

ВОПРОСЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ И ЛИЦАМ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

***Материалы Рабочей группы
по медицинским и социальным проблемам
трудящихся мигрантов
за 2010 г.***

**Москва
2011**

Вопросы предоставления медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства в Российской Федерации. Материалы рабочей группы по медицинским и социальным проблемам трудящихся мигрантов. Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве – М.: 2011, 40 стр.

Валентей Д.А., Власова Н.И., Киреева О.А., Мельничук Ю.В., Потомова А.В., Рыбаков Р.Б., Хуснаин В.Б., Ястребова А.Ю.

Обзор нормативных документов (часть 1) подготовлен *Ястребовой А.Ю.*, к.ю.н., доцентом кафедры международного права Дипломатической Академии МИД России.

Данная публикация стала возможной в рамках деятельности Региональной программы по трудовой миграции в государствах Центральной Азии и России, совместно реализуемой офисом Регионального Координатора МОМ по Центральной Азии, миссиями МОМ в Казахстане, Таджикистане, Кыргызстане и России, Региональным офисом «ООН-Женщины» и Всемирным банком, при финансировании Британского Департамента международного развития (DFID).

Одной из основных задач программы является содействие урегулированию вопросов в сфере трудовой миграции, в том числе относящихся к доступу трудящихся мигрантов к услугам здравоохранения.

Данная публикация представляет собой сборник ключевых материалов Рабочей группы по социальным, медицинским и правовым проблемам трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей из стран СНГ в Российской Федерации за 2010 г. Рабочая группа позиционирует себя как сеть взаимодействия организаций и физических лиц, имеющих аналогичное видение и подходы к методам решения медико-социальных проблем трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей, и готовых объединить усилия и поделиться накопленным опытом ради достижения общих целей. Цель рабочей группы – разработка и «продвижение» среди лиц, принимающих решения, эффективных способов обеспечения медико-социальных потребностей трудовых мигрантов, беженцев и членов их семей.

Материалы публикации могут представлять интерес для специалистов российских и международных общественных организаций, работающих в области здравоохранения и трудовой миграции, сотрудников государственных учреждений федерального и регионального подчинения, занятых в сфере миграции, организации здравоохранения, охраны труда (ФМС, Минздравсоцразвития, Минтруда), а также для представителей страховых компаний и лиц, ответственных за выработку миграционной политики.

Опубликовано Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве:

123100, Российская Федерация, Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 12.

Компьютерная верстка и корректура: *И.С. Гуро.*

Все права защищены. Содержание публикации может бесплатно копироваться и использоваться в образовательных и других некоммерческих целях. Любое воспроизведение должно сопровождаться ссылкой на данную публикацию, как источник используемой информации.

Приводимые в тексте оценки являются точкой зрения авторов и, следовательно, никоим образом не могут отражать официальное мнение Международной организации по миграции, донора, партнеров программы, а также организаций, входящих в состав Рабочей группы.

По всем вопросам, связанным с публикацией обращайтесь к координатору Рабочей группы Вере Хуснаин по электронной почте: vera.hussnain@akdn.org

Электронная версия публикации размещена на сайте www.baromig.ru

© Бюро Международной организации по миграции (Бюро МОМ) в Москве, www.iomrussia.ru

Содержание

1. Международные, федеральные и региональные нормативные документы, регулирующие порядок предоставления медицинской помощи временно пребывающим иностранным гражданам и лицам без гражданства в Российской Федерации	4
2. Изменения в законодательстве, регулирующем порядок предоставления медицинской помощи различным категориям иностранных граждан в Российской Федерации. Актуальность вопроса о медицинском страховании трудящихся мигрантов и членов их семей	12
3. Методология проведения опроса трудящихся мигрантов по их отношению к введению добровольного медицинского страхования	15
4. Результаты опроса трудящихся мигрантов в Российской Федерации	17
5. Результаты опроса трудящихся мигрантов в Республике Кыргызстан и Республике Таджикистан	21
6. Выводы и рекомендации по возможным механизмам медицинского страхования трудящихся мигрантов, прибывающих в Россию с целью осуществления трудовой деятельности	30
Приложение 1. Положение о Рабочей группе по социальным, медицинским и правовым проблемам трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей из государств-участников СНГ в Российской Федерации	31
Приложение 2. Анкеты для опроса трудящихся мигрантов по их отношению к введению добровольного медицинского страхования	34

1. Международные, федеральные и региональные нормативные документы, регулирующие порядок предоставления медицинской помощи временно пребывающим иностранным гражданам и лицам без гражданства в Российской Федерации

Введение. Проведенное исследование представляет собой обобщенный анализ осуществления права на охрану здоровья иностранными гражданами и лицами без гражданства, находящимися в РФ. Здесь был использован широкий круг международно-правовых документов универсального и регионального уровня, содержащих базовые нормы по поводу оказания медицинских услуг мигрантам, которые в определенной части имплементированы в российское национальное законодательство. Субъектами данных правоотношений, складывающихся в принимающем государстве, становятся трудящиеся мигранты и члены их семей и иные категории иностранных граждан.

Общие подходы. Оказание медицинской помощи населению, согласно стандартам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), должно осуществляться на принципе общедоступности. Само понятие «население» в международном праве включает в себя, помимо собственных граждан, обычных иностранцев, находящихся на территории государства, беженцев и апатридов. Ни одна из указанных категорий населения не может быть ограничена в доступе к общепринятым стандартам прав человека, базовым из которых является право на жизнь, физическую безопасность, и, соответственно, на использование национальной системы здравоохранения. Позиция Международной организации по миграции состоит в том, что «оценка состояния здоровья мигрантов проводится с учетом уровня здравоохранения в стране пребывания и требований к иммиграции, действующих при въезде в страну. ... Предоставляя услуги по оценке состояния здоровья, МОМ стремится влиться в действующие национальные программы по контролю и профилактике заболеваний путем учета требований местных систем»¹.

Ст. 12 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах 1966 г., участником которого является РФ, устанавливает право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья», обязывая страны-участницы принимать следующие меры:

¹ Трудовая миграция и вопросы здравоохранения. Материалы «круглых столов» (июль, декабрь 2009 г.). М., 2010, с. 51, 53.

- обеспечение сокращения детской смертности и здорового развития ребенка;
- улучшения гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;
- предупреждения и лечения эпидемических, эндемических и профессиональных болезней и борьбы с ними;
- создание условий обеспечения всем медицинской помощи и медицинского ухода при заболевании.

Представляется, что и сегодня принципы, провозглашенные ст. 12 Пакта об экономических, социальных и культурных правах, являются основой для российской системы здравоохранения, вне зависимости от принадлежности человека к определенному гражданству. Более того, Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников, утвержденное Главным санитарным врачом РФ 24 июня 2003 г., выделяет мигрантов как группу высокого риска (уязвимую группу), наряду с беременными и кормящими женщинами, подростками и инвалидами (Приложение 5). Московская городская целевая миграционная программа на 2008-2010 гг., принятая Постановлением Правительства Москвы от 21 августа 2007 г. № 711-ПП, определила как приоритетную задачу, в том числе, «сохранение здоровья жителей города в условиях масштабной миграции, снижение влияния заболеваемости мигрантов на население города» (п. 3). Это важный фактор, и, тем не менее, он не будет единственным в решении проблем столичного здравоохранения. Нужно учитывать и такую составляющую, как контроль состояния здоровья самих мигрантов, как полноценной части населения.

Концепция развития социальных и медицинских основ улучшения доступа к услугам здравоохранения, профилактики распространения социально значимых заболеваний и улучшения качества жизни трудящихся-мигрантов и их семей в СНГ содержит сущностные определения «качество жизни» и «качество жизни трудящихся-мигрантов». Под качеством жизни понимается совокупность условий, обеспечивающих (или не обеспечивающих) индивидуальное и общественное (физическое и психическое) здоровье, интегрально отражаемое средней продолжительностью жизни, уровнем общей заболеваемости, временной нетрудоспособности, инвалидности, стандартизованных для данной группы населения; соответствие среды жизни социально-психологическим установкам личности. Понятие «качества жизни трудящихся-мигрантов» включает в себя удовлетворенность своим физическим, психическим, экономическим и социальным благополучием, способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах. Эксперты в сфере прав человека оценивают социально-экономические права как «средство получения индивидом помощи от государства», которое «направлено на расширение возможностей обладания и пользования материальными благами, призванными обеспечить достойное существование человека»².

² Права человека. Учебник, второе издание. Под ред. Е. А. Лукашевой. М., 2009, с. 184.

Универсальные международно-правовые принципы, действующие в области здравоохранения мигрантов. Международно-правовые соглашения в сфере защиты прав трудящихся-мигрантов достаточно многочисленны. Несмотря на то, что РФ участвует не во всех Конвенциях ООН и Международной организации труда (МОТ) по трудовой миграции, многие из них легли в основу создания подобных договоров об обмене иностранной рабочей силой, действующих в рамках СНГ и ЕврАзЭС. Поэтому есть смысл коротко остановиться на медицинских правах мигрантов, которые нашли там свое закрепление (включая некоторые из них, вытекающие также из рекомендаций МОТ³). Условно можно подразделить все эти права на три группы:

1) права на использование собственной национальной системы здравоохранения, которые имеет трудящийся-мигрант при выезде из своего государства;

2) общие права на поддержание нормального состояния здоровья, которыми наделяет мигранта государство приема, максимально приближенные к правам его граждан;

3) права на защиту от травм и профессиональных заболеваний по месту занятости в стране приема.

Конвенция МОТ № 97 о трудящихся-мигрантах, пересмотренная в 1949 г., возлагает на государства-участников обязанность предусмотреть соответствующие медицинские службы для удостоверения удовлетворительного состояния здоровья мигрантов, необходимого медицинского обслуживания и хороших гигиенических условий, как в момент отъезда, так и по приезде в страну назначения (ст. 5). Рекомендация МОТ от 22 июня 1955 г. № 100 о защите работников-мигрантов в слаборазвитых странах и территориях, предлагает принятие мер по бесплатному медицинскому осмотру работников-мигрантов при их отъезде, при начале и окончании работы (п. 8.1). Приоритет должен быть предоставлен работникам-мигрантам, которые приезжают из районов заразных или эндемических заболеваний, согласившимся на работу с особым риском для здоровья или прибывающим по определенному плану найма рабочей силы (п. 8.2).

Ст. 25 Международной Конвенции ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей 1990 г. (РФ в ней не участвует) устанавливает национальный режим для мигрантов в области охраны здоровья в принимающем государстве (п. 1а)). Ст. 28 Конвенции прямо указывает на право трудящихся-мигрантов и членов их семей «на получение любой медицинской помо-

³ Рекомендации МОТ, в отличие от ее Конвенций, не обладают обязательной юридической силой. Тем не менее, они имеют широкое вспомогательное применение. Д. К. Бекашев отмечает: «Рекомендация МОТ представляет собой обращенное к государствам пожелание, предложение ввести соответствующие нормы в национальное законодательство». (Бекашев Д.К. К вопросу о международном трудовом праве как отрасли международного права. // Россия и пути решения современных международно-правовых вопросов. М., 2010, с. 249.)

ши, которая является крайне необходимой для сохранения их жизни или избежания непоправимого ущерба их здоровью на основе равенства с гражданами соответствующего государства», в котором им нельзя отказывать ни при каких обстоятельствах.

Рекомендация МОТ от 15 июня 2006 г. № 197 об основах, содействующих безопасности и гигиене труда, включает в них надлежащие меры защиты для уязвимых категорий работников, к которым относит «работников неформальной экономики, трудящихся-мигрантов и молодых работников», в целях «предупреждения случаев производственного травматизма, профессиональных заболеваний и гибели людей на производстве» (п.3). Рекомендацией МОТ от 24 июня 1975 г. № 151 о работниках-мигрантах предусмотрено в качестве таких мероприятий следующее:

- подготовка и инструктаж по технике безопасности и гигиене труда в рамках профессиональной подготовки;
- предоставление достаточной информации на родном или доступном для мигрантов языке «об основных элементах законодательства и правил, а также положений коллективных договоров, относящихся к защите работников», о «правилах и процедурах техники безопасности» (п. 21). Эта же рекомендация определяет право работника-мигранта, покидающего страну пребывания, вне зависимости от его легального статуса там, на пособие, получаемое в связи с производственными травмами и профессиональными заболеваниями (п. 34 б)).

Право трудящихся-мигрантов на охрану здоровья в региональных механизмах СНГ и ЕврАзЭС. Соглашение СНГ о сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов 1994 г. (РФ является его участником) определяет, что их медицинское обслуживание осуществляется в принимающем государстве за счет работодателя (нанимателя) на одинаковом уровне с его гражданами (ст. 10). При этом возмещение вреда, причиненного увечьем или профессиональным заболеванием, регулируется национальным законодательством страны пребывания.

Ст. 13 Рекомендательного законодательного акта «Миграция трудовых ресурсов», принятого постановлением Межпарламентской Ассамблеи СНГ в мае 1995 г. относит возмещение такого ущерба к компетенции государства, «законодательство которого распространялось на трудящегося-мигранта в момент получения увечья или иного повреждения здоровья». Дополнительно оговорено, что «государство трудоустройства несет ответственность за перевод причитающихся сумм за причиненный ущерб здоровью по месту постоянного жительства трудящегося-мигранта».

Соглашение СНГ 1994 г. о взаимном признании прав на возмещение вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанные с исполнением ими трудовых обязанностей, указывает на возмещение вреда работнику со стороны

работодателя государства, законодательство которого распространялось на работника в момент получения увечья или иного повреждения здоровья (ст. 2). При этом речь идет о компенсации после переезда работника на территорию другого участника Соглашения. Работодатель обязан произвести возмещение вреда в соответствии со своим национальным законодательством. РФ является участником данного Соглашения. Таким образом, можно увидеть стремление партнеров по СНГ создать условия взаимного разделения обязанностей посылающего и принимающего государств по медицинскому и социальному обеспечению мигрантов в случае причинения вреда их здоровью.

Стоит отметить, что вопросы о возмещении ущерба здоровью иностранного работника, полученного вследствие его профессиональной деятельности, решаются и в двусторонних договорах РФ по трудовой миграции. Так, п. 1 ст. 10 Соглашения между Правительствами РФ и Литовской Республики о временной трудовой деятельности 1999 г. говорит о том, что государственное социальное и медицинское страхование работников и возмещение вреда, причиненного в связи с исполнением ими трудовых обязанностей «осуществляется в соответствии с законодательством государства временной трудовой деятельности». П. 4 ст. 14 Соглашения между Правительствами РФ и Республики Узбекистан о трудовой деятельности и защите прав трудящихся-мигрантов 2007 г. устанавливает, что порядок возмещения работнику вреда, возникшего вследствие исполнения им трудовых обязанностей, регулируется законодательством принимающей страны. В качестве альтернативы данному правилу, оба соглашения указывают на возможность создания отдельного межгосударственного соглашения по таким вопросам.

Представляется, что современные подходы к здравоохранению трудовых мигрантов предложены Конвенцией СНГ о правовом статусе трудящихся мигрантов и членов их семей 2008 г. (РФ подписала Конвенцию, и пока не ратифицировала ее). П. 1 ст. 6 уравнивает трудящихся-мигрантов в правах с гражданами страны пребывания в возмещении ущерба, причиненного им на производстве или профессионального заболевания. П. 1 ст. 7 Конвенции определяет, в том числе, права трудящихся-мигрантов и членов их семей «на получение безвозмездной скорой (неотложной) помощи и иной медицинской помощи на возмездной основе». Решение Межгосударственного Совета ЕврАзЭС от 11 декабря 2009 г. № 467 «О концепции создания межгосударственного банка данных о трудящихся-мигрантах – гражданах государств-членов ЕврАзЭС», принятое Беларусью, Киргизией, Таджикистаном, Казахстаном и РФ на уровне глав правительств, содержит в качестве приложения примерный единый перечень их учетных данных. Среди них наиболее значимой станет информация о цели их визита и медицинском заключении о состоянии здоровья (справки, сведения о прохождении медицинского освидетельствования на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих).

Основы социально-медицинской защиты трудовых мигрантов в РФ.

Говоря о современной системе российского здравоохранения, специалисты отмечают, что «существуют значительные различия в возможностях получения медицинской помощи для разных групп населения, которые обусловлены самой историей формирования российской системы здравоохранения, масштабным сокращением государственного финансирования здравоохранения в 1990-е гг., децентрализацией государственных финансов и существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий...»⁴. Стоит добавить, что специальных механизмов оказания медицинских услуг мигрантам на федеральном уровне пока не существует, но присутствуют определенные тенденции включить мигрантов как категорию обслуживания в региональные программы здравоохранения в Москве и Московской области (г.г. Дубна, Бронницы, Электрогорск).

Для мигрантов существуют общие требования состояния здоровья для въезда и пребывания, установленные Федеральным законом от 25 июля 2002 г. «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» № 115-ФЗ. Так, во исполнение указанного Закона (ст. 6-10), был принят Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25 июля 2003 г. № 466 «О временном порядке проведения медицинского обследования иностранных граждан для получения разрешения вида на жительство (временное проживание) на территории РФ». Медицинское освидетельствование мигрантов проводится по направлению административных подразделений ФМС по округам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения (их список утвержден и содержится в Приложении № 2) на платной основе. Обязательным является обследование в противотуберкулезном, наркологическом и кожно-венерологическом диспансерах, где на мигрантов должны быть заведены определенные формы медицинской документации периодом хранения в 5 лет. После проведения диагностики управление здравоохранения должно выдать по результатам обследований медицинское заключение о наличии или отсутствии противопоказаний для выдачи иностранному гражданину разрешения на временное проживание или вида на жительство (Приложение № 1). Причем в Приказе содержатся единые формы свидетельств о прохождении обследования во всех указанных диспансерных медицинских учреждениях (Приложения № 3-5) и сертификата об обследовании на антитела к ВИЧ (Приложение № 6). Отдельно представлена форма сводного медицинского заключения о состоянии здоровья иностранного гражданина (Приложение № 7), где должен быть на основе обследований сделан вывод об отсутствии у мигранта наркомании и инфекционных заболеваний, представляющих общественную опасность.

Учитывая необходимость своевременной борьбы с туберкулезом, Департамент здравоохранения г. Москвы издал Приказ от 16 февраля 2007 г. № 81

⁴ Различия в доступности медицинской помощи для населения России. Экспертное мнение. // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. № 8, 2008, с. 135.

«О порядке оказания медицинской помощи иногородним гражданам, больным активным туберкулезом в специализированных ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы». Приложением 2 к нему (с изменениями от 8 мая 2008 г.) предусмотрена госпитализация мигрантов, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи по туберкулезным показаниям в ТКБ № 7 (п. 4) и госпитализация нелегальных мигрантов по тем же показаниям в ТБ № 11 (п. 5).

Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 1 сентября 2005 г. № 546, устанавливают, что эта помощь оказывается лечебно-профилактическими организациями временно пребывающим или проживающим и постоянно проживающим иностранным гражданам (п. 2). Скорая медицинская помощь должна быть предоставлена учреждениями системы здравоохранения и лицами, обязанными ее оказывать по закону или специальному правилу, всем этим категориям иностранных граждан бесплатно и безотлагательно (п. 3). Плановая медицинская помощь оказывается иностранным гражданам на платной основе, в соответствии с договором об обеспечении платных медицинских услуг или обязательного медицинского страхования (п. 5).

К настоящему моменту основная часть медицинских услуг предоставляется населению России на основе Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Ст. 10 Закона определяет круг застрахованных лиц, к которому относятся граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства и лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах». Таким образом, под действие Закона не попадают трудовые мигранты, которые имеют статус временно пребывающих (он установлен ст. 5 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан»). Эксперты замечают, что «остается нерешенной проблема оказания медицинской помощи значительным группам незастрахованных лиц. ... Это серьезное нарушение принципа обязательности социального (в том числе и медицинского) страхования»⁵. Предполагается, что те мигранты, которые не обладают в РФ полисом обязательного медицинского страхования, будут получать обслуживание или на платной основе, или на базе добровольного страхования (к примеру, высококвалифицированные иностранные специалисты должны быть застрахованы по договору ДМС, согласно п. 14 ст. 13.2 ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ»).

Помимо того, ч. 6 ст. 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» (вступит в силу с 1 января 2012 г.) включает в базовую программу обязательного медицинского страхования первичную медико-са-

⁵ Гонтмахер Е.Ш. К вопросу о реформе обязательного медицинского страхования: стиль, суть и альтернатива. // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. № 13, 2010, с. 39.

нитарную помощь, включая профилактическую и скорую помощь. Как уже отмечалось выше, нормы Конвенции СНГ о правовом статусе трудящихся мигрантов и членов их семей гарантируют права трудящихся-мигрантов и членов их семей на получение безвозмездной скорой (неотложной) помощи. При этом Конвенция опирается на общее правило, единое для всех категорий трудящихся-мигрантов, действующее без какого-либо различия в постоянном проживании или временном пребывании иностранных работников на территории принимающей страны.

Что касается Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с изменениями и дополнениями 2010 г.), то ч. 1 ст. 5 перечисляет лиц, которые ему подлежат. К ним относятся те, кто выполняет работу на основании трудового договора, заключенного со страхователем, и те, кто работает на основании гражданско-правового договора, при условии, что он предусматривает обязанность страхователя уплачивать страховые взносы. Трудовые мигранты, как известно, могут использовать ту или иную правовую форму занятости. Ч. 2 ст. 5 распространяет указанный Федеральный закон на граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства. Это положение вполне соответствует международно-правовым стандартам о покрытии профессиональных рисков трудящихся-мигрантов, согласно существующему национальному законодательству страны пребывания на равных основаниях с ее собственными гражданами.

Общие выводы:

- трудящиеся-мигранты должны получать гарантированный пакет социальных и медицинских прав, на основе международных соглашений, участником которых является РФ, и специального федерального законодательства, которое направлено на обеспечение условий для осуществления ими трудовой деятельности, при этом международно-правовые обязательства РФ в области здравоохранения мигрантов предусматривают их имплементацию в национальную правовую систему;
- право мигрантов на здоровье понимается как комплекс социально-медицинских стандартов и условий их применения в соответствии с действующими международными и национальными нормами, особенностями трудовых правоотношений, правилами доступа к системе гарантий;
- единство и взаимодействие социальной и правовой политики в отношении трудящихся мигрантов как приоритет будут обеспечены на межгосударственном, федеральном и региональном уровне, в партнерстве между государственными и общественными организациями.

2. Изменения в законодательстве, регулирующем порядок предоставления медицинской помощи различным категориям иностранных граждан в Российской Федерации.

Актуальность вопроса о медицинском страховании трудящихся мигрантов и членов их семей

Российская Федерация занимает второе место в мире по объемам миграции, среди которой преобладает трудовая миграция. При этом порядка $\frac{3}{4}$ трудового миграционного потока составляют граждане из пост советских государств, с которыми установлен безвизовый порядок въезда.

Несмотря на продекларированную пунктом 5 статьи 27 Федерального закона от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ норму о запрете въезда на территорию Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства в случае, если он не представил полис медицинского страхования, действительный на территории Российской Федерации, такой въезд практически не запрещен. В результате на территорию нашей страны приезжают лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для окружающих.

Угрозу стабильной санитарно-эпидемиологической обстановки в России создают следующие факторы, связанные с трудовой миграцией:

- представление многими трудящимися-мигрантами в соответствующие государственные органы сфальсифицированных медицинских документов, не отражающих реального состояния их здоровья;
- неблагоприятные условия труда и проживания большей части трудящихся-мигрантов и членов их семей, в особенности занятых в неформальных, теневых секторах экономики (по оценке экспертов численность нелегальных трудовых мигрантов в России колеблется от 5 до 10 млн. человек), что в итоге создает благоприятную почву для роста их заболеваемости;
- отмена с 1 января 2010 года в Российской Федерации обязательных выплат работодателей за трудящихся-мигрантов в Фонд обязательного медицинского страхования, в результате чего трудящиеся-мигранты могут бесплатно получить только экстренную медицинскую помощь;
- недостаточная доступность (в первую очередь по финансовым соображениям) платных квалифицированных медицинских услуг для трудящихся-мигрантов и членов их семей в государстве трудоустройства;

- отсутствие современных информационных систем учета прохождения трудящимися-мигрантами медицинского обследования и предоставления необходимых сведений заинтересованным государственным органам.

Единственным выходом в такой ситуации становится развитие системы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

В настоящее время медицинские страховые компании предоставляют трудящимся-мигрантам медицинские услуги. Но многие трудовые мигранты предпочитают не страховаться в связи отсутствием соответствующей информации о добровольном медицинском страховании и ее дороговизны для большинства из них. Кроме того, величина страховки зависит и от степени травматичности вида работ, на которых заняты мигранты.

С учетом этого, развитие системы добровольного медицинского страхования в значительной мере будет зависеть от ее гибкости и доступности для трудящегося-мигранта и членов его семьи. Гибкость и доступность добровольного медицинского страхования с точки зрения объема предоставляемых услуг, их платности и возможности оформления страховки не только в столичных городах, но и других населенных пунктах массового исхода трудовых мигрантов предполагает разработку различных схем добровольного медицинского страхования – для сезонных трудовых мигрантов, для трудовых мигрантов, которые будут работать в отраслях с высоким риском получения травм, для трудовых мигрантов, работающих в нетравматичных отраслях. Целесообразно определить минимального объема оказания медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования и предоставления мигрантам возможности постепенной оплаты медицинской страховки.

Поскольку предусматривается оказание медицинских услуг в рамках полиса добровольного медицинского страхования в государстве трудоустройства целесообразно заключение такого договора с филиалами или представительствами страховых компаний государства трудоустройства за рубежом.

В целях большего участия трудовых мигрантов в добровольном медицинском страховании необходима проработка вопроса поиска альтернативных источников финансирования приобретения трудовым мигрантом медицинского полиса, привлечение к этому различных международных структур, работодателей, у которых будут трудиться иностранные работники.

Потребуется создание базы данных страховых компаний и базы данных трудовых мигрантов – участников системы добровольного медицинского страхования.

Все эти вопросы нашли отражение в проекте Соглашения о сотрудничестве государств-участников СНГ в вопросах медицинского страхования трудящихся-мигрантов и членов их семей, подготовленного рядом российских экспертов в рамках Года председательства России в СНГ. Проект данного соглашения рассматривался и членами Рабочей группы по социальным, медицинским и правовым проблемам трудовых мигрантов, беженцев и чле-

нов их семей из государств-участников СНГ в Российской Федерации. В настоящее время проект Соглашения дорабатывается совместно с представителями ряда страховых компаний.

До разработки проекта Соглашения была проведена подготовительная работа – проведен опрос трудящихся мигрантов о возможности их участия в добровольном медицинском страховании.

3. Методология проведения опроса трудящихся мигрантов по их отношению к введению добровольного медицинского страхования

Для выяснения ответов на вопросы, связанных с готовностью трудящихся мигрантов к новым механизмам страхования, организации, входящие в состав Рабочей группы, на встрече в мае 2010 года приняли решение провести опрос среди трудящихся мигрантов. Основной **целью опроса** является определение:

- списка наиболее востребованных медицинских услуг для страхования;
- максимальной суммы медицинской страховки, которую трудящиеся мигранты готовы оплачивать из собственных средств.

Объектом опроса стали потенциальные (те, кто интересуется вопросами, связанными с осуществлением трудовой деятельности или планирует свой выезд в Россию с этой целью) и реальные (те, кто находится в Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности) трудящиеся мигранты. Опрос потенциальных и реальных трудящихся мигрантов проводился как в Российской Федерации, так и в странах исхода – Киргизии и Таджикистане. В Российской Федерации опрос проводился в период с августа по сентябрь 2010 года, в Киргизии и Таджикистане – в сентябре 2010 года.

Организации, участвовавшие в проведении опроса. На территории Российской Федерации опрос проводился сотрудниками неправительственных организаций, осуществляющих информационно-консультативную работу с трудовыми мигрантами (Фонд «Таджикистан», «Профсоюз трудящихся мигрантов», Комитет «Гражданское Содействие», Фонд «НАН», проект «Ясень», Фонд Ага Хана (Россия), «Открытый институт здоровья населения»). На территории Киргизии и Таджикистана опрос проводился сотрудниками партнерских организаций миссий МОМ Киргизии и Таджикистана во время текущих консультаций по телефону либо в очном порядке. Список партнерских организаций региональных миссий МОМ, принявших участие в опросе, включает в себя:

- общественное объединение «Бишкекский центр социальных инициатив», г. Бишкек;
- общественный фонд «Демилгелуу, ишкер аялдар», г. Ош;
- общественное объединение «Центр гражданских инициатив «Лидер», г. Каракол;

- общественный фонд «Мастер радости», г. Ош;
- общественное объединение «Центр развития гражданских инициатив «Айкол»», г. Талас;
- ассоциация «Женщины – лидеры Жалалабата», г. Жалалабат;
- Центр по правам человека, г. Хучанде (Согдийская область);
- ОО Рухафзо – Яванский, Хуросонский и Кабадиянский районы;
- ОО Ахтари Бахт – Руминский, Джиликульский и Шахритуский районы;
- ОО Хайрхохи Замон – Фархорский, Пяджский и Кумсангирские районы;
- ОО Накукор – город Куляб.

Анкета для проведения опроса была разработана в ходе заседаний рабочей группы, обработка и анализ информации проводился сотрудниками «Открытого института здоровья населения» (результаты опроса на территории России) и сотрудниками Бюро Международной организации по миграции в Российской Федерации (результаты опроса на территории Киргизии и Таджикистана). В итоге было собрано и обработано 897 анкет по опросу в Таджикистане и Киргизии и 419 анкет по опросу в Российской Федерации.

Первоначально, **анализ** полученных данных проводился отдельно по массиву анкет опрошенных в Российской Федерации и по массиву, полученному в результате опроса в странах исхода. Как будет показано далее, некоторые выводы, полученные в результате опросов, отличаются. Поэтому результаты опроса будут представлены по отдельности, а в конце будет дан общий сравнительный анализ результатов по двум массивам данных.

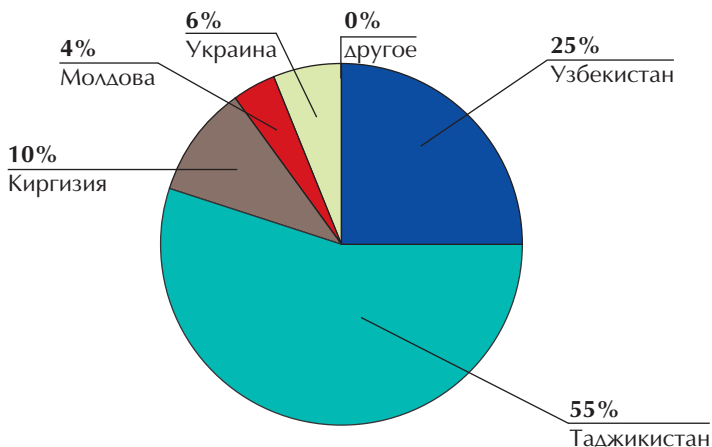
4. Результаты опроса трудящихся мигрантов в Российской Федерации

Всего в результате исследования было опрошено 419 человек в 11 регионах России (Москва, Санкт-Петербург, Псков, Вологда, Красноярск, Казань, Нижний Новгород, Оренбург, Томск, Тверь, Улан-Удэ). Из них большая часть (300 человек) были опрошены в Москве. 70% опрошенных составили мужчины, что в целом отражает реальную картину полового состава трудовой миграции в РФ, так как основные места занятости мигрантов – это строительные объекты и торговля.

Более половины (55%) опрошенных являются выходцами из Таджикистана, четверть мигрантов представляют Узбекистан. Оставшиеся 20% участников исследования приходятся на Киргизию, Украину, Молдову.

В возрастном отношении первое место занимает группа от 26 до 35 лет (35%), на втором месте идет группа от 18 до 25 лет (27%). Таким образом, получается, что более 60% трудовых мигрантов представляют группу от 18 до 35 лет.

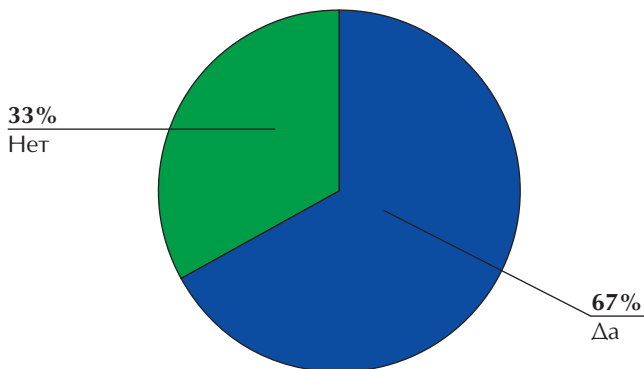
Страна постоянного проживания



Результаты опроса показали, что опрошенные мигранты в целом заинтересованы в приобретении полиса добровольного медицинского страхования

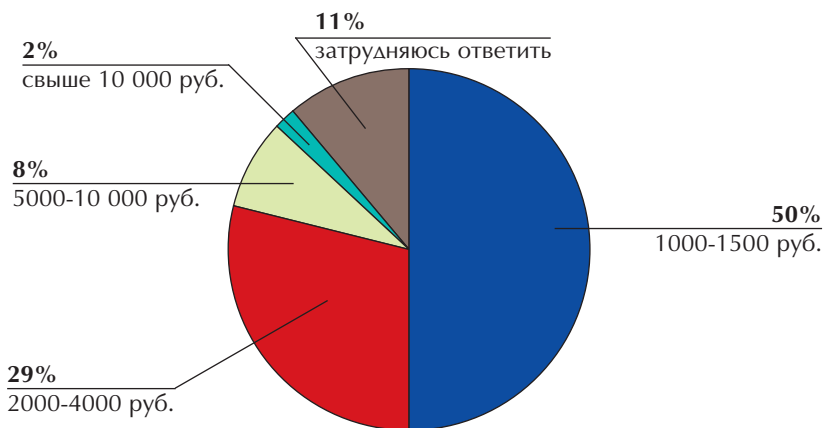
(67% «за»), несмотря на то, что за последний год обращались к врачу менее половины опрошенных.

Хотите ли приобрести полис?



Однако, несмотря на общую заинтересованность в приобретении страховки, мигранты, прибывающие в Россию с целью заработка, готовы платить не более 1500 рублей в год (50% опрошенных).

Максимальная сумма за страховку в год

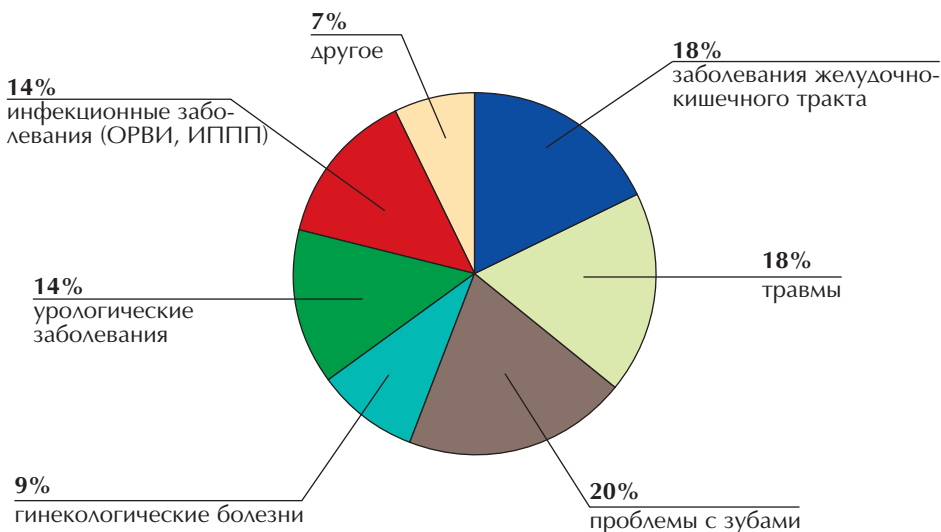


В случае положительного ответа на вопрос о заинтересованности в приобретении страхового полиса, респондентам было предложено выбрать, от

каких именно заболеваний они хотели бы себя застраховать. Данный список был сформирован на основе предыдущих вопросов относительно наиболее часто встречающихся у них проблем со здоровьем и включал в себя следующие заболевания: травмы, проблемы с зубами, заболевания желудочно-кишечного тракта и инфекционные заболевания, урологические и гинекологические болезни. Респонденты могли выбрать несколько пунктов, а также указать другие интересующие их заболевания.

В результате на первом месте оказались проблемы с зубами (20%), второе место поделили травмы и урологические заболевания (по 18% каждое). Данное распределение отражает как половой состав мигрантов, так и основное место занятости – строительные объекты. В графе «другое» были отмечены неврологические и психические заболевания, а также гипертония и заболевания легких.

От каких болезней Вы хотите себя застраховать?



Основные выводы по результатам

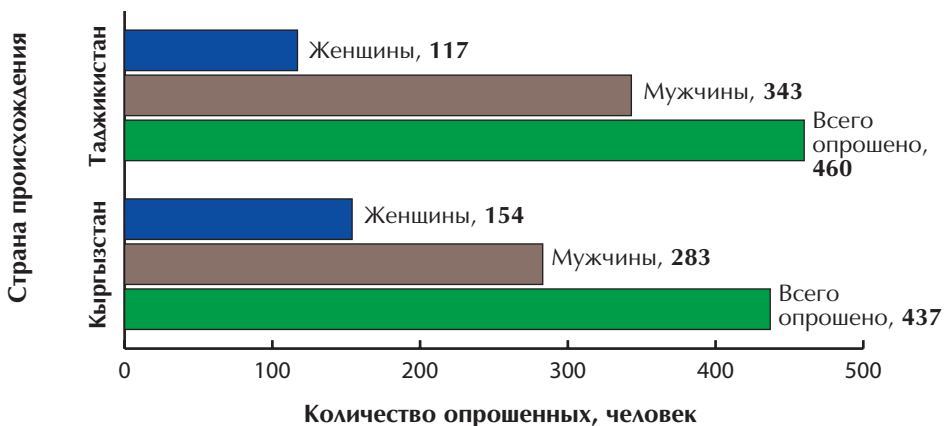
Результаты показывают, что большинство опрошенных мигрантов готово приобрести страховой полис, но платить за него не более 1500 рублей в год. Связано это не только с невысоким доходом респондентов, но также и с тем фактом, что большинство из них за последний год потратили на медицинское обслуживание не более 4000 рублей (38% – от 1000 до 1500 руб. и 27% от 2000 до 4000 руб.).

Почти 40% из тех, кто не хочет приобретать полис, объясняют это тем, что они здоровы. Это объясняется, прежде всего, тем, что более 60% опрошенных – это молодые люди до 35 лет, а также подтверждает результаты предыдущих исследований среди данной группы. Однако, стоит также отметить значительную долю тех, кто сомневается в возможности получения помощи по страховке (27%).

5. Результаты опроса трудящихся мигрантов в Республике Кыргызстан и Республике Таджикистан

Общий объем выборки. Как уже отмечалось выше, всего в результате опроса было опрошено 897 человек. Из них 437 респондентов было опрошено в Киргизии и 460 – в Таджикистане. В Киргизии было опрошено 283 мужчин (что составило 64,8% от общего числа опрошенных в стране) и 154 женщины (35,2% от общего числа опрошенных в Киргизии). В Таджикистане, соответственно, было опрошено 343 мужчины (75% от общего числа опрошенных в стране) и 117 женщин (25% от общего числа опрошенных в Таджикистане). Ниже представлена диаграмма с разбивкой респондентов по полу и стране происхождения.

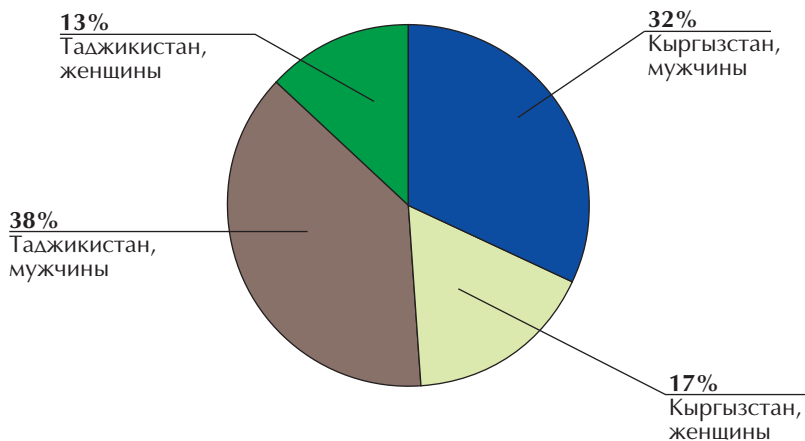
Распределение числа опрошенных по гендерному признаку и стране происхождения



Следует отметить, что поскольку методика опроса предполагала сплошной характер обследования в ограниченный период времени (опрашивались все лица, обратившиеся в центры за консультацией в течение одного месяца), выборка не содержала заранее заданных показателей относительно необходимого половозрастного состава респондентов. Тем не менее, можно отметить, что процентное соотношение опрошенных мужчин и женщин в целом соответствует реальному распределению трудящихся мигрантов по полу.

В общем объеме выборки по двум странам женщины составили 30% от общего числа опрошенных, мужчины – 70%. Процентное соотношение женщин по Киргизии немного выше, чем по Таджикистану (17% – в Киргизии и 13% – в Таджикистане).

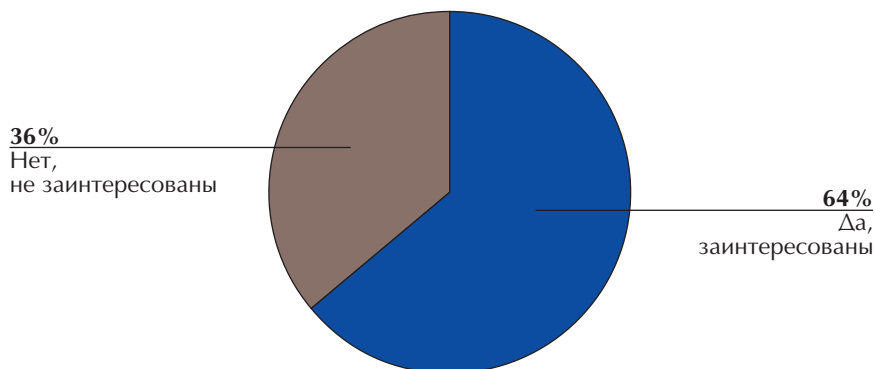
Распределение числа опрошенных по гендерному признаку и стране происхождения (в % соотношении)



Заинтересованность в приобретении полиса добровольного медицинского страхования

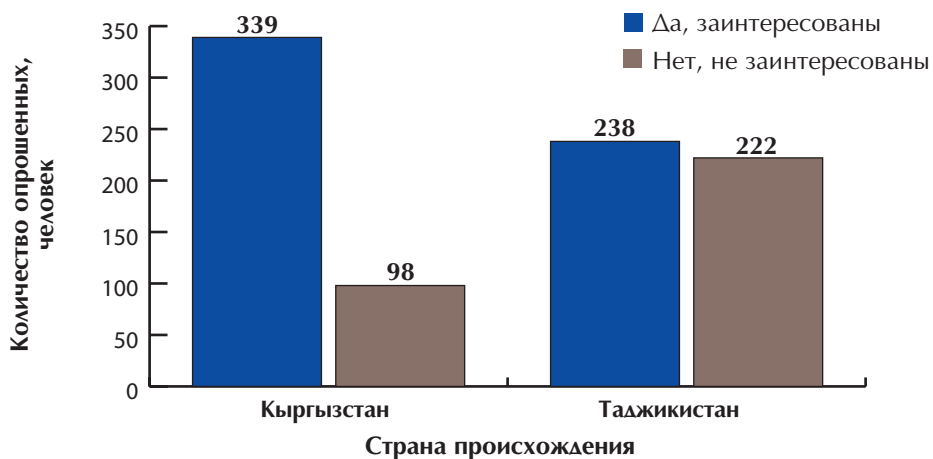
Несмотря на первоначальную гипотезу о достаточно низком уровне заинтересованности в приобретении полиса добровольного медицинского страхования, приблизительно две трети респондентов отметили, что были бы заинтересованы в том, чтобы застраховать свое здоровье на период выезда в Российскую Федерацию. Так, общее количество респондентов, ответивших положительно на данный вопрос, составило 557 человек (или 64% от общего числа опрошенных). Соответственно, 320 человек (36% от общего объема выборки) ответили, что не были бы заинтересованы в приобретении полиса добровольного медицинского страхования.

Заинтересованность в приобретении полиса (общий итог, %)



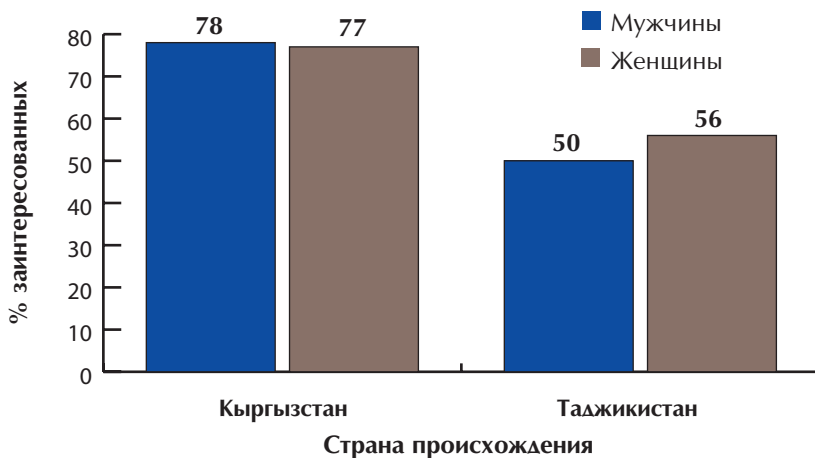
При распределении ответов на данный вопрос в зависимости от страны происхождения и пола, следует отметить, что существуют значимые различия в степени заинтересованности – как в зависимости от страны исхода, так и в зависимости от пола респондента. Так, общий уровень заинтересованности в приобретении полиса в Киргизии значительно выше, чем в Таджикистане. Как видно из приведенных ниже диаграмм, 78% от общего числа опрошенных в Киргизии (339 человек) ответили, что были бы заинтересованы в приобретении полиса. В Таджикистане только 52% от общего числа опрошенных в стране (238 человека), ответили, что были бы заинтересованы в приобретении полиса.

Заинтересованность в приобретении полиса



Вторым наблюдением относительно различий в ответах на данный вопрос является различие в ответах мужчин и женщин в двух странах. Так, в Киргизии не наблюдается значимых различий в ответах женщин и мужчин – мужчины и женщины проявили одинаковую заинтересованность в приобретении полиса (78% мужчин и 77% женщин ответили утвердительно на данный вопрос). В то же время, в ответах респондентов из Таджикистана, женщины проявили бóльшую заинтересованность в приобретении полиса добровольного медицинского страхования, нежели мужчины. Так, 56% женщин и 50% мужчин ответили утвердительно на данный вопрос. Ниже приведена диаграмма, суммирующая данные по двум странам.

Заинтересованность в приобретении полиса ДМС

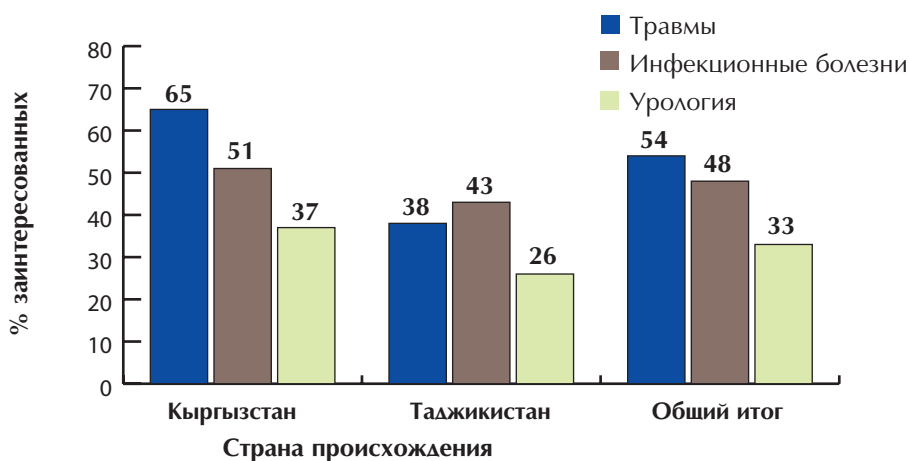


Таким образом, по вопросу заинтересованности в приобретении полиса добровольного медицинского страхования можно сделать два вывода. Во-первых, общий уровень заинтересованности является достаточно высоким – 64% от общего числа опрошенных. Во-вторых, распределение по полу и стране исхода позволяет определить, что наиболее высокую степень заинтересованности проявили респонденты Киргизии (как женщины, так и мужчины) – на уровне 77% от общего числа опрошенных в стране. На втором месте следуют респонденты – женщины Таджикистана (56%). Наименьший интерес в приобретении полиса проявили респонденты – мужчины из Таджикистана – 50% от общего числа опрошенных мужчин в стране.

От каких болезней Вы хотели бы себя застраховать?

Общий итог по двум странам позволяет определить три варианта ответа, набравшие наибольший процент голосов – это травмы (54% от общего объема выборки), инфекционные заболевания (48% от общего объема выборки) и урология (33% от общего объема выборки). При этом следует отметить, что распределение ответов в зависимости от страны исхода различается. В Киргизии на первое место выходят травмы (65% от общего числа опрошенных в Киргизии), в то время как в Таджикистане лидирующую позицию занимают инфекционные заболевания (43% голосов всех опрошенных в стране). При этом разрыв между первой и второй позицией в Таджикистане незначительный – травмы отмечают 38% респондентов Таджикистана. Ниже представлена суммарная диаграмма по трем вариантам ответа, набравшим наибольшее количество голосов.

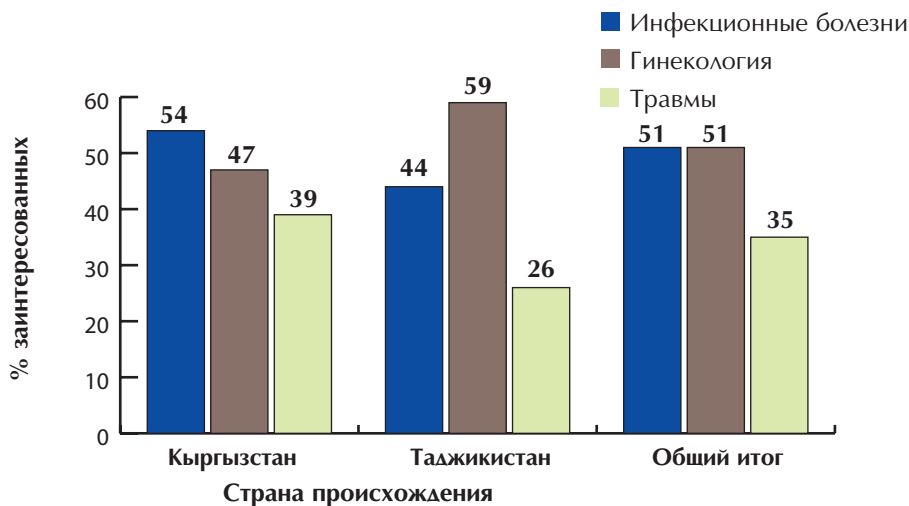
От каких болезней страховать?



Распределение ответов в зависимости от пола респондентов (сравнение ответов мужчин и женщин) позволяет отметить существенные различия в выборе заболеваний, от которых хотели бы застраховаться женщины. Три наиболее часто встречающиеся ответа у женщин дают иную картину, нежели при общем ответе. Так, на первое место в ответах женщин выходят инфекционные и гинекологические заболевания (по 51% от общей численности опрошенных женщин набирает каждый из вариантов). Причем у женщин, опрошенных в Таджикистане, на первое место выходят гинекологические заболевания (59% от общего числа опрошенных женщин в стране), а в Киргизии – инфекционные заболевания (54% от общего числа опрошенных женщин).

в Киргизии). Третье место в общем итоге для женщин обеих стран занимают травмы – 35%. Однако, при страновом анализе ответов видно, что у женщин Таджикистана травмы идут лишь на пятом месте, после стоматологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данные по заинтересованности женщин в страховании от определенных заболеваний представлены в диаграмме ниже:

Заинтересованность женщин в страховании от болезней

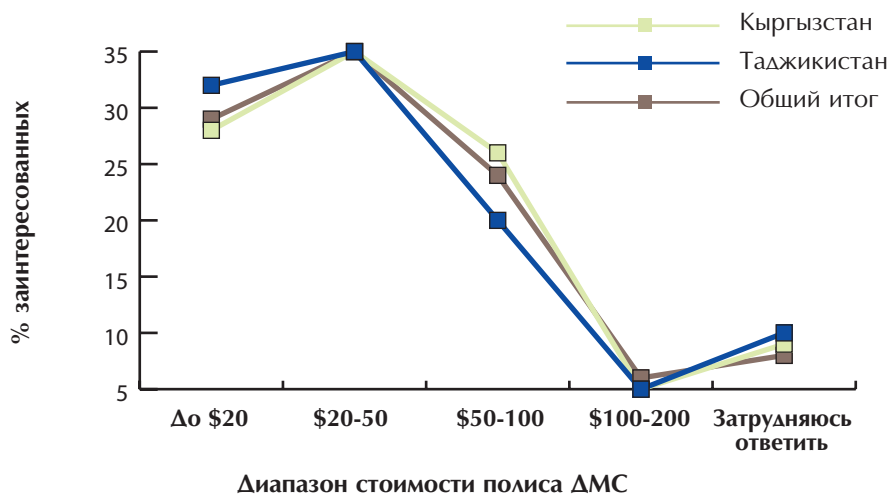


Анализ ответов респондентов позволяет сделать еще несколько значимых наблюдений. Во-первых, несмотря на то что существовала возможность выбора нескольких вариантов ответа, подавляющее число опрошенных отмечало один-два варианта ответа. Таким образом, респонденты скорее заинтересованы в медицинской страховке, которая бы покрывала расходы на обращение к определенным профильным врачам-специалистам (гинекологу, урологу, инфекционисту), а не в комплексном обслуживании. Такой вариант ответа как страхование от всех болезней, отмечался менее 3% респондентов. Также следует отметить, что среди ответов женщин встречались варианты приобретения полиса медицинского страхования как для себя, так и для членов своей семьи – мужа и детей (в общем итоге такой вариант прозвучал у 9% от общего числа опрошенных женщин). К сожалению, полученные ответы не позволяют определить, предполагалось ли в таких случаях, что женщины намереваются приобрести страховку для всей семьи, выезжающей в Россию, либо только для мужа, выезжающего на заработки.

Какова максимальная сумма, которую Вы были бы готовы платить за такую медицинскую страховку в год?

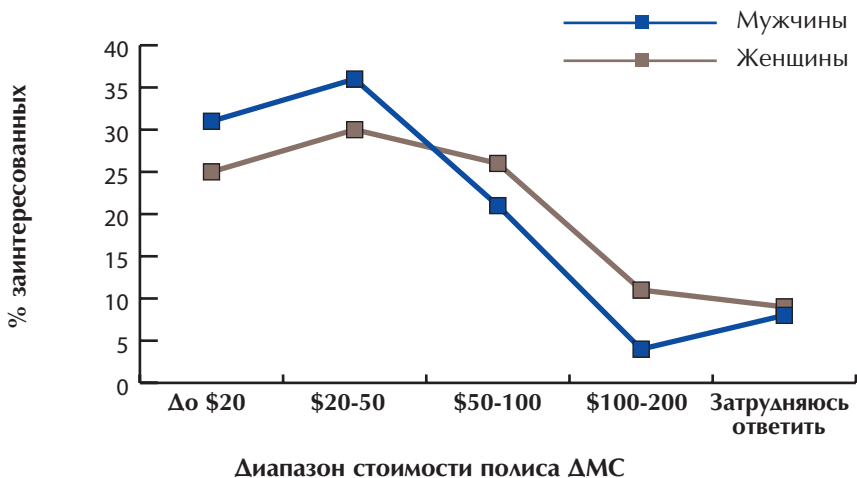
Несмотря на высокий уровень заинтересованности в приобретении полиса добровольного медицинского страхования у респондентов, ожидаемая стоимость полиса достаточно невысока. Представленный ниже график позволяет определить, что диапазон стоимости полиса находится в промежутке 20-50 долларов США в год для общей выборки опрошенных.

Оценка ожиданий стоимости полиса ДМС



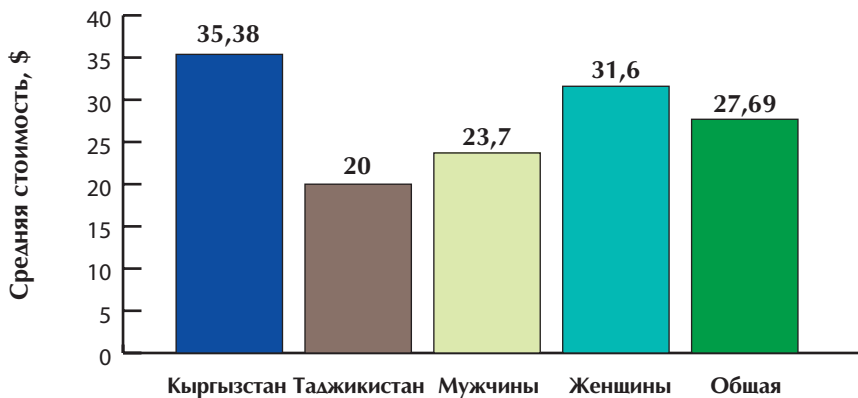
В то же время, распределение ответов по полу и стране происхождения позволяет отметить, что женщины готовы заплатить за полис медицинского страхования несколько больше, нежели мужчины. Как видно из графиков стоимости полиса для мужчин и женщин (диаграмма на следующей странице), процентная доля женщин, выбравших ответы от 50 до 100 долларов США в год и от 100 до 200 долларов США в год выше, чем у мужчин.

Оценка ожиданий стоимости полиса ДМС



Расчет средней стоимости полиса добровольного медицинского страхования в год по общему объему выборки, а также по группам мужчин и женщин позволяет сделать несколько заключений. Прежде всего, средняя стоимость страховки по общему массиву выборки составляет 28 долларов США. При этом респонденты Киргизии готовы заплатить несколько больше – средняя стоимость полиса по Киргизии составляет 35 долларов США. Женщины также готовы заплатить больше, нежели мужчины, средняя стоимость полиса добровольного медицинского страхования у женщин составляет 31,6 долларов США, тогда как у мужчин – 23,7 долларов США в год. Обобщенные данные по средней стоимости полиса ДМС представлены в диаграмме ниже.

Средняя стоимость полиса ДМС



Основные выводы и наблюдения

Анализ данных, полученных в результате опроса, позволяет сделать несколько выводов. Прежде всего, большинство опрошенных заинтересовано в приобретении полиса добровольного медицинского страхования – 64%, причем степень заинтересованности выше всего у респондентов из Киргизии (как женщин, так и мужчин, общая доля заинтересованных составляет 77%). Затем следуют женщины из Таджикистана (56% опрошенных женщин в Таджикистане). Самая низкая степень заинтересованности – у мужчин из Таджикистана (50% от общего числа опрошенных мужчин в Таджикистане).

При ответе на вопрос, от каких болезней хотели бы застраховаться, респонденты чаще всего выбирали травмы (54% опрошенных) и инфекционные заболевания (48% опрошенных). Причем у респондентов из Таджикистана на первое место вышли инфекционные заболевания, а у респондентов из Киргизии – травмы. Ответы женщин отличаются от общей картины предпочтений. Так, у женщин на первое место выходят гинекологические и инфекционные заболевания (по 51% на каждое из заболеваний), причем у женщин из Таджикистана – гинекология на первом месте, а травмы – на пятом (после заболеваний желудочно-кишечного тракта и стоматологии). У респонденток из Киргизии первое место занимают инфекционные заболевания, гинекология – на втором месте.

Несмотря на отмеченный значимый интерес к приобретению полиса добровольного медицинского страхования, средняя стоимость полиса ДМС, которую готовы оплатить потенциальные трудящиеся мигранты, остается невысокой – 28 долларов США в год. Причем респонденты из Киргизии готовы заплатить бóльшую сумму (35 долларов США), женщины готовы заплатить бóльшую сумму за полис, чем мужчины (но ненамного, 31 доллар США). Принимая во внимание тот факт, что минимальная стоимость полиса добровольного медицинского страхования в Российской Федерации составляет 300-350 долларов США в год, основным заключением становится вывод о том, что в настоящее время приобретение полиса добровольного медицинского страхования исключительно за счет личных средств трудящихся мигрантов маловероятно.

6. Выводы и рекомендации по возможным механизмам добровольного медицинского страхования трудящихся мигрантов, прибывающих в Россию с целью осуществления трудовой деятельности

1. Разработать гибкую систему страхования мигрантов с возможностью приобретения страховки как в стране исхода, так и в стране пребывания.

2. Страхование должно носить добровольный характер и не являться обязательным условием въезда в страну и получения там работы. Так как треть опрошенных все-таки не заинтересованы в приобретении полиса, и большинство из них объясняют это тем, что они здоровы, принцип добровольности страхования должен сохраняться. В свою очередь, государство приема обязано обеспечить медицинское обслуживание мигрантов в объеме, предусмотренном законодательством.

3. Предусмотреть возможность оплаты полиса ДМС из различных источников: международных фондов, средств работодателей, НКО, и с привлечением различных механизмов: микрокредитование в странах исхода, кассы взаимопомощи мигрантов при поддержке национальных диаспор.

4. При рассмотрении схем страхования для трудящихся мигрантов учитывать минимальную стоимость полиса ДМС до 1500 рублей с включением в него базового объема медицинских услуг.

5. Объем и характер медицинских услуг должен определяться самим мигрантом.

6. Введение новых механизмов медицинского страхования для трудящихся мигрантов необходимо проводить под общественным контролем, функции которого могут быть возложены на общественные объединения, защищающие интересы мигрантов в странах исхода и Российской Федерации.

Приложение 1.

Положение о Рабочей группе по социальным, медицинским и правовым проблемам трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей из стран Содружества Независимых Государств в Российской Федерации

1. Введение

Количество трудящихся мигрантов, приезжающих в Российскую Федерацию на заработки и в поисках лучшей жизни, сохраняется на высоком уровне. При этом вопросы медицинской помощи и социальной защиты трудящихся мигрантов до конца не урегулированы законодательно, что на практике нередко приводит к дискриминации и ущемлению их элементарных прав и свобод. Трудовые мигранты из стран СНГ, особенно выходцы из стран Центральной Азии, являются одной из уязвимых социальных групп современного российского общества, что ведет к повышению общественной напряженности. Эффективное решение социальных проблем трудящихся мигрантов окажет положительное влияние на нормализацию социального климата российского общества в целом.

2. Общие положения

2.1. Настоящее Положение определяет задачи Рабочей группы по медико-социальным проблемам трудящихся мигрантов из стран Содружества Независимых Государств (СНГ) в Российской Федерации (далее – Рабочая группа).

2.2. Рабочая группа создана по инициативе участников Круглого стола неправительственных организаций по медико-социальным проблемам трудящихся мигрантов из стран СНГ (далее – Круглый стол) с целью содействия развитию медико-социальных программ для трудящихся мигрантов в Российской Федерации, в частности программ доступной и качественной медицинской помощи.

2.3. Рабочая группа создается и упраздняется решением большинства членов Круглого стола.

2.4. В своей деятельности Рабочая группа руководствуется здравым смыслом, нормативными документами стран СНГ в сфере миграционной политики, рекомендациями участников Круглого стола.

2.5. Координатор Рабочей группы утверждается решением большинства участников Круглого стола сроком на 1 год.

2.6. Представительство Ассоциации «Врачи Мира» (Франция) в Российской Федерации и Представительство Фонда Ага Хана (Швейцария) в Российской Федерации осуществляют административную поддержку Рабочей группы.

2.7. Результаты деятельности Рабочей группы носят рекомендательный характер.

3. Миссия

Рабочая группа позиционирует себя как сеть взаимодействия организаций и физических лиц, имеющих аналогичное видение и подходы к методам решения медико-социальных проблем трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей, и готовых объединить усилия и поделиться накопленным опытом ради достижения общих целей.

4. Цель

Разработка и «продвижение» среди лиц, принимающих решения, эффективных способов обеспечения медико-социальных потребностей трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей.

5. Задачи

5.1. Сбор информации по теме трудовой миграции и ее распространение через партнерские сети участников Круглого стола путем создания электронной рассылки.

5.2. Мониторинг потребностей трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей в сфере медико-социальных услуг.

5.3. Разработка предложений в сфере охраны здоровья и поддержания социального благополучия трудящихся мигрантов, беженцев и членов их семей, и их продвижение среди лиц, принимающих решения; в том числе предложений по совершенствованию законодательной базы стран СНГ, по внедрению программ, направленных на профилактику и лечение социально-значимых заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, наркомании и инфекций, передаваемых половым путем.

6. Структура и состав

6.1. В состав Рабочей группы входят: координатор Рабочей группы, заместитель координатора, члены Рабочей группы.

6.2. Члены Рабочей группы входят в ее состав по собственной инициативе, координатор и заместитель выбираются большинством участников Круглого стола.

6.3. Для решения отдельных задач координатор Рабочей группы может привлекать экспертов в различных областях знаний, юристов и других специалистов.

7. Принципы взаимодействия и сотрудничества

7.1. Формой работы группы являются встречи, которые проводятся по мере необходимости, но не реже трех раз в год, а также дискуссионные площадки с использованием электронных средств связи.

7.2. Заседание Рабочей группы проводится координатором Рабочей группы, а в его отсутствие – заместителем.

7.3. Рабочая группа осуществляет свою деятельность в соответствии с согласованным годовым планом.

7.4. Результаты заседаний Рабочей группы, проекты предложений и другие материалы своевременно распространяются среди участников Круглого стола через электронную рассылку.

Состав участников Рабочей группы (в алфавитном порядке):

1. Ассоциация «Врачи Мира» (Франция)
2. Комитет «Гражданское содействие»
3. Международная организация по миграции в Российской Федерации
4. Международная организация труда, Субрегиональное бюро для стран Восточной Европы и Центральной Азии
5. Международный альянс «Трудовая миграция»
6. Международный Комитет Красного Креста
7. НИИ медицины труда
8. Открытый институт здоровья населения
9. Партнерство «Общинное здравоохранение»
10. Представительство Корпорации «Научно-исследовательский институт и фонд охраны женского здоровья – Маги» (США) в РФ
11. «Профсоюз трудящихся мигрантов», Межрегиональная общественная организация
12. Российский Красный Крест
13. Управление Верховного Комиссара ООН по делам беженцев в Российской Федерации
14. «Федерация мигрантов России», общероссийская общественная организация
15. Фонд Ага Хана (Швейцария), Представительство в Российской Федерации
16. Фонд «НАН», проект «Ясень»
17. Фонд «Новая Евразия»
18. Фонд «Миграция XXI век»
19. Фонд Организации Объединенных Наций по развитию в интересах женщин (ЮНИФЕМ)
20. Фонд «Таджикистан»

Приложение 2.

Анкеты для опроса трудящихся мигрантов по их отношению к введению добровольного медицинского страхования

Опросный лист для России

Перед тем как приступать к опросу, объясните респонденту, что такое добровольное медицинское страхование. – Вы сможете получать медицинские услуги «бесплатно», заранее оплатив полис добровольного медицинского страхования в страховой компании. Перечень нужных Вам услуг и медицинских учреждений, где Вы можете их получить, определяется при заключении договора страхования.

1. Обращались ли Вы к врачу за последние 12 месяцев?

1. Да

2. Нет

2. С какими заболеваниями Вы обращались к врачу за последние 12 месяцев?

1. Заболевания желудочно-кишечного тракта

2. Травмы

3. Проблемы с зубами

4. Гинекологические болезни

5. Урологические заболевания (болезни почек, циститы, пиелонефриты, уретриты, простатиты)

6. Инфекционные заболевания (ОРВИ, ИППП)

7. Другое _____

3. Сколько Вы потратили на свое медицинское обслуживание за последние 12 месяцев (не считая средств на лекарства)?

- 1. 1000 – 1500 руб.
- 2. 2000 – 4000 руб.
- 3. 5000 – 10 000 руб.
- 4. Свыше 10 000 руб.
- 5. Затрудняюсь ответить

4. Хотите ли Вы приобрести полис добровольного медицинского страхования в будущем?

- 1. Да
- 2. Нет

5. Если нет, почему?

- 1. Не уверен(а), что смогу получить услуги по страховке
- 2. Считаю, что страховка – это слишком дорого
- 3. Я практически здоров/здорова
- 4. Я обращаюсь к знакомым врачам
- 5. Другое _____

6. От каких болезней Вы хотите себя застраховать?

- 1. Заболевания желудочно-кишечного тракта
- 2. Травмы
- 3. Проблемы с зубами

4. Гинекологические заболевания

5. Урологические заболевания (болезни почек, циститы, пиелонефриты, уретриты, простатиты)

6. Инфекционные заболевания (ОРВИ, ИППП)

7. Другое _____

7. Какова максимальная сумма, которую Вы готовы платить за медицинскую страховку в год?

1. 1000 – 1500 руб.

2. 2000 – 4000 руб.

3. 5000 – 10 000 руб.

4. Свыше 10 000 руб.

5. Затрудняюсь ответить

8. Сколько Вам лет?

1. 18 – 25 лет

2. 26 – 35 лет

3. 36 – 45 лет

4. Старше 45 лет

9. Страна постоянного проживания

1. Узбекистан

2. Таджикистан

3. Кыргызстан

4. Молдова

5. Украина

6. Другое _____

10. Пол респондента

1. Мужчина

2. Женщина

Опросный лист для государств Центральной Азии

Перед тем как приступать к опросу, объясните респонденту, что такое добровольное медицинское страхование здоровья. – Это возможность бесплатного получения медицинских услуг, заранее приобретая полис добровольного медицинского страхования в страховой компании. Перечень нужных Вам услуг и медицинских учреждений, где Вы сможете их получить, определяется при заключении договора страхования.

1. При выезде в Россию на заработки, были ли бы Вы заинтересованы в том, чтобы приобрести полис добровольного медицинского страхования своего здоровья?

1. Да (переход к вопросу 2)
2. Нет (переход к вопросу 4)

2. Если да, то от каких болезней Вы хотели бы себя застраховать?

1. От заболеваний желудочно-кишечного тракта
2. От травмы
3. От проблем с зубами
4. От гинекологических заболеваний
5. От урологических заболеваний (болезни почек, циститы, пиелонефриты, уретриты, простатиты)
6. От инфекционных заболеваний (ОРВИ, ИППП)
7. Другое _____

3. Какова максимальная сумма, которую вы были бы готовы платить за такую медицинскую страховку в год? (после ответа – переход к вопросу 5)

1. До 20 долларов США
2. От 20 до 50 долларов США
3. От 50 до 100 долларов США

4. От 100 до 200 долларов США
5. Затрудняюсь ответить
- 4. Если нет, почему?**
1. Не уверен(а), что смогу получить услуги по страховке
2. Считаю, что страховка – это слишком дорого
3. Я практически здоров/здорова
4. Я обращаюсь к знакомым врачам
5. Другое (что именно) _____
- 5. Выезжали ли Вы на заработки за последние 12 месяцев в Россию?**
1. Да (переход к вопросу 6)
2. Нет (переход к вопросу 9)
- 6. Если да, то обращались ли Вы к врачу во время своего пребывания в России в этот период?**
1. Да
2. Нет (переход к вопросу 9)
- 7. Если да, то с какими заболеваниями Вы обращались к врачу в этот период?**
1. Заболевания желудочно-кишечного тракта
2. Травмы
3. Проблемы с зубами
4. Гинекологические болезни
5. Урологические заболевания (болезни почек, циститы, пиелонефриты, уретриты, простатиты)
6. Инфекционные заболевания (ОРВИ, ИППП)
7. Другое _____

8. Сколько Вы потратили на свое медицинское обслуживание в этот период (не считая средств на лекарства)?

1. До 50 долларов США
2. От 50 до 100 долларов США.
3. От 100 до 300 долларов США
4. Свыше 300 долларов США
5. Затрудняюсь ответить

9. Возраст

1. 18 – 25 лет
2. 26 – 35 лет
3. 36 – 45 лет
4. Старше 45 лет

10. Страна постоянного проживания

1. Узбекистан
2. Таджикистан
3. Кыргызстан
4. Молдова
5. Украина
6. Другое _____

11. Пол респондента

1. Мужчина
2. Женщина