
Анна Рочева

«ПОНАЕХАЛИ ТУТ» В РОДДОМАХ РОССИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЖИМА СТРАТИФИЦИРОВАННОГО ВОСПРОИЗВОДСТВА НА ПРИМЕРЕ КИРГИЗСКИХ МИГРАНТОВ В МОСКВЕ

Статья посвящена исследованию режима стратифицированного воспроизводства, что подразумевает дифференциацию реализации, оценки и вознаграждения репродуктивного труда, которая создается за счет различий в занимаемых позициях и соответственно доступных ресурсах. В фокусе работы – траектории женщин-мигрантов из Киргизии при взаимодействии с медицинскими учреждениями в ситуации беременности и родов в Москве в контексте изменения правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам начиная с 2010 г. Статья написана на основе анализа законодательной базы, интервью с мигрантами из Киргизии и экспертов. Автор показывает несогласованность изменений правил оказания медицинской помощи иностранцам и финансирования медицинских учреждений. В ответ на изменения в системе здравоохранения, среди мигрантов возникли две траектории – в зависимости от занимаемого положения, доступных ресурсов и представлений о необходимости медицинской помощи во время беременности. Полученные результаты опровергают воспроизводимый российскими СМИ стереотип целенаправленных поездок беременных женщин-мигрантов в российские роддома для получения бесплатной медицинской помощи.

Ключевые слова: стратифицированное воспроизводство, женщины-мигранты, беременность, родовспоможение, доступ к медицинской помощи

Задача статьи – продемонстрировать, каким образом происходит взаимодействие женщин-мигрантов во время беременности и родов с медицинскими

Анна Леонидовна Рочева – научный сотрудник, Российская академия народного хозяйства и государственной службы; младший научный сотрудник, Институт социологии РАН, Россия. Электронная почта: anna.rocheva@gmail.com

учреждениями Москвы. Современные реалии миграции приводят к тому, что российское здравоохранение зачастую не слишком дружелюбное к «обычным» роженицам, сталкивается с роженицами «новой формации» – женщинами, приехавшими из стран Средней Азии. Феминизация миграционных потоков из этого региона (Тюрюканова 2011) ставит вопрос о том, каким образом должно выстраиваться взаимодействие медицинских учреждений с такими роженицами – и, соответственно, как это происходит сейчас.

Мигранты относятся к числу уязвимых групп, доступ которых к социальным услугам, в т. ч. к медицине, затруднен. Проблема доступа рассматривается с точки зрения культурных или структурных факторов. В первом случае внимание исследователей концентрируется на особых «культурных потребностях» мигрантов (*culturally specific needs*) (DeSouza 2006). Во втором – на том, каким образом миграционный статус, этническая принадлежность и другие факторы влияют на доступ к медицинской помощи (Jatrana et al. 2005; Thomas and Gideon 2013). Также совершаются попытки соединить эти подходы, когда рассматриваются культурные и структурные барьеры (Chu 2005; Шпаковская 2013). К последним относится концепция «стратифицированного воспроизводства». Впервые она была предложена Шелли Коулен (Shellee Colen) в исследовании опыта материнства женщин-мигрантов, занятых в качестве нянь-домработниц, и их работодателей из среднего класса в США. Стратифицированное воспроизводство означает дифференциацию репродуктивного труда, когда он по-разному «реализуется, оценивается и вознаграждается в зависимости от доступа к материальным и социальным ресурсам в конкретном историческом и культурном контексте» (Colen 1995: 78). Доступ к ресурсам, в свою очередь, связан с занимаемой позицией. Согласно теории пересечений (*intersectionalism*), позиция каждого индивида характеризуется пересечением осей дифференциации, которые связаны с категориями класса, этничности, гендера, миграционного статуса, сексуальной ориентации, и это пересечение создает мультипликативный эффект (Collins 2000). Хотя в своей работе Коулен рассматривает две группы – местных работодателей и доминиканских нянь-домработниц, другие авторы отмечают потенциал концепции стратифицированного воспроизводства для исследования разнообразия внутри одной группы. Так, например, Паола Бонизцони, опираясь на идеи Коулен, изучает стратегии воссоединения латиноамериканских семей в Милане в условиях итальянского законодательства (Bonizzoni 2011). Исследовательница отмечает, что ее задача – рассмотреть сложную взаимосвязь структурных и культурных факторов, а также стратегий, которые мигранты реализуют в этом контексте.

В статье мы опираемся на концепцию стратифицированного воспроизводства и с ее помощью демонстрируем неоднородность категории «мигранты». В фокусе работы – траектории женщин-мигрантов при взаимодействии с учреждениями здравоохранения в ситуации беременности и родов в контексте изменения правил оказания медицинской помощи начиная с 2010 г.

Объектом исследования стали этнические киргизки, приехавшие из Киргизии в Москву после 1991 г. в возрасте старше 16 лет, независимо от их нынешнего гражданства. Выбор объекта обусловлен тем, что именно в миграционном потоке из Киргизии по сравнению с другими странами Средней Азии наибольшая доля женщин – около 40%¹.

Эмпирическая база исследования включает серию интервью с мигрантами и экспертами². В 2011–2012 гг. было проведено 71 интервью с мигрантами из Киргизии – конформная выборка (Рогозин 2008:25) по 13 точкам Москвы, 12 биографических интервью с женщинами из Киргизии, беременность и/или рождение ребенка которых имели место в Москве, 7 экспертных интервью с медицинскими работниками, чиновниками, сотрудниками НКО. Для биографических интервью информантами выступали женщины, которые различались по ряду характеристик: возрасту (от 21 до 36 лет), миграционной истории (приезжали самостоятельно, вместе с мужем, вслед за мужем), семейному положению (замужние, разведенные, никогда не бывавшие замужем), социально-экономическому положению, миграционному статусу (имеющие гражданство РФ и Киргизской Республики). Все информантки имели опыт родов в роддоме (дома, по их словам, не рожал никто) либо в Москве, либо в Киргизии (подробнее о методике исследования см. (Рочева 2012)). В первой части статьи освещаются изменения правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам в России начиная с 2010 г. с учетом трансформации финансирования медицинских учреждений. Во второй части анализируются траектории женщин-мигрантов в связи с этими изменениями.

Изменения правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам

С 2010 г. в России изменились условия оказания медицинской помощи временно пребывающим иностранным гражданам, что коснулось большинства иностранцев. Иностранные граждане классифицируются государством на три категории (ФЗ N 115): временно проживающие, постоянно проживающие и временно пребывающие. Первая и вторая категория включают тех, кто имеет вид на жительство или разрешение на временное проживание; их изменения практически не затронули. Пострадали временно пребывающие иностранцы – т.е. лица, которые получили миграционную карту, но не имеют вида на жительство или разрешения на временное проживание. Именно они сегодня являются наиболее масштабной группой. Согласно официаль-

¹ Тогда как среди мигрантов из Таджикистана и Узбекистана доля женщин не превышает 20% (ФМС 2014).

² Интервью проведены в рамках кандидатской диссертации автора и проекта «Репродуктивное поведение женщин-мигрантов из Средней Азии в России», выполненного при поддержке фонда Бёлля совместно с Пешковой В. М.

ной статистике, в 2013 г. на территорию РФ въехало 17,3 млн иностранных граждан, на миграционный учет было поставлено 7,1 млн человек, оформлено чуть менее 3 млн документов, дающих право легально заниматься трудовой деятельностью. За этот же год было выдано только 350 тыс. разрешений на временное проживание и видов на жительство, а еще 136 тыс. человек получили гражданство РФ (ФМС 2014).

Временно пребывающие на территории РФ иностранные граждане, даже при наличии всех необходимых «чистых» документов, были лишены доступа к бесплатной медицинской помощи в полном объеме, поскольку с 1 января 2010 г. работодатели не обязаны выплачивать взносы в фонд ОМС за временно пребывающих иностранных граждан (ФЗ N 212). Доступной осталась экстренная медицинская помощь, которая по вызову «Скорой помощи» оказывается бесплатно, по необходимости – в течение максимум трех суток. Изменения были закреплены в ФЗ N 326 «Об обязательном медицинском страховании», вступившем в силу с 1 января 2011 г., в котором определен список застрахованных лиц, в который не включены временно пребывающие иностранные граждане.

На уровне Москвы эти изменения выразились, в частности, в том, что, согласно эмпирическим данным этого исследования, в середине 2010 г. женщин из числа временно пребывающих иностранных граждан перестали бесплатно прикреплять к женским консультациям для наблюдения беременности. До этого процедура предписывала направление ходатайства в адрес Департамента здравоохранения г. Москвы, после чего предоставлялась возможность получить эти медицинские услуги бесплатно. Изменение правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам не было согласовано с проводимой параллельно трансформацией финансирования медицинских учреждений. Происходит постепенный переход от «бюджетно-страховой» к «страховой» модели финансирования медицинских учреждений, получившей название «одноканальной» (Пирогов и др. 2011). Новая модель предполагает наполнение бюджета медицинских организаций из средств, перечисляемых из фонда ОМС за каждого пациента, прикрепленного к учреждению и имеющего полис. Ответственность за бюджет несет администрация. В конце 2012 – начале 2013 гг. было неясно, как будет оказываться экстренная медицинская помощь не застрахованным лицам. В Методических рекомендациях (Скорая медицинская помощь 2012) вопрос оказания скорой медицинской помощи иностранным гражданам ставится как один из требующих решения в связи с переводом службы скорой медицинской помощи на финансирование из средств ОМС. В конце 2012 – начале 2013 гг. правозащитники, работающие с мигрантами, сообщали о том, что к ним поступают обращения, связанные с тем, что роженицам из числа временно пребывающих иностранных граждан выдавали квитанции на оплату медицинских услуг за роды. В декабре 2012 г. вышло пояснение Минздрава России о том, что финансирование скорой медицинской помощи

пациентам без полиса ОМС происходит за счет средств регионального бюджета (Письмо Минздрава РФ N 11–9/10/2–5718). В марте 2013 г. были приняты правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам (Постановление Правительства РФ N 186), в которых закреплено бесплатное оказание экстренных услуг и платное оказание неотложной и плановой помощи.

Однако финансирование медицинских учреждений не было своевременно перестроено. В ноябре 2013 г. во Владивостоке возникла ситуация, вызвавшая широкий общественный резонанс, когда гражданку Узбекистана с родовыми схватками «Скорая помощь» привезла в роддом, медицинский персонал которого принимать пациентку не захотел (Гражданка Узбекистана 2013). Выяснение причин инцидента показало наличие проблемы системного характера: в 2013 г. в бюджете Приморского края не было заложено статей расходов на выплаты медицинским учреждениям за пациентов без полисов ОМС (Владивостокские ЛПУ 2013; Закон Приморского края № 143-КЗ).

В итоге медицинские работники описывают ситуации взаимодействия с временно пребывающими иностранными гражданами как дилемму. С одной стороны, когда за финансово-экономическое состояние медицинского учреждения отвечает его администрация, а получение финансирования за оказание медицинской помощи пациентам без ОМС затруднено, временно пребывающие иностранные граждане без полиса (и соответственно родового сертификата) становятся нежелательными пациентами. С другой стороны, по правилам, принятым в марте 2013 г., медицинский персонал обязан оказать помощь любому пациенту, если эта помощь квалифицируется как экстренная. Ситуация осложняется нечеткостью определенной в законе (ФЗ N 323) границы между экстренной и неотложной медицинской помощью, что особенно актуально в ситуации родов (Юрист 2013).

Траектории мигрантов

Несмотря на то что изменение правил оказания медицинской помощи имело универсальный характер для всех временно пребывающих иностранцев, единой траектории действий женщин-мигрантов в ситуации беременности и родов не сложилось. Проведенное исследование позволяет увидеть неоднородность мигрантов и разнообразие вариантов, которые они избирали в связи с новыми условиями оказания медицинской помощи при беременности и родах после 2010 г. В частности, выделяются две траектории.

Первая траектория характера для тех, чье положение менее благополучно. Они могут получать меньшие доходы, занимать рабочие места с плохими условиями труда, иметь проблемы с документами и не иметь гражданства РФ. Закрытие возможности бесплатного прикрепления к женской консультации привело к тому, что они просто перестали наблюдаться у врачей во время беременности. Тем не менее роды у всех информанток происходили в роддомах. Женщины, особенно если это не первая беремен-

ность, не считают взаимодействие с медициной во время беременности необходимым. Единственное, о чем упоминается практически во всех интервью, – это УЗИ. В ряде случаев оно идентифицируется с наблюдением беременности – и на вопрос о наблюдении рассказывают о том, как делали УЗИ:

И: а ты пока беременная была, наблюдалась?

Р: да, я ходила [в медицинский центр] на проспект Мира, УЗИ делала (Интервью 76–2012, Ж, 22 года).

Часто УЗИ – это только способ удовлетворения любопытства относительно пола будущего ребенка и потому не считается обязательным:

[К] доктору смотреться не пошла, потому что с деньгами было [трудно]. Пойдешь – туда сходи, говорят, туда сходи, говорят. Я уверенно себя чувствовала, не болела, ничего. Даже отложила УЗИ, пойду узнаю, дочка или сын. <...> Мне интересно, сходить бы, но потом схожу, отложила, отложила, потом родила (смех) (Интервью 73–2012, Ж, 36 лет).

Многие информантки в этой группе приехали из сельской местности и потому могут сравнивать родильные дома Москвы только с родильными домами сельской части Киргизии, отмечая в первую очередь техническую оснащенность больниц Москвы и отсутствие бытовых проблем: *«а здесь [в Москве] мне уколы делали, витамины разные кололи, а у нас там не так уж. Потому что я в селе живу, в районе* (Интервью 75–2012, Ж, 25 лет)». Отношение медицинского персонала становится делом вторичным – тем, что можно «перетерпеть» и оправдать, например, усталостью:

[Акушерки] устали, наверное, но грубо обращались, когда приходили. «Давайте, чё вы». Потом врачи приходили – «чё вы здесь <...> сами на заработки пришли и рожают» (смех). «Зачем вам рожать» говорит, «так много родов» (Интервью 73–2012, Ж, 36 лет).

В рамках этой траектории беременность и роды понимаются как «обыденные» процессы, которые вписаны в жизненный путь женщины (даже в ситуации миграции) и могут происходить с минимальным медицинским вмешательством. В силу этого, а не из-за чувствительности темы, ситуации взаимодействия с медицинскими учреждениями не становятся темой для рефлексии и обсуждений с информантками из этой группы – в отличие, например, от информанток из числа образованных женщин среднего класса [Здравомыслова, Темкина 2009].

Вторая траектория характерна для тех, кто имеет стабильное положение за счет более высоких доходов семьи, а также зачастую высшее образование и гражданство РФ (у самой женщины или ближайших родственников, в первую очередь, мужа). Они признают необходимость медицинского наблюдения во время беременности и имеют возможность рационально выстраивать свою «карьеру беременности» сразу в двух странах, в зависимо-

сти от доступности тех или иных услуг. Эта траектория предполагает полный цикл необходимых действий медиков, но происходить это может в разных странах: например, наблюдение беременности может начаться в России, продолжиться в Киргизии и завершиться родами в России.

Примером может служить ситуация Г.: она вышла замуж в Кыргызстане и приехала в Москву вслед за мужем, который уже несколько лет работал в России. Ее первая беременность в 2009 г. прошла в России и сопровождалась бесплатным наблюдением врача в женской консультации. О том, как получить доступ к этой медицинской услуге, узнал ее муж через налаженные социальные сети. Вторая беременность пришлось на 2010 г., когда прежний механизм прикрепления к женской консультации перестал действовать. Г. провела первые несколько месяцев беременности в России, сдавая анализы в частных клиниках. Основную часть беременности Г. провела в Киргизии, откуда приехала с обменной картой в Москву, чтобы родить. Российское гражданство мужа обеспечило возможность получения пособий и более простое оформление документов на ребенка.

Признавая необходимость медицинских услуг во время беременности и родов, люди в этой группе не доверяют полностью врачам и могут занимать критическую позицию по отношению к их словам, перепроверять результаты диагностики. Так, когда врачи одного из киргизских медицинских центров¹ сообщили информантке о плохих анализах во время беременности и посоветовали сделать аборт, она отказалась и обратилась для диагностики в другой медицинский центр:

Тем более <...> одни наши киргизы туда ходят в эту поликлинику. Там потому что наши работают. Может, они обманули, может, аборт не надо (Интервью 72–2012, Ж, 24 года).

Сравнивая медицинские услуги в двух странах, информантки из этой группы сопоставляют родильные дома в Москве и Бишкеке – причем часто в сравнении участвуют бюджетные родильные дома Москвы и частные клиники Бишкека:

Я, слава богу, рожала в Бишкеке, <...> я рожала в частной клинике. <...> Я когда увидела, какое отношение было [в московском роддоме], я её ругала: «лучше б ты поехала [в Киргизию], заплатила бы и нормально бы у тебя это самое, не вот такое отношение, как будто ты там где-то под забором нагуляла и пришла». Страшно (Интервью 16–2011, Ж, 30 лет).

Для этой группы на первый план выходит отношение медицинского персонала. Оно становится значимым фактором при принятии решения

¹ В Москве работают более десяти коммерческих медицинских центров, в которых администрация и медицинский персонал, а также клиенты – преимущественно киргизы. Подробнее см. (Варшавер и др. 2014).

о том, где будут проходить роды – в России или Киргизии. Не имея возможности «купить» вежливое обращение медицинского персонала в Москве, информантки предпочитают уехать рожать в Киргизию:

Естественно, она уезжает, потому что рожать здесь ей <...> дорого. <...> в принципе получается, гражданства нету, и в роддомах принимают там, даже если заплатишь, <...> принимают знаешь как бы... «Вот, нашлялися, находилися (громко) <...> еще тут рожать!» Поэтому она уезжает к себе. Потому что мы же видели, да, как процесс этот проходит. Отвозили вот беременную – «Вот, чё вы тут нашлялися, теперь тут приехали все рожают (громко)». Такое отношение (Интервью 16–2011, Ж, 30 лет).

Сложно устроенная траектория этой группы демонстрирует, что мигранты пользуются ситуацией, когда они не могут себе позволить услуги для «среднего класса» в Москве, но компенсируют это поездками в Киргизию, где за счет заработков в России оплачивают медицинские услуги для «среднего класса» Киргизии. Такая возможность во многом обеспечивается относительной легкостью поездок между странами СНГ и Россией.

При всех различиях, между двумя траекториями существует три важных сходства. Во-первых, и для первой, и для второй траекторий характерно то, что социальные сети не используются для передачи информации о «хороших» роддомах Москвы, а только отчасти о «плохих». К «плохим» относится в первую очередь роддом с инфекционным отделением, в который принимают рожениц с гепатитом, ВИЧ и другими заболеваниями, а также необследованных рожениц (без обменных карт). Во-вторых, социальный капитал не используется для поиска альтернативных точек «входа» в медицинские учреждения: например, никто из информанток не искал «своего», знакомого врача. Контрастный случай представлен в исследовании армянских мигрантов (Шпаковская 2013). Связано это с небольшим «стажем» киргизской миграции, скромными позициями на рынке труда и низким разнообразием социального капитала этой группы: большинство киргизских мигрантов в Москве общаются преимущественно друг с другом (Варшавер и др. 2014). Таким образом, структура социального капитала киргизских мигрантов в целом с малой вероятностью будет включать в себя необходимые «слабые связи» – с «нужными» людьми в учреждениях здравоохранения Москвы.

В-третьих, ни для первой, ни для второй траектории не характерно то, что в СМИ называют «медицинским туризмом» (Роженицы-мигрантки 2012; Мигрантки совершают... 2012): прицельным планированием поездки в Россию для получения медицинской помощи высокого качества бесплатно. Отметим, что это не совпадает с общепринятым пониманием медицинского туризма – поездками граждан экономически развитых стран в менее развитые государства, позволяющими получить медицинские услуги сопоставимого качества за меньшие деньги и в более короткие сроки (Horowitz et al. 2007). Между тем предположения о масштабном «медицинском туризме» в любом его понима-

нии не соответствует ни первой, ни второй траектории. Для первой выбор роддома и в целом страны, где будут происходить роды, не всегда производится специально, а техническая оснащенность роддомов не является приоритетом при этом выборе. Для второй риски ксенофобских настроений медицинского персонала оказываются более значимыми, чем технические характеристики.

Согласно статистике Департамента здравоохранения г. Москвы, доля родов иностранных граждан за последние три года остается на уровне 7% (Флоринская 2013), что совершенно не совпадает со «статистикой», приводимой СМИ – от одной трети до двух третьих (Интересное положение... 2012). Так конструируется проблема «злоупотребления» мигрантами бесплатными медицинскими услугами, что, в свою очередь, служит аргументом в споре для стороны, выступающей против облегчения доступа иностранным гражданам к медицинской помощи (Приморские больницы... 2013).

Заключение

Изменения правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам в РФ начиная с 2010 г. привели к тому, что прежний порядок получения медицинских услуг был разрушен, а новый не выстроен. Не отлажено финансирование оказания медицинскими учреждениями экстренной медицинской помощи лицам без полисов ОМС (включая временно пребывающих иностранных граждан), а ответственность за бюджеты медицинских организаций возложена на их администрацию. Отмена полисов ОМС для временно пребывающих иностранцев показала, что среди них востребованы услуги наблюдения беременности и родовспоможения. И это оказалось неожиданностью. Нынешняя ситуация может быть описана фразой швейцарского писателя Макса Фриша (Max Frisch), который говорил о программе привлечения гастарбайтеров: «Мы звали рабочую силу, а приехали – люди». Сложилась ситуация, когда мигрантов стали обвинять в том, что они претендуют на нечто, на что права не имеют, а медицинские работники рисковали быть обвиненными в нечеловечности, если они медицинскую помощь не оказывали, и сделать свое учреждение убыточным, если помощь была оказана.

Траектории мигрантов в ответ на изменения существующих условий показывают, что «мигранты» – неоднородная группа. Для одной части мигрантов, обладающих минимальными ресурсами, отмена возможности прикрепляться к женским консультациям привела к тому, что они, оставаясь в России, обращаются к медицине по минимуму, но не видят в этом проблемы. Другая траектория более сложно устроена. В ее рамках иностранные граждане пользуются преимуществами транснациональной миграции (Basch et al. 1994), когда выстраивается социальное пространство, объединяющее посылающую и принимающую страны. Мигранты могут «играть на двух полях» и за счет пространственных перемещений комбинировать наборы ресурсов, доступных им в разных странах. Это позво-

ляет не «замыкаться» на невысоких позициях, занимаемых ими в России. В любом случае Москва или Россия не становится центром «медицинского туризма», как это подается в СМИ, однако муссирование этой темы препятствует спокойному обсуждению доступа к медицинским услугам всех категорий иностранных граждан в РФ.

Выражение благодарности

Искренне благодарю информантов, которые щедро делились своим опытом и без участия которых эта работа не могла бы появиться. Обещания конфиденциальности удерживают меня от перечисления их имен. Ценные комментарии анонимных рецензентов позволили значительно улучшить первоначальный вариант текста.

Список источников

Варшавер Е. А., Рочева А. Л., Кочкин Е. В., Кулдина Е. С. *Киргизские мигранты в Москве: результаты количественного исследования интеграционных траекторий* // <http://ssrn.com/abstract=2425312> (дата обращения: 20.07.2014).

Владивостокские ЛПУ теряют миллионы на лечении мигрантов без полисов ОМС // *Медицинский портал Приморского края*. 13.11.2013 // <http://vladmedicina.ru/news/primor-gue/2013-11-13-vladivostokskie-lpu.htm> (дата обращения: 25.01.2014).

Гражданка Узбекистана чуть не родила на крыльце роддома в Приморье // *РИА-Новости*. 06.11.2013. <http://ria.ru/vl/20131106/974947854.html> (дата обращения: 25.01.2014).

Закон Приморского края от 20 декабря 2012 года № 143-КЗ «О краевом бюджете на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» // <http://www.rg.ru/2012/12/14/primorie-zakon-byudget-reg-dok.html> (дата обращения: 27.08.2014).

Здоровыслова Е., Темкина А. (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб: Изд-во ЕУСПб, 2009.

Мигрантки совершают «родильные туры» в столицу, но домой возвращаются без детей // *В Москве – Московские новости*. 14.08.2012 // http://www.newsmsk.com/article/14aug2012/rodi_tour.html (дата обращения 25.01.2014).

Пирогов М. В., Черноношкина И. В., Кузнецов М. В. Совершенствование системы оплаты медицинской помощи в условиях одноканального финансирования // *Главрач*. 2011. (9): 15–22.

Письмо Минздрава РФ от 25 декабря 2012 г. N 11–9/10/2–5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444/> (дата обращения: 27.08.2014).

Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» // <http://www.rg.ru/2013/03/11/inostr-med-site-dok.html> (дата обращения: 27.08.2014).

Приморские больницы лечат мигрантов лекарствами за счёт россиян // *АиФ-Приморье*. 19.11.2013 // <http://www.vl.aif.ru/society/1025710> (дата обращения 25.01.2014).

Рогозин Д. М. Конформная выборка в торговых центрах // *Социологический журнал*. 2008. (1): 22–48.

Роженицы-мигрантки оккупируют московские больницы // *НТВ*. 23.08.2012 // <http://www.ntv.ru/novosti/324008/> (дата обращения 25.01.2014).

Рочева А.Л. Исследование опыта рождения детей женщинами-мигрантами: проблемы доступа в поле // *Социологический журнал*. 2012. (3): 23 – 48.

Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития. Методические рекомендации / ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России. СПб., 2012.

Тюрюканова Е. В. (ред.) *Женщины-мигранты из стран СНГ в России*. М.: Макс Пресс, 2011.

Уже каждая третья клиентка в московских роддомах – мигрантка из Средней Азии // *НТВ*. 23.08.2012 // <http://www.ntv.ru/novosti/324039/> (дата обращения: 25.01.2014).

Федеральный закон от 25.07.2002 N ФЗ-115 «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 29.07.2002. № 30. Ст. 3032.

Федеральный закон от 24.07.2009 N ФЗ-212 «О страховых взносах в пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» // Собрание законодательства РФ. 27.07.2009. № 30. Ст. 3738.

Федеральный закон от 29.11.2010 N ФЗ-326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 6.12.2010. № 49. Ст. 6422.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

ФМС Официальные статистические данные ФМС России. 2014 // <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/> (дата обращения: 23.07.2014).

Шпаковская Л. Социальное исключение и стратегии его преодоления на пересечении этничности, класса и гендера // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. 11 (2): 235–250.

Юрист: спор о родах на крыльце в Приморье усложняет путаница в законе // *РИА Новости*. 12.11.2013 // <http://ria.ru/vl/20131112/976178923.html#ixzz38yM2x1Xd> (дата обращения 25.01.2014).

Basch L., Glick Schiller N., Blanc C.Z. *Nations Unbound. Transnational Projects, Postcolonial Predicaments, and Deterritorialized Nation-States*. London and New York: Gordon and Breach Science Publishers, 1994.

Bonizzoni P. Civic Stratification and Stratified Reproduction: Strategies of Solidarity of Latin American Families in Italy // Kraler A., Kofman E., Kohli M. and Schmoll C. (eds.) *Gender, Generations and the Family in International Migration*. IMISCOE Series. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2011: 313–334.

Chu C. M.Y. Postnatal Experience and Health Needs of Chinese Migrant Women in Brisbane, Australia // *Ethnicity & Health*. 2005. 10 (1): 33–56.

Colen S. Like a Mother to Them: Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York // F. Ginsburg and R. Rapp (eds.) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995: 78–102.

Collins P. H. *Black Feminist Thought. Knowledge: Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York and London: Routledge, 2000.

DeSouza R. New Spaces and Possibilities: the Adjustment to Parenthood for New Migrant Mothers // *Blue Skies Report*. 13.06.2006.

Horowitz M. D., Rosensweig J. A., Jones C. A. Medical Tourism: Globalization of the Health-Care Marketplace // *Medscape General Medicine*. 2007. 9 (4): 33–44.

Jatrana S., Toyota M., Yeoh B. (eds.) *Migration and Health in Asia*. New York: Routledge, 2005.

Thomas F. and Gideon J. (eds.) *Migration, Health and Inequality*. London and New York: Zed Books, 2013.

**"A SWARM OF MIGRANTS IN OUR MATERNITY CLINICS!":
THE STUDY OF STRATIFIED REPRODUCTION REGIME IN THE
CASE OF KYRGYZ MIGRANTS IN MOSCOW**

Anna Rocheva

This article aims to contribute to the study of stratified reproduction. This can be understood as the differentiation of experience, valuation and rewarding of reproductive labour due to the difference in the positions held and resources available. The research is focused on the trajectories of female migrants from Kyrgyzstan when interacting with the healthcare system in the cases of pregnancy and childbirth in Moscow in the context of changes of medical service access for foreign citizens from 2010 onwards. The article is based on the analysis of legislative framework and interviews with migrants from Kyrgyzstan and experts. The author highlights the inconsistencies in changes to healthcare provided to foreigners and funding of the medical institutions. The heads of the medical institutions turned out to be responsible not only for the provision of health care to foreigners but also for the budgeting. However, the funding for healthcare for foreigners was not always provided. As a result, the medical staff were accused either of being inhumane (if they did not provide health care to foreigners) or wasting the budget of their medical institution (if they did provide it). Migrants, in turn, were accused of claiming for something they were not eligible to receive (healthcare). The research shows the heterogeneity of «migrants» with cancellation of the free access to medical care during pregnancy resulting in two trajectories. The first trajectory, typical for migrants with scarce resources who did not view healthcare during pregnancy as necessary, entails minimal interaction with the healthcare system excluding the actual delivery of the child. The second path entails the use of the medical care both in Russia and Kyrgyzstan. Due to the transnational character of Kyrgyz migration, migrants combine the resources available to them when travelling between the two countries. In such a way, they are able to overcome the limitations of their status in Russia. These trajectories have similarities in their use of social capital during pregnancy and childbirth. The results of the research contradict the image that has been constructed by the Russian media on the nature of pregnant female migrants' visits to obtain free medical care in Moscow's maternity clinics.

Keywords: Stratified reproduction, female migrants, pregnancy, maternity service, access to medical care

References

- Basch L., Glick Schiller N., Blanc C.Z. (1994) *Nations Unbound. Transnational Projects, Postcolonial Predicaments, and Deterritorialized Nation-States*. London and New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Bonizzoni P. (2011) Civic Stratification and Stratified Reproduction: Strategies of Solidarity of Latin American Families in Italy. Kraler A., Kofman E., Kohli M. and Schmoll C. (eds.) *Gender, Generations and the Family in International Migration*. IMISCOE Series. Amsterdam: Amsterdam University Press: 313–334.

Anna L. Rocheva – Research Fellow, Russian Presidential Academy for National Economy and Public Service; Junior researcher, Institute of sociology, Russian Academy of Sciences, Russian Federation. E-mail: anna.rocheva@gmail.com

- Chu C. M.Y. (2005) Postnatal Experience and Health Needs of Chinese Migrant Women in Brisbane, Australia. *Ethnicity & Health*, 10 (1): 33–56.
- Colen S. (1995) Like a Mother to Them: Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. F. Ginsburg and R. Rapp (eds.) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press: 78–102.
- Collins P.H. (2000) *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. London and New York: Routledge.
- DeSouza R. (2006) New Spaces and Possibilities: the Adjustment to Parenthood for New Migrant Mothers. *Blue Skies Report* 13.06.
- Federal'nyy zakon ot 25.07.2002 N 115-FZ *O pravovom polozhenii inostrannykh grazhdan v Rossiyskoy Federatsii* [Federal Law Dated 25.07.2002 N 115-FZ «On the Legal Status of Foreign Citizens in the Russian Federation»]. *Sobranie zakonodatelstva RF* [A Collection of the Legal Statutes of Russia], 29.07.2002, (30), St. 3032.
- Federal'nyy zakon ot 24.07.2009 N FZ-212 *O strakhovykh vzosakh v pensionnyy fond Rossiyskoy Federatsii, Fond sotsial'nogo strakhovaniya Rossiyskoy Federatsii, Federal'nyy fond obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya* [Federal Law Dated 24.07.2009 N FZ-212 "On the Insurance Deduction to the Pension Foundation of the Russian Federation, Social Insurance Foundation of the Russian Federation, Compulsory Medical Insurance of the Russian Federation"]. *Sobranie zakonodatelstva RF* [A Collection of the Legal Statutes of Russia], 27.07.2009, (30), St. 3738.
- Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ *Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii* [Federal Law Dated 21.11.2011 N 323-FZ "On the Foundations of the Health Care for Citizens of the Russian Federation"]. *Sobranie zakonodatelstva RF* [A Collection of the Legal Statutes of Russia], 28.11.2011, (48), St. 6724.
- Federal'nyy zakon ot 29.11.2010 N FZ-326 *Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoy Federatsii* [Federal Law Dated 29.11.2010 N FZ-326 "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation"]. *Sobranie zakonodatelstva RF* [A Collection of the Legal Statutes of Russia], 6.12.2010, (49), St. 6422.
- FMS (2014) *Ofitsial'nye statisticheskie dannye FMS Rossii* [Official Statistical Data of the Federal Migration Service of Russia] Available at: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/> (accessed 23 July 2014).
- Grazhdanka Uzbekistana chut' ne rodila na kryl'tse roddoma v Primor'ye [A Female Citizen of Uzbekistan Almost Gave Birth on the Steps of Maternity Clinic in Vladivostok] *RIA-Novosti* [Russian Information Agency-News] 06.11.2013. Available at: <http://ria.ru/vl/20131106/974947854.html> (accessed 25 January 2014).
- Horowitz M. D., Rosensweig J. A., Jones C. A. (2007) Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, 9 (4): 33–44.
- Interesnoe polozhenie: dve treti rozhenic v Moskve – migrantki [Challenging Positions: Two Thirds of Birthing Women in Moscow are Migrants] *NTV*. 23.08.2012. Available at: <http://www.ntv.ru/novosti/324039/> (accessed 25 January 2014).
- Jatrana S., Toyota M., Yeoh B. (eds.) (2005) *Migration and Health in Asia*. New York: Routledge.
- Migrantki sovershayut "rodil'nye tury" v stolitsu, no domoy vozvrashchayutsya bez detey [Female Migrants take "Child Birth Tours" to the Capital but Come Back Home Without Children] *V Moskve – Moskovskie novosti* [In Moscow – Moscow news] 14.08.2012. Available at: http://www.newsmsk.com/article/14aug2012/rodi_tour.html (accessed 25 January 2014).
- Pirogov M. V., Chernonoshkina I. V., Kuznetsov M. V. (2011) Sovershenstvovanie sistemy oplaty meditsinskoy pomoshchi v usloviyakh odnokanal'nogo finansirovaniya [Enhancement of the System of Payment for Medical Service in the Conditions of One-Channel Funding] *Glavvrach* [Medical Director], (9): 15–22.
- Pis'mo Minzdrava RF ot 25 dekabrya 2012 g. N 11–9/10/2–5718 *"O formirovanii i ekonomicheskoy obosnovanii territorial'noy programmy gosudarstvennykh garantiy besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoy pomoshchi na 2013 god i na planovyy period 2014 i 2015 godov"* [Letter of the Ministry of Health Care Dated 25/12/2012 N 11–9/10/2–5718 "On the Formation and Economic Justification of the Territorial Program of the State Guarantees for Free Medical Care for Citizens in 2013 and Planned Period of 2014–2015"]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70193444> (accessed 27 August 2014).

- Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 06.03.2013 N 186 "Ob utverzhdenii Pravil okazaniya meditsinskoj pomoshchi inostrannym grazhdanam na territorii Rossiyskoy Federatsii" [Government Degree of the Russian Federation Dated 06.03.2013 N 186 "On the Enactment of the Rules of Health Care Provision to Foreign Citizens on the Territory of the Russian Federation"]. Available at: <http://www.rg.ru/2013/03/11/inostr-med-site-dok.html> (accessed 27 August 2014).
- Rocheva A.L. (2012) Issledovanie opyta rozhdeniya detey zhenshchinami-migrantami: problemy dostupa v pole [Research of the Experience of Pregnancy and Child-Birth of Female Migrants: Problems of Field Access] *Sotsiologicheskij zhurnal* [Sociological Journal] (3): 23–48.
- Rogozin D.M. (2008) Konformnaya vyborka v torgovykh tsentrakh [Convenience Sampling in Shopping Malls]. *Sotsiologicheskij zhurnal* [Sociological Journal], (1): 22–48.
- Rozhenitsy-migrantki okkupiruyut moskovskie bol'nitsy [Pregnant Female Migrants Occupy Moscow Hospitals] NTV. 23.08.2012. Available at: <http://www.ntv.ru/novosti/324008/> (accessed 25 January 2014).
- Primorskije bol'nitsy lechat migrantov lekarstvami za schet rossiiyan [Hospitals of Primor'e Treat Migrants with Medicine at the Expense of the Russian Citizens]. *AiF-Primor'e* [AiF-Primor'e] 23.08.2012. Available at: <http://www.vl.aif.ru/society/1025710> (accessed 25 January 2014)
- Shpakovskaya L. (2013) Sotsial'noe isklyuchenie i strategii ego preodoleniya na peresechenii etnichnosti, klassa i genera [Social Exclusion and Strategies for its Overcoming on the Intersection of Ethnicity, Class and Gender]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politik* [The Journal of Social Policy Studies], 11 (2): 235–250.
- Skoraya meditsinskaya pomoshch' v sisteme OMS. Etap stanovleniya, perspektivy razvitiya (2012) [Emergency Medical Care in the System of Compulsory Health Insurance. Stage of Becoming, Perspectives of Development]. *Metodicheskie rekomendatsii* [Methodical Recommendations], St.Petersburg.
- Thomas F. and Gideon J. (eds.) (2013) *Migration, Health and Inequality*. London and New York: Zed Books.
- Tyuryukanova E. V. (ed.) (2011) *Zhenshchiny-migranty iz stran SNG v Rossii* [Female Migrants from the CIS Countries in Russia]. Moscow: Maks Press.
- Varshaver E. A., Rocheva A. L., Kochkin E. V., Kuldina E. S. (2014) *Kirgizskie migranty v Moskve: rezul'taty kolichestvennogo issledovaniya integratsionnykh traektoriy* [Kyrgyz Migrants in Moscow: Results of Quantitative Research into Integration Trajectories]. Available at: <http://ssrn.com/abstract=2425312> (accessed 20 July 2014).
- Vladivostokskie LPU teryayut milliony na lechenii migrantov bez polisov OMS [Medical Institutions in Vladivostok are Losing Millions in Health Care for Migrants without Insurance]. *Meditsinskiy portal Primorskogo kraja* [Medical Portal of Primorskiy Krai] 13.11.2013. Available at: <http://vladmedicina.ru/news/primorye/2013-11-13-vladivostokskie-lpu.htm> (accessed 25 January 2014).
- Yurist: spor o rodakh na kryl'tse v Primor'e uslozhnyaet putanitsa v zakone [Lawyer: Arguments About the Delivery on the Steps of Primor'e is Complicated by Confusion in the Law]. *RIA-Novosti* [Russian Information Agency-News] 12.11.2013. Available at: <http://ria.ru/vl/20131112/976178923.html#ixzz38yM2xlXd> (accessed 25 January 2014).
- Zakon Primorskogo kraja ot 20 dekabrya 2012 goda № 143-KZ. O kraevom byudzhete na 2013 god i planovyy period 2014 i 2015 godov [Law of Primorskiy Krai Dated 20.12.2012 N 143-KZ "On the Regional Budget for 2013 and Planned Period of 2014–2015"]. Available at: <http://www.rg.ru/2012/12/14/primorie-zakon-byudget-reg-dok.html> (accessed 27 August 2014).
- Zdravomyslova E., Temkina A. (eds.) (2009) *Zdorov'e i Doverie: Gendernyy Podhod k Reproductivnoj Meditsine* [Health and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine]. St.Petersburg: EUSP.