
ТРУДОВЫЕ МИГРАНТЫ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ФОРМАЛЬНЫЕ И НЕФОРМАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ

*Ирина Кузнецова**

*Лайсан Мухарямова***

В статье рассматриваются стратегии трудовых мигрантов, используемые для получения медицинской помощи, и сложившиеся практики оказания медицинской помощи иностранным рабочим. Анализ исследуемых проблем основывается на результатах анкетного опроса трудовых мигрантов, проживающих в Республике Татарстан, глубинных интервью с ними, экспертных интервью и анализа документов. Выяснилось, что основными барьерами доступности медицинской помощи для трудовых мигрантов выступает нелегальное положение многих иностранных работников и отсутствие мотивации у работодателей для охраны их здоровья. При этом уязвимыми оказываются не только мигранты без разрешения на работу, но и те, у кого необходимые документы есть. Неформальный трудовой статус усугубляет уязвимое положение мигранта в ситуации необходимости получения медицинской помощи. Вопрос о ее доступности для иностранных рабочих касается не только учреждений и ведомств здравоохранения, но и связан с проблемой легитимности статуса мигранта в современном обществе.

Ключевые слова: здоровье мигрантов, медицинское страхование, неформальные и формальные стратегии, доступность медицинской помощи

* Ирина Борисовна Кузнецова – кандидат социологических наук, в.н.с. НОЦ Центр культурных исследований постсоциализма Института сравнительных исследований модернизации обществ ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», директор Института, Казань, электронная почта: irina.b.kuznetsova@gmail.com

** Лайсан Музиповна Мухарямова – доктор политических наук, заведующая кафедрой истории, философии, социологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, электронная почта: l.mukharyamova@yandex.ru

Введение*

Внешняя миграция для России в настоящее время является основным источником восполнения численности трудовых ресурсов. В стране нет значимых факторов активизации внутренней мобильности, и реализация крупных инвестиционных проектов неизбежно будет приводить к привлечению иностранных работников. Республика Татарстан, ориентированная в социально-экономическом развитии на выполнение мега-проектов, остается одним из самых востребованных регионов для трудовых мигрантов. Так, по данным Министерства труда, занятости и социальной защиты Татарстана по состоянию на январь 2014 г. в республике находилось порядка 25 тыс. трудовых мигрантов, что превышает численность иностранных работников того же периода 2013 г. (21 тыс. 672 человека) и предыдущих лет.

Несмотря на большое число трудовых мигрантов, ни медикам, ни УФМС, ни исследователям не известно о состоянии здоровья данной группы. Сегодня ни одна государственная служба не ведет полный учет заболеваемости иностранных работников. Обязанность сообщать в Роспотребнадзор у медицинских организаций возникает только в случае выявления заболеваний, опасных для окружающих. Все остальные обращения мигрантов остаются за пределами государственной статистики. Медицинское освидетельствование в России проходят не все трудовые мигранты. Не обращаются для проверки в медицинские организации, прежде всего, недокументированные мигранты, и второй значительной группой необследованных являются граждане, прибывшие в Россию на срок до 90 суток, и получающие патент на работу у физических лиц.

Отдельной темой в последнее время стали риски для общественного здоровья, которые могут создавать трудовые мигранты. Министр здравоохранения России В. И. Скворцова на пресс-конференции в мае 2013 г. призвала строже следить за здоровьем приезжающих в Россию мигрантов. По ее мнению, проблема в большом потоке нелегальных мигрантов. Министр подчеркнула, что здравоохранение не знает о состоянии здоровья людей, которые могут быть заражены различными инфекциями и открытыми формами туберкулеза, различными формами болезней, передающихся через кровь (Минздрав поддержал визы для гастарбайтеров... 2013). Более того, данная проблема мифологизируется в СМИ: так, например, «Российская газета» утверждает: в Средней Азии доля больных туберкулезом 44 человека на 100 тыс. населения, в России – 85 на 100 тыс., при этом пытаюсь убедить читателя, что 14% трудовых ми-

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

грантов болеют туберкулезом, гепатитом, сифилисом, СПИДом или являются носителями других инфекций (Грицюк 2013). Другой проблемой, связанной с мигрантами, является усиление нагрузки на здравоохранение, вынужденное оказывать медицинскую помощь иностранцам, не участвующим в формировании налоговых поступлений.

Проблема статуса трудовых мигрантов в национальных системах здравоохранения актуальна не только в России, но и во всем мире. Академические подходы концентрируются в основном на проблеме доступа мигрантов к услугам здравоохранения, обеспечения условий для сохранения здоровья в контексте прав человека. Исследования сосредоточены в двух основных направлениях, в которых возможно проявление неравенства – распространенность заболеваний среди мигрантов и доступ к услугам здравоохранения (Hansen, Donohoe 2003; O'Donnell et al. 2013; Portes, Fernández-Kelly 2012).

Классическим примером исследования, проведенного в контексте оценки неравенства в здравоохранении, является изучение политики в отношении права на доступ к медицинской помощи для нелегальных мигрантов в 27 государствах-членах Европейского Союза в 2009 г. Это исследование показало наличие значительных расхождений между членами ЕЭС в реализации права на доступ к медицинской помощи. Авторы объединили государства в три группы: в 12 странах нелегальные мигранты могут получить доступ только к неотложной помощи, в 5 странах они имеют право на доступ к уходу, который является более обширным, чем неотложная медицинская помощь; в 10 странах доступна более полная медицинская помощь. Эти различия, как подчеркивают исследователи, не зависят от финансирования здравоохранения или количества незарегистрированных мигрантов. Авторы приходят к выводу, что различия, скорее, определяются укорененностью в обществе того, что называют «моральной экономикой», развитостью традиций и принципов социального государства (Cuadra 2012).

Исследование, проведенное С. Нильсен и А. Красник путем систематического поиска в PUBMED и EMBASE данных о самооценке здоровья мигрантов, показало, что большинство из них находятся в невыгодном положении по сравнению с коренным населением даже после исключения факторов возраста, пола и социально-экономических условий. Было выявлено восемь факторов, влияющих на доступность услуг здравоохранения. Это языковой барьер, трудности в организации медицинского обслуживания мигрантов, социальная депривация и травматический опыт, недостаточное знакомство со здравоохранением, культурные расхождения, различное понимание болезни и лечения, негативное отношение персонала медицинских организаций и пациентов, отсутствие доступа к медицинской карте (истории болезни). Лучшие европейские практики, позволяющие преодолеть эти барьеры, включали в себя организационную гибкость,

использование достаточного количества времени и ресурсов, привлечение переводчиков для общения с пациентами и их семьями, информированность сотрудников о культурах и межкультурной коммуникации, способствующая улучшению отношений с мигрантами, развитие образовательных программ и информационных материалов для мигрантов (Nielsen, Krasnik 2010).

Специальные исследования изменения позиций мигрантов в национальных системах здравоохранения развернуты на фоне последнего экономического кризиса. Исследование RESTORE изучило последствия политики жесткой экономии расходов на организацию первичной помощи в шести европейских странах (Австрии, Англии, Греции, Ирландии, Шотландии и Нидерландах). Отмечено, что отказ от предоставления услуг переводчика стал рассматриваться как способ уменьшения издержек на предоставление медицинской помощи. В Шотландии сокращены службы охраны психического здоровья для лиц, ищущих убежища, а в Ирландии – бюджет агентств, оказывающих поддержку мигрантам. В Великобритании внесены изменения в правовое положение мигрантов, согласно которым лица, ищущие убежища, чьи ходатайства были отклонены, больше не могут получить доступ к несрочным медицинским услугам бесплатно (O'Donnell et al. 2013). Авторы исследования указывают, что в период финансовых трудностей есть соблазн сократить услуги, ориентированные на меньшинства, но в долгосрочной перспективе это может иметь отрицательные последствия.

А. Портес, П. Фернандес-Келли и Д. Лайт на основе исследования доступа медицинской помощи мигрантам в США пришли к выводу о наличии нескольких барьеров, с которыми приходится сталкиваться иностранным рабочим при получении медицинской помощи: незнание английского языка, иные культурные дефиниции болезни и заботы, отсутствие страховки, временная недоступность федеральных медицинских программ, связанных с длительным их оформлением, неавторизованный статус (Portes et al. 2012). Неформальные стратегии в случае наличия подобных барьеров оказываются единственной возможностью и включают в себя поиск врачей из этнического сообщества, обращение к народной медицине и целителям, врачам, не обладающим лицензией, поездкам за лечением на родину, самолечение с помощью лекарств, присланных родными. Исследование, проведенное в Татарстане, показало наличие схожих барьеров в доступности медицинской помощи для трудовых мигрантов.

Как трудовые мигранты в России оценивают свое здоровье? Какие стратегии они используют для получения медицинской помощи? Результаты исследования этих проблем посвящена эта статья.

Ее эмпирической базой стало проведенное в 2012–2013 гг. социологическое исследование положения и интеграции трудовых мигрантов в Татарстане. В процессе исследования использованы методы анализа

документов, в том числе, первичного медицинского учета, проведены глубинные и полужформализованные интервью с трудовыми мигрантами (n=40), сотрудниками УФМС (n=8), медицинскими работниками (n=5), активистами национально-культурных обществ (n=12). Опрос трудовых мигрантов в форме структурированного интервью был проведен в 2013 г. в Казани, Зеленодольске, (n=339). В выборке 70,8% – мужчины, 29,2% – женщины. 51,6% опрошенных в возрасте 25–39 лет, 28,6% – 40–54 лет, 14,7% – до 25 лет¹. В исследовании участвовали иностранные граждане, чей трудовой статус был закреплён формально или в виде устной договоренности.

Субъективная оценка здоровья трудовых мигрантов

Задачей нашего исследования было определение субъективного здоровья мигрантов. Здоровье, наряду с образованием и профессиональными компетенциями, является неотъемлемой частью человеческого капитала. При этом мы исходили из того, что самочувствие тесно связано с объективным состоянием здоровья и этот показатель имеет относительно универсальное значение (смысл) для всех этнических групп. Важно, что неоднократно доказана связь самооценки здоровья и риска ранней смерти. Например, исследования, проведенные М. Боп, показали, что даже если исключить негативные влияния (вредные привычки, имеющиеся и бывшие заболевания, наследственность) на здоровье, воздействие низкой самооценки на риск смерти имеет пролонгированное действие в течение 30 лет (Vorp et al. 2010).

Состояние своего здоровья как «отличное» оценили 30,7% мигрантов, «хорошее» – 51,9%, «среднее» – 16,2%. В целом мигранты оптимистично характеризуют свое самочувствие, что, скорее всего, связано с проявлением так называемого «эффекта здоровых мигрантов». Это понятие исходит из допущения, что в трудовую миграцию вовлекаются люди молодые и здоровые, способные выполнять работу, поскольку других – старых и больных, не привлечет ни один работодатель или рекрутер, и сами работающие без уверенности в своих силах и способности заработать не покидают родину (Кузнецова, Мухарьямова, Вафина 2013).

Результаты самооценки здоровья мигрантами не сильно отличаются от результатов, полученных в подобных исследованиях по общефедеральной выборке. По данным «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) в группе

¹ В исследовании применялась гнездовая выборка – поиск и отбор респондентов осуществлялся по месту работы мигранта (рынки, мастерские, стройки, промышленные предприятия). Как глубинные и полуструктурированные интервью, так и анкетный опрос проводились в нерабочее время.

респондентов 14–60 лет 42 % оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее, 52 % – как нормальное, 6 % – как плохое (Кузьмич 2012: 172). Имеющиеся различия можно объяснить большей долей лиц старше 50 лет в исследовании россиян по сравнению с группой мигрантов.

Трудовой мигрант в позиции пациента

Различия между понятиями «больной» и «пациент» не всегда улавливаются, часто эти слова употребляются как тождественные. Понятие *больной* отражает состояние неблагополучия – физического, психического или социального. Определение «пациент» (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» № 323-ФЗ) применимо если человек вступил во взаимоотношения с врачом или медицинской организацией.

Статус мигранта как пациента определяется Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории России (Постановление Правительства РФ от 6 марта 2013 г. № 186). Законодательство РФ, во-первых, гарантирует иностранным гражданам бесплатное оказание экстренной медицинской помощи, во-вторых, возможность привлечения к оплате медицинских услуг любого юридического или физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина. Застрахованные иностранные граждане (ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках, предусмотренных законом.

Рассматривая формальные и неформальные стратегии получения медицинской помощи трудовыми мигрантами, важно проанализировать статус трудовой деятельности иностранных граждан. Исследование выявило наличие значительного сектора неформальной экономики, использующей труд иностранных работников – чуть более половины опрошенных не имеют ни патента, ни разрешения на работу (54,5 %). Среди основных видов трудоустройства преобладает разрешение на работу, патентами обладают лишь 5,1 % респондентов.

Высокая доля неформальной занятости свидетельствует о невозможности трудоустройства формальным путем: трудовые мигранты отмечали сложности получения разрешения на работу, оформления патентов. Мелкий и средний бизнес, как правило, не подает заявки на квоты, но активно привлекает иностранных работников на неформальной основе. Отчасти – это проявление тенденции большого рынка неформальной занятости, сложившейся в экономиках многих постсоциалистических стран (Ledeneva 2006; Williams et al. 2013), с другой стороны, следствие несовершенства системы, не справляющейся с нарушениями работодателями трудового и миграционного законодательства.

Отсутствие формального статуса на рабочем месте исключает возможность взять т.н. «больничный лист» и отпроситься у работодателя.

Даже у мигрантов, имеющих официальное разрешение на работу, редко возникает желание взять больничный в силу вышеупомянутого «эффекта трудового мигранта». Самолечение оказывается распространенной практикой реагирования на болезнь – около половины опрошенных мигрантов занимаются самолечением (48%), а 12% – ничего не предпринимают в случае заболевания. Среди женщин (50%) и мужчин (47,2%) такое лечение распространено практически одинаково. Вот как описывают его респонденты: *«Год лежал. Сам лечусь: водка, баня...»* (Муж., 47 лет, из Кыргызстана, водитель); *«Таблетки в аптеке купишь, дома спишь»* (Муж., 19 лет, из Узбекистана) *«Ну, сам я, если заболею – иду в аптеку, спрашиваю, какие лекарства нужны... Мне дают – и лечишься»* (Муж., 20 лет, из Узбекистана).

Доля мигрантов, обращающихся к врачу в случае заболевания, велика – около 40%. По этому вопросу наблюдаются незначительные гендерные различия. Среди женщин на 7% больше тех, кто в случае болезни обращается к врачу (44,9% и 37,8% соответственно), и на 10% меньше ничего не предпринимающих (5,1% и 15%).

Почти каждый третий респондент (32,9%) получил бесплатную медицинскую помощь (по медицинскому полису) в городской поликлинике. Часть опрошенных (29,5%) обратились в платную клинику: *«В больницу на платной основе. А куда еще... Мед. полиса нет»* (Муж., 26 лет, из Азербайджана); *«Деньги дашь – все сделают (смеётся). Нога болела, зубы пломбировали... все сделали... всё нормально»* (Муж., 36 лет, из Узбекистана).

Роль неформальных взаимоотношений в получении медицинских услуг весьма высока – 22% мигрантов указали, что им бесплатную медицинскую помощь оказал знакомый врач. Интересно, что человек, к которому часто обращаются за медицинской помощью трудовые мигранты из Турции, сам турок по происхождению, был отчислен из медицинского вуза и не имеет диплома врача. Стали появляться и медицинские услуги, предоставляемые врачами-мусульманами, информация о которых расходитя и среди мигрантских сообществ. Для ряда респондентов данный фактор имеет значение. Нередки случаи, когда медицинские услуги оказываются бесплатно или за невысокую плату врачами-выходцами из стран Средней Азии для своих «земляков».

Платные медицинские услуги в городской поликлинике получали 16,2% респондентов. Стратегия поведения во время болезни напрямую зависит от наличия страховки. Так, 91% застрахованных за медицинской помощью обратились в городскую поликлинику и получили ее бесплатно, а мигранты, не имеющие полиса, практически в равных долях назвали обращения к знакомому врачу, в платную клинику и в платные отделения государственных медицинских организаций.

Опрос мигрантов показывает их крайне низкую вовлеченность в систему медицинского страхования. В нашем исследовании только 26,9%

опрошенных указали на наличие полиса, большая часть респондентов (73,1 %) не имеют полиса медицинского страхования. Женщины более активно участвуют в медицинском страховании: среди них застрахованных почти половина (44 %), в то время как только каждый пятый мужчина имеет страховку. Наличие медицинского полиса незначительно зависит от сферы трудовой занятости мигранта: больше всего застрахованных в торговле (31,2 %), на транспорте (30 %), на предприятиях общественного питания (27,3 %). В строительстве, где, как представляется, более тяжелые и вредные условия труда, только 23,2 % мигрантов имеют медицинские полисы. Восстановление работника после трудовой травмы, таким образом, происходит за его счет, либо за счет работодателя, если он примет такое решение (как нам удалось выяснить, из-за отсутствия формальных договоров многие работодатели не берут на себя такую ответственность), либо за счет национально-культурной общины. В случае смерти ответственность за отправку тела на родину ложится также на общину:

Если он нуждается в том, чтобы его в больницу положили или какие-то моральные или материальные проблемы, мы обязаны помочь. Бывает часто, что с других ближайших регионов, например, Чувашии, Марий Эл, Мордовии тоже обращаются. На днях тоже проблема такая там была. В Мордовии наших так-то мало, но один то ли под трамвай попал, то ли под электричку, не было у него рук и ног, привезли его. Часто те, кто погибает здесь, мы им собираем деньги и отправляем на родину. У кого какие проблемы, если к нам обращаются, то мы помогаем (активист таджикской национально-культурной общины, г. Казань).

Для официальных лиц ситуация с медицинским обслуживанием трудовых мигрантов не кажется сложной. Так, представитель одного из ведомств Татарстана по работе с мигрантами указал в интервью:

Как правило, мигранты обращаются в сферу здравоохранения на платной основе, т.е. они обращаются в поликлиники, где за определенную плату могут пройти консультацию. Но, тем не менее, если они здесь законно находятся, они вправе обратиться в любую медицинскую страховую компанию, получить этот полис на срок, в котором они будут здесь находиться и соответственно получать медицинское обеспечение (эксперт, Казань).

В действительности только около половины из тех трудовых мигрантов, которые имеют полис, приобрели его самостоятельно. Почти треть застрахованных получили полис благодаря помощи работодателя, каждый пятый воспользовался помощью родственников и друзей. Для одних мигрантов цена выступает слишком высокой (800–1000 рублей в месяц), не ясны условия его использования. К тому же при «эффекте здорового мигранта» риски здоровья иностранные работники учитывать не стремятся.

Летом 2013 г. Минтруд России предложил сделать медицинский полис одним из главных документов, дающих основание для заключения трудового договора. Мигрант может приобрести его сам или за него это может сделать работодатель. Наши респонденты – и работодатели, и трудовые мигранты – активно выступили против этого нововведения. Работодатели прямо заявляют о невозможности увеличения своих издержек, говорят, что фактически их работники не болеют *«не для этого они сюда приехали»* (Интервью с работодателем А). Некоторые работодатели считают, что полис ОМС должен выдаваться бесплатно, поскольку они платят за мигрантов налоги:

Полисов вообще нет. Хотя у нас работодатели платят, а почему-то им не дают полис ОМС. За них, как и за граждан России, мы, работодатели платим. У них ведь есть разрешение на работу. Раньше было, начиная с 2009 года уже не дают (Интервью с работодателем В).

Представители бизнеса считают, что инициатива Минтруда продиктована не столько заботой о здоровье мигранта и обеспечением для него достойного медицинского обслуживания, сколько желанием *«вести дополнительные поборы, а мигрантов, как лечили за наличные, так и будут»* (Интервью с работодателем В). Трудовые мигранты считают, что страховки для них будут чересчур дороги. Аналогичные опасения отражены в документе по результатам публичных консультаций, опубликованном на сайте Минэкономразвития России. В документе отмечено, что, по мнению экспертов, для многих трудовых мигрантов цена полиса покажется неподъемной, что может привести к значительному увеличению теневой занятости. Кроме того, возможен массовый поток фальшивых полисов, на проверку которых работодателям придется потратить дополнительные средства (Заключение об оценке ... 2013).

Мигранты как «недобровольные клиенты»

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

Материалы интервью с активистами национальных диаспор показывают, что «недобровольность» мигранты чувствуют даже в тех случаях, когда государственные меры должны облегчить для них медицинские мероприятия. В Татарстане, например, утвержден порядок взаимодействия исполнительных органов государственной власти, территориальных органов, федеральных органов исполнительной власти, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» и государственных

учреждений здравоохранения по вопросам осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан. Постановлением утвержден перечень государственных учреждений здравоохранения, уполномоченных проводить такие освидетельствования. Негосударственных медицинских организаций в этом перечне нет.

Одним из главных достижений этого документа считается закрепление принципа «единого окна» при медицинском освидетельствовании мигрантов на базе ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер». В «едином окне» мигрант проходит полное обследование у всех врачей-специалистов, необходимые лабораторные исследования, флюорографическое обследование и в течение 24 часов получает заключение о состоянии здоровья. Информацию о местонахождении клиники трудовые мигранты узнают в УФМС. С одной стороны, это создает определенные удобства для иностранных работников, но с другой стороны, лишает их права выбора:

Но вот я могу только одну вещь сказать, – говорит один из активистов армянской диаспоры, – это, пожалуйста, примите к сведению, здесь так устроено, что только в одном месте они все проходят эти медицинские осмотры, обследования, да там? Но это тоже неправильно, потому что это называется монополия на коррупцию. Надо создавать условия, чтобы они были в конкуренции, чтобы и цены падали, и не было таких очередей... поэтому это неправильно (Интервью с активистом армянской общины, Казань).

Выводы

Самолечение либо обращение к знакомым врачам зачастую выступает единственно возможной реакцией на болезнь среди трудовых мигрантов. Основными барьерами доступности медицинской помощи для них выступают следующие: «недокументированное» положение многих иностранных работников, приводящее к невозможности получать страховку от работодателей и сдерживающее обращение в страховые компании; дороговизна полисов добровольного медицинского страхования и недоступность полисов ОМС; отсутствие мотивации у работодателей для охраны здоровья трудовых мигрантов; отсутствие возможности выбора медучреждения для прохождения медицинского освидетельствования (мигрант как «недобровольный клиент»). Причем уязвимыми оказываются не только мигранты без разрешения на работу и патента, хотя и в большей степени, но и иностранные работники, обладающие всеми разрешительными документами на работу. Неформальный трудовой статус еще более усугубляет положение мигранта в ситуации необходимости получения медицинской помощи. Вопрос о ее доступности для трудовых мигрантов касается не только учреждений и ведомств здравоохранения – это вопрос

и о статусе мигранта как такового – в условиях чрезвычайной распространенности работы без договора, лишаящего его права на защиту прав как работника, фактической эксплуатацией человека на рабочем месте, и отказе покупать страховку и предоставлять возможности для медицинской помощи среди даже «официальных» работодателей, говорить о скором решении права мигранта на здоровье не приходится.

Список источников

Валиева А. З. Медицинские аспекты внешней миграции на примере Республики Татарстан // *Казанский медицинский журнал*. 2013. (3): 373–376.

Грицюк М. Кто вылечит гостя? // *Российская газета*. 27 сентября 2013 г.

Заключение об оценке регулирующего воздействия на проект федерального закона «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации, связанных с особенностями осуществления трудовой деятельности иностранными гражданами» и на проект постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении требований к договору (полису) медицинского страхования и договору с медицинской организацией на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) иностранным гражданином или лицом без гражданства» // http://www.economy.gov.ru/wps/wcm/connect/economylib4/mer/about/structure/depreulatinginfluence/doc20130718_05 (дата обращения: 09.02.2014).

Кузнецова И. Б., Мухарямова Л. М., Вафина Г. Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // *Казанский медицинский журнал*. 2013. (3): 367–372.

Кузьмич О. С. Состояние здоровья населения России // Козырева П. М. (ред.) *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)*. Вып. 2. М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2012: 170–211.

Мигрантов перестали тестировать на наркотики и алкоголь // *Известия*. 27.08.2013.

Минздрав поддержал визы для гастарбайтеров: мигранты угрожают здоровью россиян // <http://www.newsru.com/russia/27may2013/visa.html> (дата обращения: 09.02.2014).

Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 (ред. от 28.12.2013) // <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (дата обращения: 09.02.2014).

Bopp M., Braun J., Gutzwiller F., Faeh D., Swiss National Cohort Study Group Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association Between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 years // *PloS one*. 2012. 7 (2) // <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0030795> (дата обращения: 18.03.2014).

Cuadra C. B. Right of Access to Health Care for Undocumented Migrants in EU: a Comparative Study of National Policies // *The European Journal of Public Health*. 2012. 22 (2): 267–271.

Hansen E., Donohoe M. Health Issues of Migrant and Seasonal Farmworkers // *Journal of Health care for the Poor and Underserved*. 2003. 14 (2): 153–164.

- Ledeneva A. *How Russia Really Works: the Informal Practices that Shaped Post-Soviet Politics and Business*. London: Cornell University Press, 2012.
- Nielsen S. S., Krasnik A. Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: a Systematic Review // *International Journal of Public Health*. 2010. 55 (5): 357–371.
- O'Donnell C., Burns N., Dowrick C., Lionis C., MacFarlane A. Health-Care Access for Migrants in Europe // *The Lancet*. 2013. 382 (9890): 393.
- Portes A., Fernández-Kelly P., Light D. Life on the Edge: Immigrants Confront the American Health System // *Ethnic and Racial Studies*. 2012. 35 (1): 3–22.
- Rechel B., Mladovsky P., Devillé W. Monitoring Migrant Health in Europe: A Narrative Review of Data Collection Practices // *Health Policy*. 2012. (1): 10–16.
- Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J. P., McKee, M. Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe // *The Lancet*. 2013. 381 (9873): 1235–1245.
- Williams C., Round J., Rodgers P. *The Role of Informal Economies in the Post-Soviet World*. London: Routledge, 2013.

LABOR MIGRANTS AND HEALTH CARE ACCESS IN RUSSIA: FORMAL AND INFORMAL STRATEGIES

Irina Kuznetsova*

Laysan Muchyaryamova**

This article analyses the strategies migrants use to receive medical care, the self-assessment of health of migrants in Russia and examines the access to health care for labor migrants. The analysis draws upon a survey of migrant workers in the Republic of Tatarstan, Russia, indepth interviews with migrants, expert interviews and the analysis of legislation. The research found that self-medication is often the only possible response to disease amongst migrant workers. The main barriers to health care access for migrant workers is the "undocumented" status which means that they are unable to obtain health insurance from employers and deters insurance companies, both "documented" and "undocumented" migrants are faces with the high cost of medical insurance policies and the inaccessibility of policies, the lack of motivation for employers to protect the health of migrants and a lack of medical facilities for medical examinations.

Key words: health of migrants, medical insurance, informal and formal strategies, health care access

References

- Bopp M., Braun J., Gutzwiller F., Faeh D., Swiss National Cohort Study Group (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PloSone*, 7(2). Available at: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0030795> (accessed: 18 March 2014).
- Cuadra C. B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, 22(2): 267–271.
- Federal'nyj zakon № 323-FZ "Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii" of 21.11.2011 (redaktsia 28.12.2013) [Federal Law № 323-ФЗ "Regarding the Foundations of Health Protection in the Russian Federation" of 21.11.2011 (edition of 28.11.2013)]. Available at: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (accessed: 09 February 2014)
- Gricjuk M. Kto vylechit gostja? [Who Will Cure the Guest?]. *Rossiyskaya gazeta* [Russian Newspaper] – 27 spt. 2013.
- Hansen E., Donohoe M. (2003). Health Issues of Migrant and Seasonal Farmworkers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 14(2): 153–164.

* Irina B. Kuznetsova – Candidate of Sociological Sciences, Director of the Institute for the Comparative Studies of Modernity, Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, e-mail: irina.b.kuznetsova@gmail.com

** Laysan M. Muchyaryamova – Doctor of Political Sciences, Chief of the Department of History, Philosophy, Sociology of Kazan State Medical University, Kazan, e-mail: l.mukharyamova@yandex.ru

- Kuzmich O. (2012) Sostoyanie zdorov'ya naseleniya Rossii [The Health Conditions of Russia's Population]. Kozireva P. (ed.) *Vestnik Rossijskogo monitoringa e'konomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU VShE' (RLMS-HSE)* [Russian Monitoring of Economic and Health of Population Review]. Ed. 2 Edited Collection of Articles. Moscow, HSE: 172–211.
- Kuznetsova I. B., Muharjamova L. M., Vafina G. G. (2013) Zdorov'e migrantov kak social'naja problema [Migrants Health as a Social Problem] *Kazanskij medicinskij zhurnal* [Kazan's Medical Journal], (3): 367–372.
- Ledeneva A. (2006) *How Russia Really Works: the Informal Practices that Shaped Post-Soviet Politics and Business*. London: Cornell University Press.
- Izvestia (2013) *Migrantov perestali testirovat' na narkotiki i alkohol* [Migrants are no Longer Tested for Drugs and Alcohol] 27 August 2013.
- Minzdrav podderzhal vizes dlja gastarbajterov: migranty ugrozhajut zdorov'ju rossijan [The Ministry of Health Supported Visas for Guest Workers: Migrant Workers Endanger the Health of Russians] [an Internet Source]. Available at: <http://www.newsru.com/russia/27may2013/visa.html> (accessed: 18 March 2014).
- Nielsen S. S., Krasnik A. (2010) Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: a Systematic Review. *International Journal of Public Health*, 55(5): 357–371.
- O'Donnell C., Burns N., Dowrick, C., Lionis C., MacFarlane A. (2013) Health-Care Access for Migrants in Europe. *The Lancet*, 382(9890): 393.
- Portes A., Fernández-Kelly P., Light D. (2012) Life on the Edge: Immigrants Confront the American Health System. *Ethnic and Racial Studies*, 35(1): 3–22.
- Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J. P., McKee M. (2013). Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873): 1235–1245.
- Rechel B., Mladovsky P., Devillé W. (2012) Monitoring Migrant Health in Europe: a Narrative Review of Data Collection Practices. *Health Policy*, 105(1): 10–16.
- Valieva A. Z. (2013) Medicinskie aspekty vneshnej migracii na primere Respubliki Tatarstan [The Medical Aspects of External Migration in the Case of the Republic of Tatarstan]. *Kazanskij medicinskij zhurnal* [Kazan's Medical Journal], (3): 373–376.
- Williams C., Round J., Rodgers P. (2013) *The Role of Informal Economies in the Post-Soviet World*. Routledge.
- Zakljuchenie ob otsenke regulirujushhego vozdejstvija na proekt federal'nogo zakona "O vnesenii izmenenij v Trudovoj kodeks Rossijskoj Federatsii, svjazannyh s osobennostjami osushhestvlenija trudovoj dejatel'nosti inostrannymi grazhdanami" i na proekt postanovlenija Pravitel'stva Rossijskoj Federacii "Ob utverzhdenii trebovanij k dogovoru (polisu) medicinskogo strahovanija i dogovoru s medicinskoj organizaciej na poluchenie pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi i specializirovannoj medicinskoj pomoshhi (za iskljucheniem vysokotehnologichnoj medicinskoj pomoshhi) inostrannym grazhdaninom ili licom bez grazhdanstva" – [The Conclusion of the Regulatory Impact Assessment on the Draft Federal Law "On Amendments to the Labour Code of the Russian Federation Related to the Characteristics of the Employment of Foreign Nationals" and on the Draft Government of the Russian Federation "On Approval of the Requirements to the Contract (Policy), Health Insurance, and the Contract with the Medical Organization to Receive Primary Health Care and Specialized Medical Care (with the Exception of High-Tech Medical Care) by a Foreign National or a Stateless Person]. Available at: http://www.economy.gov.ru/wps/wcm/connect/economylib4/mer/about/structure/depreglatinginfluence/doc20130718_05 (accessed: 09 February 2014)