иммиграционного статуса и получения разрешения на работу может стать причиной выдачи разрешительного документа пациенту с туберкулезом и подорвать эффективность противоэпидемических мероприятий. В этой связи необходимо подчеркнуть, что проведение работы с мигрантами невозможно без создания системы учета и мониторинга, в том числе единой межведомственной

Как видно из результатов проведенных исследований, само по себе перемещение не является фактором риска в отношении ТБ, однако зачастую оно сопряжено с рядом неблагоприятных обстоятельств, которые могут способствовать развитию заболевания среди мигрантов.

(УФМС, Роспотребнадзор, противотуберкулезные учреждения и медицинские организации, проводящие медицинское освидетельствование иностранных граждан) базы данных.

К основным категориям мигрантов, обследуемых на ТБ, относятся:

1. иностранные граждане и лица без гражданства, проходящие медицинское освидетельствование при оформлении разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или патента на предпринимательскую деятельность, или разрешения на работу в Российской Федерации;
2. иностранные граждане и лица без гражданства, проходящие периодические профилактические медицинские осмотры при работе на должностях, относящихся к декретированным, а также подлежащие регулярному профилактическому обследованию в рамках программ диспансеризации отдельных групп населения (студенты и учащиеся колледжей, медицинские и педагогические работники и т. д.);
3. иностранные граждане и лица без гражданства, проходящие медицинское обследование при обращении в медицинские организации первичной медико-санитарной помощи в связи с заболеванием или при госпитализации в стационары;
4. иностранные граждане и лица без гражданства, проходящие профилактическое обследование в очагах туберкулезной инфекции в качестве контактных лиц.

Все виды медицинских осмотров мигрантов проводятся в соответствии с нормами, регламентирующими проведение диагностики и лечения туберкулеза в Российской Федерации, в частности, с Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (№ 77-ФЗ), Федеральным законом «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ), а также постановлением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. №892 «Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза», и санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».

При проведении медицинского освидетельствования и профилактических осмотров мигран-

тов на туберкулез важно обеспечить соблюдение следующих условий:

- медицинскому освидетельствованию на туберкулез подлежат все мигранты, независимо от пола и возраста, намеренные получить разрешение на временное проживание, или вид на жительство, или патент, или разрешение на работу в Российской Федерации;
- медицинское освидетельствование проводится в соответствии с порядком, нормами и положениями, утвержденными уполномоченными органами Правительства России и исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- женщинам, находящимся на первом триместре беременности, предоставляется возможность прохождения медицинского освидетельствования, альтернативного рентгенологическому (исследование мокроты). Всем пациентам, проходящим осмотр, предоставляются средства радиологической защиты;
- пациентам, проходящим медицинское освидетельствование, разъясняется, что в случае выявления туберкулеза их пребывание в России может быть признано нежелательным. В этом случае им будут выданы на руки результаты обследования и рекомендации по дальнейшему лечению в письменном виде. До принятия решения о нежелательности пребывания им будет проводиться лечение туберкулеза в соответствии с действующими на территории России рекомендациями;
- перед проведением медицинского освидетельствования пациентам целесообразно проводить анкетирование с целью уточнения факторов социального и эпидемиологического риска, результатов и сроков предыдущих обследований;
- результат медицинского освидетельствования вносится в бланк Медицинского заключения установленного образца, заверяется подписью и личной печатью врача, а также печатью и подписью руководителя медицинской организации;
- профилактические медицинские осмотры мигрантов осуществляются в отношении работающих и занятых на отдельных производствах или декретированных должностях в порядке, предусмотренном действующими нормативными документами;
- результаты профилактического осмотра вносятся в утвержденные формы для предостав-

ления в территориальные подразделения ЦГиЭ, уполномоченные выдавать (продлевать) личные медицинские книжки или в медицинские карты лиц, подлежащих ежегодной диспансеризации (студенты и т. п.);

- при выявлении лиц с симптомами, подозрительными на туберкулез, эти лица должны быть направлены в медицинские организации второго уровня для дообследования;
- при выявлении случаев активного ТБ их регистрация, взятие больного на диспансерное наблюдение и противоэпидемическая работа в очагах туберкулезной инфекции производятся в соответствии с действующими нормативными правовыми документами и приказами. Все мероприятия проводятся медицинской организацией второго уровня – противотуберкулезным диспансером;
- медицинская организация, установившая диагноз «туберкулез» иностранному гражданину, оформляет в установленные сроки пакет документов о нежелательности пребывания иностранного гражданина на территории России в связи с выявленным заболеванием, представляющим угрозу для окружающих, и передает его в территориальное Управление Роспотребнадзора. Информация об окончательном диагнозе также должна передаваться в медицинскую организацию первого уровня, которая направила мигранта или лицо без гражданства на дообследование;
- лечение иностранного гражданина начинается немедленно после установления туберкулеза и продолжается до принятия Роспотребнадзором решения о нежелательности его пребывания на территории России, что обеспечивает контроль над распространением туберкулеза; лечение туберкулеза может быть организовано в условиях туберкулезного стационара и/или дневного стационара, а также амбулаторно в противотуберкулезном диспансере на фазе завершения основного курса лечения;
- выявленные из числа иностранных граждан больные ТБ, впервые зарегистрированные на территории Российской Федерации, независимо от формы и локализации процесса и предположительной длительности заболевания, учитываются как впервые выявленные, если нет документов, подтверждающих наличие у пациента туберкулеза до приезда в Россию;
- для информирования мигрантов и их близких

о способах профилактики ТБ им целесообразно выдавать информационный листок на русском языке (при возможности – на языке страны постоянного проживания).

При проведении медицинского освидетельствования и профилактических осмотров на ТБ мигрантов следует учитывать следующие социально-демографические особенности данной группы населения:

1. Ограниченное знание русского языка и местных условий;
2. Часто недостаточная информированность мигрантов о последствиях, возникающих при выявлении туберкулеза, и связанная с этим распространенность мифов и домыслов провоцируют скрытность и незаинтересованность в прохождении осмотра на туберкулез;
3. Этнические особенности, влияющие на прохождение медицинских процедур;
4. Высокая мобильность, затрудняющая проведение дообследования, требующего неоднократного посещения мигрантом противотуберкулезного диспансера;
5. Распространенная среди мигрантов практика сокрытия места фактического проживания и работы.

В «Рекомендациях по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов» [20], подготовленных тематической рабочей группой по контролю за туберкулезом среди мигрантов, беженцев и других категорий лиц, пересекающих национальные границы, в рамках Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации при поддержке ВОЗ, представлены предложения по организации выявления туберкулеза среди мигрантов.

Решение о выдаче разрешения на проведение работы по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства принимается медицинской организацией, уполномоченной на выдачу на территории субъекта Российской Федерации соответствующих документов. В лицензии на медицинскую деятельность должны быть указаны работы и услуги по медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства

в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

В рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению в России обследование иностранных граждан на ТБ осуществляется в медицинских организациях *первого уровня* первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно-поликлинические медицинские организации общей лечебной сети государственной и негосударственной систем здравоохранения) и *второго уровня* первичной специализированной медицинской помощи (противотуберкулезные диспансеры).

Медицинские организации как первого, так и второго уровня должны обладать достаточной пропускной способностью для приема мигрантов в зоне обслуживания. Необходимо, чтобы период ожидания по предварительной записи не превышал 10 рабочих дней. Рекомендовано приоритетное обслуживание организованных групп, направленных работодателем, агентствами по трудоустройству и др. При невозможности уложиться в указанный срок следует проинформировать соответствующий орган исполнительной власти.

Целесообразно, чтобы представители органов исполнительной власти проводили мониторинг деятельности медицинских организаций для обеспечения реальных потребностей в этом виде медицинского обслуживания.

В регионах с высокой миграционной нагрузкой следует создавать специализированные медицинские центры для освидетельствования трудовых мигрантов, интегрированных в систему мероприятий, осуществляемых УФМС России. Это позволяет организовать работу по принципу «одного окна».

Медицинские организации *первого уровня* действуют на основании соответствующей лицензии. Медицинское освидетельствование – это отдельный вид медицинской деятельности, который должен быть подтвержден лицензией. Медицинские организации *первого уровня* несут ответственность за организацию профилактических осмотров на туберкулез и оценку здоровья мигрантов,

качество и целостность всего набора профилактических и диагностических действий; отвечают за надлежащее информирование компетентных государственных учреждений; выдают мигрантам медицинское заключение установленного образца и (или) вносят в него соответствующие записи.

Руководитель медицинской организации *первого уровня* является ответственным за качество проведения медицинского освидетельствования и профилактического обследования на туберкулез и взаимодействие с организациями *второго уровня*.

В случае дообследования его результаты из медицинской организации *второго уровня* направляются в кабинет профилактического осмотра для оформления заключения.

Медицинское освидетельствование детей мигрантов (0–17 лет) для получения разрешения на временное проживание или вида на жительство целесообразно осуществлять сразу в медицинских организациях *второго уровня* при участии фтизиопедиатра, так как в рамках освидетельствования необходимы постановка пробы Манту и кожного теста с антигеном туберкулезным рекомбинантным, а также компетентная трактовка результатов тестов.

Медицинские организации *второго уровня* (амбулаторно-поликлинические подразделения противотуберкулезных диспансеров) являются субподрядчиками и работают по договору с организациями *первого уровня*, дополняя набор медицинских услуг по освидетельствованию



В регионах с высокой миграционной нагрузкой следует создавать специализированные медицинские центры для освидетельствования трудовых мигрантов, интегрированных в систему мероприятий, осуществляемых УФМС России. Это позволяет организовать работу по принципу «одного окна».

и профилактическому обследованию мигрантов и удовлетворяя потребность в дополнительных методах исследования на ТБ и специализированной медицинской помощи, которую нерационально организовывать в учреждениях первого уровня.

Примером такого функционального разграничения служит сотрудничество учреждений здравоохранения, при котором медицинская организация первичной медико-санитарной помощи в соответствии с лицензией организует медицинское освидетельствование и профилактические осмотры мигрантов в целом, при этом направляя лиц с выявленными положительными находками, подозрительными на туберкулез, в противотуберкулезный диспансер, с которым работает по договору. В данном случае диспансер оказывает дополнительные услуги мигрантам по углубленному обследованию на туберкулез и дифференциальной диагностике заболеваний.

Не исключены, однако, и другие схемы взаимодействия между медицинскими организациями, когда функцию первого уровня берет на себя учреждение второго уровня (противотуберкулезный диспансер), которое располагает более благоприятными условиями для организации и контроля всего процесса медицинского освидетельствования и профилактического обследования мигрантов на туберкулез. Этот вариант является оптимальным, так как для врачей учреждений первого уровня целесообразно проведение курсов переподготовки в целях обеспечения их квалифицированной работы по программе обследования мигрантов на ТБ, а специалисты учреждений второго уровня уже обладают необходимой квалификацией и имеют большой опыт противотуберкулезных мероприятий. Это также позволило бы избежать утечки мигрантов на различных этапах обследования.

Мигрант, прошедший в России лечение ТБ до прекращения бактериовыделения и выезжающий к себе на родину или в третью страну, должен как минимум получить справку о состоянии своего здоровья и рекомендации по дальнейшему лечению в письменном виде.

Иностранные граждане – выходцы из стран СНГ, прибывающие в Россию в безвизовом порядке, являются одной из существенных групп риска в отношении туберкулеза, однако в настоящее время документы, регулирующие взаимодействие медицинских служб стран СНГ по диагностике и лечению ТБ среди мигрантов,

отсутствуют. Система диагностики этого заболевания начинает работать только после въезда мигранта в страну назначения. В частности, для лиц, оформляющих патент на работу, разрешение на временное пребывание или вид на жительство в России, предусмотрено предоставление документов, подтверждающих отсутствие заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих. При этом, как уже отмечалось, часть прибывших в Россию работает без оформления надлежащих документов и, соответственно, никакого медицинского освидетельствования не проходит. Именно поэтому представляется своевременной оценка опыта проведения медицинских обследований потенциальных мигрантов до въезда в страну назначения, который имеется у ряда зарубежных государств.

Опыт проведения медицинских осмотров в странах выезда (по данным литературы)

Кем проводится? Опыт проведения медицинских (профилактических) осмотров мигрантов в странах выезда имеется: (1) в странах, входящих в Совет сотрудничества арабских государств Персидского залива (ССАГПЗ), и (2) в страны, где осуществляются специальные программы по привлечению мигрантов на постоянное место жительства (например, в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и США). Из европейских государств опыт проведения диагностики туберкулеза в странах выезда имеет Великобритания.

(1) Медицинские осмотры, проводимые государствами Персидского залива

Осмотр, включающий в себя диагностику инфекционных заболеваний, обязателен для трудовых мигрантов, планирующих въехать в ряд государств Персидского залива, такие как Саудовская Аравия, Оман и Катар. При этом мигранты обязаны пройти осмотр в сертифицированных медицинских учреждениях как у себя в стране, так и по прибытии в страну назначения. В случае выявления туберкулеза заявителю будет отказано в выдаче рабочей визы, а трудовой мигрант, уже находящийся в стране, подлежит депортации по прохождении лечения, которое заканчивается на этапе прекращения бактериовыделения [72, 88].

(2) Медицинские осмотры, проводимые странами,

имеющими иммиграционные программы.

Одним из направлений государственной политики этих стран является предоставление постоянного места жительства иностранным гражданам. При этом соответствующие иммиграционные программы сфокусированы на привлечении лиц, имеющих квалификацию и возрастные характеристики, представляющие интерес для экономики этих стран. Проведение медицинского освидетельствования заявителей является обязательной частью рассмотрения иммиграционного дела. Например, медицинский осмотр по американским иммиграционным программам проводят врачи страны выезда, назначенные консульской службой США (panel physicians). В своей деятельности они руководствуются техническими инструкциями, выпущенными Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (ЦКПЗ). Работу врачей периодически контролируют специалисты ЦКПЗ, базирующиеся в соответствующем регионе. Осмотр включает в себя проведение рентгенограммы легких, и в случае выявления отклонений пациенты направляются на сдачу анализа мокроты. При подтверждении диагноза при анализе мокроты пациент лишается права на въезд в США до излечения от ТБ (статус визы «Класс А»), которое также проводится в стране выезда. Если же при изменениях в легких анализ мокроты не показывает наличия активного туберкулеза, то заявитель получает право на въезд в США, но при обязательстве наблюдаться в медицинских учреждениях по прибытии (статус визы «Класс В1» или «Класс В2»). Лица, въезжающие в США на данных условиях, ставятся на учет в медицинских учреждениях по месту жительства и получают предписание о прохождении медицинского освидетельствования по прибытии в страну. В случае необходимости им предоставляется лечение за государственный счет [74].

Цели проведения диагностики в стране выезда. Медицинский осмотр в стране выезда проводится с целью обеспечения лечения активного ТБ до того, как мигрант въехал в страну назначения, с тем чтобы обезопасить ее коренное население. Дополнительным фактором является стремление сократить бюджетные расходы и нагрузку на систему здравоохранения страны приема мигрантов [71]. При этом, учитывая ограниченные возможности по диагностике и лечению туберкулеза, имеющиеся в ряде стран выезда, США, например, допускают въезд мигрантов с выявленными отклонениями, но не имеющих активного ТБ, с тем

чтобы провести необходимые лечебные мероприятия в американских клиниках [73].

К особенностям проведения диагностики ТБ этими двумя группами стран относится низкий уровень распространенности заболевания среди коренного населения, в то время как значительное число мигрантов прибывает из стран с высокой распространенностью туберкулеза. В США основная часть пациентов с туберкулезом прибывают из Мексики, Филиппин, Вьетнама, Китая, Индии, Гаити и Кореи [74]. Аналогичная картина отмечается в Канаде, где, например, 92% случаев туберкулеза среди мигрировавших в провинцию Онтарио выявлено среди граждан стран с высокой распространенностью туберкулеза [90]. Наивысший риск развития ТБ среди въехавших в страну приходится на первый год их пребывания, что во многих случаях связано с активацией микобактерии туберкулеза, полученной еще в стране выезда. Вероятность реактивации остается высокой в период до пяти лет после въезда человека с неактивным туберкулезом в страну [77]. В результате доля приезжих среди пациентов с туберкулезом доходит в принимающих странах до 70 и даже 80% случаев [71, 77]. При этом передача ТБ от мигрантов коренному населению может носить ограниченный характер. Обзор исследований, посвященных теме инфицирования коренного населения, зафиксировал трансмиссию МБТ в диапазоне от 2 до 17% [77].

Выявляемость туберкулеза при проведении предварительного освидетельствования. Обзор исследований по результатам осмотров на туберкулез в странах выезда показывает, что в таких исследованиях выявляемость заболевания в несколько раз превышает ту, что фиксируется внутри страны [87]. Хотя имеются случаи, когда при повторной проверке внутри страны первоначальный диагноз не подтверждается, их доля остается ограниченной. Так, по данным Министерства по делам иммиграции, беженцев и гражданства Канады, из 450 тыс. заявителей, прошедших медицинское освидетельствование в стране выезда, 55% прибыло потом в Канаду, после чего 6 тыс. мигрантов, или 2,5% от числа прибывших было направлено на повторное освидетельствование в связи с туберкулезом, сифилисом или ВИЧ [78]. На Тайване за период с 2001 по 2007 г. в ходе повторного освидетельствования трудовых мигрантов было выявлено наличие заболеваний у 3,7% от числа прошедших медицинский осмотр в стране выезда [91].

Преимущества диагностики в стране выезда. Имеющиеся данные позволяют сделать вывод о том, что проведение обследования на ТБ среди мигрантов, в том числе в странах выезда, приводит к более раннему выявлению случаев болезни, сокращению длительности ее симптомов и сроков госпитализации, а также сокращает период бактериовыделения до 33% [88]. Также отмечается, что при наличии связей с системой здравоохранения стран выезда обеспечивается своевременность лечения и сокращение риска развития лекарственно-устойчивых форм ТБ [76].

Экономический аспект. Финансирование программ диагностики туберкулеза среди мигрантов в странах назначения осуществляется государственными органами. В Соединенных Штатах в начале 1990-х гг. эти расходы оценивались в 350 млн долл. США [90]. В то же время при проведении осмотра на туберкулез в стране выезда условием является оплата его стоимости самими мигрантами, а лечение заболевания проводится в местных учреждениях здравоохранения [71]. С учетом того, что в Канаде, Великобритании и Западной Европе более половины случаев туберкулеза приходится на лиц, родившихся за пределами этих стран, проведение диагностики в странах выезда означает существенное снижение расходов на лечение мигрантов в странах назначения.

Обсуждение экономических аспектов включает в себя и дискуссию о методах проведения диагностики туберкулеза. Обычно в качестве такого



метода для всех заявителей, подающих документы по соответствующим категориям виз, используется рентгенография грудной клетки. Однако в силу сравнительно высокой стоимости этой процедуры высказывались предложения об использовании альтернативных подходов. Например, «сплошную» диагностику с помощью рентгенографии предлагалось заменить эпидемиологическими расследованиями случаев ТБ, концентрирующихся внутри диаспор [72]. В то же время провайдеры противоэпидемических услуг признают, что проведение подобных расследований, например, в США, было бы затруднительным [74].

Россия не только ввела безвизовый режим со странами СНГ, но и не предъявляет требования о предоставлении документов об отсутствии инфекционных заболеваний при въезде их граждан в нашу страну. В таких условиях прохождение осмотра на туберкулез в стране выезда не может быть обязательным для тех, кто планирует приехать в РФ. Соответственно, сокращаются возможности и по проведению дополнительных профилактических и лечебных процедур среди въезжающих в Россию, чей диагноз на осмотрах по месту постоянного жительства был признан нуждающимся в уточнении. С другой стороны, система здравоохранения во всех бывших советских республиках в течение десятилетий развивалась как единое целое, и до настоящего времени сохраняется схожесть в подходах медицинского сообщества в этих странах к диагностике и лечению ТБ. Из этих трех факторов первые два несколько осложняют введение осмотров на ТБ в странах СНГ, в то время как третий облегчает их организацию и осуществление.

Проведение профилактического осмотра на ТБ в стране выезда – даже в ситуации, когда мигранты с выявленным заболеванием сохраняют возможность въезда в Россию, – может способствовать улучшению эпидемиологической обстановки в Российской Федерации, поскольку часть пациентов получит лечение на месте. Получение лечения в стране выезда соответствует интересам потенциальных мигрантов, предоставляя им возможность избежать расходов по переезду и об-

Имеющиеся данные позволяют сделать вывод о том, что проведение обследования на ТБ среди мигрантов, в том числе в странах выезда, приводит к более раннему выявлению случаев болезни, сокращению длительности ее симптомов и сроков госпитализации, а также сокращает период бактериовыделения до 33%.

Проведение профилактического осмотра на ТБ в стране выезда – даже в ситуации, когда мигранты с выявленным заболеванием сохраняют возможность въезда в Россию, – может способствовать улучшению эпидемиологической обстановки в Российской Федерации, поскольку часть пациентов получит лечение на месте.

устройству при наличии заболевания, которое не позволит им легально трудоустроиться в России, и, возможно, станет причиной депортации из страны. Кроме того, проведение осмотра на ТБ в стране выезда имеет преимущество и в том отношении, что оно обеспечивает возможность профилактики и лечения туберкулеза в ситуации, когда представители целевой группы имеют фиксированное место жительства, находятся в привычном окружении и не вынуждены заниматься поиском работы или обустройством на новом месте. При наличии договоренности между соответствующими медицинскими службами России и других стран СНГ о взаимном оповещении возможно предварительное уведомление российских властей о случаях туберкулеза либо подозрений на туберкулез, выявленных при проведении профилактического осмотра в стране выезда. Передача этой информации позволит организовать необходимые диагностические и лечебные мероприятия по прибытии этих граждан в Россию, что также может способствовать улучшению эпидемической ситуации. Эффективное противодействие распространению ТБ возможно только при наличии трансграничного



сотрудничества между медицинскими и социальными службами России и стран СНГ и Евразийского экономического союза.

Эффективное противодействие распространению ТБ возможно только при наличии трансграничного сотрудничества между медицинскими и социальными службами России и стран СНГ и Евразийского экономического союза.

РОЛЬ, ОПЫТ И ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБЩЕСТВЕННЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ С ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОГО НА СОЗДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В СООБЩЕСТВАХ МИГРАНТОВ

Разработка механизмов тесного взаимодействия общественных и международных организаций с государственными учреждениями противотуберкулезной помощи в вопросах создания и поддержания эффективных механизмов контроля туберкулеза в сообществах мигрантов является важной задачей общественного здравоохранения. Необходимость сотрудничества государственных служб здравоохранения и общественных и международных организаций, а также повышения роли местных сообществ подчеркиваются в целом ряде документов ВОЗ и МФОККиКП.

Так, на 67-й сессии ВАО утверждена **резолюция ВАО 67.1 «Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 года»** [5]. В этом документе сформулирована концептуальная основа глобальной стратегии (ГС) борьбы с ТБ на указанный период:

ПЕРСПЕКТИВНОЕ ВИДЕНИЕ

**Мир, свободный от туберкулеза: –
нулевой уровень смертности, заболеваемости
и страданий от ТБ**

В качестве первого базового элемента ГС названы комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента. Этот элемент особенно важен для лечения людей из группы риска – мигрантов, беженцев. Другими базовыми элементами ГС являются: сильная политика и поддерживающие системы; и интенсификация исследований и инноваций.

Среди принципов, лежащих в основе ГС, перечислены следующие:

«Тесное сотрудничество с организациями гражданского общества и местными сообществами

(...) Важную роль для принимаемых решений должны играть также местные сообщества, затронутые этой проблемой. Представителям местного населения и гражданского общества должна быть предоставлена возможность принимать более активное участие в планировании и разработке программ, предоставлении услуг и мониторинге, а также в информировании, просвещении и поддержке пациентов и их семей, проведении научных исследований и пропагандистско-разъяснительной работы. В этих целях должно быть обеспечено тесное сотрудничество между всеми заинтересованными сторонами. Такое объединение партнеров может способствовать как доступу людей к высококачественной помощи, так и созданию требуемых ими высококачественных служб. Объединение партнеров на национальном уровне может также способствовать усилению борьбы с факторами, определяющими развитие эпидемии туберкулеза.

Защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости.

(...) Меры политики и стратегии, используемые для разработки всесторонних мер борьбы с туберкулезом на национальном уровне, а также предоставляемые меры лечения и профилактики туберкулеза должны прямо предусматривать соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости. Доступ к высококачественной помощи при туберкулезе является важным элементом права на здоровье. Настоящая стратегия строится на подходе, основанном на соблюдении прав человека, который обеспечивает их защиту и предусматривает проведение политики и принятие мер, способствующих этому. Это включает участие лиц и местных сообществ, затронутых данной проблемой, в обеспечении вы-

полнения всех базовых элементов и компонентов стратегии, уделяя особое внимание основным затронутым группам населения.

(...) Настоящая стратегия призвана, обеспечивать соблюдение принципа справедливости путем выявления рисков, потребностей и требований лиц, затрагиваемых этой проблемой, предоставлять равные возможности в профилактике распространения заболевания, равный доступ к службам диагностики и лечения, а также равный доступ к мерам, направленным на недопущение соответствующих социальных последствий и катастрофических экономических затрат. Применение подхода, основанного на соблюдении прав человека, разработка и соблюдение высочайших этических стандартов при осуществлении любых действий, а также постепенное сокращение и ликвидация неравенств будут лучше всего способствовать эффективности процесса, используемого для выполнения задач и достижения целей данной стратегии.

(...) В глобализованном мире такие болезни, как туберкулез, могут быстро и широко распространяться в результате международных путешествий и торговли. Эффективная борьба с туберкулезом требует тесного сотрудничества между странами. Для эффективного сотрудничества между странами также необходимы глобальная координация и поддержка, что позволяет выполнять требования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и обеспечивать безопасность в области здравоохранения. Страны в рамках одного региона могут извлекать пользу из регионального сотрудничества. Миграция внутри стран и между странами создает определенные проблемы, и для их решения потребуются координация в странах и трансграничное сотрудничество. Глобальная координация имеет важное значение также для мобилизации ресурсов из различных многосторонних, двусторонних и национальных источников для лечения и профилактики туберкулеза.

«Оказание ориентированной на пациента поддержки в рамках ведения туберкулеза. Оказание помощи и поддержки, ориентированной на пациента, принимая во внимание и учитывая их

образовательные, эмоциональные и материальные потребности, имеет основополагающее значение для новой глобальной стратегии борьбы с туберкулезом. Необходимо обеспечить поддерживающий контроль за лечением со стороны партнеров, участвующих в лечении; это помогает пациентам регулярно принимать лекарства и доводить лечение до конца, что способствует их выздоровлению и предупреждает развитие лекарственной устойчивости. Контроль следует осуществлять с учетом существующих условий и характера пациента. Контроль и поддержка, ориентированные на пациента, должны также помочь в выявлении и устранении факторов, которые могут приводить к прекращению лечения. Это должно способствовать борьбе со стигматизацией и дискриминацией. Поддержка пациентов должна выходить за рамки учреждений здравоохранения и проводиться на дому, в семье, по месту работы и на уровне местных сообществ. Лечение и поддержка должны также проводиться в период после выздоровления для устранения возможных последствий, связанных с туберкулезом. К примерам поддержки, ориентированной на пациента, относятся предоставление партнеров по лечению, обученных службами здравоохранения и приемлемых для пациента; доступ к мерам социальной защиты, использование информационных и коммуникационных технологий для предоставления информации, возможностей обучения и побудительных стимулов для пациентов; и создание механизмов обмена информацией и опытом между пациентами и другими окружающими их лицами.

Совместная деятельность в области туберкулеза/ВИЧ; а также ведение коморбидностей

(...) **Расширение сотрудничества с программами борьбы против ВИЧ.** Общая цель совместной деятельности в области туберкулеза/ВИЧ состоит в уменьшении бремени туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди людей, подвергающихся риску или уже имеющих оба эти заболевания. На связанный с ВИЧ туберкулез приходится почти четверть всех случаев смерти от туберкулеза и четверть всех случаев смерти, вызванных СПИДом. Подавляющее число таких случаев за-

болевания и смерти происходит в регионах стран Африки и Юго-Восточной Азии. Все больные туберкулезом, имеющие ВИЧ, должны пройти антиретровирусную терапию. Комплексное лечение туберкулеза и ВИЧ увеличивает вероятность получения больными туберкулезом антиретровирусного лечения, сокращает время до начала лечения и уменьшает смертность почти на 40%.

(...) **Комплексные услуги при туберкулезе и ВИЧ.** Несмотря на вдохновляющее увеличение масштабов деятельности в области борьбы с туберкулезом и ВИЧ во всем мире, общий охват услугами остается низким. Кроме того, уровень и степень прогресса значительно варьируются между странами. Продолжает существовать несоответствие между охватом тестированием на ВИЧ больных туберкулезом и охватом антиретровирусным лечением, профилактическим лечением ко-тримоксазолом и профилактикой ВИЧ. Сокращение запаздывания диагностики с помощью новых диагностических средств и учреждение быстрого лечения могут улучшить результаты здравоохранительных мер среди людей, имеющих ВИЧ. Оказание помощи при туберкулезе и ВИЧ в местах высокого бремени этих заболеваний следует шире включать в службы охраны здоровья матери и ребенка и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

(...) **Совместное ведение сопутствующих туберкулезу патологий и неинфекционных заболеваний.** Ряд неинфекционных заболеваний и других состояний здоровья, включая сахарный диабет, недостаточность питания, силикоз, а также курение, вредное употребление алкоголя и наркотиков, равно как и ряд разрушающих иммунитет расстройств и видов лечения, являются факторами риска для заболевания туберкулезом. Наличие сопутствующих заболеваний может осложнить ведение туберкулеза и привести к плохим результатам лечения. И напротив, туберкулез может ухудшить или осложнить ведение других болезней. Поэтому в рамках базисного и скоординированного клинического ведения, людей с диагностированным туберкулезом следует в рутинном порядке проверять на наличие сопутствующих заболеваний. Публикация ВОЗ «Практический подход к здоровью легких» [85] является примером пропаганды лечения туберкулеза в качестве неотъемлемой части ведения респираторных заболеваний. Ситуация на месте должна определять, на какие сопутствующие заболевания следует систе-

матически проверять людей с активным туберкулезом. Национальные принципы сотрудничества могут помочь в комплексном ведении неинфекционных заболеваний и инфекционных болезней, включая туберкулез.

(...) **Социальная защита, борьба с бедностью и воздействие на другие детерминанты туберкулеза**

(...) **Уменьшение экономического бремени, связанного с туберкулезом.** Значительная доля больных туберкулезом сталкивается с катастрофическим экономическим бременем из-за прямых и косвенных расходов, связанных с болезнью и медицинской помощью. Неблагоприятные социальные последствия могут включать стигматизацию и социальную изоляцию, прекращение учебы, потерю работы или развод. Отрицательные последствия часто испытывают семьи больных туберкулезом. Даже если диагностика и лечение туберкулеза предоставляются бесплатно, необходимы меры социальной защиты, чтобы облегчить бремя потери дохода и немедицинских расходов обращения за помощью и продолжения получения помощи.

(...) **Расширение охвата социальной защиты.** Социальная защита должна охватывать потребности, связанные с туберкулезом, такие как: (а) схемы для компенсации финансового бремени, связанного с заболеванием, например страхование от болезней, пенсии по инвалидности, выплаты по социальному обеспечению, другие денежные переводы, ваучеры или продовольственные пакеты; (б) законодательство для защиты людей с туберкулезом от дискриминации, такой как увольнение с работы, исключение из учебного или медицинского учреждения, транспортной системы или жилища; и (с) документы для защиты и укрепления прав человека, включая преодоление стигматизации и дискриминации, обращая особое внимание на гендер, этническую принадлежность и защиту уязвимых групп. Такие документы должны включать создание в пораженных общинах потенциала для выражения своих потребностей и защиты своих прав и призыв к подотчетности тех, кто нарушает права человека, и тех, кто отвечает за защиту этих прав.

(...) **Борьба с бедностью и связанными с ней факторами риска.** Бедность является сильным детерминантом туберкулеза. Перенаселенные и плохо проветриваемые жилищные и рабочие условия, часто связанные с бедностью, представляют собой непосредственные факторы риска для передачи

туберкулеза. Недостаточность питания является важным фактором риска развития активного заболевания. Бедность также связана с плохими общими знаниями о здоровье и отсутствием полномочий для воздействия на знания о здоровье, что приводит к возможности воздействия ряда факторов риска туберкулеза. Уменьшение бедности снижает риск передачи туберкулеза и риск перехода от инфекции к заболеванию. Оно также помогает улучшить доступ к службам здравоохранения и соблюдение рекомендованного лечения.

(...) **Продолжение применения подходов, основанных на «учете вопросов здоровья во всех направлениях политики».** Воздействие на детерминанты плохого здоровья с помощью подходов, основанных на учете вопросов здоровья во всех направлениях политики, даст огромные преимущества оказанию противотуберкулезной помощи и профилактике. Такие действия включают, например: (а) продолжение применения основных стратегий уменьшения бедности и расширение социальной защиты; (b) улучшение жилищных и рабочих условий и уменьшение отсутствия продовольственной безопасности; (с) решение вопросов здоровья мигрантов и укрепление трансграничного сотрудничества; (d) привлечение различных заинтересованных сторон, включая общины, пострадавшие от туберкулеза, к выявлению вероятных социальных детерминантов туберкулеза на местах; (е) предотвращение прямых факторов риска туберкулеза, включая курение и вредное употребление алкоголя и наркотиков, и содействие здоровому питанию, а также надлежащая клиническая помощь для медицинских состояний, увеличивающих риск туберкулеза, таких как диабет».

На 65-й сессии Европейского регионального комитета (ЕРК) ВОЗ (Вильнюс, сентябрь 2015 г.) принят рабочий документ «План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 годы» [49]. Он был разработан в рамках общерегионального процесса консультаций с широким кругом заинтересованных сторон с целью определения практических мер реализации глобальной стратегии «Положить конец туберкулезу» в условиях Европейского региона ВОЗ, с тем чтобы впоследствии ее можно было адаптировать на национальном уровне с учетом

особенностей стран. Данный план действий, согласованный с положениями политики «Здоровье–2020» и другими основными региональными нормативными документами и стратегиями здравоохранения, устанавливает региональную цель и целевые ориентиры в области лечения и борьбы с туберкулезом и лекарственно-устойчивым туберкулезом на период с 2016 по 2020 г., определяя стратегические направления, и описывает мероприятия, которые будут осуществляться заинтересованными сторонами. Сформулированные в этом документе основные стратегические направления призваны усилить и укрепить взаимодействие общественных и международных организаций с государственными противотуберкулезными учреждениями для создания и поддержания эффективных механизмов профилактики и контроля ТБ, в том числе в сообществах мигрантов. И включают в себя, в частности, следующие:

«(...) Содействие межсекторальному сотрудничеству с целью принятия мер в отношении социальных детерминант и основополагающих факторов риска развития туберкулеза.

(...) Работа в рамках национальных, региональных и международных многосторонних партнерств, в том числе с участием организаций гражданского общества и представителей обществ.

(...) Сделать так, чтобы обоснованное соблюдение принципов этики, прав человека и социальной справедливости в отношении больных туберкулезом было интегрировано во все области стратегических вмешательств, перечисленных выше».

На Совещании высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов, состоявшемся в ноябре 2015 г. в Риме под эгидой ЕРБ ВОЗ, принят итоговый документ «Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов» («На пути к созданию Рамочной основы для совместных действий в Европейском регионе ВОЗ») [1]. В нем констатируется «необходимость в формировании общей рамочной основы для совместных действий по охране здоровья беженцев и мигрантов... в соответствии с принципами солидарности и взаимной помощи. Необходима общая рамочная основа для совместных действий по охране здоровья беженцев и мигрантов в соот-

Необходима общая рамочная основа для совместных действий по охране здоровья беженцев и мигрантов в соответствии с принципами солидарности и взаимной помощи.

ветствии с принципами солидарности и взаимной помощи. Прочную основу для такого шага обеспечивают: принятая недавно Повестка дня в области устойчивого развития до 2030 г., утверждая которую страны обязались «никого не оставить без внимания»; Цели в области устойчивого развития 3 (в отношении здоровья), 5 (в отношении гендерного равноправия) и 10 (касающаяся сокращения неравенства в странах и между странами); основы европейской политики в поддержку здоровья и благополучия «Здоровье–2020»; принятая в 2008 г. резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения о здоровье мигрантов».

«Пришло время работать вместе, – говорится в документе, – на деле руководствуясь принципом солидарности, и объединить политическую волю с разумными стратегиями в области здравоохранения и социальной защиты и техническим потенциалом, направив их на осуществление мер общественного здравоохранения по профилактике предотвратимой заболеваемости и смертности и облегчению страданий беженцев и мигрантов путем обеспечения транснационального взаимодействия и доступа к качественным услугам.

(...) Эффективное оказание медицинской помощи, реализация мер укрепления здоровья и профилактики болезней требуют наличия систем здравоохранения, которые способны адаптироваться и реагировать на потребности постоянно меняющегося контингента и учитывать его культурные, религиозные, языковые и гендерные особенности. Надлежащая подготовка медицинских специалистов и соответствующего немедицинского персонала – один из основных элементов, необходимых для выполнения этой задачи. Необходимо принять надлежащие меры чтобы создать возможности для трудоустройства и привлечения медицинских работников из числа мигрантов к оказанию услуг медицинской помощи.

(...) Необходимо принять соответствующие меры, способствующие преемственности и качеству медицинской помощи для мигрантов, включая медицинскую помощь, предоставляемую государственными учреждениями, частными поставщиками услуг, неправительственными орга-

низациями (НПО) и прочими субъектами, а также принятие, обеспечение и мониторинг соблюдения одинаковых стандартов качества оказания медицинской помощи.

(...) Для того чтобы достичь указанных целей, необходимо укреплять сотрудничество на национальном и международном секторальном и межсекторальном уровнях в масштабе всего Европейского региона ВОЗ и взаимодействие с основными странами происхождения и транзита беженцев и мигрантов. Существует особая потребность в более широком обмене данными между странами в целях обеспечения бесперебойной передачи информации здравоохранения по мере перемещения людей через границы. Улучшение координации в сфере сбора данных и соответствующий обмен информацией между странами и всеми заинтересованными сторонами – важнейшие условия успеха всех усилий, предпринимаемых с целью защиты и укрепления здоровья беженцев и мигрантов. Нам следует в срочном порядке разрабатывать трансграничные, подходы, транснациональные базы данных, соблюдая при этом принцип конфиденциальности частной информации, а также портативные истории болезни/медицинские карты.

(...) Помимо этого, следует укреплять сотрудничество с учреждениями Организации Объединенных Наций (в частности ВОЗ, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ЮНЭЙДС), Европейской комиссией, Международной организацией по миграции и другими влиятельными национальными и международными структурами в сферах миграции и здоровья, а также взаимодействие между ними. Для того чтобы добиться эффективности в оказании поддержки государствам-членам и избежать дублирования усилий и разрабатываемых методических инструментов, необходимо укреплять координацию действий различных международных заинтересованных сторон, участвующих в этой работе».

На заседании **Целевой группы Вольфхезе** по вопросам трансграничной миграции в 2012 г. принято **консенсусное заявление**, в котором сформулированы основные принципы, реализация которых позволит ограничить распространение ТБ при перемещениях через границы стран Евро-

Улучшение координации в сфере сбора данных и соответствующий обмен информацией между странами и всеми заинтересованными сторонами – важнейшие условия успеха всех усилий, предпринимаемых с целью защиты и укрепления здоровья беженцев и мигрантов.

пейского региона ВОЗ. К их числу относится также обеспечение непрерывности лечения, которая предполагает взаимодействие между медицинскими службами страны, откуда пациент с ТБ выезжает, и страны куда он/она въезжает.

В документе рассматривается содержание минимального пакета мер для трансграничной борьбы с ТБ и осуществления противотуберкулезной помощи в Европейском регионе ВОЗ. Пакет включает в себя следующие элементы: основы управления (правовая основа; финансирование; обмен информацией между странами), предоставление услуг (профилактика; противотуберкулезный контроль; диагностика; лечение; непрерывность лечения); эпиднадзор и мониторинг (личные данные пациента; эффективность работы программы); и поддерживающая среда (возможности и стимулы; адвокация, коммуникационное воздействие и социальная мобилизация).

Неотъемлемой частью минимального пакета для трансграничной борьбы с ТБ и противотуберкулезной помощи должны быть консультирование и советы в целях соблюдения больным режима лечения. Психосоциальная поддержка, а также предоставление возможностей и стимулов могут играть важнейшую роль в содействии приверженности лечению, и должны считаться приоритетными мерами.

Необходимо привлекать к сотрудничеству организации гражданского общества, особенно те, что могут работать в трансграничном пространстве и обеспечивать лечение больных. Адвокация, коммуникационное взаимодействие и социальная мобилизация должны осуществляться на национальном и международном уровнях, и соответствовать рекомендациям по предоставлению услуг, подходящих для мигрантов, с тем чтобы эта информация доходила как до поставщиков медицинской помощи, так и до сообществ мигрантов и их лидеров [76].

В настоящее время противотуберкулезная служба Российской Федерации активно взаимодействует по вопросам контроля туберкулеза в сообществах мигрантов с рядом авторитетных международных институтов, таких как ВОЗ, Международная организация по миграции

и МФОККиКП, через их представительства, осуществляющие свою деятельность в России. Одной из эффективных площадок такого взаимодействия является Рабочая группа высокого уровня (РГВУ) по туберкулезу в РФ, созданная Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с ВОЗ.

Основными задачами РГВУ является выработка скоординированных механизмов эффективного контроля туберкулеза, обсуждение положительного опыта и моделей сотрудничества государственных противотуберкулезных учреждений и партнерских общественных организаций.

Секретариатом РГВУ была в 2015 г. создана техническая группа по подготовке рекомендаций в целях выработки эффективного механизма раннего выявления, диагностики и лечения туберкулеза среди мигрантов. В нее вошли представители научно-исследовательских учреждений РФ, а также ВОЗ и МОМ. Итогом работы этой группы стали «Рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов», которые были представлены на заседании РГВУ в ноябре 2015 г. [58]

Комплексные подходы к повышению эффективности мер по раннему выявлению и диагностике ТБ, а также по формированию мотивации к лечению у больных туберкулезом из групп риска, в том числе мигрантов, отражены в «Практическом руководстве по участию в борьбе с туберкулезом» МФОККиКП [79]. В нем подчеркивается важная роль программ



В настоящее время противотуберкулезная служба Российской Федерации активно взаимодействует по вопросам контроля туберкулеза в сообществах мигрантов с рядом авторитетных международных институтов, таких как ВОЗ, Международная организация по миграции и МФОККиКП, через их представительства, осуществляющие свою деятельность в России.

психосоциальной поддержки в мероприятиях по борьбе с туберкулезом.

Такие программы прежде всего включают в себя:

- повышение информированности населения с целью уменьшения риска заболевания;
- противодействие стигматизации и дискриминации в отношении больных ТБ;
- оказание помощи в организации лечения (контроль за приемом лекарств; розыск лиц, прервавших лечение);
- социальную поддержку (обеспечение продовольственными наборами, компенсация расходов на транспорт);
- оказание помощи в повышении уровня доходов больных ТБ благодаря обучению методам повышения доходов и участию в мини-проектах.

Деятельность по оказанию психосоциальной помощи может быть интегрирована во все перечисленные выше стратегические задачи. Психосоциальная помощь больным ТБ, их семьям и сообществам играет позитивную роль в оказании поддержки больным ТБ и их поощрении в процессе лечения, способствует смягчению негативных побочных эффектов лечения. Такая помощь позволяет пациентам и членам их семей обрести надежду на будущее и усилить уверенность в себе. Психологическая помощь также существенно помогает создать заново либо восстановить структуры социальной поддержки там, где их деятельность столкнулась с трудностями или где они были ликвидированы вследствие усиления стигматизации и дискриминации. Практика показывает, что психосоциальная помощь значительно улучшает результаты лечения, снижает число отрывов и ускоряет восстановление, благодаря ограничению отрицательного психологического воздействия на пациентов и членов их семей. Эта помощь также укрепляет возможности больных ТБ, создает социально значимую среду, позволяющую эффективно противодействовать болезни, и, как следствие, снижает уязвимость населения, формируя общественную жизнестойкость.

За последние годы МФОККиКП совместно с РКК разработала и внедрила ряд перспективных моделей оказания медико-санитарной помощи в сообществах мигрантов. В ходе реализации этих проектов широко используются такие формы и методы работы, как:

- организация и проведение круглых столов, межведомственных совещаний, конференций, общественных слушаний по обсуждению проблемы туберкулеза с представителями органов власти, СМИ, учреждений здравоохранения и общественностью на центральном и региональном уровнях;
- медико-санитарное просвещение населения, больных туберкулезом, их окружения, представителей СМИ и органов власти по различным аспектам проблемы;
- привлечение добровольцев различных возрастных и социальных групп по линии РКК к оказанию прямой или опосредованной помощи больным туберкулезом;
- проведение обучающих семинаров для волонтеров, сотрудников РКК, представителей противотуберкулезной службы по различным аспектам организации контроля над туберкулезом.

Одной из эффективных моделей работы в сообществах мигрантов стал **проект: «Усиление адвокативной работы и мер по профилактике туберкулеза в сообществах трудовых мигрантов»**, реализуемый с 2014 г. МФОККиКП и РКК, совместно с обществами Красного Полумесяца Кыргызстана и Таджикистана, при поддержке Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Этот проект осуществляется в Тамбовской, Оренбургской областях и Московском регионе, а также среди потенциальных мигрантов из Кыргызстана и Таджикистана.

Так, за период 2014–2015 гг. добровольцами Красного Креста и Красного Полумесяца проведен цикл информационных сессий по профилактике туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ИППП для более чем 3 тыс. мигрантов в России, Кыргызстане

Психосоциальная помощь значительно улучшает результаты лечения, снижает число отрывов и ускоряет восстановление, благодаря ограничению отрицательного психологического воздействия на пациентов и членов их семей. Эта помощь также укрепляет возможности больных ТБ, создает социально значимую среду, позволяющую эффективно противодействовать болезни, и, как следствие, снижает уязвимость населения, формируя общественную жизнестойкость.

и Таджикистане. МФОККиКП и РКК разработали обучающий модуль, предусматривающий представление базовой информации в форме, доступной для восприятия мигрантами.

Особый интерес представляет работа с мигрантами, осуществляемая в тесном взаимодействии с ФМС в гг. Москва, Санкт-Петербург, а также в Оренбургской и Тамбовской областях. Так, с 2013 г. в Москве и Санкт-Петербурге при УФМС работают общественные приемные Красного Креста, в которых ежегодно более 10 тыс. мигрантов получают необходимые консультации по целому ряду медико-социальных и правовых вопросов. В центрах социальной адаптации трудовых мигрантов при УФМС Оренбургской и Тамбовской областей квалифицированные сотрудники РКК проводят информационные сессии для трудовых мигрантов по профилактике ТБ, ВИЧ и ИППП. За указанный период более 500 трудовых мигрантов, прошедших курс социальной адаптации в указанных центрах, повысили свой образовательный уровень по вопросам здравоохранения.

Исследование уровня осведомленности мигрантов в вопросах ТБ и ВИЧ, проведенное ЦМИ [49] показало, что для готовящихся выехать в миграцию основными источниками сведений о туберкулезе являются, помимо ТВ, СМИ и Интернета (53%), специальные памятки (41%) и информация от врачей (43%) тогда как для мигрантов, уже находящихся в России и Казахстане, эти источники не являются основными (в России 15% опрошенных назвали источником памятки и 17% – врачей, в Казахстане, соответственно, 25 и 23%). В России СМИ, ТВ и Интернет, сохраняя свою важность в качестве источника информации, теряют для мигрантов свою популярность в количественном измерении (их назвали 33% опрошенных). Если в среднем около четверти респондентов признались, что ничего не знают о ТБ, то среди мигрантов, прошедших обучение в центрах социальной адаптации Тамбова и Оренбурга, уровень осведомленности об этом заболевании составляет 100%. Это свидетельствует о высокой эффективности применяемых моделей работы с мигрантами.

В литературе отмечается необходимость более тесного взаимодействия с неправительственными организациями и объединениями, играющими важную роль в решении актуальных проблем вынужденных переселенцев и внешних трудовых мигрантов, и способными содействовать обеспечению их социокультурной адаптации и устройству на территории страны. Среди таких организаций значительный вклад вносят, в частности, Российский фонд помощи беженцам «Соотечественники», Форум переселенческих организаций, Комитет помощи беженцам и вынужденным переселенцам, фонд «Миграция и закон», Международная организация труда, Глобальный форум международной миграции, Международная правозащитная ассамблея, Партнерство по миграции «ПАРМИ», которые реализуют ряд программ по поддержке трудовых мигрантов.

Представляет интерес диссертационное исследование Ф.А. Джатдоевой «Коммуникативные стратегии изменения поведения мигрантов в программах формирования общественного здоровья» (2011) [7], посвященное коммуникативным стратегиям изменения поведения мигрантов в программах формирования общественного здоровья. В нем впервые выполнена оценка информационных и диагностических потребностей. Кроме того, автором работы организована и про-



Особый интерес представляет работа с мигрантами, осуществляемая в тесном взаимодействии с ФМС в гг. Москва, Санкт-Петербург, а также в Оренбургской и Тамбовской областях. Так, с 2013 г. в Москве и Санкт-Петербурге при УФМС работают общественные приемные Красного Креста, в которых ежегодно более 10 тыс. мигрантов получают необходимые консультации по целому ряду медико-социальных и правовых вопросов.

ведена социальная мобилизация по профилактике туберкулеза среди мигрантов в лагерях беженцев на Северном Кавказе.

Автор пришла к фундаментальному выводу, что «социальная мобилизация в общественном здоровье — это один из инструментов формирования здоровья и профилактики заболеваний» [6]. Автор подчеркивает: «Эффективное решение проблем общественного здоровья предполагает использование как социальной мобилизации для изменения поведения целевых аудиторий, так и адвокации для изменения политики, направленной на преодоление проблем общественного здоровья. Анализ социальной мобилизации по профилактике туберкулеза среди беженцев и внутренне перемещенных лиц продемонстрировал довольно ограниченные возможности коммуникационных стратегий без реальной поддержки государства. Самые изощренные коммуникационные технологии не приведут к устойчивым позитивным результатам, если они не будут являться частью государственных, национальных стратегий по сохранению здоровья. Необходимо более широкое внедрение позитивного опыта междуна-

родных организаций в национальные стратегии по сохранению здоровья. Очевидно, что без адекватного финансирования и внятной сформулированной политики охраны здоровья россиян как приоритетной составляющей национальной безопасности коммуникационные технологии не могут кардинально решить проблемы общественно-го здоровья» [6].

Научное медицинское сообщество России уделяет особое внимание вопросам взаимодействия государственных противотуберкулезных учреждений с международными организациями, общественными объединениями и национальными диаспорами в сфере разработки и совершенствования механизмов раннего выявления, диагностики, профилактики и лечения туберкулеза среди мигрантов.

Так, в период 2014–2015 гг. здоровье мигрантов, как актуальная региональная проблема, обсуждалось на различных форумах как в России, так и в странах Центральной Азии.

В 2015 г. в России прошел ряд представительных форумов посвященных данной тематике: Всероссийская научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные исследования при туберкулезной инфекции: проблемы и пути их решения» посвященная памяти члена-корреспондента РАН, профессора В.В.Ерохина; Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Фтизиатрия сегодня: от фундаментальной науки к клинической практике», в рамках которой проведен круглый стол на тему «Проблемы контроля трансграничного распространения туберкулеза»; IV Конгресс Национальной ассоциации фтизиатров «Современные направления развития фтизиатрии: научные разработки и практический опыт борьбы с туберкулезом» и, в его рамках, круглый стол «Организация выявления туберкулеза среди трудовых мигрантов». Все указанные мероприятия, в которых приняли участие представители ВОЗ, МОМ и МФОККиКП, стали уникальными площадками для обмена мнениями и разработки мероприятий по работе с мигрантами.



Научное медицинское сообщество России уделяет особое внимание вопросам взаимодействия государственных противотуберкулезных учреждений с международными организациями, общественными объединениями и национальными диаспорами в сфере разработки и совершенствования механизмов раннего выявления, диагностики, профилактики и лечения туберкулеза среди мигрантов.

В ноябре 2014 г. в Бишкеке (Кыргызстан) состоялась Региональная встреча национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца «Укрепление сотрудничества стран происхождения, транзита и пребывания трудящихся мигрантов из Центральной Азии», в которой приняли участие представители РКК, обществ Красного Полумесяца республик Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан, обществ Красного Креста Венгрии, Испании, Литвы, руководители дипломатических представительств в республиках, представители министерства труда. Важным итогом данной встречи стало подписание Соглашения о сотрудничестве в области трудовой миграции и оказания помощи трудящимся-мигрантам, в том числе медицинской. На совещании стороны также договорились о необходимости регулярного обсуждения общих миграционных вопросов, в том числе в рамках созданных профильных рабочих групп согласно заключенному Соглашению о сотрудничестве. [63]

В Душанбе 11 августа 2015 г. прошел семинар, где обсуждались вопросы, каким образом диаспоры могут внести вклад в трансграничную профилактику и контроль над туберкулезом среди мигрантов в странах назначения. Представители таджикской и киргизской диаспор из России и Казахстана, специалисты в области туберкулеза и миграционные службы Республики Таджикистан, Республики Казахстан и Российской Федерации приняли участие в данном мероприятии. Участники обсудили опыт стран происхождения в области профилактики ТБ среди трудящихся мигрантов и членов их семей и определили возможности диаспор в странах назначения по предоставлению аналогичных услуг мигрантам. Участниками семинара было подчеркнуто, что туберкулез является серьезным вызовом общественного здравоохранения и особенно актуален для трудящихся мигрантов в странах Центральной Азии и в России. Диаспоры в странах назначения имеют возможности предоставлять услуги трудящимся мигрантам, имеющим проблемы со здоровьем. Они могут оказывать социальную поддержку, информировать о туберкулезе, предоставлять правовую поддержку и помогать мигрантам

с диагностированным ТБ вернуться домой, чтобы получить лечение. Участниками мероприятия была подтверждена необходимость мобилизации диаспор в целях содействия эффективному трансграничному контролю над туберкулезом среди трудящихся мигрантов [3].

В октябре 2015 г. прошло региональное совещание: «Миграция и здравоохранение в Центральной Азии» организованное Французским институтом исследования Центральной Азии совместно с Академией медицинских наук Таджикистана и МОМ, в которой приняли участие более 40 представителей общественных организаций Центральной Азии и Европы, в том числе РКК и МФОККиКП [2].

В Астане (Казахстан) 19–20 ноября 2015 г. прошла встреча высокого уровня с представителями Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана и России, организованная Министерством здравоохранения Республики Казахстан, МФОККиКП и Проектом «Хоуп» (США). На ней был принят документ в рамках Комплексного плана – План действий, или Дорожная карта, в которой представлены меры по диагностике и лечению туберкулеза среди мигрантов как в принимающей стране, так и по возвращении на родину. Согласно этому документу, работа в ближайшие 12 месяцев будет проводиться в таких направлениях, как разработка регионального или двустороннего межстранового рамочного соглашения по решению вопросов борьбы с ТБ среди мигрантов; создание механизма по обмену информацией о туберкулезе у мигрантов в Центральноазиатском регионе; создание поддерживающей среды для мигрантов до выез-



Диаспоры в странах назначения имеют возможности предоставлять услуги трудящимся мигрантам, имеющим проблемы со здоровьем. Они могут оказывать социальную поддержку, информировать о туберкулезе, предоставлять правовую поддержку и помогать мигрантам с диагностированным ТБ вернуться домой, чтобы получить лечение.

да из страны проживания в целях поощрения их обращения за диагностикой и лечением в стране назначения, т. е. предоставления услуг для устранения барьеров на пути диагностики и лечения туберкулеза у мигрантов [10].

Ярким примером партнерства научного сообщества и общественных организаций в сфере миграции является взаимодействие Центрального НИИ туберкулеза РАН, МФОККиКП и РКК на основе Соглашения о сотрудничестве. В рамках данного соглашения на базе ЦНИИТ был проведен Круглый стол, посвященный вопросам раннего выявления, диагностики и лечения туберкулеза среди мигрантов в Российской Федерации, в работе которого приняли участие представители Центра мониторинга распространения туберкулеза, научно-исследовательских и медицинских учреж-

дений практического здравоохранения, занятых в сфере миграции населения, РКК, международных организаций: системы МФОККиКП, МОМ, ВОЗ, Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Участники Круглого стола приняли ряд важных рекомендаций по совершенствованию контроля туберкулеза в сообществах мигрантов.

Таким образом, взаимодействие государственных противотуберкулезных учреждений с международными и общественными организациями является неотъемлемым компонентом комплексных подходов в разработке и совершенствовании мер по контролю туберкулеза среди мигрантов и позволяет объединить усилия научных учреждений, практического здравоохранения и общественного сектора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема распространения тяжелого инфекционного заболевания – туберкулеза имеет биологические, географические, медицинские, социальные аспекты. Государства, имеющие общие границы и являющиеся основными поставщиками трудовых мигрантов в Россию, принадлежат, как и РФ, к числу стран с высоким бременем туберкулеза. По оценкам, масштабы миграции в России составляют более 12 млн чел. (по данным Роспотребнадзора России) [70]. В настоящее время основная доля миграционного притока населения в РФ формируется в результате переселения людей из Центральной Азии, Закавказья, Казахстана и Украины. Представители этих регионов составляют более 90% от общего числа мигрантов, прибывших из ближнего зарубежья.

В России в последние годы отмечается стойкая, ярко выраженная тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом и смертности от него. При этом, по данным Минздрава России, заболеваемость туберкулезом среди зарегистрированных мигрантов более чем в 2,5 раза превышает показатель заболеваемости среди коренного населения РФ, в том числе такими эпидемиологически опасными формами, как туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. В то же время, высокая заболеваемость ТБ среди мигрантов, возвращающихся из Российской Федерации, вызывает озабоченность у правительств и общественности стран Восточной Европы и Центральной Азии, что требует научной оценки и разработки практических мероприятий по улучшению ситуации.

Реальный контроль за трансграничным распространением туберкулеза может быть обеспечен только совместными усилиями всех заинтере-

сованных стран. Кроме того, только эффективная работа по борьбе с туберкулезом в странах СНГ, межстрановая координация проводимых мероприятий в этой сфере позволяют обеспечить реальную инфекционную безопасность Российской Федерации. Обеспечение эпидемиологического надзора в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в том числе надзора за лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулеза и ко-инфекции ТБ/ВИЧ, проводимого по единым, признанным на международном уровне, одобренным ВОЗ правилам и стандартам, является одним из базовых элементов построения современной и эффективной системы борьбы с туберкулезом.

Для решения проблемы распространения туберкулеза и ко-инфекции ТБ/ВИЧ в странах Восточной Европы и Центральной Азии необходимы разработка и коррекция системы социально-медицинских мероприятий по выявлению, профилактике, диагностике и организации лечения туберкулеза, в том числе, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, а также совершенствование нормативно-правовой базы – и в Российской Федерации, и в странах исхода мигрантов.

Содействие реализации мер по внедрению механизмов Международных медико-санитарных правил (ММСП) в России и целом ряде государств, разработка ускоренного алгоритма диагностики и микробиологического обследования мигрантов при подозрении на туберкулез, взаимодействие общественных и международных организаций с государственными учреждениями противотуберкулезной помощи, направленные на создание и поддержание эффективных механизмов контроля туберкулеза в сообществах мигрантов, создание межгосударственного координационного механиз-

Обеспечение эпидемиологического надзора в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в том числе надзора за лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулеза и ко-инфекции ТБ/ВИЧ, проводимого по единым, признанным на международном уровне, одобренным ВОЗ правилам и стандартам, является одним из базовых элементов построения современной и эффективной системы борьбы с туберкулезом.

Несмотря на то, что имеется целый ряд нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи иностранным гражданам, в настоящее время отсутствуют нормативные документы, регулирующие мероприятия по предупреждению и лечению туберкулеза среди иностранных граждан, а механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования иностранных граждан нуждаются в серьезном совершенствовании.

ма по мониторингу туберкулеза позволят значительно облегчить решение проблемы распространения туберкулеза в России и странах СНГ.

Другой важнейшей практической задачей является оказание поддержки странам Восточной Европы и Центральной Азии в проведении противотуберкулезных мероприятий, прежде всего по вопросам подготовки и переподготовки медицинских кадров, научно-методической помощи в сфере организации и проведения противотуберкулезных мероприятий.

Разработка и внедрение новых методик диагностики туберкулеза и оценки генетической степени риска развития ТБ в различных регионах на сегодняшний день позволит добиться существенного опережения времени, что в будущем обеспечит значительное преимущество в борьбе с распространением туберкулеза.

Необходима консолидация конструктивных усилий государства и общества при решении вопросов эффективной социальной адаптации мигрантов, которая означает не только их гармоничное встраивание в российский социум и формирование среды для взаимного уважения к культуре, обычаям и традициям, но и одновременное обеспечение прав мигрантов, как членов нашего общества. Важно привлечь общественные организации, правозащитников к конструктивному диалогу с ответственными государственными структурами, экспертами в области здравоохранения, национальными диаспорами, сообществами мигрантов, чтобы определить ключевые элементы проблемы поддержки прав мигрантов, в том числе права на медицинскую помощь, и выработать консолидированные меры по решению этих вопросов. В России сегодня обеспечивается правовое регулирование охраны здоровья иностранных граждан, временно пребывающих на территории Российской Федерации. Реализация

прав иностранных пациентов находится под государственным контролем. Но, несмотря на то, что имеется целый ряд нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи иностранным гражданам, в настоящее время отсутствуют нормативные документы, регулирующие мероприятия по предупреждению и лечению туберкулеза среди иностранных граждан, а механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования иностранных граждан нуждаются в серьезном совершенствовании.

В последние годы вопросам нивелирования проблем мигрантов, а также их адаптации в условиях РФ уделяется самое пристальное внимание. Президент Российской Федерации В. В. Путин в своей программной статье «Россия: национальный вопрос» отметил: «Нам важно, чтобы мигранты могли нормально адаптироваться в обществе» [54].

Во избежание потери государственного контроля над социально значимыми заболеваниями, медицинское освидетельствование иностранных граждан должно проводиться в государственных специализированных учреждениях здравоохранения, что согласуется с Концепцией государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г. [16].

Реальный контроль за трансграничным распространением туберкулеза может быть обеспечен только совместными усилиями всех заинтересованных стран. Кроме того, только эффективная работа по борьбе с туберкулезом в странах СНГ и межстрановая координация проводимых мероприятий в этой сфере позволяют обеспечить реальную инфекционную безопасность Российской Федерации. Обеспечение эпидемиологического надзора в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в том числе надзора за лекарственной устойчивостью возбудителя тубер-

Во избежание потери государственного контроля над социально значимыми заболеваниями, медицинское освидетельствование иностранных граждан должно проводиться в государственных специализированных учреждениях здравоохранения, что согласуется с Концепцией государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г.

кулеза и ко-инфекции ТБ/ВИЧ, проводимого по единым, признанным на международном уровне, одобренным ВОЗ правилам и стандартам, является одним из базовых элементов построения современной и эффективной системы борьбы с туберкулезом.

Список литературы

1. Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов (На пути к созданию Рамочной основы для совместных действий в Европейском регионе ВОЗ). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298646/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health-ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
2. В Душанбе открывается международное совещание «Миграция и здравоохранение в Центральной Азии». <http://news.tj/ru/news/v-dushanbe-otkryvaetsya-mezhdunarodnoe-soveshchanie-migratsiya-i-zdravookhranenie-v-tsentralnoi> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
3. В Таджикистане обсудили вклад диаспор в деле профилактики туберкулеза среди мигрантов. [Интернет]. 2015. URL: <http://news.tj/ru/news/v-tadzhikistane-obsudili-vklad-diaspor-v-dele-profilaktiki-tuberkuleza-sredi-migrantov> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
4. Ваши права: трудовые права иностранных граждан. Медицинское обеспечение иностранных граждан в России / Центр социально-трудовых прав. URL: <http://trudprava.ru/base/foreign/418#z004> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
5. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. A67/11. Утверждена резолюцией WHA67.1 Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ru.pdf?ua=1&ua=1#page=25 (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
6. Джатдоева Ф. А. Профилактика туберкулеза среди мигрантов // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 2007, № 1, С. 32–36]
7. Джатдоева Ф. А. Коммуникативные стратегии изменения поведения мигрантов в программах формирования общественного здоровья: докторская диссертация. [Интернет]. 2011. URL: <http://www.dissertat.com/content/kommunikativnye-strategii-izmeneniya-povedeniya-migrantov-v-programmakh-formirovaniya-obshch> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
8. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие. / Программа развития ООН. – М.: Весь Мир, 2009.
9. Домашние работники в России и Казахстане: оценка положения домашних работников на рынках труда России и Казахстана / Карачурина Л.Б., Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф., Ватлина Э.С. – Алматы: Ex Libris, 2014.
10. Дорожную карту по контролю за туберкулезом в странах ЦА представил Казахстан [Интернет]. 2015. URL: <http://www.inform.kz/eng/article/2847726> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
11. Защита прав москвичей в условиях массовой миграции / Зайончковская Ж.А., Полетаев Д.В., Доронина К.А., Мкртчян Н.В., Флоринская Ю.Ф. – М.: Уполномоченный по правам человека в г. Москве, РОО «Центр миграционных исследований», 2014.
12. Здоровая тема. [Интернет]. 2015. URL: <http://ztema.ru/soobshestvo/blogs/3333-predstavleny-itogi-pervogo-issledovaniya-po-voprosam-tuberkuleza-i-vich-infekcii-sredi-migrantov/> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
13. Иванова М.В. Психическое здоровье мигрантов (клинические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед.наук. — Томск, 2007.
14. Итоги круглого стола на тему «Деятельность гражданского общества по поддержке прав мигрантов». [Интернет]. 2015. URL: <http://migrant.ru/itogi-kruglogo-stola-na-temu-deyatelnost-grazhdanskogo-obshchestva-po-podderzhke-prav-migrantov/> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
15. Конституция Российской Федерации. URL: <http://www.constitution.ru> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
16. Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации до 2025 года. URL: http://www.77.fms.gov.ru/Zakonodatelstvo/Ukazi_Prezidenta_Rossijskoj_Federacii/item/4456
17. Миграция: обеспечение доступа, достоинства, уважения разнообразия и социальной интеграции. Резолюция 3 31-ой Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца. URL: <https://www.icrc.org/rus/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-3-2011.htm> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
18. Минуллин И. К., Вафина Г. Г. Организация медицинского освидетельствования иностранных граждан, лиц без гражданства, получающих вид на жительство или временное проживание, или разрешение на работу (трудовых мигрантов) на территории Российской Федерации: методические рекомендации. — М., 2012.

19. Нечаева О.Б., Казанец И.Э., Сергеев Б.И. Влияние миграционных процессов на эпидемическую ситуацию по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в России // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 8. С. 4–10.
20. Нечаева О.Б. Рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов / ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. – СПб, 2015. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/Nechaeva_spb_migranti.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
21. О беженцах: Федеральный закон Российской Федерации от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 1993. URL: <http://base.garant.ru/10105682/> (дата обращения: 8 октября 2014 г.).
22. О введении в действие Положения о порядке предоставления медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь. Приказ Минздрава России от 21 января 1997 г. №19. URL: http://old.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPages/npa_00003!OpenDocument&Click= (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
23. О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Киргизской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи. Соглашение от 24 ноября 1998 г. URL: http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=3970 (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
24. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части права иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), на пребывание и проживание в Российской Федерации: Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. № 438-ФЗ. [Интернет]. 2015. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=191475;fld=134;dst=1000000001,0;rnd=0.4543907572515309> (дата обращения: 3 марта 2016 г.).
25. О минимальном перечне медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации: приказ Минздрава России от 06.08.1999 г. № 315. [Интернет]. 1999. URL: <http://base.garant.ru/12117074/> (дата обращения: 21 декабря 2015 г.).
26. О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Рказа-
ние Центрального Банка Российской Федерации от 13.09.2015 г. № 3793-У (зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2015 г. № 40461). [Интернет]. 2015. URL: <http://minjust.consultant.ru/documents/17458/> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
27. О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2003 г. № 188 (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2003. URL: <http://base.garant.ru/12130458/> (дата обращения: 9 сентября 2014 г.).
28. О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию: Федеральный закон Российской Федерации от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 1996. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_11376/ (дата обращения 12 марта 2016 г.).
29. О порядке обязательного медицинского страхования временно находящихся в Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства. Письмо Минздравсоцразвития России от 26 января 2010 г. № 20-1/253427. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99696/ (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
30. О порядке подготовки, представления и рассмотрения в системе Роспотребнадзора материалов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации: приказ Роспотребнадзора от 14 сентября 2010 г. № 336 (зарегистрировано в Минюсте России 22.10.2010 г. № 18792). [Интернет]. 2010. URL: <http://lawsforall.ru/index.php?ds=50157> (дата обращения: 9 сентября 2014 г.).
31. О порядке представления гарантий материального, медицинского и жилищного обеспечения иностранных граждан и лиц без гражданства на период их пребывания в Российской Федерации. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 марта 2003 г. № 167 (с изменениями). URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102080792> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
32. О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2002. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37868/ (дата обращения: 12 марта 2016 г.).
33. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (ред. от

- 30.12.2015). [Интернет]. 1995 г. URL: <http://base.garant.ru/10104189/> / (дата обращения: 3 марта 2016 г.).
34. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2001. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_32131/ (дата обращения: 1 марта 2016 г.).
35. О проводимой субъектами Российской Федерации работе по профилактике инфекционных болезней среди трудовых мигрантов и повышении ее эффективности: письмо Роспотребнадзора от 27 февраля 2014 г. № 01/2159-14-32 [Интернет]. 2014. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=580687> (дата обращения: 9 сентября 2014 г.).
36. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273. [Интернет]. 2014. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171785/ (дата обращения: 13 декабря 2014 г.).
37. О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2001. URL: <http://base.garant.ru/12125227/> (дата обращения: 18 октября 2013 г.).
38. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 1999. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_22481/ (дата обращения: 12 марта 2016 г.).
39. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2010. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 12 марта 2016 г.).
40. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 1992. URL: <http://base.garant.ru/10100758/> (дата обращения 21 декабря 2015 г.).
41. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2011. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/ (дата обращения: 12 марта 2016 г.).
42. Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также Порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний: приказ Минздрава России от 29 июня 2015 г. № 384н. [Интернет]. 2015. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420283519> (Дата обращения 29 октября 2015 г.).
43. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 (с изменениями и дополнениями). URL: <http://base.garant.ru/12137881/> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
44. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715. [Интернет]. 2004. URL: <http://www.referent.ru/1/68092> (дата обращения: 26 июля 2012 г.).
45. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. №158н (с изменениями и дополнениями). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/ (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
46. Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. № 186. URL: <http://base.garant.ru/70329696/> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
47. Образование мигрантов – под контролем ОП РФ. [Интернет]. 2015. URL: <http://pasm.ru/archive/121518> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
48. Отчет по результатам социологического исследования «Мигранты Санкт-Петербурга: распространенность поведенческих рисков в отношении инфекционных заболеваний (ВИЧ, ИППП, туберкулез), социально-экономические условия жизни и факторы, влияющие на обращаемость в российские медицинские учреждения»/ Журавлева И.В., Иванова Л.Ю. URL: http://www.filha.fi/@Bin/1777612/SPb+Migrant+Disease+Awareness+Survey+Report+08.10.2014_RU.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
49. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 годы» URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/283968/65wd17r_Rev.1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf?ua=1

50. Полетаев Д.В., Флоринская Ю.Ф. Осведомленность мигрантов о туберкулезе и ВИЧ-инфекции». – М.: Российский Красный Крест, 2015, 60 С.
51. Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации: приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №932н (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2012. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70240750/> (Дата обращения 18 октября 2013 г.).
52. Проблемы в сфере здравоохранения, связанные с медицинским обслуживанием иностранных граждан. [Интернет]. 2015. URL: <http://www.ethnoinfo.ru/statji/1722-problemy-v-sfere-zdravooxranenija-svja-zannye-s-medicinskim-obsluzhivaniem-inostrannyh-grazhdan> (Дата обращения 24 февраля 2016 г.).
53. Профилактика туберкулеза. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13: постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. № 60 (зарегистрировано в Минюсте России 06.05.2014 г. № 32182). [Интернет]. 2014. URL: <http://www.kptd.ru/?op=con&mid=56¶m=2,699,1,1> (Дата обращения 4 сентября 2014 г.).
54. Путин В.В. Россия: национальный вопрос // Независимая газета, 23 января 2012 г. [Интернет]. URL: http://www.ng.ru/politics/2012-01-23/1_national.html (Дата обращения 24 февраля 2016 г.).
55. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA61.17 «Здоровье мигрантов». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/24521/1/A61_R17-ru.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
56. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.14 «Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009, URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/4384/1/A62_R14-ru.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
57. Резолюция Всемирной организации здравоохранения WHA63/15 «Мониторинг достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-ru.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
58. Рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов / Под ред. О.Б. Нечаевой. – М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2015. – 60 с.
59. Российский Красный Крест. Хакасское республиканское отделение. Развитие здравоохранения республики Хакассия на 2011-2013 гг. [Интернет]. 2013. URL: <http://redcross19.ru/activity/zdrav2013.html> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
60. Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 г. URL: <http://www.cis.minsk.by/page.php?id=7934> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
61. Социально ориентированные некоммерческие организации Тамбовской области. Усиление адвокативной поддержки и мер по профилактике туберкулеза в сообществах мигрантов [Интернет]. 2015. URL: <http://nko.tmbreg.ru/news/160-usilenie-advokativnoj-podderzhki-i-mer-po-profilaktike-tuberkuleza-v-soobshchestvakh-migrantov.html> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
62. Терликбаева А. Одномоментное исследование факторов риска заболевания туберкулезом среди мигрантов в странах Центральной Азии / А. Терликбаева, Н. Эль Бассел, Н. Шлугер, Д. Терлоева, Э. Дэвис // Колумбийский университет. Центр изучение глобального здоровья в Центральной Азии. 211 с. [Интернет]. 1 сентября 2015 г. file:///G:/ВОЗ%20ПГВУ%20Мигранты/Миграция%20Колумбийский%20университет/Final%20Report%20for%20USAID%20-%20Study%20of%20TB%20in%20CA%20Migrants_approved_RU.pdf
63. Туберкулез у мигрантов. [Интернет]. 2014. URL: <http://www.orenoktd.ru/index.php/homepage/novosti/146-tuberkulez-u-migrantov.html> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
64. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1>
65. Учебные модули по вопросам управления трудовой миграцией. Пособие для методистов /Международная организация по миграции, Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе. Женева–Вена, 2011.
66. Федеральная миграционная служба. Официальные статистические данные. Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 9 месяцев 2015 года. [Интернет]. 2015. URL: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/174173/> (дата обращения: 3 ноября 2015 г.).
67. Федеральная миграционная служба. Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2015 года. [Интернет]. 2016. URL: <http://archive.is/ijNfl> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
68. Фонд социального страхования Российской Федерации. [Интернет]. 2015. URL: <http://r66.fss.ru/index.shtml> (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
69. Форум дружбы народов Подмосковья: Эксперты и лидеры общественных организаций обсуждают механизмы медицинского контроля трудовых мигрантов, приезжающих в Московскую область. [Интернет]. 2011. URL: <http://mosobler.ru/news/2011/10/28/forum-druzhby-narodov-podmoskovyya-eksperty->

- i-lidery-obshestvennyh-organizacij-obsuzhdayut-mehanizmy-medicinskogo-kontrolya-trudovyh-migrantov-priezzhayushih-v-moskovskuyu-oblast/ (дата обращения: 24 февраля 2016 г).
70. Цикель Т. Арифметика миграции // Российская газета, 22 марта 2012 г. URL: <http://www.rg.ru/2012/03/22/migranty.html> (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
71. Alvarez G.G., Gushulak B., Rumman K.A., et. al. "A Comparative Examination of tuberculosis immigration medical screening programs from selected countries with high immigration and low tuberculosis Incidence Rates," *BMC Infectious Diseases*, 2011; 11: 3.
72. Alzahrani A.J., O.E. Obeid, A. Al-Ali, Imamwardi B. "Detection of Hepatitis C virus and Human Immunodeficiency Virus in expatriates in Saudi Arabia by antigen-antibody combination assays," *Journal of Infections in Developing Countries* 3 (2009); 235–238.
73. Barnett E. "Infectious Disease Screening for Refugees Resettled in the United States," *Travel Medicine*, 39 (2004): 833–841.
74. Binkin N.J., P.L. Zuber, C.D. Wells, et. al. "Overseas screening for tuberculosis in immigrants and refugees to the United States: the Current Status," *Clinical Infectious Diseases* 23 (1996): 1226–1232.
75. Consultation on TB and Migration in the Western Pacific Region. Meeting Report. 26–27 March 2013. Manila, Philippines. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 2013.
76. Dara, M., P. de Colombani, R. Petrova-Benedict, et. al. , "Minimum package for TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement", *European Respiratory Journal* 40 (2012): 1081–1090. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485571> [На рус. яз.: Dara M., de P. Colombiani, R. Petrova-Benedict, et al. Минимальный пакет для трансграничной борьбы с ТБ и противотуберкулезной помощи в Европейском регионе ВОЗ: консенсусное заявление Вольфхезе. URL: http://erj.ersjournals.com/content/erj/suppl/2012/11/12/40.5.1081.DC2/Cross_border_TB_rus.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.)].
77. Dasgupta K., and D. Menzies. "Cost-effectiveness of Tuberculosis Control Strategies Among Immigrants and Refugees," *European Respiratory Journal* 25 (6) (2005): 1107–1116.
78. Elmwood K. "Immigration medicals: what's the point?" *British Colombia Medical Journal*. 51 (2009): 341.
79. Guidelines on RCRC actions on fighting tuberculosis. IFRC, 2008.
80. Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010. World Health Organization, Geneva, 2010.
81. Klinkenberg E., D. Manissero, J.-C. Semenza, and S. Verver. "Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations," *European Respiratory Journal* 34 (5) (2009): 1180–1189.
82. Migration and Tuberculosis: A Pressing Issue. Migration & Health Position Paper Series. International Organization for Migration, n. d.
83. Mulder C., E. Klinkenberg, D. Manissero. "Effectiveness of tuberculosis contact tracing among migrants and the foreign-born population," *Euro Surveillance*. 14 (11) (March 2009). pii: 19153.
84. Practical Approach to Lung Health. Manual on initiating PAL implementation. World Health Organization, Geneva, 2008. URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/69937/1/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf (дата обращения: 22 апреля 2016 г.).
85. Stein С. Мигранты и общественное здоровье: о чем свидетельствуют фактические данные. [Интернет]. 2015. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/263808/PHAME-Newsletter-3rd-Issue-FINAL-Rus.pdf (дата обращения: 24 февраля 2016 г.).
86. Systematic Screening for Active Tuberculosis: Principles and Recommendations. World Health Organization, Geneva, 2013.
87. Verver S., Bwire R., and Borgdorff M.W. "Screening for pulmonary tuberculosis among immigrants: estimated effect on severity of disease and duration of infectiousness," *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases* 5 (5) (2001): 419–425.
88. Wickramage K. and D. Mosca. "Can migration health assessments become a mechanism for global public health good?" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(10) (2014): 9954–9963.
89. Wilson J.M.G., G. Jungner. *Principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers, No. 34. World Health Organization, Geneva; 1968. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>.
90. Wobeser W.L., L. Yuan L., M. Naus, et al. "Expanding the epidemiological profile: risk factors for active tuberculosis in people immigrating to Ontario," *Canadian Medical Association Journal*. 163 (7) (2000): 823–828.
91. Wu L.J., Y.F. Huang, C.H. Yang, "General profiles of health examinations of foreign laborers from 2001 to 2007," *Epidemiological Bulletin*. 25 (2009):486–504.