

# **НЕЗАВИСИМЫЙ ДОКЛАД О ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БЕДНЫХ И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ДРУГИХ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Доклад подготовлен рабочей группой Общества специалистов доказательной медицины в составе: В. В. Власов\*<sup>1</sup> (редактор), К.Д. Данишевский\*<sup>2</sup>, Е.А. Корнышева<sup>3</sup>, А.В. Саверский<sup>4</sup>.

\* - Московская медицинская академия им. И. Сеченова, Общество специалистов доказательной медицины

1 – Доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник кафедры Основ организации научно-исследовательской работы

2 - Кандидат медицинских наук, доктор философии, доцент кафедры Общественного здоровья и здравоохранения Факультета управления здравоохранением

3 – Кандидат медицинских наук, доцент, магистр общественного здоровья, координатор ПРООН по вопросам ВИЧ/СПИДа

4 – Президент Лиги защитников пациентов, Председатель Общественного совета при Росздравнадзоре.

# Реферат

Настоящий доклад подготовлен в связи с озабоченностью ряда общественных организаций и экспертов России трудностями в доступе к медицинской помощи значительного числа лиц. В этот круг входят в частности: инвалиды, пенсионеры, лица с низкими доходами, лица, проживающие вдали от больших городов, заключенные, лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, бездомные и просто заболевшие вне места постоянного проживания.

Доступность медицинской помощи для разных групп снижена по различным причинам. Так, лица, проживающие вдали от больших городов, страдают преимущественно из-за трудностей в посещении врача; заключенные – из-за плохих условий содержания и полной зависимости от медицинской службы пенитенциарной системы; лица с тяжелыми хроническими заболеваниями – в силу неполноценного исполнения системой здравоохранения гарантий доступа к медицинской помощи и финансовых проблем, свойственных таким больным; бездомные и мигранты из-за исключения из системы здравоохранения по причине отсутствия регистрации по месту обращения за помощью. Отдельно нужно выделить психически больных, которые испытывают трудности, связанные с пребыванием фактически в условиях изоляции, с невозможностью социальной адаптации и с целым рядом других проблем.

Все перечисленные группы страдают от проблем связанных с бедностью, и трудности получения доходов у них усугубляются дефектами здоровья. В свою очередь низкие доходы приводят к невозможности получения помощи и проблемам социальной адаптации. В результате представители этих групп оказываются неспособными преодолеть физические, социальные и финансовые барьеры к медицинской помощи. Количество таких людей, испытывающих систематические затруднения в получении медицинской помощи, очень велико – примерно 50-70% населения страны.

В рамках реформы бюджетной сферы в России предпринимаются усилия по совершенствованию организации и финансирования медицинской помощи, в том числе выделены средства на проекты развития специализированной и первичной медицинской помощи, создание системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) лиц, за которыми законом признается право на получение социальной помощи. Тем не менее, положение уязвимых групп остается неблагоприятным. Причин этому несколько. Отсутствует координация социальных и медицинских программ, чего можно было бы ожидать после создания Министерства здравоохранения и социального развития. Ряд программ, прежде всего программа ДЛО, оказались неспособными выполнить возложенные на них задачи как по причинам их концептуальной, юридической несостоятельности, так и в связи с недобросовестной реализацией. В течение последних 7 лет продолжилось сокращение сети лечебных учреждений в малонаселенных местностях, что ухудшило медицинское обеспечение огромной части граждан, прежде всего на селе, населения на Востоке страны. Несмотря на дополнительные выплаты врачам первичного звена, не удалось сделать первичную помощь более доступной и полноценной, как этого можно было бы ожидать от широкого внедрения общей врачебной практики.

Для улучшения доступа к медицинской помощи большинства населения страны наряду с преодолением многолетнего недофинансирования системы здравоохранения, необходимо проведение ряда специальных мер по улучшению доступа к медицинской помощи лицам, принадлежащих к перечисленным наиболее уязвимым группам. Для этого необходимо совершенствовать законодательство и законоприменение, а также предпринимать позитивные действия, обеспечивающие беспрепятственным в нынешней ситуации людям доступ к медицинской помощи, включая целевые программы. Лишь масштабные реформы, являющиеся результатом широкого общественного диалога, с учетом интересов уязвимых, неспособных защитить себя слоев населения, позволят сделать здравоохранение России цивилизованным.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. Обеспечение прав граждан на медицинскую помощь	5
2. Доступ к медицинской помощи инвалидов, тяжело больных и пожилых	23
3. Доступ к медицинской помощи заключенных	32
4. Доступ к медицинской помощи бездомных и лиц, не имеющих местной регистрации	37
5. Доступ к медицинской помощи бедных и безработных	46
6. Доступ к медицинской помощи жителей удаленных местностей	47
7. Доступ к медицинской помощи детей, матерей и многодетных семей	49
8. Рекомендации:	56

# Введение

Ограниченный доступ к медицинской помощи у значительного числа лиц в Российской Федерации вызывает озабоченность у всех слоев общества, общественных организаций, политических партий. Доступ к медицинской помощи в целом в стране нельзя считать удовлетворительным, а существующие препятствия к получению помощи у отдельных групп населения (уязвимых групп) являются почти всегда непреодолимыми. Так, бездомные и мигранты не могут получать общедоступную помощь, а значительное число бедных людей, больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, заключенные, жители удаленных местностей не могут получить медицинскую помощь, соответствующую национальным стандартам.

Эта ситуация отражает, во-первых, общие проблемы страны, в которой финансирование здравоохранения остается недостаточным, а система здравоохранения не реформируется несмотря на давно признанную необходимость этого. Во-вторых, эта ситуация осложняется специальными проблемами, вытекающими из ошибочных законодательных решений, неверных действий Правительства, а также систематическим нарушением Конституции РФ и законов страны исполнительными органами в столице и в регионах.

Цель Доклада - привлечь внимание страны к положению наиболее незащищенных людей через комплексную оценку проблем здоровья этих групп, юридических, организационных и финансовых основ оказания помощи уязвимым группам населения. Положение этих людей не только является лучшим показателем низкого развития страны, несправедливости ее общественной системы. Оно требует неотложного вмешательства исходя из соображений гуманизма. Одновременно с этим неотложные меры к улучшению доступа к медицинской помощи уязвимых групп населения необходимы для того, чтобы добиться позитивных сдвигов в состоянии здоровья населения страны в целом.

# 1. Обеспечение прав граждан на медицинскую помощь

## 1.1. Базовые принципы

Согласно толкованию Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит следующие взаимосвязанные основные элементы:

а) Наличие. Государство должно располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, а также соответствующих программ. К ним будут относиться основополагающие предпосылки здоровья, такие как инфраструктура для снабжения безопасной питьевой водой и адекватными санитарными услугами, больницы, поликлиники и другие учреждения здравоохранения, подготовленный врачебный и медицинский персонал, получающий конкурентоспособное на внутреннем уровне вознаграждение, и важнейшие лекарственные средства, определяемые в Программе действий ВОЗ в отношении базовых медикаментов.

б) Доступность. Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку без какой бы то ни было дискриминации. Доступность имеет четыре взаимосвязанных аспекта:

1) недискриминация: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть де-юре и де-факто доступны для всех, особенно для наиболее уязвимых или социально отчужденных слоев населения, без дискриминации по какому-либо из запрещенных признаков (...)

2) физическая доступность: учреждения, товары и услуги здравоохранения должны находиться в физической досягаемости для всех групп населения, особенно для уязвимых или социально отчужденных групп, таких, как этнические меньшинства и коренные народы, женщины, дети, подростки, пожилые люди, инвалиды и лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом (...);

3) экономическая доступность (доступность с точки зрения расходов): доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения должны иметь все(...);

4) доступность информации: доступность включает право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья(...)

с) Приемлемость. Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям (...)

d) Качество. Учреждения, товары и услуги здравоохранения наряду с их культурной адекватностью должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством (...)<sup>1</sup>

В силу теснейшей взаимосвязанности указанных элементов, доступность права на здоровье, по сути, включает в себя не только перечисленное в пункте «b», но и указанное в пунктах «a», «c», «d».

---

<sup>1</sup> П. 12 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам). Многоточием обозначены сокращения текста

Как неоднократно отмечалось российскими законодателями, законодательство России в области здравоохранения нуждается в совершенствовании. С ними согласны международные организации. Так, в п. 32 «Заключительных замечаний Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (Российская Федерация)<sup>2</sup> Комитет МПЭСКП отмечает, что «в государстве-участнике отсутствует федеральное законодательство о правах пациентов, касающееся среди прочего профессиональной этики и компенсации за врачебные ошибки».

Правам граждан РФ на здоровье и медицинскую помощь посвящена Статья 41 Конституции РФ, 4 - 6 разделы Основ законодательства об охране здоровья граждан в РФ, отдельные статьи и нормы имеются в других федеральных законах: «О лекарственных средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О государственной социальной помощи» и т.п. Права пациентов защищены уголовным законодательством РФ, гражданским законодательством, включая законодательство о защите прав потребителей. Однако пациент в России по-прежнему не чувствует себя защищенным, поскольку законодательство неполно, а отдельные его положения создают барьеры для получения медицинской помощи наиболее нуждающимися лицами. В еще меньшей степени являются защищенными представители уязвимых групп населения ввиду социально-экономических особенностей этих групп и отношения к ним общества.

### **Уполномоченный по правам человека**

Аппарат Уполномоченного по правам человека в РФ практически не занимается защитой прав граждан на охрану здоровья. Объективные причины этого не известны. Из 32 477 обратившихся за все время граждан лишь 435 человек обратились с вопросами, связанными со здравоохранением, из которых 46,5 % пожаловались на психиатрическую помощь<sup>3</sup>. Указанное количество обращений ставит Уполномоченного в полное неведение того, что на самом деле происходит в здравоохранении России. Например, Раздел 3. «Право на медицинскую помощь» упомянутого Доклада краток и поверхностен, не содержит анализа сложившейся ситуации в здравоохранении, не предлагает путей решений, содержит небесспорные трактовки фактов и ситуаций. Например, фраза: «Отсутствие в медицинских стандартах достаточной степени свободы для дифференцированного подхода к диагностике и лечению, позволяющего врачам относиться индивидуально к каждому пациенту, является сдерживающим фактором в решении вопроса повышения качества оказываемой медицинской помощи» имеет весьма далекое (в том числе и теоретическое) отношение к реальной ситуации в России, и наверняка написана врачами из аппарата Уполномоченного. Иначе Уполномоченный знал бы, что как раз на практике стандарты врачами не исполняются, что и влечет за собой ухудшение здоровья и смерть граждан. В реальности перед правозащитниками стоит проблема, как заставить врачей выполнять закон и стандарт, а не как им дать больше свободы, которую у них никто не отнимал: у врача всегда есть право отстоять правильность назначенного лечения в суде, тем более, что суды обычно опираются при вынесении решений не на стандарты, а на экспертные заключения.

Основными направлениями деятельности Уполномоченного, предусмотренными Федеральным конституционным законом, являются, в том числе:

---

<sup>2</sup> Приняты по итогам рассмотрения доклада Российской Федерации по соблюдению Международного пакта по экономическим, социальным и культурным правам на 31 сессии Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам 28 ноября 2003 года»

<sup>3</sup> Согласно Приложению 4. «Сведения о количестве и тематике обращений (заявлений, жалоб) граждан Российской Федерации в 2006 году» (<http://ombudsman.gov.ru/doc/ezdoc/06b.shtml>) Доклада о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 2006 году (<http://ombudsman.gov.ru/doc/ezdoc/06.shtml#b>)

- рассмотрение жалоб граждан Российской Федерации и пребывающих на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства на нарушения их прав;
- рассмотрение по собственной инициативе ситуаций, чреватых массовыми или грубыми нарушениями прав человека, случаев нарушения этих прав, имеющих особое общественное значение или связанных с необходимостью защиты прав лиц, неспособных сделать это самостоятельно;
- анализ законодательства Российской Федерации в области прав человека, подготовка рекомендаций по его совершенствованию и приведению в соответствие с общепризнанными принципами и нормами международного права;
- информирование органов государственной власти и общественности о положении дел с соблюдением прав человека в Российской Федерации;
- направление государственным органам, органам местного самоуправления, а также должностным лицам замечаний, рекомендаций и предложений общего характера по всем вопросам обеспечения прав человека и совершенствования административных процедур.

Социальные, экономические и культурные права входят в мандат Уполномоченного по правам человека в РФ. На наш взгляд, права малоимущих и социально незащищенных граждан соответствуют всем направлениям деятельности и должны находиться на рассмотрении Уполномоченного по правам человека в первую очередь.

## Прокуратура

Задачей Прокуратуры РФ является контроль и надзор за выполнением законов, нормативно-правовых актов, соблюдением прав и свобод граждан. В соответствии со ст. 10 Федерального закона "О прокуратуре Российской Федерации" в органах и учреждениях прокуратуры разрешаются заявления, жалобы и иные обращения, содержащие сведения о нарушении законов. Прокуратура осуществляет уголовное преследование в соответствии с нормами уголовно-процессуального законодательства.

В реальности добиться возбуждения уголовного дела в случае виновности врача, практически, невозможно. С 1992 до 2004 года в России не было широко известно ни об одном приговоре уголовного суда против врача за случай дефекта медицинской помощи с наступившим в виде последствий вредом для жизни или здоровья. В 2004 году появилось, как минимум, два таких приговора. С тех пор такие дела появляются, но их пока единицы, и все эти случаи дошли до приговора скорее вопреки, чем благодаря усилиям прокуратуры. О системе санкций, о непредотвратимости наказания говорить невозможно.

Действия прокуратуры, скорее, нарушают права граждан на правосудие и справедливость, чем защищают их. Вот стандартный набор нарушений прокуратуры:

- нарушаются сроки уголовно-процессуального законодательства (есть дела, которые без возбуждения тянутся по семь-восемь лет, хотя согласно уголовно-процессуальному законодательству РФ на проверку сообщения о преступлении отводится от 10 до 30 дней);
- дела не возбуждаются, как уголовные, а ведутся в рамках прокурорской проверки, хотя ряд необходимых процессуальных действий невозможно осуществить без возбуждения уголовного дела – например, назначить и провести судебно-медицинскую экспертизу;
- назначаемые исследования, которые прокуратурами почти всегда называются «экспертизой», не могут считаться таковыми, поскольку требуют возбужденного уголовного дела, предупреждения экспертов об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения (такое предупреждение может быть сделано только на этапе

предварительного следствия – этапе уголовного дела, - иначе оно ничтожно, ст. 307 УК РФ);

- исследования, называемые «экспертизой», назначаются в зависимом от виновного учреждения учреждении. У экспертного учреждения и учреждения здравоохранения один и тот же собственник – правительство субъекта РФ, полномочия которого осуществляют департамента (министерства). Собственник за свои учреждения несет субсидиарную ответственность (ст. 120 ГК РФ).

В ряде случаев представителям «Лиги пациентов» следователи прокуратуры (женщины) заявляли: «Я сама рожала в этом роддоме, мои дети будут здесь рожать, я не буду возбуждать уголовное дело!» («проблема маленьких городов»).

Врачи, что бы ни говорили, продолжают в огромной степени влиять на общество и политику. В команде каждого кандидата в мэры и губернаторы есть главный врач или будущий министр здравоохранения. Поэтому возбуждение уголовного дела против врачей нередко считается политическим делом.

## **1.2. Несоввершенство законодательства**

Большая часть нарушений закона медперсоналом, особенно, с неосторожной формой вины, не требуют уголовного преследования (этого не ожидают и потерпевшие), однако в Кодексе об административных правонарушениях РФ нет нормы, согласно которой можно наказать врача за правонарушение. Создана ситуация, когда наложение штрафа или лишение врача практики на какое-то время, требует приговора уголовного суда. Понятно, что врачебная корпорация защищается от уголовных обвинений во всю мощь, но у нее самой нет инструмента избавления от «плохих» коллег.

Заметного числа адвокатов в сфере здравоохранения не появилось, потому что адвокатская работа в этой сфере очень дорогостоящая в силу психологической, медицинской и юридической специфики, а пациенты не готовы за это адекватно платить. К тому же вопрос оплаты в таких делах часто становится вопросом этики: как можно с матери пожилого возраста, потерявшей, как она считает, по вине врачей, единственного сына, взять деньги за защиту ее прав? Обращение пациента в суд без адвоката или грамотного представителя чревато проигрышем даже перспективного дела, поскольку пациенты не имеют специальных познаний ни в медицине, ни в юриспруденции. Известные «Лиге пациентов» судебные дела тянутся от 1 до 6 лет, средняя продолжительность – 2,5 года.

Независимых экспертных организаций в России, имеющих лицензии на проведение судебно-медицинской экспертизы, гистологических исследований и т.п., так и не создано. Бюро судебно-медицинских экспертиз подчиняется областным управлениям здравоохранения. Патологоанатомические бюро и вовсе располагаются на территории больниц и подчиняются их главным врачам. Ясно, что эти зависимости определяют некорректность судебно-медицинских и патологоанатомических заключений в пользу врачей. Это затрудняет объективность правовых оценок, лишает саму систему здравоохранения возможности исправлять ошибки.

Существует запрет бюджетным учреждениям на любые выплаты в пользу пациентов. Любое отступление от сметы расходов расценивается как нецелевое использование средств, уголовно наказуемое деяние. Таким образом, государственные и муниципальные учреждения вынуждены судиться с пострадавшими пациентами, даже когда они признают свою вину. Эта проблема не решена, хотя разговоры о страховании профессиональной ответственности врачей и создании нормального механизма компенсации нанесенного вреда идут в Правительстве РФ с 2005 года.



Необходимо отметить, что к 2007 году почти при всех федеральных органах власти, включая и органы здравоохранения, созданы общественные советы, куда входят представители гражданского общества. Эти органы, хотя и создаются приказами этих органов, тем не менее, имеют некоторую самостоятельность. В 2007 году очень активно проявили себя пациентские общественные организации, объединяющие больных гемофилией, диабетом, муковисцидозом, эпилепсией и пр. Можно сказать, что в 2006-2007 году наметилось взаимодействие между обществом и властью в сфере здравоохранения. При этом, конечно, нельзя сказать, что оно достаточно и равноценно, власть пока многое скрывает и диктует, однако, о начале диалога говорить можно.

### **1.3. Развитие законодательства**

По определению Устава ВОЗ: «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Это – весьма спорное определение. Например, здоровое с медицинской точки зрения лицо без определенного места жительства, поскольку оно социально не благополучно, не может считаться здоровым согласно выше данному определению. По этой же логике в понятие «здоровья» надо включать и жилищную проблему, поскольку она относится к понятию социального благополучия.

Опасность некорректных определений состоит в том, что они создают хаос в концепциях, механизмах правового регулирования и в правоприменительной практике. Так, согласно ст. 12 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 г., участвующие в Пакте государства, признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В соответствии со ст. 25 Всеобщей Декларации прав человека от 10.12. 1948 г. каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи.

Видно, что данные международные нормы говорят не о праве на здоровье, а о наивысшем достижимом уровне здоровья или о праве на охрану здоровья.

Следует отметить, что среди всех существующих в этой сфере понятий, понятие «право на охрану здоровья» («здравоохранное право») наиболее точно и полно отражают юридический смысл исследуемых общественных отношений, однако термин «здоровье», на наш взгляд, подлежит переосмыслению для целей юридической практики. Здравоохранное право следует отличать от «медицинского права». «Медицинское право - это общественные отношения, возникающие в процессе медицинской деятельности»<sup>4</sup>. То есть, если нет процесса медицинской деятельности, то нет и предмета права. Данное определение – идеологическая позиция, занятая в интересах врачебного сообщества, поскольку, например, отношения системы здравоохранения с больным инфарктом миокарда, упавшим на улице, не регулируются медицинским правом, поскольку инфаркт есть, а медицинской деятельности еще нет, - значит, нет и права?

На самом деле, изначально право на охрану здоровья имеется у гражданина (пациента) в соответствии с международными, конституционными и другими нормами права, и он обращается за медицинской помощью именно в процессе реализации этого права. И такое право – право на охрану здоровья - следует называть не медицинским, а здравоохранным (по аналогии с природоохранным правом). Это право, в реальности, самый сложный комплекс прав: от конституционных до обязанности врача заполнить учетную форму.

---

<sup>4</sup> С.Г. Стеценко, А.Н. Пищита, Н.Г. Гончаров. Очерки медицинского права. ЦКБ РАН, Москва, 2004

В 2003–2005 годах в законодательство Российской Федерации было внесено огромное количество изменений, которые повлияли на доступность медицинской помощи для людей как прямо (через изменения их прав на получение помощи) так и косвенно (через процедуры сбора налогов, распределения средств, изменения государственных структур, порядка финансирования медицинских организаций).

## **1.4. Изменения в структуре государственных органов управления**

В период после очередного Доклада Российской Федерации Комитету МПЭСКП (2004) в структуре российских органов власти произошел ряд изменений. В России была проведена административная реформа<sup>5</sup>, вследствие которой, в частности, из нескольких министерств было образовано Министерство здравоохранения и социального развития РФ (МЗСР). К вопросам его ведения отнесены вопросы: здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и медицинской помощи, фармацевтическую деятельность; качество, эффективность и безопасность лекарственных средств; курортное дело; санитарно-эпидемиологическое благополучие; уровень жизни и доходов населения; оплата труда; пенсионное обеспечение; социальное страхование; условия и охрана труда; социальное партнерство и трудовые отношения; занятость населения и безработица; трудовая миграция; альтернативная гражданская служба; социальная защита; демографическая политика; защита прав потребителей.

МЗСР осуществляет координацию и контроль деятельности, находящихся в его ведении: Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека («Роспотребнадзор»), Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор), Федеральной службы по труду и занятости, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, а также координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Следует отметить, что Росздравнадзор и Роспотребнадзор имеют в субъектах РФ свои территориальные органы и учреждения, которые не подчиняются местным властям. Эта независимость позитивна, однако службы находятся в структуре Минздравсоцразвития, зависят от него, кадровая политика самих служб основана на том, что в их штаты набираются бывшие сотрудники областных органов управления здравоохранением, а юристов в них практически нет. Эти факторы породили то обстоятельство, что службы не занимаются, собственно, защитой прав граждан. Безусловно, они выявляют системные ошибки, допущенные в ряде государственных программ, и доносят до Министерства соответствующую информацию, но сами не способны предпринять сколь-нибудь значительных мер, поскольку у них нет полномочий для этого. Основная деятельность в годы после их образования сосредоточилась на санитарно-эпидемиологическом контроле и вакцинации (бывшая Санэпидслужба, ныне Роспотребнадзор), а так же на лицензировании, проблемах лекарственного обеспечения и производства лекарств и т.п. (Росздравнадзор). В то же время, гражданин не может получить в этих службах полноценную юридическую помощь или даже консультацию по вопросам прав на охрану здоровья, не говоря уже о защите этих прав.

Заключения Росздравнадзора в сфере контроля качества медицинской помощи не обладают юридической значимостью, в них не обосновываются юридически значимые для дела обстоятельства, как, например, причинно-следственная связь между дефектом медицинской

---

<sup>5</sup> В соответствии с Указом Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 "О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти" и Постановлением Правительства РФ от 6 апреля 2004 г. N 153.

помощи и наступившим вредом для жизни или здоровья пациента. Даже выявив дефект медицинской помощи, Росздравнадзор не может применить к виновному врачу или должностному лицу каких-либо санкций, поскольку такие санкции не предусмотрены действующим законодательством, исключая возможность уголовного преследования, но уголовное преследование – компетенция следственных органов, а не Росздравнадзора.

С 01.01.2008. согласно ФЗ РФ № 258 от 29.12.2006. федеральный центр передал полномочия по контролю качества медицинской помощи субъектам РФ. Таким образом, возникла ситуация, когда собственник медучреждений (исполнительная власть субъекта РФ) осуществляет и контроль за деятельностью этих учреждений, за которые согласно ст. 120 Гражданского кодекса РФ он несет субсидиарную ответственность. Понятно, что интерес органов власти субъекта РФ в этой ситуации будет не на стороне пациента, а на своей собственной стороне.

В целом, ряд экспертов считает, что на Министерство возложено слишком много задач. Задачи охраны здоровья, как самые сложные и деликатные, требуют особого внимания государства и, значит, отдельного министерства. С другой стороны, объединение в одном министерстве здравоохранения и социальной помощи позволяло надеяться на развитие столь необходимой интеграции этих служб. К сожалению, за последние годы не было сделано для этого практически ничего. Обобщенные в настоящем отчете сведения подтверждают, что социально уязвимые группы остаются по-прежнему плохо защищенными от трудностей, связанных с получением доступа к медицинской помощи.

## 1.5. Некоторые вопросы организации и финансового обеспечения системы здравоохранения

### Расходы на систему здравоохранения

До 2003 г. совокупные расходы на здравоохранение в Российской Федерации оставались практически неизменными, а с учетом инфляции сокращались. Увеличение финансирования здравоохранения отставало от увеличения размеров бюджета страны. Лишь после реформы налогообложения и пересмотра полномочий федерального центра и регионов финансирование здравоохранения начало улучшаться. Фактическое финансирование системы здравоохранения Российской Федерации в 2006 гг. составляло 868 млрд руб (Табл. 1-1) <sup>6</sup>.

Табл. 1-1. Изменения расходов бюджетов и системы ОМС в 2001-2006 годах, миллиарды рублей

Источники финансирования	2001 год		2004 год		2006 год	
	абс. данные	%	абс. Данные	%	абс. данные	%
1.Федеральный бюджет	22,2	8,7	45,9	9,6	241,5*)	27,8
2.Консолидированные бюджеты субъектов РФ (без учета взносов на ОМС неработающих граждан)	139,9	54,9	241,9	50,4	348,3	40,1
3.Средства системы ОМС	92,9	36,4	191,8	40,0	278,4	32,1
Итого	255,0	100,0	479,6	100,0	868,2	100,0
в % ВВП	2,8	-	2,9	-	3,2	-

<sup>6</sup> Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году Источник: Официальный сайт Минздравсоцразвития [http://www.mzsrff.ru/userdata/PGG/doklad\\_2006\\_PPG.doc](http://www.mzsrff.ru/userdata/PGG/doklad_2006_PPG.doc)

\*) с учетом расходов на дополнительное лекарственное обеспечение (42,6 млрд. рублей), меры социальной поддержки отдельных категорий граждан по санаторно-курортному лечению (9,6 млрд. рублей), страхование неработающего населения (11 млрд. рублей, включая 3,2 млрд. рублей – детей и 7,8 млрд. рублей – неработающих пенсионеров) и на национальный проект «Здоровье» (59,7 млрд. рублей).

Из приведенных расходов видно, что в абсолютном исчислении расходы за четыре последних года увеличились в три раза, однако с точки зрения структуры государственных расходов (% к ВВП) можно говорить о почти незаметном увеличении финансирования охраны здоровья. Значительная часть прироста приходится на меры социальной поддержки и краткосрочный проект «Здоровье». Это позволяет говорить о том, что стратегические проблемы повышения структурной устойчивости системы здравоохранения и обеспечения доступа граждан к медицинской помощи остаются нерешенными.

## **Амбулаторное медицинское обслуживание**

Одной из основных причин неудовлетворенности населения советскими принципами оказания медицинской помощи был ограниченный доступ к специализированной помощи. Для решения этой проблемы в амбулаторно-поликлинической сети увеличивался штат «узких» специалистов и параллельно сокращался спектр услуг, оказываемых врачами первичного контакта, постепенно превратившихся в «участкового терапевта», выполняющего преимущественно роль исполнителя рекомендаций специалистов и при необходимости направляющего больных к узким специалистам. Поэтому одним из первых шагов в либерализации доступа к медицинской помощи был объявлен прямой и неограниченный доступ граждан к специалистам.

Одновременно, уже с 1980-х годов развивались программы усиления врачей первичного контакта – программы «семейного врача». Они, к сожалению, оказались недостаточно востребованными вплоть до 2006 г., когда в рамках национального проекта «Здоровье» (подробнее см. разд. 1.7) была создана подпрограмма поддержки первичного звена повышенной оплатой труда врачей и медсестер и улучшенным материальным обеспечением.

## **Лекарственное обеспечение в амбулаторно-поликлиническом звене**

В СССР и затем в Российской Федерации, где медицинская помощь декларировалась и декларируется как бесплатная, в действительности никогда не было бесплатного лекарственного обеспечения граждан, за исключением малочисленных привилегированных групп, армии и небольшой группы больных отдельными болезнями. В постсоветской России постепенно стало кристаллизоваться понимание необходимости уточнения ответственности общества за доступ граждан с ограниченными возможностями к лекарствам. На федеральном уровне уточнялись «государственные гарантии получения медицинской помощи». В ряде регионов страны разрабатывались системы поименного учета граждан бесплатно обеспечиваемым лекарственными средствами.

В 2004 году Федеральным Законом №122 наряду с прочими изменениями в законодательстве была унифицирована система социальной поддержки граждан, «имеющих право на получение социальной помощи» (обозначаемых в просторечье как «льготники»). В ее основу была положена замена льгот, ранее предоставлявшихся в натуральном выражении (например, в виде обязательства инвалида платить только половину абонентской платы за пользование телефоном), на выплату денежной компенсации, что стало известно как «монетизация льгот». Правительство позднее признавало, что размер возмещения натуральных льгот был недостаточным, и это подтверждали суды. Специалисты предупреждали, что монетизация социальных льгот неправильна в принципе, поскольку позволяет получателям расходовать средства по своему усмотрению, например, не на оплату жилья, и еды детям, а на водку. Было вполне

очевидно, что предоставление лекарственной помощи в виде социального пособия мешает реализации важного для системы здравоохранения принципа солидарности, в соответствии с которым средства, не израсходованные одним лицом, работают на другого, нуждающегося в более дорогой помощи. Средства социального пособия у гражданина нельзя изъять «на общественное благо», а потому программа лекарственного обеспечения «льготников» была по существу обречена.

Поскольку Правительство не было готово к реализации проекта и поскольку были все основания ожидать, что граждане воспользуются деньгами, не обращаясь с ними за услугами государственных монополистов, на 2005 год гражданам было запрещено выходить из программы со своими деньгами. Было введено понятие «социального пакета» для обозначения льгот, от которых нельзя отказаться в 2005 г, но можно полностью или частично отказаться позднее. Пакет состоял из дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), санаторно-курортного лечения, оплаты проезда в пригородном железнодорожном транспорте, а также оплаты проезда на междугороднем транспорте к месту лечения<sup>7</sup>. В начале 2005 г. появление значительных объемов лекарственных средств, предоставленных фармдистрибьюторами в кредит Правительству на продиктованных последним весьма привлекательных условиях, вызвало эйфорию у части медицинской общественности, но уже во второй половине 2005 г. стало очевидно, что неподготовленная система не справляется с реализацией программы как на низовом уровне, так и на национальном, включая администрирование и финансовое обеспечение.

«Льготники» стали в массовом порядке выходить из программы ДЛО (подробнее см. разд. 2.2). Невыполнение финансовых обязательств Правительством перед поставщиками вызвало проблемы с поставками препаратов, что еще более ускорило выход граждан из программы ДЛО. Поскольку в программу ДЛО были включены почти все больные тяжелыми хроническими заболеваниями (например, онкологические больные, в большинстве своем инвалиды), истощение ее средств привело к массовым протестам. Для «спасения» программы ДЛО от банкротства было решено выделить семь заболеваний, требующих наиболее дорогостоящего лечения, в отдельную группу, которая с 2008 года будет финансироваться из федерального бюджета отдельно от программы ДЛО. Однако, по мнению общественности (в частности, Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре) появление в федеральном бюджете отдельной строки расходов еще не означает появления у граждан права на бесплатное лекарственное обеспечение, в связи с чем решено добиваться принятия федерального закона, который бы регулировал этот вопрос.

## **Лекарственное обеспечение в стационарах**

Лекарственное обеспечение в стационарах страны всегда было недостаточным. В 1990-е годы лечение осуществлялось преимущественно средствами, которые пациенты и их родственники покупали и доставляли в больницу. Создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) лишь незначительно улучшило ситуацию, поскольку размер средств, поступающих из нее на лекарственную терапию, не был и в принципе не мог быть достаточным. С улучшением финансового положения страны в 2000-е годы общее экономическое положение больниц стало улучшаться, однако до настоящего времени больницы, в особенности специализированные отделения в бедных регионах, испытывают огромные проблемы с приобретением дорогостоящих препаратов. Больные по-прежнему нередко вынуждены приобретать препараты на свои средства.

---

<sup>7</sup> В соответствии с новой редакцией Федерального закона РФ № 178-ФЗ от 17.07.1999 «О государственной социальной помощи» (редакция ФЗ РФ № 122-ФЗ от 22.08.2004).

На коллегии Росздравнадзора, состоявшейся в конце 2007 года было отмечено, что:

- в действующем законодательстве недостаточно нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений;
- отдельные действующие документы вступают в противоречие друг с другом;
- существует правовой «вакуум» в законодательстве по вопросу деятельности аптек учреждений здравоохранения.

В ходе проведенных проверок были выявлены факты хранения и использования препаратов с истекшим сроком годности, при этом имеет место назначение препаратов не в соответствии со стандартами помощи, а тех, которые надо израсходовать до следующей проверки; руководителями аптек учреждений здравоохранения назначаются специалисты со средним фармацевтическим образованием; в отдельных структурных подразделениях ЛПУ имелись излишки дорогостоящих лекарственных средств, что не исключает возможность списания в расход большего количества лекарственных средств, чем фактически используется для лечения больных.

В связи с тем, что заявки на лекарственные препараты составляются без учета фактической потребности и персонификации отпуска, в подразделениях ЛПУ обнаружены запасы лекарственных средств на срок от нескольких месяцев до нескольких лет, вместо допустимой 10-дневной потребности. Такая ситуация приводит к тому, что большие количества лекарственных средств приходят в негодность в связи с истечением их сроков годности.

Как показывает анализ работы отдельных стационаров, наиболее тяжелая ситуация с лекарственным обеспечением складывается в специализированных отделениях и стационарах, стандарты лечения в которых предусматривают относительно дорогие вмешательства: в кардиологических и гематологических отделениях, онкологических диспансерах.

## **1.6. Признание граждан инвалидами**

Особенности советского, а затем и российского законодательства подталкивали врачей и пациентов к признанию инвалидами большого числа пожилых людей для того, чтобы облегчить им доступ к лекарственным средствам (существовала 50% скидка при покупке лекарств) и получить небольшие, но важные для бедных пенсионеров социальные льготы. В 1990-е годы этот процесс расширился в связи с масштабным досрочным выходом на пенсию значительного числа работников. Этому способствовала либерализация советской жесткой системы освидетельствования инвалидов, требовавшая, например, ежегодного переосвидетельствования даже инвалидам, лишившимся обеих ног. Предпринятая реформа системы социальной помощи, названная «монетизацией», позволила инвалидам, в том числе, получать дорогостоящие лекарства амбулаторно, что вызвало небывалый рост инвалидности в РФ с 2004 по 2006 год: с 11 до 16 млн. человек.

Чтобы подавить эту тенденцию в конце 2006 года МЗСР приняло меры по проверке деятельности сети учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭК) и изменению правил освидетельствования<sup>8</sup>. Предметом проверок стала объективность признания граждан инвалидами. В результате МСЭК начали отказывать гражданам в инвалидности и снимать ее даже в очевидных случаях, как например, с потерей слуха или одного глаза<sup>9</sup>. В конце 2007 года

---

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 22.08.2005 № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

<sup>9</sup> Из обращений в общественную организацию «Лига пациентов».

число инвалидов сократилось до 13 млн. чел. Очевидно, что это повлекло за собой нарушение прав, и недовольство лиц, которым было отказано в инвалидности.

Существующие критерии определения инвалидности трудны для объективной проверки: они в большей степени привязаны к степени функциональной недостаточности, чем к нозологической форме и недостаточно предусматривают прогноз развития заболевания – как естественного течения, так и под воздействием терапии (соответствующей стандартам и существующей в реальной жизни). Несмотря на то, что на освидетельствование пациента направляет лечащий врач, имеющий возможность длительного наблюдения за пациентом, и свое делает заключение эксперт по данной патологии, тем не менее, окончательное решение остается за экспертами МСЭ, которые находятся в ведении другой службы – социальной защиты - имеют очень кратковременный контакт с лицом, проходящим освидетельствование, и находятся под давлением финансовых ограничений – ограниченностью бюджета на выплаты социальных пособий инвалидам.

## **1.7. Национальный проект «Здоровье»**

Отказавшись от попытки реформировать (повысить структурную эффективность) здравоохранения в 2003-2004 годах Правительство сделало акцент на совершенствовании помощи «льготникам» и на реализации одного из «Приоритетных Национальных Проектов» - Проекта «Здоровье»<sup>10</sup>. Этот проект адресован двум приоритетам: развитию первичной медицинской помощи и обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Реализация Проекта была регламентирована Федеральным Законом РФ от 30 июня 2006г. №91-ФЗ, пятнадцатью Постановлениями Правительства РФ, 23 отраслевыми нормативными правовыми актами, а также соглашениями со всеми субъектами РФ. Из средств федерального бюджета было выделено 65,7 млрд.руб., из бюджетов Фонда социального страхования и Фонда медицинского страхования - еще 25,8 млрд. руб.).<sup>11</sup>

Несмотря на известные успехи Проекта «Здоровье» необходимые структурные изменения в системе здравоохранения не произошли, поскольку Проект не был на это нацелен. В конце 2007 года Президент РФ дал поручение Министру здравоохранения и социального развития создать концепцию развития здравоохранения на 10 лет. В декабре 2007 года Общественная палата РФ совместно с МЗСР РФ впервые провела общественные слушания, посвященные этой концепции. Мнения ведущих аналитиков и практиков в сфере здравоохранения, высказанные на этих слушаниях, порой были противоположными. Это лишь подтверждает те сложности, которые необходимо преодолеть России в этой сфере, но иного пути нет.

---

<sup>10</sup> «Итоги реализации в 2006 году приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и его особенности в 2007 году». Источник: Официальный сайт Минздравсоцразвития  
[http://www.mzsrrf.ru/userdata/project\\_health/Nacil\\_Prjct.ppt](http://www.mzsrrf.ru/userdata/project_health/Nacil_Prjct.ppt)

<sup>11</sup> Аналитический отчет за 2006 год Структурная реорганизация системы медицинской помощи населению в субъектах РФ - [http://www.healthreform.ru/restruct/restruct\\_report/report\\_2006.html](http://www.healthreform.ru/restruct/restruct_report/report_2006.html). База данных «Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации» была создана и поддерживается под патронажем Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и программы ВОЗ/CIDA «Политика и управление здравоохранением в России».

## 1.8. Нарушение прав на бесплатную медицинскую помощь

В п. 31 Заключительных замечаний Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (Российская Федерация)<sup>12</sup> отмечено: «Комитет обеспокоен общим ухудшением уровня наличия и доступности медицинской помощи в государстве-участнике. Комитет с обеспокоенностью отмечает также, что больницы и клиники в бедных регионах зачастую не имеют запасов всех основных лекарственных средств и что, несмотря на конституционную гарантию бесплатной медицинской помощи, многие медицинские учреждения взимают плату за свои услуги и просят больных покупать лекарства...»

Авторы данного доклада считали необходимым более полно раскрыть причины такого положения дел в этой сфере, тем более что оно по большей мере сохраняется, несмотря на указанные выше попытки государства что-то изменить.

В соответствии с ч.1 ст. 41 Конституции РФ «медицинская помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет бюджетных, страховых и иных поступлений». Это означает, что деньги не могут взиматься с граждан в государственной и муниципальной системе здравоохранения, иначе приведенная норма теряет смысл.

Согласно Базовой программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Правительством РФ, почти все виды медицинской помощи являются бесплатными. На практике почти за все нужно платить или доплачивать. Так, например, помощь беременным и в родах гарантирована государством бесплатно, но в каждом родильном доме есть услуги по платным родам, а в женских консультациях (для беременных) часть обязательных исследований также делается за деньги пациенток. Введение родовых сертификатов должно было увеличить заинтересованность родильных домов в предоставлении услуг высокого качества, но никак не изменило ситуацию с оплатой родов.

Деньги взимаются под видом сервисных или дополнительных услуг, однако в реальности беременные платят за хорошее отношение к себе медицинского персонала, а стоимость этих услуг никак не сопоставима с арендой телевизора или холодильника в палате: в Москве стоимость родов (без ведения беременности) колеблется от \$ 1500 до \$ 5000.

Серьезное заболевание, например, онкологическое и некоторые заболевания нервной системы, сердца и сосудов, системные заболевания заставляет людей продавать свое жилье, чтобы заплатить за необходимую медицинскую помощь. По различным оценкам прямые платежи населения составляют от 30 до 60% всех расходов в стране на здравоохранение. «Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги»<sup>13</sup>. При этом невозможно установить, какая часть личных средств является платой за услугу, а какая – взяткой за доступ к услуге, предоставляемой на средства, например, федерального бюджета.

Создалась ситуация, когда медицинские организации, получая деньги с государства на предоставление услуг, получают их и с пациентов за те же самые услуги. Невозможно в этой ситуации понять, сколько стоит услуга, и какое количество услуг оказывается на самом деле,

---

12 Приняты по итогам рассмотрения доклада Российской Федерации по соблюдению Международного пакта по экономическим, социальным и культурным правам на 31 сессии Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам 28 ноября 2003 года.

13 Вишневский А.Г., Шейман И.М., Ясин Е.Г. и соавторы, «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса», стр. 7, Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет», Комиссия Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, Москва, 13 декабря 2007 года.



и, значит и произвести корректные расчеты и ответить на вопрос: сколько нужно денег здравоохранению России?

Среди тех, кто вынужден отказываться от необходимой медицинской помощи, 50% отказываются из-за отсутствия денег для оплаты лечения. Среди самых бедных эта доля составляет 60%.<sup>14</sup> «В 2006 г. отмечен рост на 36,2% числа жалоб по вопросам, связанным с визитом денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС - 32058, по сравнению с 23543 в 2005 г. Из них обоснованными признано 61,4% жалоб (19691), причем число таких увеличилось в сравнении с 2005 г. в 1,8 раза (10730)»<sup>15</sup>.

Расходы на качественное лечение являются препятствием для получения качественной и своевременной медицинской помощи почти для всех социальных групп. При этом оплата не гарантирует качества, поскольку подавляющая часть врачей, работающих в платном секторе, лишь подрабатывают в нем, сохраняя основную работу в государственных или муниципальных ЛПУ, то есть в условно бесплатном секторе.

Неясностью гарантий, низким качеством работы государственного и муниципального здравоохранения, отсутствием объективного контроля государство создает условия для вытеснения пациентов из бесплатной в платную систему здравоохранения, что превращает приведенную в начале этого параграфа статью Конституции РФ в декларацию.

## 1.9. «Госпитализация страны»

Стационарная помощь по-прежнему занимает основную долю расходов государства на здравоохранение, и эта доля не меняется (Табл. 1-2).

Табл. 1-2. Соотношение расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий за 2001 – 2006 гг.<sup>16</sup>

Виды Годы	Скорая медицинская	Амбулаторно-поликлиническая	Стационарная	Медицинская помощь в дневных стационарах
2001	5,5	29,0	64	1,5
2004	6,3	30,6	60,5	2,6
2006	6,9	29,9	60,6	2,8

Обращает на себя внимание низкий уровень расходов на амбулаторно-поликлиническое звено. В Национальном Проекте «Здоровье» проведена большая работа по вакцинации населения и диспансеризации части населения, но эти показатели в данной таблице не учтены, несмотря на то, что приведенная таблица и показатели Нацпроекта ([http://www.mzsrff.ru/userdata/project\\_health/Nacil\\_Prjct.ppt](http://www.mzsrff.ru/userdata/project_health/Nacil_Prjct.ppt)) взяты с сайта Минздравсоцразвития. Это лишь подчеркивает то обстоятельство, что в отрасли царит хаос, и нельзя, по большому счету, верить никаким цифрам отчетности.

Уже сама структура расходов ясно показывает, что пациент не может получить адекватную, своевременную помощь на этапах до стационара, поскольку акцент финансирования сделан на последних. «Примерно 30% госпитализаций в нашей стране, особенно, в отделения

<sup>14</sup> Там же, стр. 16.

<sup>15</sup> По данным Письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. N 4848/30-3/и "О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году" Информационно-аналитическая справка "О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году"

<sup>16</sup> Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году Источник: Официальный сайт Минздравсоцразвития [http://www.mzsrff.ru/userdata/PGG/doklad\\_2006\\_PPG.doc](http://www.mzsrff.ru/userdata/PGG/doklad_2006_PPG.doc)

терапевтического, неврологического и гинекологического профилей, являются необоснованными с медико-экономической точки зрения: лечение больных могло быть результативно и дешевле проведено в амбулаторных условиях»<sup>17</sup>.

Возникает ситуация, когда работающему человеку, которому сравнительно легко и дешево можно помочь справиться с болезнью на этапе ее возникновения, не оказывают необходимой помощи, чем доводят его до стационара, когда нужно предпринимать дорогостоящие и травматичные вмешательства. На это тратятся значительные средства, такой пациент нередко становится инвалидом, и тогда государство продолжает ему платить, пытаясь и рассчитывая обеспечить его социальную защиту уже как инвалида, - это и есть эффект «инвалидизации страны»! Для неработающих граждан естественным выходом является госпитализация с целью получить бесплатно то лечение, которое амбулаторно нужно было бы проводить на свои средства. Это приводит к огромным общественным расходам на ненужные госпитализации.

Здесь необходимо учитывать, что работающий человек не может тратить много своего рабочего времени на стояние в очередях в поликлинике, а такие очереди создаются почти искусственно (по оценкам в Тольятти недовольно очередями 31%, а в Тюмени 57,5% опрошенных)<sup>18</sup>. С 2004 года в рамках ДЛЮ гражданам необходимо ежемесячно получать рецепты, хотя всем ясно, что, например, инсулинозависимый диабет не перестанет быть таковым, так же как больной гемофилией, не излечится. Эти системные организационные ошибки не только увеличивают очереди, бессмысленную нагрузку на организации здравоохранения и социальной помощи, но и сами по себе являются барьерами к медицинской и социальной помощи. Они парализуют амбулаторно-поликлиническое звено.

К слабости амбулаторно-поликлинического звена следует отнести отсутствие лекарственного обеспечения для граждан, если они не попадают в одну из привилегированных групп. Это касается и лекарств для детей. Если ребенку нужно лекарство, он должен либо стать инвалидом, либо попасть в стационар, чтобы получить его бесплатно, либо лекарство нужно купить за полную стоимость.

Приведем несколько высказываний по этому поводу: «Совершенно никаких лекарств получить не могу – они то в список бесплатных не попали, то вообще кончились. Необходимого количества лекарств приобрести не в состоянии. Дороговизна в аптеках сумасшедшая». «Специально, участковый мне говорил, выписываю тебе лекарства импортные – хорошие они, и по льготному рецепту тебе все равно положены. А приходится покупать – нет лекарств (бесплатных). Дороговато обходятся мне они, но от импортных я лучше себя чувствую. Нет, говорят, и все тут. А там, в очередях-то, одни старики. Не жалеют нас никто. И соседки мои все тоже покупают, если срочно кому надо». «Все лекарства, которые мне врач прописывает, не купишь. А участковый ругается – покупай, говорит, а то я ходить к тебе, бабушка, не буду»<sup>19</sup>.

В этих мнениях пациентов видны проблемы и программы ДЛЮ, и высоких цен на лекарства, и организационные проблемы, а в целом – низкая доступность лекарств на амбула-

---

<sup>17</sup> Вишневский А.Г., Шейман И.М., Ясин Е.Г. и соавторы, «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса», стр. 13, Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет», Комиссия Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, Москва, 13 декабря 2007 года.

<sup>18</sup> Согласно Краткой сводке данных по исследованию «Доступность услуг здравоохранения для бедных слоёв городского населения в городских условиях» АНО «Открытая Альтернатива» и Отчету Благотворительного фонда развития города Тюмени О проведении исследования "Доступность услуг здравоохранения для бедных слоёв населения в городских условиях".

<sup>19</sup> Цит. по результатам социологического исследования «Доступность услуг здравоохранения для бедных слоев населения в городских условиях», проведенного Автономной некоммерческой благотворительной организацией «Социальная помощь бездомным».

торно-поликлиническом этапе. Очевидно так же, что приведенная выше структура расходов на здравоохранение и организационные ошибки системно приводят к нарушению прав пациентов на своевременную и качественную медицинскую помощь.

## **1.10. Информационная закрытость здравоохранения**

Попытки получить достоверную информацию об эпидемиях, об осложнениях и смертельных исходах, о врачебных ошибках, даже о жалобах пациентов и т.п. обычно встречаются непреодолимое сопротивление.

Так, «Лига пациентов» в 2004 года предложила Департаменту здравоохранения Москвы совместно создать рейтинг акушерских стационаров Москвы, основанный на статистике смертности и осложнений. Это стало тем более актуальным, когда беременным стали выдавать родовые сертификаты и предложили выбирать роддома, однако объективной информации для выбора не дали. Однако Департамент здравоохранения Москвы запрошенных данных так и не дал. В начале 2007 года Общественный совет при Росздравнадзоре принял решение о создании рейтинга родильных домов, однако он до сих пор не создан, поскольку необходимых данных так и нет.

Никаких акций по информированию населения о правах в сфере охраны здоровья МЗСР не организует. В основном, о своих правах население узнает во время скандалов о коррупции или о врачебных ошибках, или когда срываются поставки лекарств.

Ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан требует устного согласия пациента на вмешательство, однако наличие такого согласия невозможно доказать, если это потребуется, в суде. Это влечет за собой составление письменных форм. Поскольку получать согласие перед всеми важными процедурами, как это практикуется в развитых странах, кажется нашим врачам затруднительным, проблему пытаются решить один раз одной формой. Формы «информированного согласия», под которыми пациенту предлагается поставить свою подпись при госпитализации, выглядят зачастую так: «Согласен на все, включая летальный исход». Государство не озабочено проблемой информирования пациента о перечисленных аспектах. Врачебное сообщество России ввиду его разобщенности не способно самостоятельно сформулировать тексты протоколов информирования, поскольку это представляется наукоемкой проблемой, включая и лингвистический аспект. Проблему эту в рамках одного учреждения для всех видов вмешательств решить невозможно. МЗиСР устранилось и от решения этой проблемы.

## **1.11. Обязательное медицинское страхование – ограничение прав граждан на доступную медицинской помощи**

Созданная в России система обязательного медицинского страхования не выполняет страховую функцию ни в какой мере. Первоначально система собирала взносы, но в 2003 г. была лишена этой функции и стала получателем части социального налога. Страховые компании в этой системе являются финансовым посредником с частной формой собственности между государством и государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения! На их содержание тратятся значительные средства, а эти деньги могли бы быть потрачены на здоровье людей. В течение 2005-2008 годов реализуются программы ДЛО и другие, в которых ФОМС выступает в качестве канала передачи средств федерального бюджета в бюджеты регионов для финансирования медицинской помощи. Такая модель является искажением здравого смысла, а значит и потоков права, ресурсов, обязательств и ответственности.

Между тем, необходимость предъявления полиса ОМС, как условия оказания медицинской помощи, по-прежнему является ограничением доступности медицинской помощи. В феврале 2007 году стал широко известен случай смертельного исхода: больница города Тихорецка отказала пациенту в помощи, поскольку у него не было полиса ОМС и местной прописки. Фактически, весь порядок оказания медицинской помощи привязан к понятиям «жители ... области», «проживающие на территории ... области», оказание помощи гражданам по «месту их жительства» или «месту их проживания».

Например, пунктом 2.2. Правил обязательного медицинского страхования населения Нижегородской области<sup>20</sup> предусмотрено, что Правительство Нижегородской области при обязательном медицинском страховании является страхователем «для неработающего населения, зарегистрированного в установленном порядке на территории Нижегородской области».

Пунктом 1.7. Правил обязательного медицинского страхования Пермского края<sup>21</sup> предусмотрено, что Министерство здравоохранения Пермского края при обязательном медицинском страховании является страхователем «для неработающих граждан, имеющих место жительства на территории Пермского края», а пункт 8.5. так регламентирует выдачу полисов ОМС: «Неработающим гражданам страховой полис выдается по месту жительства (регистрации по месту жительства в установленном порядке)».

В систему ОМС в 2006 году поступило 5402773 заявлений о выдаче страхового медицинского полиса<sup>22</sup>. Эту цифру следует расценивать, как то обстоятельство, что медицинская помощь была обусловлена наличием полиса ОМС, т.е. все эти граждане не получили медицинской помощи в момент обращения. В общем количестве причин жалоб граждан (119107) жалобы по вопросам обеспечения полисами ОМС составили 10,6% (2005 г. - 44,6%).

Представляется необходимым «развязать» медицинскую помощь с пропиской (регистрацией по месту жительства), и наличием полиса ОМС. Это может достигаться правом медицинских организаций выписывать счета государственному заказчику за оказанную медицинскую помощь на основании государственного заказа по установленным тарифам. Этим в первую очередь была бы облегчена судьба лиц, не имеющих регистрации по месту жительства (см. разд. 4).

## **1.12. Удовлетворенность граждан качеством помощи**

### **Обращения граждан**

Данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования не включают в себя обращения и жалобы граждан в системе исключительно бюджетного здравоохранения (например, скорая помощь, акушерская и высокотехнологичная помощь), а также платные медицинские услуги и систему добровольного медицинского страхования. Однако, более полных, чем приведенные, данных в России нет. В 2006 году<sup>23</sup> в территориальные фонды

---

<sup>20</sup> Утверждены постановлением Правительства Нижегородской области от 01.02.2005 года N 14. В настоящее время действуют в редакции постановлений Правительства Нижегородской области от 11.05.2006 N 163, от 23.08.2006 N 273, от 18.01.2007 N 10.

<sup>21</sup> Утверждены Постановлением Правительства края от 22.12.2006 года N 99-п.

<sup>22</sup> По данным Письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. N 4848/30-3/и "О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году" Информационно-аналитическая справка "О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году"

<sup>23</sup> По данным Письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. N 4848/30-3/и "О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году" Информационно-аналитическая

обязательного медицинского страхования (ТФОМС), их филиалы и страховые медицинские организации (СМО) от граждан поступило 6471935 обращений или 4531,7 на 100 тыс. населения.

В 2006 году поступило обращений по поводу нарушения прав и законных интересов (далее - жалобы), в ТФОМС и СМО 117801 или 1,8% от общего числа обращений. Из общего числа жалоб 71,4% поступило в СМО. Обоснованными жалобами признано 70300 (59,7% к числу жалоб). Из числа обоснованных жалоб 65,9% зарегистрировано в СМО (46342). По отношению к поступившим жалобам в СМО признано обоснованными 55,1%, а в ТФОМС - 71,1%. В общем количестве причин жалоб граждан (119107) основное место занимают жалобы по вопросам: лекарственного обеспечения - 30% (2005 г. - 25,2%); взимания денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС - 26,9% (2005 г. - 5,5%); обеспечения полисами ОМС - 10,6% (2005 г. - 44,6%); выбора ЛПУ в системе ОМС - 8,7% (2005 г. - 4,6%).

Отмечен рост на 36,2% числа жалоб по вопросам, связанным с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС - 32058, по сравнению с 23543 в 2005 г. Из них обоснованными признано 61,4% жалоб (19691), при этом, число их увеличилось в сравнении с 2005 г. в 1,8 раза (10730). Обоснованные жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС на территории страхования составили 96,5%.

Среди обоснованных жалоб наибольшую долю составляют жалобы по вопросам лекарственного обеспечения - 23152 или 32,5% (2005 г. - 41,1%), в том числе по дополнительному лекарственному обеспечению - 18715 или 26,3% (2005 г. - 26,6%); жалобы, связанные с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС - 19691 или 27,7% (2005 г. - 6,8%); по вопросам выбора ЛПУ в системе ОМС - 7490 или 10,5% (2005 г. - 7,7%); по обеспечению страховыми медицинскими полисами - 7066 или 9,9% (2005 г. - 32%).

Какова же реакция на жалобы по данным ФФОМС<sup>24</sup>? «Из 70300 обоснованных жалоб, признанных таковыми и разрешенных в досудебном порядке, 65,9% случаев рассмотрено СМО (46345) и удовлетворено 63258 обращений (90%), в т.ч. 15644 с материальным возмещением, что составило 24,7% к числу удовлетворенных обращений. Сумма возмещения ущерба составила 26,3 млн. руб., или в среднем 1679,7 руб. на один случай (2005 г. - сумма возмещения составила 33,2 млн. руб., или в среднем 1423,2 руб. на один случай)».

Здесь сразу следует оговориться: данные ФФОМС не позволяют понять, как в досудебном порядке возмещается и возмещается ли моральный вред, причиненный гражданину. Существующие механизмы не позволяют этого делать в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Вероятнее всего, речь идет о возмещении стоимости лечения и лекарств, которые должны быть обеспечены бесплатно, но за них были уплачены деньги.

## **Защита прав граждан в судебном порядке**

По итогам 2006 года данные о защите прав и законных интересов граждан в системе ОМС в судебном порядке представлены из 48 субъектов Российской Федерации (

**Табл. 1-3).** На начало 2006 года в производстве находилось 223 судебных дел, подано в 2006 - 394 иска. Рассмотрено в судебном порядке 381 дело, из них 298 судебных исков удовлетворено (78,2%). Сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам соста-

---

справка "О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году"

<sup>24</sup> По данным Письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. N 4848/30-3/и "О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году" Информационно-аналитическая справка "О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году"

вила 8,1 млн. рублей или 27,2 тыс. руб. в среднем на 1 иск (2005 г. - 6,6 млн. руб. или 28,4 тыс. руб. на 1 иск). В общей сумме возмещения ущерба сумма морального вреда установленная судом составила 3,7 млн. рублей или 45,7% суммы ущерба (около 12,4 тысяч рублей на один иск).

Основными причинами спорных случаев, разрешенных в судебном порядке, явились иски, связанные с некачественным предоставлением медицинской помощи (50,8% исков), взиманием денежных средств за медицинскую помощь по ОМС (20,6%), недостатками в лекарственном обеспечении (9,8%), отказом в медицинской помощи (3,1%).

Табл. 1-3. Защита прав граждан в судебном порядке

Судебные иски:	2003 г. (%)		2004 г. (%)		2005 г. (%)		2006 г. (%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пациент	543	82,1	458	74,7	411	75,7	257	67,5
ТФОМС	48	7,3	65	10,6	59	10,9	26	6,8
СМО	30	4,5	66	10,8	46	8,5	21	5,5
страхователь	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Другие	40	6,1	24	3,9	27	4,9	77	20,2
Всего	661	100	613	100	543	100	381	100

В 2006 году удовлетворенные иски пациентов составили 64,4%, ТФОМС - 7,1%, иски СМО - 4%. Отмечено увеличение активности других истцов в рассмотрении спорных вопросов в судебном порядке (24,5% удовлетворенных исков), при высоком удовлетворении судами их исков в пользу пациентов - 94,8% исков принятых к рассмотрению».

Очевидно, что данные цифры не могут восприниматься всерьез как система защиты прав граждан на охрану здоровья. Ни суммы возмещения (1679,7 рублей в досудебном порядке), ни количество судебных решений и суммы возмещения по ним не соответствуют ни в коей мере понятиям о справедливой компенсации вреда здоровью или жизни. Попытка возложить на страховые медицинские организации задачи по защите прав пациентов слаба, что и показала практика и приведенные цифры. Страховщики в этой ситуации будут заботиться, прежде всего, о своих интересах, не будут всерьез ссориться с лечебным учреждением, с которыми у них договор и бизнес, и не будут заботиться о пациенте. По данным ФФОМС, в 2006 году СМО участвовали всего лишь в 21 судебном разбирательстве на стороне пациентов.

Разрешение в суде коллизий, возникших в процессе оказания медицинской помощи по-прежнему является в России исключением из правила. Это объясняется тем, что дела тянутся годами, суммы выплат по искам, как было показано в предыдущем разделе, в среднем, едва превышают одну тысячу долларов, граждане не доверяют ни врачам, ни судам, ни государству. В 2006-2007 годах «Лига пациентов» завершила ведение ряда судебных дел, среди которых три окончились присуждением истцам сумм морального вреда от 750 000 до 1 млн. 600 тыс. рублей, что для России пока является беспрецедентными суммами. Но это – не правило, а исключение: максимальная известная сумма до этого была 250 000 рублей. Следует учитывать, что только одно из этих дел шло в течение четырех лет, было проведено 50 судебных заседаний, 43 допроса, восемь судебных экспертиз, включая экспертизу ДНК, судебно-техническую и судебно-медицинскую, адвокат ответчика имел совместные публикации с заместителем Министра здравоохранения и социального развития РФ, а супруг помощника прокурора, которая вела это дела в прокуратуре, был заместителем главного врача роддома, против которого велось это дело.

Дело касалось гибели в одном из роддомов г. Москвы от банальной инфекции женщины<sup>28</sup> вместе с ребенком на следующий день после родов. Признаки инфекции, как было дока-

зано в суде, имелись в течение всей беременности, но даже после установления диагноза «инфекционно-токсический шок» женщине не назначили антибиотик.

В другом случае, на фоне недиагностированного кососмещенного таза, недиагностированного крупного плода женщине был применен неразрешенный в акушерстве препарат «Сайтотек» (мизопростол), что привело к бурной родовой деятельности, эмболии околоплодными водами и смерти роженицы. Ребенок остался жив. Роды были платные. Сложности были такие же, как описано выше, два решения судов первой инстанции были в пользу ответчика и лишь в третий раз суд решил дел в пользу истцов, а вышестоящий суд оставил решение в силе, лишь уменьшив размер компенсации морального вреда с 500 000 рублей каждому родителю умершей до 100 000 рублей. Компенсация в пользу ребенка в размере 500 000 рублей оставлена без изменения.

Здесь необходимо добавить, что главный врач этого родильного дома (в 2001 году там было зафиксировано 4 смерти женщин, о чем известно достоверно) в 2004 году после очередного чрезвычайного происшествия был приглашен на работу в МЗСР РФ на должность начальника отдела нормативно-правового регулирования, и лишь спустя год он был оттуда уволен.

Обобщая вышесказанное, следует заключить, что количество обоснованных жалоб и обращений и их удовлетворение внутри системы здравоохранения и за ее пределами позволяет говорить о недоступности своевременной, качественной медицинской помощи населению России. В стране не созданные цивилизованные механизмы реализации гражданами их права на здоровье и компенсации ущерба вследствие нарушения этого права. Это имеет прежде всего отношение к уязвимым группам, потому что они имеют худшие по сравнению с основным населением показатели здоровья. С другой стороны эти лица либо полностью зависят от системы здравоохранения (тяжело больные или заключенные), либо лишены образования и ресурсов (временных, финансовых, информационных – бездомные, безработные, дети-сироты, жители удаленных территорий), необходимых для того, чтобы заниматься длительным и ресурсоемким процессом обжалования действий медиков. Все это ставит людей в абсолютно бесправное положение.

## **2. Доступ к медицинской помощи инвалидов, тяжело больных и пожилых**

Проблемы инвалидов и пожилых связаны в значительной степени с болезнями первых и старостью и, соответственно, множеством хронических болезней у вторых. И те и другие имеют ограниченную возможность зарабатывать на жизнь. Одновременно вследствие своих ограниченных возможностей они ограничены и в возможностях посещать медицинские и социальные организации. Еще более ограничены их возможности в отстаивании своих прав, если таковые нарушаются. Эти ограничения почти непреодолимы, поскольку инвалиды и пожилые обычно очень зависимы от медицинских организаций и организаций социальной помощи, и обычно не рискуют вступать в конфликт. В результате получаемая ими помощь очень часто является «субстандартной».

### **2.1. Проблемы инвалидов, связанные с освидетельствованием**

Как упоминалось в разд. 1.6 в Российской Федерации число инвалидов огромно и фактически отражает баланс между сложностью получения инвалидности и привлекательностью

этого статуса. Поскольку в отдельные периоды государство прямо поощряло присвоение статуса инвалида неработающим пенсионерам и в другие годы – в последний раз в 2005 г. – ужесточало критерии для «снятия инвалидности» у максимального числа граждан, освидетельствование в МСЭК вызывает у граждан огромное недовольство.

В связи с этим Росздравнадзор (<http://www.roszdravnadzor.ru/about/news/12069>) провел проверки деятельности МСЭК, которые выявили, кроме прочего, следующее:

- рост числа обжалований решений первичных бюро, связанных с изменением критериев установления группы инвалидности, несогласием установления степени ограничения способности к трудовой деятельности;
- изменения решений по установлению группы инвалидности филиалами бюро МСЭ в порядке контроля. Это связано с тем, что направления на медико-социальную экспертизу из лечебно-профилактических учреждений иногда принимаются без соблюдения стандартов обследования больных;
- нарушения стандартов обследования больных, что приводит к необходимости дополнительного обследования, после чего принимается иное решение о группе инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности;
- недостаточный уровень квалификации специалистов МСЭ, приводящий к сложностям в определении критериев группы инвалидности и степени утраты трудоспособности;
- слабую материально-техническую базу федеральных государственных учреждений МСЭ. В ряде регионов помещения не отвечают санитарно-гигиеническим нормам и нормам размещения, что не позволяет обеспечить нормальные условия для работы специалистов;
- нарушения формирования экспертных составов, из-за неполной укомплектованности бюро МСЭ специалистами, что ведет к нарушению прав граждан при осуществлении МСЭ, в том числе при формировании индивидуальной программы реабилитации.

В «Лигу пациентов» только в московский офис ежедневно обращаются в среднем 5 человек с жалобами на решения МСЭК. При этом до 2006 года таких жалоб были единицы в год. Оспаривать решение МСЭК в суде практически бесполезно: суд не может сам установить инвалидность или трудоспособность, он лишь может отменить решение МСЭК (о таких решениях в России авторам доклада не известно), если для этого есть основания. Но новое решение принимает та же МСЭК – образуется замкнутый круг, который разорвать невозможно. Независимого органа (экспертного или правового), на мнение которого мог бы основываться суд в спорном случае, не существует.

## **2.2. Проблемы доступа к медицинской помощи**

Инвалиды и пенсионеры – самая большая группа населения, имеющая большую потребность в медицинской помощи и самые большие препятствия в ее получении. Во всех относительно благополучных странах эта группа населения получает привилегии в доступе к медицинской помощи в первую очередь. Даже в США, где система здравоохранения основывается на индивидуальном и коллективном страховании граждан, для всех лиц пенсионного возраста и больных тяжелыми заболеваниями, прежде всего – раком – существует национальная программа финансирования бесплатного доступа к полноценной медицинской помощи.

В России более или менее всеохватывающий доступ к лечению существует только для больных диабетом, что связано с немедленными летальными последствиями необеспечения их инсулином (при потребности в нем). Все остальные категории больных тяжелыми хроническими заболеваниями получают крайне ограниченную помощь. До последнего времени даже больные туберкулезом, не только имеющие высокую смертность, но и представляющие



огромную опасность для других граждан, не получали полноценной антибактериальной терапии. При этом в случае госпитализации больным оказывается некоторая помощь, которая обычно не соответствует современным стандартам ведения больных данным заболеванием. Если же больной не госпитализирован, то амбулаторно он имеет крайне ограниченный доступ к терапии и иным вмешательствам.

## Лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении

Формальное наличие бесплатного обеспечения лекарственными средствами (ЛС) инвалидов и больных отдельными заболеваниями никогда не было достаточным. Поэтому одной из мер улучшения положения «лиц, имеющих право на получение социальной помощи», обозначаемых неформально как «льготники», стала программа лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении<sup>25</sup>. Поскольку она формально не отменяла существующих условий оказания медицинской помощи, она была обозначена как «дополнительное лекарственное обеспечение» (ДЛО). В действительности эта программа заменяла разработанные в различной степени программы в регионах страны, несших до этого ответственность за лекарственное обеспечение «льготников». Теперь регионам предлагалось обеспечивать лекарствами только категории «льготников», не получающих ЛС в программе ДЛО, прежде всего – пенсионеров, ветеранов труда.

Объективно создание этой программы означало резкое увеличение объема средств в данном секторе. «Впервые был внедрен принцип назначения ЛС, исходя из медицинской целесообразности без ограничений по стоимости и количеству. Программа ДЛО позволила перейти от декларации государственных гарантий льготного лекарственного обеспечения к их практической реализации, смогла существенно повысить уровень качества жизни ее участников, благодаря массовому применению ранее недоступных для населения современных и высокоэффективных ЛС.»<sup>26</sup> В программу ДЛО вошло примерно 9% населения страны.

Реализация программы ДЛО оказалась крайне неподготовленной: ее ввели в действие в январе 2005 г. всего через полгода после объявления о ее существовании, она была скорректирована законодателем за месяц до начала реализации. Уже в январе 2005 г. тысячи пенсионеров вышли на улицы, протестуя против лишения их натуральных льгот, прежде всего на проезд. В попытке погасить протесты Правительство выделило значительные средства, в том числе и на ДЛО. Но это не спасло программы. Лишь четверть участников ДЛО не предъявляли жалоб на нее. Менее половины выписанных рецептов обеспечивались (Рис. 2-1), а те, что обеспечивались – только после неприемлемо длительного ожидания (Рис. 2-2). Не удивительно, что к осени 2005 г. примерно каждый четвертый из «льготников» воспользовался своим правом выйти из программы ДЛО со своими деньгами.

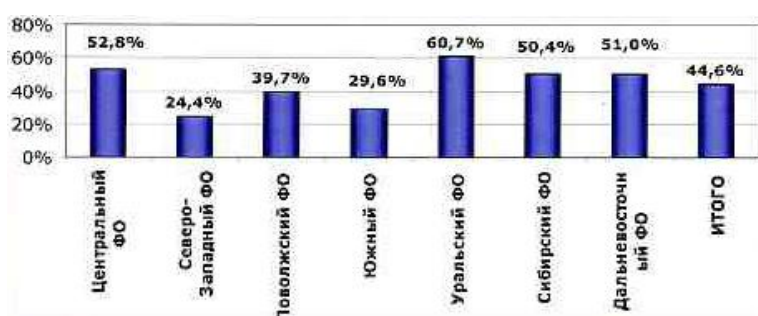


Рис. 2-1. Полнота погашения рецептов в ДЛО летом 2005 г. По данным DSM Group.

<sup>25</sup> Закон РФ №178-ФЗ «О государственной и социальной помощи»

<sup>26</sup> Из Решения Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре № 4/зр от 21.06.07. «О ситуации в программе ДЛО» <http://openmed.ru/?D=56>

В результате большинство лиц, потреблявших мало ЛС, из программы вышли в 2006 и, еще больше – в 2007 г. Оставшиеся нуждались в более дорогих ЛС. Удорожанию способствовала целенаправленная политика МЗСР, поощрявшая прописывание дорогих препаратов. В Перечне ЛС для программы ДЛО присутствовало множество дорогих препаратов, не имеющих доказанной полезности, а также препаратов, предназначенных для улучшения качества жизни, а не лечения. Возникло впечатление, что до краха программы в 2006 г. МЗСР делало все для того, чтобы «освоить» в программе максимально большие средства.

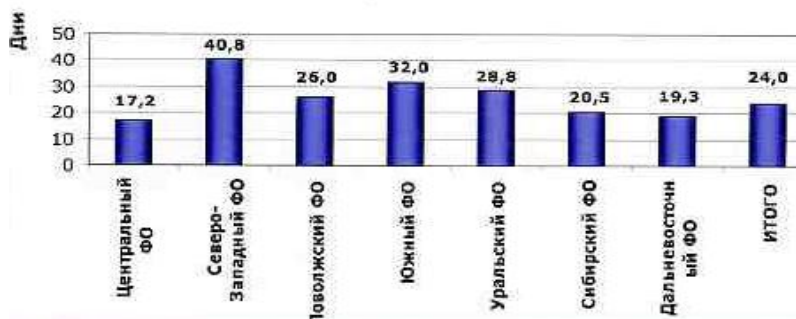


Рис. 2-2. Средний срок ожидания ЛС в ДЛО летом 2005 г. По данным DSM Group.

Качество обеспечения лекарствами только ухудшалось в 2006 и 2007 г. Если в Москве при опросах врачи отвечали, что их пациенты получают лекарства в ДЛО «почти всегда» в 55% случаев, то в Казани и С.-Петербурге только в 6-9% случаев (апрель 2006, Доклад Комкон-Фарма). По распространенным заболеваниям (кардиология, неврология) врачи отмечали, что их пациенты получают нужное ЛС в ДЛО редко или крайне редко в 1/3 случаев (Рис. 2-3).

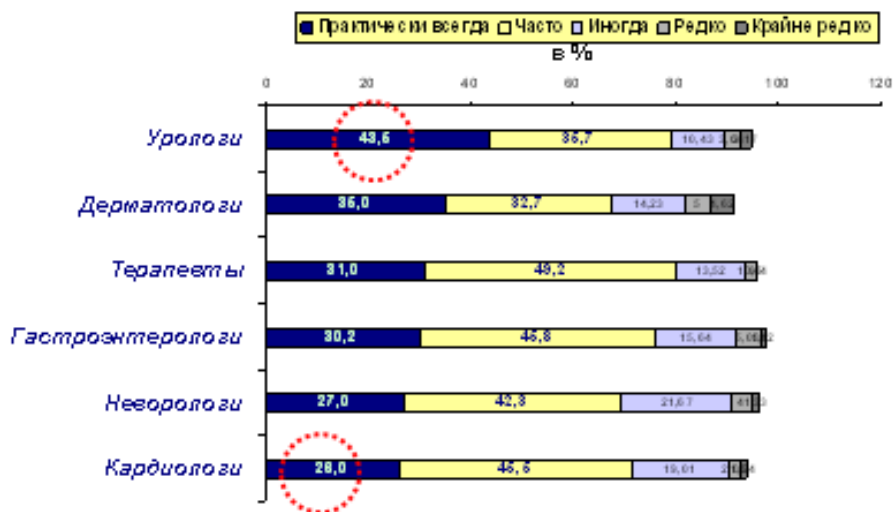


Рис. 2-3. Оценка врачами России в апреле 2006 г. доступности ЛС в ДЛО для их пациентов. Данные Comcon-Pharma.

В результате кризиса программы ДЛО, разразившегося в 2006 году, и повлекшего за собой обвалные задержки с выдачей рецептов, лекарств и даже поставок лекарственных средств, из программы вышло 67 % льготников<sup>27</sup>. Тем самым монетизация льгот сделала программу, по крайней мере, на 2/3 бессмысленной, если ее задачей было обеспечение нуждаю-

<sup>27</sup> Из Решения Общественного совета по здравоохранению и социальной защите Ассоциации работников правоохранительных органов РФ от 11 октября-6 ноября 2007 года  
[http://www.arpo.ru/council/content/decisions/resenie\\_osz\\_11\\_10\\_-\\_6\\_11\\_2007\\_final\\_a.doc](http://www.arpo.ru/council/content/decisions/resenie_osz_11_10_-_6_11_2007_final_a.doc)

щихся лиц лекарствами. Массовым выходом из программы население высказало недоверие государству в важнейшем вопросе лекарственного обеспечения.

Поскольку в 2006 г. на программу ДЛО было выделено средств значительно меньше, чем в 2005, поставщики не смогли получить возмещения за свои товарные кредиты и многие производители и дистрибьюторы стали сворачивать свою активность в программе ДЛО. Лекарства фактически стали еще менее доступными для «льготников», оставшихся в программе. МЗСР и ФОМС возложили ответственность за выписывание излишнего количества ЛС, в том числе очень дорогих, на дистрибьюторов и врачей, хотя никогда не было приведено доказательств вины врачей в сговоре с дистрибьюторами.

В 2007 г. Было принято решение передать реализацию программы ДЛО в регионы. Последним Правительство расписалось в своей неспособности реализовать планомерно присвоенные себе функции обеспечения «федеральных льготников». Неизменным остался сам принцип реализации программы лекарственного обеспечения как индивидуального социального пособия, подрывающий возможности «солидарного» финансирования медицинской помощи. По-прежнему средства федерального бюджета на лекарственное обеспечение в ДЛО пропускаются через каналы ФОМС. По-прежнему рекомендуемые объемы лекарственного обеспечения (в виде Перечня лекарственных средств...) не согласуются с запланированными в бюджете средствами. Можно полагать, что программу ДЛО в 2008 г. ожидают новые потрясения, а «льготников» - продолжение проблем. В ряде наиболее бедных регионов, где наиболее велика доля льготников, вышедших из программы ДЛО, уже в январе 2008 г. больным предлагают доплачивать за лекарственные средства, которые должны быть бесплатными в ДЛО.

## **Другие виды медицинского обеспечения**

Меньше внимания привлекают проблемы, связанные с получением инвалидами и пенсионерами помощи в стационарах, поскольку при пребывании в стационарах больные обязательно получают те или иные вмешательства. Эти вмешательства крайне ограничены финансовыми рамками. В 2008 г. на лекарственные средства (в зависимости от профиля отделения) приходится примерно 40-60 рублей в день, что совершенно недостаточно для проведения современной эффективной терапии. Эта ситуация лучше всего отражается в структуре расходов на закупки лекарственных средств больницами страны: до последнего времени на первом месте находится изотонический раствор хлорида натрия. Иными словами, средство, которое стоит в несколько сот раз дешевле, чем большинство действующих средств (антибиотиков, противораковых и иных препаратов), закупается в объемах, превышающих их по стоимости. Лишь невозможность для больных оценить качество получаемой помощи в совокупности с тем, что многие инвалиды и пенсионеры фактически госпитализируются без необходимости (см. разд. 1.9) сдерживают ситуацию от взрыва, несмотря на огромное количество жалоб (см. разд. 1.12).

В рамках социальной помощи «льготникам» как вид медицинской помощи предоставляется санаторно-курортное лечение. Ввиду периферийного интереса к этому виду помощи мы располагаем только данными Росздравнадзора об объемах услуг. К сожалению, затраты на этот вид помощи нельзя отнести к разряду вполне обоснованных. В условиях ограниченного финансирования здравоохранения санаторно-курортное лечение должно в первую очередь изыматься из числа услуг, финансируемых программами бесплатной помощи.

## 2.3. Доступ к медицинской помощи больных тяжелыми заболеваниями

Возникновение у человека тяжелого заболевания не только ставит под угрозу его трудоспособность и, соответственно, получение средств к существованию, но и угрожает потерей денежных накоплений, имущества. Во всем мире тяжелые заболевания являются самой частой причиной личных банкротств. Число людей, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями огромно. Значительная часть их при правильном лечении может сохранять трудоспособность, а при неправильном – становятся инвалидами, иждивенцами. Например, в России по официальным данным около 300 тысяч больных эпилепсией<sup>28</sup>, примерено 5000 страдают гемофилией<sup>29</sup>. В тоже время, существует высокая вероятность в России гиподиагностики эпилепсии: от 464 до 910 тыс. человек не знают о своем заболевании, не обращаются за помощью к эпилептологам, не лечатся и не попадают в статистическую отчетность<sup>30</sup>. Доля лиц, страдающих диабетом приближается к 2%, при этом данный показатель вероятно также недооценен.

### Тяжелые заболевания и катастрофические расходы

Не только редкие, но и распространенные заболевания могут служить причиной катастрофических расходов. Например, сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте среди причин смертности, а последствия инфарктов и инсультов значительно снижают качество жизни населения. В России ежегодно происходит почти полтора миллиона инфарктов и около миллиона инсультов, от чего ежегодно гибнут примерно 600 и 400 тысяч человек соответственно, еще большее количество людей стойко утрачивают трудоспособность. Одни лишь дорожно-транспортные происшествия приводят к примерено 30 тысячам смертей и более 100 тысячам травм ежегодно. Эти показатели на душу населения выше в 2-4 раза по сравнению с наиболее развитыми странами мира. Помимо большого количества предотвратимых смертей, инсульты, инфаркты и травмы приводят к инвалидизации и к потере трудового потенциала граждан нашей страны. Инсульты, например, примерно в 30% случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности, в основном из-за нарушений движений конечностей. Возникновение тяжелого заболевания немедленно ставит человека в тяжелое положение поскольку резко возросшая потребность в специализированной помощи, обычно не предоставляемой бесплатно, идет параллельно со значительным снижением (порой внезапным) уровня его дохода. Такая ситуация бывает часто не преодолима даже для семей с высоким уровнем дохода, не говоря уже о малоимущих семьях и семьях работников бюджетной сферы.

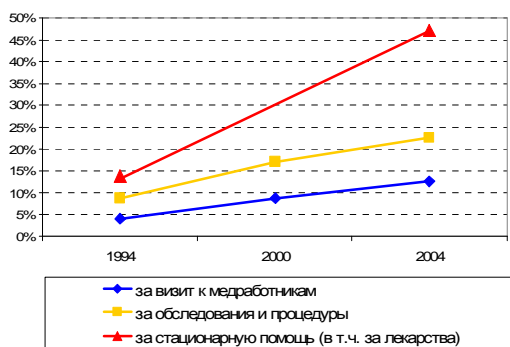
По мере нарастания платности медицинских услуг почти половина госпитализированных участвуют в оплате лечения (см. Рис. 2-4). Для того, что бы установить какой-то диагноз, людям чаще всего приходится обращаться в специализированные клиники. В тот же Тюменский кардиологический центр, где приём врача кардиолога для населения в будние дни стоит около 300 руб., в выходные дни около 600 руб. Данная сумма предусматривает приём кардиолога без каких либо дополнительных процедур. Та же электрокардиограмма стоит около 300 руб., т.е. для того чтобы пройти обследование больному надо оставить сумму в

<sup>28</sup> Министерство здравоохранения и социального развития, Госкомстат РФ, 2000. [www.gsk.ru](http://www.gsk.ru).

<sup>29</sup> <http://www.hemophilia.ru/aph/hemo.shtml>

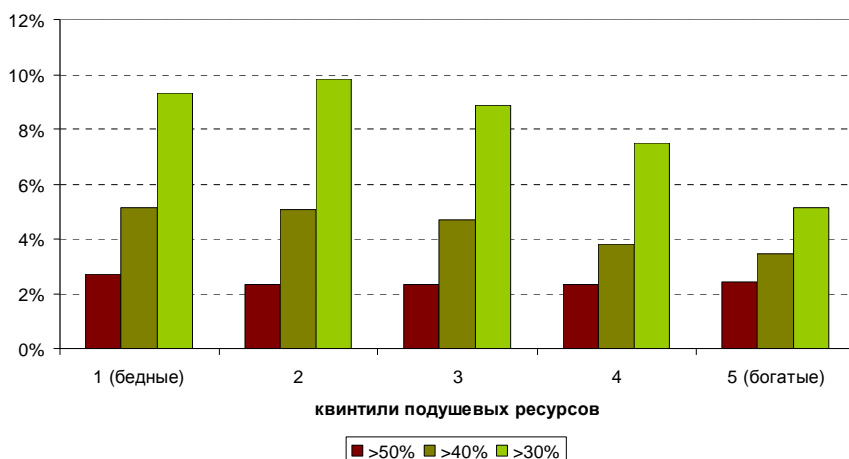
<sup>30</sup> Гехт А.Б. Эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты эпилепсии. Международная конференция "Эпилепсия - медико-социальные аспекты, диагностика и лечение". XI Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". Москва, 22 апреля 2004 г.

размере 2000-3000 рублей. Для пенсионеров, которые получают пенсию 3500-4000 руб. эта сумма не реальна. Люди элементарно не могут пройти хорошее обследование".<sup>31</sup>



**Рис. 2-4.** Доля больных плативших за различные виды медицинской помощи. Источник: «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения», 5 (1994), 9 (2000), 13 (2004) раунды, анализ С.В. Шишкина

Реальная ситуация такова, что цены вполне произвольны, и отражают только представления менеджеров больниц о способности граждан платить. Так «колебание (разница в разных учреждениях) цен на одни и те же услуги достигает, например, на компьютерную томографию головного мозга 4 раз, на коронарографию – 12 раз, на ангиографию – 15 раз».<sup>32</sup> Примерно 10% бедных домохозяйств вынуждены тратить до 30% доходов (за вычетом расходов на питание) на лечение, а более 2% и бедных и богатых домохозяйств затрачивают свыше 50% (Рис. 2-5).



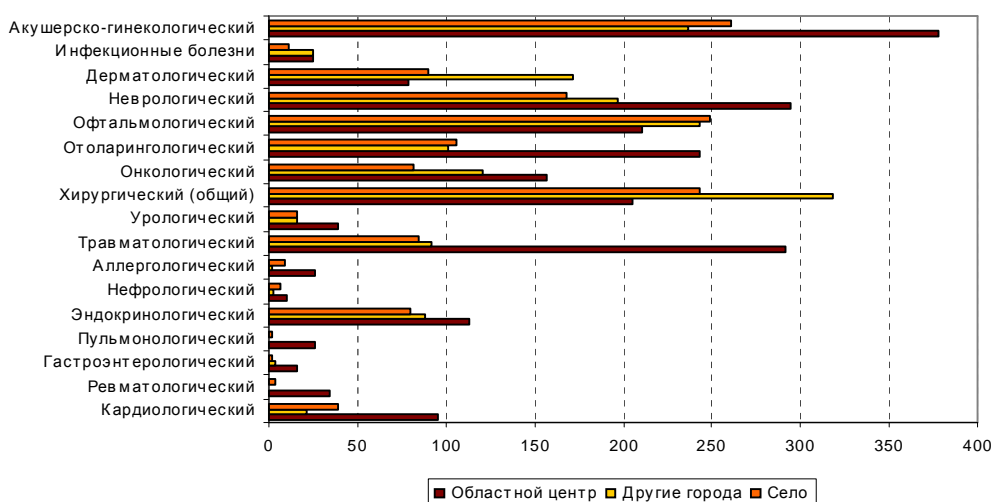
**Рис. 2-5.** Доля домохозяйств, для которых расходы на лечение превысили 50%, 40% и 30% в годовых доходах за вычетом расходов на питание. Источник: расчеты С.В. Шишкина по данным обследования НОБУС, 2003г

Вследствие необходимости платежей растут показатели неравенства. Например, жители сел имеют в разы более низкие шансы получить квалифицированную медицинскую помощь (Рис. 2-6). Создание ясных и прозрачных правил, наряду с серьезной комплексной реформой здравоохранения, необходимо для того, чтобы сгладить проблему неравенства досту-

<sup>31</sup> Из Отчета Благотворительного фонда развития города Тюмени О проведении исследования "Доступность услуг здравоохранения для бедных слоёв населения в городских условиях".

<sup>32</sup> Вишневский А.Г., Шейман И.М., Ясин Е.Г. и соавт. «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса», стр. 20, Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет», Комиссия Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, Москва, 13 декабря 2007 года.

па к дорогостоящей медицинской помощи в России и улучшить этот доступ для всех категорий граждан.



**Рис. 2-6. Количество посещений в 2006 г. врачами разных специальностей на 1000 застрахованных в регионе X, проживающих в разных типах населенных пунктов. Расчеты Кельмансона по данным страховой компании РОСНО-МС, 2006г**

Проблема доступности медицинской помощи тяжело больным приобретает также особую актуальность в связи с тем, что, как правило, эта категория людей представлена длительно страдающими больными, порой не имеющими физических и моральных возможностей отстаивать свое право на своевременную качественную помощь. Изменения психического статуса таких пациентов, связанные как с характером заболевания, так и со многими другими факторами и самим фактом тяжелого страдания<sup>33</sup> диктуют необходимость разработки особых подходов для улучшения качества жизни этой категории больных<sup>34</sup>.

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов включает гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета. Тем не менее, зачастую на назначаемое обследование и лечение за счет средств программы государственных гарантий существуют очереди. Ввиду невозможности длительного ожидания, связанного с объективными факторами, этих людей вынуждают получать дорогостоящие виды помощи за плату.

Для тяжело больных людей и инвалидов особую актуальность приобретает проблема физической удаленности медицинской помощи, особенно ярко выраженная в сельской местности. Нерешенная проблема обеспеченности удаленных территорий кадрами, изношенности оборудования порой ставит инвалидов в такие условия, когда они не могут получить положенную помощь ввиду невозможности добраться до областного центра, отсутствия транспорта или финансовых средств.

Как всегда бывает при оказании медицинской помощи, в ДЛЮ большая часть расходов программы направляется на обеспечение больных узким кругом тяжелых заболеваний, требующих дорогостоящего лечения. В попытке спасти программу ДЛЮ в 2007 г. было принято

<sup>33</sup> Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2003 May-Jun;12(3):119-26.

<sup>34</sup> Gosman-Hedström G, Claesson L, Blomstrand C. Consequences of severity at stroke onset for health-related quality of life (HRQL) and informal care: A 1-year follow-up in elderly stroke survivors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007 Sep 12 .

спорное решение вывести «дорогостоящие» заболевания в отдельную программу. Неизменным остался сам принцип реализации программы лекарственного обеспечения как индивидуального социального пособия, подрывающий возможности «солидарного» финансирования медицинской помощи. Наиболее ярко порочность этого подхода видна на примере эффективной противораковой терапии: при установлении диагноза больной получает инвалидность и, следовательно, право на «социальную поддержку»; при эффективной терапии он возвращается к работе и теряет инвалидность, а вместе с ней и право на социальную поддержку; цена препарата практически не позволяет покупать его на свои средства, в результате чего ремиссия прерывается. Такая же ситуация складывается с больными гемофилией и рядом других болезней.

Отсутствие научных принципов в основании программы может привести ее к тому же финалу, что и программу ДЛО: в список обеспечиваемых заболеваний включен рассеянный склероз, заболевание, которое является «дорогостоящим» только потому, что для его лечения принят бета-интерферон. Между тем, эффективность бета-интерферона при лечении рассеянного склероза совсем не доказана. Значит, огромные средства будут направлены неизвестно на что, возможно, просто впустую. С другой стороны, программа сформирована только под влиянием лоббизма. Иначе трудно объяснить, почему больным хроническим миелолейкозом лекарства обеспечиваются, а больным раком поджелудочной железы – нет.

Применительно к отдельным видам помощи, от которых буквально зависит жизнь больных, сохраняется катастрофическое положение. Прежде всего это касается больных с хроническими почечной и печеночной недостаточностью. Обеспеченность гемодиализом трансплантацией почек для больных почечной недостаточностью, в том числе диабетического происхождения, покрывают потребность лишь крайне незначительной части пациентов.

Нуждается в совершенствовании сама организация лекарственного обеспечения: отпуск льготных лекарств осуществляется лишь в единичных, порой достаточно удаленных аптеках, имеют место задержки поставок лекарств. Коммерциализация аптечной сети привела к тому, что при обилии коммерческих аптек больные, нуждающиеся в наркотических анальгетиках, могут получить их в единственной аптеке на другом конце города.

Организация социальной помощи инвалидам и ухода за такими категориями лиц также далека от совершенства. Стационары лечебных учреждений не укомплектованы младшим и средним медицинским персоналом, что не позволяет наладить должный уход за тяжело больными. В то же время в других странах вопросам повышения качества помощи инвалидам, находящимся на лечении как в медучреждениях так и на дому, уделяется все больше внимания<sup>35</sup>, а нормативно-регуляторная база направлена на решение прежде всего на решение их социальных проблем<sup>36</sup>. Часть одиноких тяжело больных пенсионеров и инвалидов в нашей стране пользуются на дому услугами социальных работников. Однако следует отметить, что система здравоохранения в России в отличие от зарубежных стран<sup>37</sup> не приспособлена к общению с пациентом через социального работника. В сфере оказания социальной помощи инвалидам в некоторых регионах России имеется положительный опыт привлечения неправительственных организаций, однако, администрации регионов пока не стремятся оказывать поддержку таким службам.

---

<sup>35</sup> McGuire A. Disability equality is now compulsory. Nurs Stand. 2006 Nov 29-Dec 5;21(12):26-7.

<sup>36</sup> Dimond B. Provision of community services for a patient with multiple sclerosis. Br J Nurs. 2006 Jul 13-27;15(13):707-8.

<sup>37</sup> Iecovich E. Client satisfaction with live-in and live-out home care workers in Israel. J Aging Soc Policy. 2007;19(4):105-22.



### 3. Доступ к медицинской помощи заключенных

Во всем мире состояние здоровья заключенных значительно отличается от общенациональных показателей, что связано с концентрацией в пенитенциарной системе неблагоприятной части населения, наличием в тюрьмах условий, облегчающих распространение инфекционных заболеваний и рядом других факторов. Эти проблемы не изолированы в тюрьме, так как большинство лиц, находящихся в местах лишения свободы рано или поздно возвращаются в общество. Поэтому, пенитенциарные учреждения представляют собой важный ресурс общественного здравоохранения, позволяя выявлять, проводить лечение и профилактику большой группы заболеваний в сложной целевой группе, нередко труднодостижимой для служб гражданского здравоохранения.

#### 3.1. Население мест заключения

До конца 90-х годов Российская Федерация занимала первое место в мире по числу заключенных на душу населения. Лишь судебная реформа позволила в 2000-2004 годах существенно снизить число заключенных и пальма первенства перешла США. На конец 2002 года, в 1014 учреждениях ГУИН Минюста РФ содержалось 877 тысяч человек, что соответствует относительному показателю 670 на 100 тысяч населения<sup>38,39</sup> (Рис. 3-1).

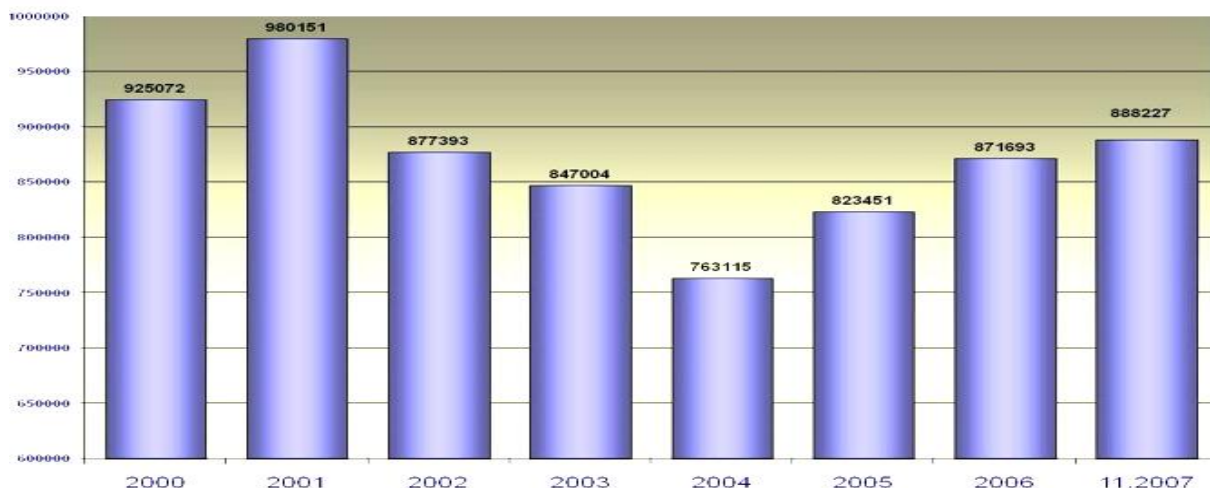


Рис. 3-1. Численность лиц, находящихся в местах лишения свободы<sup>40</sup>.

По состоянию на 1 декабря 2007 г. в учреждениях УИС содержалось 888,2 тыс. человек, в том числе в 766 исправительных колониях - 719,6 тыс., 216 следственных изоляторах, 7 тюрьмах и 160 помещениях, функционирующих в режиме следственных изоляторов - 157,7 тыс. человек, в 62 воспитательных колониях для несовершеннолетних - 10,7 тыс. человек. В учреждениях содержится 64,1 тыс. осужденных женщин, при женских колониях имеется 11 домов ребенка, в которых проживает 721 ребенок. Иными словами, возврат численности заключенных практически к прежним цифрам свидетельствует, как и многие другие показатели, о неэффективности реформирования.

<sup>38</sup> Абрамкин В. Тюремное население России и других стран. Проблемы и тенденции. РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003; 27

<sup>39</sup> Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект. 2003: Стат. сб./Госкомстат России М., 2003; 85

<sup>40</sup> ФСИН России



Вероятно, наиболее подробную социально-демографическую характеристику лиц в российских пенитенциарных учреждениях представляют материалы переписи заключенных, последняя из которых проводилась в 1999 году<sup>41, 42</sup>. Среди заключенных в РФ мужчины составили более 90%, женщины и подростки примерно по 4-5%. Более 85% заключенных принадлежали к возрастным группам 20-49 лет, причем около 60% имели возраст до 30 лет.

Образовательный уровень заключенных составил в среднем около 10 условных лет обучения. Примерно 20% российских заключенных имели профессиональное или высшее образование, около 75% - среднее образование, 5% - не имели обязательного неполного среднего образования. Более 90% лиц в российских пенитенциарных учреждениях признаны полностью трудоспособными. Однако, около 60% заключенных составили лица без определенных занятий, т.е. те кто не работал, не учился и не имел определенного источника дохода в период предшествующий аресту.

Значительная часть лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях имели очень слабые социальные связи и поддержку со свободы. Так около 70% заключенных не состояли в браке к моменту ареста. Среди состоявших в браке заключенных, у более чем 30% - семьи распались в период лишения свободы. Почти половина заключенных не получали никакой помощи со свободы, т.е. посылок, передач, денежных переводов. От 50 до 80% лиц, находящихся в следственных изоляторах за три месяца предшествующих переписи не имели ни одного свидания.

### **3.2. Состояние здоровья заключенных**

Как известно, смертность в Российской Федерации неприемлемо высока. Смертность осужденных в РФ примерно в 1,6 раза ниже национального показателя для населения аналогичного возраста, что обусловлено более низкой смертностью заключенных от сердечно-сосудистых заболеваний, а также от травм и отравлений – то есть двух ведущих причин смерти граждан РФ трудоспособного возраста наряду с практикой освобождения от отбытия наказания тяжелобольных. В тоже время, смертность осужденных от инфекционных и паразитарных болезней в 2,8 раза больше таковой для россиян трудоспособного возраста, а основные резервы для сокращения предотвратимой смертности заключенных в РФ заключаются в эффективном контроле туберкулеза.<sup>43</sup>

Около 85 тысяч человек в тюрьмах страдают туберкулезом (данные за 2005 год), 16% - страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. До четверти больных ТБ находящихся в пенитенциарном секторе были инфицированы ВИЧ и гепатитом В/С соответственно, что значительно выше инфицированности больных ТБ среди населения ( $p < 0,05$ ). Около половины (48,6%) заключенных употребляли наркотики, преимущественно внутривенно (88,3%)<sup>44</sup>. Заключенные чаще являлись наркоманами и ВИЧ-инфицированными по сравнению с гражданскими больными. 40% наркоманов признают использование общих игл. Около двух третей заключенных получали противотуберкулезную терапию в прошлом (многократные прерывистые курсы лечения) – значительно чаще, чем больные на свободе. Данный фактор является ведущим в развитии лекарственной устойчивости, что подтверждает

---

<sup>41</sup> Уголовно-исполнительная система России. Статистический сборник. МЮ, ГУИН 2003: 35

<sup>42</sup> Характеристика осужденных к лишению свободы. По материалам специальной переписи 1999 года. Под ред. Проф. А.С.Михлина М. Юриспруденция 2001; 464 с

<sup>43</sup> Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M. Prison health in Russia: the larger picture. J Public Health Policy. 2005 Apr;26(1):30-59.

<sup>44</sup> Drobniowski F, Balabanova Y, Nikolayevsky V, et al. Drug-resistant tuberculosis, clinical virulence, and the dominance of the Beijing strain family in Russia. JAMA. 2005 Jun 8;293(22):2726-31.

ется высокими уровнями лекарственно устойчивого ТБ45, 46. Употребление наркотиков и пребывание в местах лишения свободы – важные факторы риска распространения ТБ и ВИЧ. Необходимо внедрение стратегий предупреждения распространения этих инфекций, особенно среди группы внутривенных наркоманов. В целом, тюрьмы являются эпицентрами эпидемий ВИЧ и ТБ47.

Крайняя ограниченность информации о действительной частоте заражения ИППП, ВИЧ и парентеральными гепатитами внутри пенитенциарных учреждений требует проведения дополнительных исследований для оценки ситуации. Однако, наличие среди части заключенных рискованного поведения в условиях высокой распространенности этих инфекций, а также документированные внутритюремные вспышки ИППП/ВИЧ уже сейчас свидетельствуют о необходимости масштабного внедрения в УИС РФ профилактических программ. Согласно международному опыту и рекомендациям ВОЗ48 ключевые компоненты этих программ должны включать информирование о снижении риска инфицирования и обеспечение свободного доступа заключенных к презервативам/дезинфектантам, что требует относительно небольших финансовых затрат, но, к сожалению, нередко представляет собой серьезный вызов традиционному мышлению. Поэтому, для организации в УИС успешной и устойчивой профилактики ИППП/ВИЧ в первую очередь необходимо закрепление этих новых профилактических мероприятий в ведомственных актах уголовно-исполнительной системы для их интеграции в обычный порядок функционирования российских пенитенциарных учреждений.

### **3.3. Доступ заключенных к медицинской помощи**

Из условий содержания российских заключенных наибольшее влияние на их здоровье, вероятно, оказывает переполнение и недостаточная вентиляция многих учреждений УИС, что может увеличивать риск воздушно-капельных инфекционных заболеваний (в первую очередь туберкулеза). Существующие проблемы в обеспечении санитарных условий, а также слабая материально-техническая база медицинской службы многих российских пенитенциарных учреждений в основном обусловлены недостаточным финансированием УИС, которое неадекватно огромному количеству заключенных. Однако, большинство независимых экспертов сходятся в том, что в последние 5 лет в учреждениях УИС России отмечается значительное улучшение ситуации по материально-бытовому и медицинскому обеспечению заключенных. Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 131 больница различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 57 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией<sup>49</sup>.

Повышение экономической эффективности лечения туберкулеза в России может быть достигнуто за счет оптимизации методов лечения, более широкого использования амбулаторных подходов и стандартных курсов терапии. Все эти подходы важны для пенитенциарной системы. Из других приоритетов для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу следует отметить дальнейшее сокращение численности заключенных, усиление лабораторной базы, бесперебойное снабжение противотуберкулезными препаратами (в том

---

<sup>45</sup> Ruddy M, Balabanova Y, Graham C, et al. Rates of drug resistance and risk factor analysis in civilian and prison patients with tuberculosis in Samara Region, Russia. *Thorax*. 2005 Feb;60(2):130-5.

<sup>46</sup> Drobniowski F, Balabanova Y, Ruddy M, et al. Medical and social analysis of prisoners with tuberculosis in a Russian prison colony: an observational study. *Clin Infect Dis*. 2003 Jan 15;36(2):234-5.

<sup>47</sup> Sarang A, Rhodes T, Platt L, et al. Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative study. *Addiction*. 2006 Dec;101(12):1787-96.

<sup>48</sup> Тюрьмы, наркотики и общество. Согласованное заявление о принципах, политике и практике. Проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» и Группа Помпиду Совета Европы. 2001: 30

<sup>49</sup> <http://www.prison.org/penal/stat/stat110108.shtml>

числе и второго ряда), улучшение взаимодействия с гражданскими медико-социальными службами<sup>50</sup>.

Исходя из того, что инфицирование большинства ЛЖВС, содержащихся в российских пенитенциарных учреждениях произошло в 1999-2000 годах, можно ожидать, что к 2008 году ВААРТ будет необходима примерно 80% этих людей (т.е. около 30 тысяч человек при сохранении численности ВИЧ-инфицированных заключенных которая наблюдалась на 2003-2005 годы). Особое значение приобретает обеспечение непрерывности лечения ЛЖВС при их поступлении в или освобождении из пенитенциарного учреждения. В отсутствие широкого доступа к ВААРТ в пенитенциарных учреждениях и/или при нарушении преемственности со службой гражданского здравоохранения будет способствовать лишь выработке устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

Психические заболевания занимают лидирующие позиции в структуре болезненности в пенитенциарных учреждениях, а потребности российских заключенных в наркологической и психиатрической помощи многократно превосходят возможности учреждений УИС. Безусловно требуется значительное усиление психиатрической и наркологической служб, а также расширения лечебно-профилактических и реабилитационных программ<sup>51</sup>. Однако, в отсутствие надежной информации об адекватных формах помощи заключенным, страдающим психическими заболеваниями и/или наркоманией, представляется крайне затруднительным определить необходимые для этого ресурсы.

Остаются нерешенными многие старые проблемы. Медицинская служба является частью пенитенциарной системы и как ее подчиненное звено видит свою основную задачу в обеспечении режима содержания заключенных, а не в охране их здоровья. В целях экономии средств, в ущерб нуждам заключенных к исследованиям, диагностике и лечению заболеваний редко привлекаются государственные или муниципальные медицинские службы даже в случаях нарушения сроков приезда специалистов из межобластной больницы.

Необходимость в получении того или иного препарата или медикаментозного лечения очень трудно доказать, равно как и непредоставление лечения, так как действия медицинского работника является бесконтрольным. Близкие родственники пациента имеют право подать иск к тюрьме или колонии в суд по месту их нахождения либо по своему месту жительства, как им удобнее. В иске нужно указать, на основании каких документов человек нуждается в медпомощи и чего ему не предоставляют в местах заключения. Последнее требует доказательства, а единственное доказательство – медицинская карта, заполняемая работником, действия которого обжалуются. Для того, чтобы исключить возможность отражения в медицинской карточке больного лечебных мероприятий, которых в действительности больной не получал, следует законодательно предоставить право больным ставить свою подпись в медицинской документации с целью подтверждения получения тех или иных лечебных мероприятий.

По приблизительным оценкам только на 20% осуществляется лекарственное обеспечение медицинских учреждений мест лишения свободы от заявленной потребности. Отмечаются случаи использования просроченных лекарств. С целью предупреждения подобных фактов, необходимо законодательно закрепить норму предварительной демонстрации больному фабричной упаковки лекарства с указанием названия препарата и срока годности.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Справочник для руководителей программ. Всемирная организация Здравоохранения. М.: «Права человека» 2002: 208

<sup>51</sup> Mental health promotion in prisons. WHO "Health in prisons" project, Hague, 1998: 16

<sup>52</sup> «Доступность услуг здравоохранения в пенитенциарных учреждениях», доклад, 2007 г. Княжева И. И. Акимова И.

Отсутствует возможность получения медико-социального пакета лицам, отбывающим наказание в учреждениях УИС и имеющим право на получение социальной помощи. Практически не работают нормы закона, согласно которым осужденные, подозреваемые и обвиняемые могут получить дополнительную платную медицинскую помощь.

Не разработан механизм получения лечения в муниципальных системах здравоохранения, или лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения, согласно ст. 124, приказ от 3 ноября 2005 №205 «Об утверждении правил внутреннего распорядка исправительных учреждений».

Основная проблема в СИЗО для заключенных – это получение лечения, если заболевание не относится к социально-значимым, так как главной целью для медицинского персонала СИЗО является точная диагностика заболевания у заключенного для предупреждения попыток симуляции в целях смягчения приговора, а также определение и лечение больных с социально-значимыми заболеваниями, несущими опасность для окружающих (туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания и т.д.).

Следует учитывать и тот факт, что в то время как на свободе широко распространено самолечение простыми препаратами устраняющими симптомы (например, болеутоляющими и противовоспалительными средствами) в условиях заключения такой возможности как правило нет. Законодательно не прописан механизм приобретения заключенными лекарственных средств за свой счет, в случае отсутствия помощи родственников.

В тоже время, вероятно многие болезненные симптомы у заключенных (головные боли, одышка, нехватка воздуха) вызваны прежде всего условиями их содержания – спертый воздух, перенаселенность жилых камер и комнат, постоянный шум<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Калинин Ю. И. Российская пенитенциарная система: прошлое, настоящее, будущее. Преступление и наказание. 2003

## 4. Доступ к медицинской помощи бездомных и лиц, не имеющих местной регистрации

В России по разным оценкам от полутора до четырех миллионов бездомных людей. Обзор нормативных актов, принятых органами государственной власти Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, а также органами местного самоуправления, однозначно свидетельствует, что в вопросах правового регулирования оказания населению бесплатной медицинской помощи интересы людей, как граждан так и не граждан России, не зарегистрированных по месту жительства никак не учитываются. В результате этого бездомные повсеместно подвергаются выраженной дискриминации. Существующая в России система нормативных актов, регулирующих оказание населению бесплатной медицинской помощи, сформирована без учета реальных условий существования значительной части бездомных. Организация бесплатной медицинской помощи для бездомных граждан не является сколько-нибудь важным приоритетом для органов государственной власти и органов местного самоуправления.

### 4.1. Количество бездомных

Сколько именно бездомных в России не известно. Министерство внутренних дел располагает данными о 300 тысячах - тех, кого доставляли в милицейские отделения и составляли на них протоколы. Но по данным генерала МВД А. Алексеева в России четыре с половиной миллиона бомжей<sup>54</sup>. Причем около ста тысяч - только в Москве. По данным Константина Казанцева, директора центра социальной адаптации бездомных «Люблино», сегодня в России от 1,5 до 4,2 млн бездомных – то есть до 3% наших соотечественников! По его данным, наибольшая концентрация бездомных наблюдается в больших городах, прежде всего в Москве – около 75 тысяч человек - и в Санкт-Петербурге – около 50 тысяч<sup>55</sup>.

### Определение бездомности

«Бездомные» люди в официальных, в том числе нормативных, документах обозначаются как «лицо без определенного места жительства», ключевым в котором является понятие «место жительства».

В соответствии со ст. 2 Закона РФ от 25 июня 1993 г. N 5242-I «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации», место жительства – это жилой дом, квартира, служебное жилое помещение, специализированные дома (общежитие, гостиница-приют, дом маневренного фонда, специальный дом для одиноких престарелых, дом-интернат для инвалидов, ветеранов и другие), а также иное жилое помещение, в котором гражданин постоянно или преимущественно проживает в качестве собственника, по договору найма (поднайма), договору аренды либо на иных основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Таким образом, место жительства в российской правовой системе – это не всякое место (пустырь, сквер, чердак, сарай или подвал), а конкретное *жилое* (т.е. соответствующее установленным для жилых помещений санитарным и техническим нормам) помещение, в котором человек постоянно или преимущественно проживает. Наличие прав на нахождение на этой жилой территории, которые возникли у человека в силу договора (приватизации, ку-

<sup>54</sup> МВД предлагает реанимировать "советскую" статью о наказании за бродяжничество. Интервью. <http://www.flyfind.ru/news/334653.html>

<sup>55</sup> Бомж или бездомный: социальный портрет современного странника. <http://www.miloserdie.ru/index.php?ss=1&s=5&id=170>

пли-продажи, дарения, аренды и т.п.) является ключевым с точки зрения правовой составляющей понятия «место жительства». Именно в таком помещении, в котором гражданин постоянно или преимущественно проживает как правообладатель, он обязан зарегистрироваться.<sup>56</sup>

Поскольку место жительства всегда конкретно и неопределенным быть не может, сократив бюрократический эквивалент слова «бездомный» до «лицо без места жительства» мы получим определение бездомности, данное И. Карлинским в отчете о легальных аспектах бездомности<sup>57</sup>: Бездомный – это гражданин, не имеющий жилого помещения, на которое он обладает правом собственности или иным имущественным правом, и, как следствие, не имеющий возможности зарегистрироваться по месту жительства.

## **Институт регистрации**

Конституция Российской Федерации провозглашает равноправие в качестве одного из базовых (основополагающих) принципов российской правовой системы: «Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств».<sup>58</sup>

Влияние института регистрации по месту пребывания и по месту жительства на возможность реализации прав и свобод, регламентируется частью 2 ст. 3 Закона РФ от 25 июня 1993 г. N 5242-I «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации», где наряду с обязательностью регистрации по месту пребывания и по месту жительства предусмотрено, что «регистрация или отсутствие таковой не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации, Конституциями и законами республик в составе Российской Федерации». Однако нетрудно заметить логический диссонанс, который существует между этим постулатом и частью первой той же статьи, где сказано, что регистрационный учет граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства вводится «в целях обеспечения необходимых условий для реализации гражданином Российской Федерации его прав и свобод». При этом, ключевой вопрос И. Карлинским поставлен в докладе «Легальные аспекты бездомности»: не до конца понятно, введена ли регистрация «в целях обеспечения необходимых условий реализации гражданином Российской Федерации его прав и свобод» и, следовательно, является ли регистрация необходимым условием, без которого реализация прав и свобод невозможна.

## **Схожие группы риска**

В частично схожей ситуации находятся нелегальные трудовые мигранты из стран ближнего и дальнего зарубежья; лица, ищущие убежище; граждане России, имеющие место жительства, но по тем или иным причинам ведущие образ жизни, который характерен для различных групп бездомных. Граждане России, которые, не имея регистрации по месту жительства, имеют регистрацию по месту пребывания, также являются схожей группой риска. С ограничением прав на медицинскую помощь, в особенности не экстренную, сталкиваются и

---

<sup>56</sup> Обязанность граждан регистрироваться по месту жительства установлена частью второй ст. 3 Закона РФ от 25 июня 1993 г. N 5242-I "О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации".

<sup>57</sup> И. Карлинский. Возможность реализации бездомными конституционного права на медицинскую помощь. Анализ законодательства. Неопубликованный отчет. 2007.

<sup>58</sup> Конституция Российской Федерации. Часть 2 ст. 19

внутренние временные и незарегистрированные мигранты, точное количество которых установить проблематично, однако по некоторым данным их количество составляет около 2 миллионов, и люди находящиеся в другом регионе, например на отдыхе<sup>59</sup>.

## 4.2. Тотальная дискриминация бездомных

Самое пристальное внимание следует обратить на то, как в нормативно-правовых актах описывается субъект права. Законодатели повсеместно используют понятия, по сути означающие регистрацию по месту жительства. Так, кроме формулировок типа «граждане, зарегистрированные по месту жительства на территории ...» или «граждане, место жительства которых находится в ...», используются аналогичные по значению формулировки «жители ...» или «граждане, проживающие в ...»<sup>60</sup>. Как правило, законодатели не дают определения понятиям «жители» и «проживающие». Для правоприменителя это порождает некоторую неопределенность, которую он решает путем приравнивания этих понятий к понятию «зарегистрированные по месту жительства».

## 4.3. Бездомность и здоровье

Среди бездомных доля лиц, имеющих, по их словам, инвалидность, составляет 11,6% от числа опрошенных<sup>61</sup>. 1,7% респондентов сообщили, что имеют первую группу инвалидности, 3,9% - вторую рабочую, 4,1% - вторую нерабочую и 1,9% - третью. Среди женщин об инвалидности сообщила почти каждая шестая (18%), среди мужчин – каждый девятый (10,5%). Половину всех бездомных, сообщивших о наличии у них инвалидности, составляют респонденты в возрасте 50-60 лет. Скорее всего, инвалидность устанавливалась до момента потери жилья и регистрации. Однако справка об инвалидности есть лишь у 5,2% опрошенных бездомных.

Среди бездомных, имеющих паспорт гражданина РФ, сообщения о наличии инвалидности встречаются в полтора раза чаще (17%), среди имеющих полис ОМС – вдвое чаще. Среди имеющих полис ОМС почти каждый третий респондент сообщил о наличии инвалидности. Можно предположить, что в случае, если обеспечение бездомных необходимыми документами (паспортами, полисами ОМС и т.п.) будет организовано должным образом, то уровень установленной инвалидизации приблизится к уровню объективной (реальной) инвалидизации и может, по крайней мере, удвоиться.

---

<sup>59</sup> Семенов Ф.М. Вопросы здравоохранения в процессе интеграции мигрантов. / Сборник материалов XV и XVI Московско-берлинских международных семинаров по актуальным проблемам миграции. Под ред. Ю.А. Архипова. Правительство Москвы, Сенат Берлина, М.: 2007

<sup>60</sup> Такие формулировки можно встретить и в текстах, и в названиях нормативных актов. Например: Постановлением Администрации Ростовской области от 18.12.2006 N 487 было утверждено Положение о порядке обеспечения жителей Ростовской области дорогостоящими (высокотехнологичными) видами медицинской помощи за счет средств областного бюджета; Постановлением Администрации Курской области от 27 декабря 2006 г. N 137 утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Курской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год; Администрацией муниципального образования г. Губкинский (Ямало-Ненецкий автономный округ) было издано Постановление от 09.11.2006 года № 145 «О порядке оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории города Губкинский, высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения и специализированных медицинских учреждениях других субъектов Российской Федерации»; в ст. 3 Закона Калининградской области от 23.10.2000 N 265 (в ред. от 12.07.2006) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека в Калининградской области», определяющей сферу действия этого закона, сказано: «Действие настоящего Закона распространяется на граждан Российской Федерации, проживающих на территории Калининградской области, и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность на территории Калининградской области, независимо от их ведомственной подчиненности и формы собственности».

<sup>61</sup> Эта величина близка к средним значениям по взрослому населению.

В среднем каждое пятое обращение за медицинской помощью бездомных, сообщивших о наличии у них инвалидности, завершилось отказом (19,4%). Такая ситуация является одной из причин того, что около трети респондентов (35%), сообщивших о наличии у них инвалидности, за медицинской помощью не обращались.

Почти половина (40%) участвовавших в исследовании бездомных сообщили, что проходили проверку на туберкулез. При этом 33,3% от общего массива опрошенных (или 83% от числа обследованных на туберкулез) отметили, что туберкулез у них не выявлен. У 6,7% общего массива опрошенных (или у 16,8% бездомных, обследованных на туберкулез) туберкулез был выявлен. То есть, среди обследованных бездомных туберкулез обнаружен у каждого шестого. Респонденты, сообщившие о наличии диагноза туберкулеза или предполагающие его наличие, оказываются в значительно худших социально-бытовых и санитарных условиях. Среди них менее половины (45-47%) имеют возможность еженедельно помыться, в то время как большинство (соответственно, 55% и 59%) имеют такие возможности эпизодически - раз в месяц или реже. Регулярно горячую пищу имеет лишь пятая часть больных туберкулезом и каждый десятый из числа предполагающих наличие туберкулеза. Глубоких исследований состояния здоровья бездомных в России не проводилось. Однако данные других стран, а также социально-экономические и гигиенические условия существования этой группы и особенности образа жизни (высокий уровень насилия, преступных действий и др.) позволяют уверенно предположить среди них большую распространенность травм, отравлений, обморожений, инфекций, передаваемых половым путем, психических и среди женщин – гинекологических болезней.

#### 4.4. Доступность медицинской помощи и регистрация

Для оценки доступности медицинской помощи для бездомных необходимо оценить, служит ли регистрация по месту жительства *необходимым* условием реализации права на медицинскую помощь, т.е. условием, без которого оказание медицинской помощи невозможно, а также служит ли отсутствие такой регистрации основанием для ограничения этого права. Привязка механизма реализации права к наличию места жительства (через регистрацию или напрямую), по сути дела, означает введение имущественного ценза на доступ к механизмам реализации права. В связи с этим, оценивая бездомных как потенциальных получателей медицинской помощи, необходимо понять, обладают ли они хотя бы минимальным набором необходимых документов.

Согласно данным крупного межрегионального исследования<sup>62</sup>, охватившего в основном представителей «придонного» слоя, паспорт гражданина России имели только 33,4% бездомных<sup>63</sup>, временное удостоверение гражданина РФ – 0,2%, а полис обязательного медицинского страхования – 14,9% (лишь каждый седьмой). Не имели совершенно никаких документов 38,2% опрошенных бездомных.

Почти 26% бездомных, сообщивших об отсутствии у них документов, получали отказ при обращении за медицинской помощью. Среди бездомных, имеющих паспорт гражданина РФ и обращавшихся за медицинской помощью, отказы получали 13,5%, а среди тех, у кого нет паспорта гражданина РФ – в полтора раза больше (21,5%). Среди имеющих полис обязательного медицинского страхования (ОМС) с отказом столкнулись 8% бездомных, а при его отсутствии доля отказов возросла до 21%.

<sup>62</sup> Межрегиональное исследование «Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности». Аналитический отчет. СПб., 2006.

<sup>63</sup> Полученные исследователями данные о наличии у бездомных паспортов совпадают со статистическими результатами многолетних наблюдений, проводимых, в частности, московским медико-социальным пунктом организации «Врачи без границ» (см.: Невидимые обитатели улиц. – М.: Врачи без границ, 2004. С. 6).



Таким образом, подавляющее большинство представителей так называемого «придонного» слоя бездомных не имеет хотя бы одного из двух документов, имеющих значение при решении вопроса получения медицинской помощи, а значительная часть (более трети) не имеют никаких документов.

## **Бездомные и система обязательного медицинского страхования**

Взносы в систему ОМС платятся либо работодателем, либо региональным бюджетом в зависимости от места проживания. Даже для официально работающих бездомных, таким образом, остается не до конца понятным, где по месту жительства они имеют право получить полис, как доказать право на получение полиса именно в данном учреждении. По данным уже упоминавшегося межрегионального исследования постоянную работу имеют только 2,8% представителей придонного слоя бездомных.<sup>64</sup> Доля бездомных, не достигших трудоспособного возраста, и доля бездомных, достигших пенсионного возраста, суммарно составляют 10,3%. Доля лиц, имеющих, по их словам, инвалидность, составляет 11,6% от числа опрошенных. Данных о том, какова доля бездомных, работающих по официально заключенным договорам гражданско-правового характера, нет, но вряд ли эта доля превышает долю бездомных имеющих постоянную официальную работу.

Таким образом, есть основания полагать, что доля официально (постоянно или по гражданско-правовым договорам) работающих представителей придонного слоя бездомных, чье участие в программах обязательного медицинского страхования оплачивается за счет налогов с заработной платы (в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования) составляет примерно до 10%. Поэтому логично будет рассматривать доступность для бездомных программ обязательного медицинского страхования в том сегменте, который касается неработающего населения и оплачивается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления из средств соответствующих бюджетов.

Право на получение услуг в системе ОМС имеют «лица, неидентифицированные по объективным причинам», к которым среди прочих причислены «лица - граждане Российской Федерации без определенного места жительства *при условии наличия паспорта и свидетельства о регистрации по месту пребывания* на территории субъекта федерации»<sup>65</sup>. (замечание И. Карлинского: «К процитированной норме возникает вопрос: это как надо стараться, чтобы не идентифицировать гражданина «при условии наличия паспорта и свидетельства о регистрации по месту пребывания»?)

Пункт 6.3. Правил обязательного медицинского страхования граждан в Ленинградской области<sup>66</sup> содержит следующую норму: «Неработающие граждане при изменении *постоянного места проживания* должны возвратить полученный ими полис и получить другой полис *по новому месту постоянного жительства*». Аналогичная норма содержится в пункте 6.3. Правил обязательного медицинского страхования на территории Орловской области<sup>67</sup>,

<sup>64</sup> Среди женщин – 3,3%, среди мужчин – 2,7%, среди имеющих паспорта – 5,9%, среди не имеющих паспортов – 1,3%.

<sup>65</sup> Утверждены, например, постановлением Правительства Нижегородской области от 01.02.2005 года N 14. В настоящее время действуют в редакции постановлений Правительства Нижегородской области от 11.05.2006 N 163, от 23.08.2006 N 273, от 18.01.2007 N 10, Постановлением Правительства Пермского края от 22.12.2006 года N 99-п., Постановлением администрации Тамбовской области от 28.12.2006 года N 1547, Пунктом 6.3. Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан (утв. Федеральным фондом ОМС 3 октября 2003 г. N 3856/30-3/и), Законом Республики Башкортостан от 14.07.1993 N ВС-18/38, от 07.06.1999 N 4-з, от 04.03.2002 N 304-з, от 02.12.2002 N 368-з, от 28.04.2004 N 78-з, от 06.12.2004 N 124-з, от 03.11.2006 N 363-з.

<sup>66</sup> Утверждены постановлением Губернатора Ленинградской области от 20 июня 2000 г. N 265-пг. В настоящее время действуют с изменениями от 23 июля 2001 г., 7 апреля, 3 мая 2005 г., 30 июня 2006 г.

<sup>67</sup> Утверждены постановлением Коллегии Орловской области от 19 января 2007 N 14

пункте 6.3. Правил обязательного медицинского страхования граждан Пензенской области<sup>68</sup> и др.

По сути дела такое требование означает, что в случае утраты гражданином места жительства его полис ОМС становится недействительным, а новый он получить не может. Прекращение действия договоров ОМС при перемене застрахованным гражданином места жительства предусмотрена и непосредственно в самих договорах. Так пункт 22 применяемого в Пензенской области типового договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан<sup>69</sup> гласит: «**Действие страховых полисов, выданных в соответствии с настоящим договором, прекращается... в случае... *изменения застрахованным лицом места жительства***».

Перечисленные выше примеры наглядно показывают, что бездомные либо вовсе не могут быть застрахованы в системе ОМС и получить соответствующий полис, либо процедура их страхования обставлена такими дополнительными условиями, которые невыполнимы для большинства.

Степень доступности для бездомных разных видов медицинской и медико-социальной помощи на разных территориях различна и зависит от степени понимания властями проблемы и желания ее решать. Необходимо отметить, что территориальные фонды ОМС оплачивают не только медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, но и в ряде предусмотренных законодательством случаев помощь, оказанную незастрахованным. Поэтому, несмотря на то, что бездомные не имеют возможности включиться в программы ОМС в качестве застрахованных лиц, им в случаях, предусмотренных законодательством, теоретически может быть доступна медицинская помощь на средства ОМС. В ряде случаев нормативно-правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными актами органов местного самоуправления предусматривается оказание бездомным медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов. Однако спектр видов медицинской помощи, доступных бездомным, как правило, весьма узок и ограничен помощью, оказываемой при острых, угрожающих жизни состояниях.

## **Бездомность и первичная помощь**

Закон Воронежской области от 09.12.2002 года N 77-ОЗ «О здравоохранении в Воронежской области» в ст. 25 п.1 предусматривает, что «первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование, другие мероприятия, связанные с оказанием медико-санитарной помощи гражданам **по месту жительства**», а ст. 28 п.2. того же Закона гласит: «**Деятельность медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, осуществляется по территориальному принципу** в целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам **по месту их жительства**».<sup>70</sup>

<sup>68</sup> Утверждены Постановлением Правительства Пензенской области от 1 февраля 2005 г. N 55-пП. Действуют в ред. Постановления Правительства Пензенской обл. от 27.06.2005 N 314-пП.

<sup>69</sup> Утвержден Постановлением Правительства Пензенской области от 5 ноября 2002 г. N 515-пП.

<sup>70</sup> Закон Воронежской области от 09.12.2002 года N 77-ОЗ «О здравоохранении в Воронежской области» (в ред. законов Воронежской области от 16.07.2004 N 34-ОЗ; от 28.12.2005 N 92-ОЗ; от 07.12.2006 N 101-ОЗ; с изм., внесенными законами Воронежской области от 05.01.2003 N 1-ОЗ; от 31.12.2003 N 75-ОЗ; от 27.12.2004 N 93-ОЗ; от 28.12.2005 N 97-ОЗ; от 28.12.2006 N 121-ОЗ).

Это положение буквально дословно повторено в ст. 26 п.10 Закона Курской области от 9.12.2004 года N 67-ЗКО «О здравоохранении в Курской области».<sup>71</sup>

Ст. 32 Закона Тверской области от 24.06.1999 года N 65-ОЗ-2 «О здравоохранении Тверской области»<sup>72</sup> называется «Амбулаторно-поликлиническая помощь». В ней сказано: «1. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, которая может быть оказана без госпитализации пациента в больничную организацию, оказывающую стационарную помощь. 2. **Деятельность амбулаторно-поликлинических организаций и учреждений строится по территориальному принципу с целью обеспечения доступности медицинской помощи гражданам по месту их жительства».**

Оценивая эти нормы на предмет дискриминации бездомных следует уточнить: дискриминация бездомных возникает не в связи с тем, что в законодательстве прописаны механизмы, обеспечивающие доступность медицинской помощи для граждан, имеющих место жительства и соответствующую регистрацию, а в связи отсутствием в нем норм, которые обеспечивали бы равную с ними возможность получения медицинской помощи бездомным гражданам. Положения указанных актов не универсальны, они предусматривают предоставление медицинской помощи гражданам, имеющим место жительства и регистрацию, но не обеспечивают возможности получения первичной медико-санитарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи бездомными гражданами. Если бы кроме указанных норм в них присутствовали и нормы обеспечивающие бездомным возможность беспрепятственной реализации конституционного права на получение медицинской помощи, универсальность закона в плане охвата всех граждан в каждый конкретный момент времени находящихся на соответствующей территории могла бы существенно повыситься. Однако таких норм в них нет.

### **Доступность специализированной и лекарственной помощи для бездомных.**

В Самарской области за счет фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено оказание бездомным только экстренной и неотложной медицинской помощи (п. 8.3. Положения о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области, утвержденного правлением ТФОМС Самарской области и правительством Самарской области 29 декабря 2006 г.).<sup>73</sup>

При наличии паспорта беременным бездомным гражданкам России может быть выдан родовой сертификат. Оценивая это, следует учесть тот факт, что две трети бездомных не имеют паспортов и, следовательно, вероятность того, что значительная часть беременных бездомных женщин не смогут получить родовые сертификаты, очень велика.

Возможность получения необходимых лекарств имеет решающее значение в комплексном лечении большинства заболеваний. Именно в связи с этим органы власти вынуждены принимать меры для обеспечения медикаментами тех групп населения, которые не могут обеспечить себя необходимыми медикаментами за счет личных средств. Типичным примером является льготное обеспечение лекарственными средствами больных социально значимыми

---

<sup>71</sup> В 2007 г. закон действует в редакции законов Курской области от 19.10.2005 N 66-ЗКО; от 06.10.2006 N 63-ЗКО; от 22.12.2006 N 87-ЗКО; от 22.12.2006 N 98-ЗКО.

<sup>72</sup> Действует в ред. Законов Тверской области от 30.05.2000 N 107-ОЗ-2, от 27.11.2003 N 75-ЗО, от 08.07.2004 N 43-ЗО, от 13.12.2006 N 128-ЗО

<sup>73</sup> «Жителям Самарской области, не имеющим полиса по действующему в отношении него договору ОМС, а также лицам без определенного места жительства оказывается только экстренная и неотложная медицинская помощь» (выделено мной – И.К.).

заболеваниями. И в этом вопросе бездомные граждане подвергаются тотальной дискриминации. Иллюстрацией может служить выдержка из документа:

«Основанием для бесплатного лекарственного обеспечения являются:

- а) **паспорт с наличием постоянной регистрации на территории области** или иной документ, удостоверяющий личность;
- б) страховой полис обязательного медицинского страхования;
- в) медицинская карта амбулаторного больного, содержащая диагноз заболевания;
- г) рецепт, выписанный врачом на основании документов, поименованных в пунктах "а", "б", "в".»

Доступность медицинской помощи напрямую связана с вопросом проезда к месту ее оказания и обратно. Поэтому, оценивая доступность для бездомных граждан медицинской помощи, необходимо исследовать вопрос о возможности такого проезда.

Вопросы, связанные с проездом малоимущих граждан и льготников к месту лечения и обратно, относятся к сфере социальной помощи и регулируется соответствующим законодательством. К сожалению, предусматривая механизмы социальной поддержки, законодатели увязывают их с наличием места жительства на той или иной территории, не предусматривая альтернативных механизмов, которыми могли бы воспользоваться бездомные.

Зачастую проблема обеспечения бездомным гражданам возможности реализации конституционного права на получение медицинской помощи не осознается властями как важная, требующая внимания. Из-за такого отношения при разработке планов и концепций развития системы здравоохранения бездомные в соответствующих документах, как правило, не упоминаются вовсе, либо упоминаются лишь в разделах, посвященных описанию проблем связанных с заболеваниями социального характера (туберкулез; заболевания, передающиеся половым путем, и пр.). Собственно планы по созданию, развитию и совершенствованию системы оказания медицинской помощи бездомным и созданию условий для доступа бездомных к общим механизмам, которыми для получения медицинской помощи пользуется основная масса населения, у властей отсутствуют и, как следствие, в указанных документах не описываются.

«Сформированная законодательством Санкт-Петербурга система учета бездомных разделила всех бездомных граждан, находящихся в Санкт-Петербурге на «своих», имевших последнее место жительства (прописки) в Санкт-Петербурге (Ленинграде), и всех прочих - «чужих» «Чужие» бездомные, а также «свои» бездомные, которые по тем или иным причинам, например, из-за отсутствия паспорта, не прошли учет в Городском пункте учета, большинства таких возможностей лишены. Амбулаторная помощь оказывается им только во врачебном медпункте на базе больницы № 30 им. С.П.Боткина, что в условиях такого большого города явно не соответствует принципу линейной доступности, а стационарная медицинская помощь оказывается им только по экстренным показаниям, поскольку оформить документы, необходимые для плановой госпитализации они без документов и доступа к поликлинической сети не могут.

Аналогичная проблема существует в Москве. Один медицинский пункт для бездомных на такой город – это катастрофически мало. Кроме того, значительная удаленность порождает возникновение для бездомных еще одного порога – финансового: оплата проезда к месту оказания помощи и обратно, а также трата значительного времени, которое могло бы быть использовано для добывания средств существования. У бездомных из придонного слоя в такой ситуации возникает две дилеммы: потратить деньги на проезд или на еду; потратить время на проезд или заработать на кусок хлеба. Далекое не всегда бездомный из низкодоход-

ной группы (придонного слоя) решит эти дилеммы в пользу поездки в медпункт. Результатом этого является возникновение более тяжелых запущенных форм заболеваний, их хронизация, а также инвалидизация бездомных. По сути дела, в Санкт-Петербурге положение с доступностью медицинской помощи для «чужих» бездомных, а также «своих» бездомных, которые по тем или иным причинам не прошли учет в Городском пункте учета, немногим отличаются от положения в других городах России.»<sup>74</sup>

#### **4.5. Неформальные факторы, препятствующие получению помощи бездомными**

На возможность получения медицинской помощи влияет также отношение медицинского персонала к представителям придонного слоя бездомных и практика «неформальных» платежей. Есть все основания полагать, что сотрудники лечебно-профилактических учреждений не испытывают большого эстетического наслаждения от общения с лицами, соответствующими укоренившемуся в общественном сознании образу «бомжа» (грязный, вонючий, вшивый и т.п.). В связи с этим вероятность отказа в предоставлении медицинской помощи бездомным, имеющим соответствующие образу «бомжа» признаки, увеличивается, особенно при наличии формальных препятствий (например, при отсутствии документов).

По данным указанного выше исследования, во всем объеме сообщений представителей придонного слоя бездомных о местах ночлега (727 сообщений), жилые помещения составляют лишь 36,4%, а в качестве первого упоминания (являются наиболее вероятным местом ночлега) – лишь 27,8%. Преобладающими являются сообщения о таких местах ночлега, которые определенно нельзя отнести ни к жилым, ни к благоустроенным (60%). В их числе технические помещения (27,6%), помещения служебного характера и общего пользования (20,6%), нежилой фонд (11,7%). Т.е. большая часть представителей придонного слоя бездомных, ночует в помещениях, не приспособленных или недостаточно приспособленных для соблюдения правил личной гигиены. В результате более трети бездомных лишены возможности соблюдать принятые в обществе правила личной гигиены в части водных процедур, около половины – не имеют возможности стирать свою одежду.

Указанные данные говорят о выраженном гигиеническом неблагополучии представителей придонного слоя бездомных. В этих условиях большое значение имеет вопрос наличия и достаточности у лечебно-профилактических учреждений возможностей для санитарной обработки таких граждан при их обращении (поступлении).

---

<sup>74</sup> И. Карлинский. Возможность реализации бездомными конституционного права на медицинскую помощь. Анализ законодательства. Неопубликованный доклад. 2007

## 5. Доступ к медицинской помощи бедных и безработных

В соответствии с законодательством Российской Федерации наличие у гражданина постоянной работы или отсутствие таковой, размер его дохода не должны влиять на порядок и качество предоставляемой медицинской помощи. Тем не менее, как показано более детально в разд. 1.8, наличные формальные и неформальные платежи выступают в качестве важного условия получения помощи, в особенности за пределами первичного звена.

Категория «бедных» граждан является неоднородной. В нее помимо традиционно упоминаемых групп – бездомных, безработных (здесь необходимо сделать оговорку, что далеко не все граждане, официально безработные, являются бедными; в то же время наличие официальной зарплаты работника не свидетельствует о его удовлетворительном материальном положении, что затрудняет оценку численности группы лиц с истинно низкими доходами) можно вполне обоснованно отнести пенсионеров, учащихся высших и средних специальных заведений, членов многодетных и неполных семей, лиц, проживающих в сельской местности и занятых в сельскохозяйственном труде, а также довольно большую категорию работников бюджетной сферы (учителей, работников культуры и др.). Многие категории этих граждан (например, жители села и неполные семьи) лишены какой-либо социальной поддержки со стороны государства, а дохода работников бюджетной сферы едва хватает на потребительскую корзину. Часто требуемая в лечебных организациях плата за реактивы при обычном лабораторном исследовании или за лекарства на короткий курс терапии уже ложится тяжелым бременем на бюджет семьи.

Число таких людей не может быть указано с точностью. Статистика уровня жизни в стране находится в недоразвитом состоянии. Ее показатели не только ненадежны, но еще и специально искажены заниженной величиной минимальной оплаты труда, стоимости минимальной потребительской корзины. По разным оценкам их около половины населения страны и из них около 10% крайне бедны, т.е. не способны приобрести достаточно пищи (Рис. 5-1). По данным Росстата в последние годы доля граждан России, живущих на доходы ниже прожиточного минимума составляет 15-17%. Среди детей эта доля выше примерно в 2 раза.

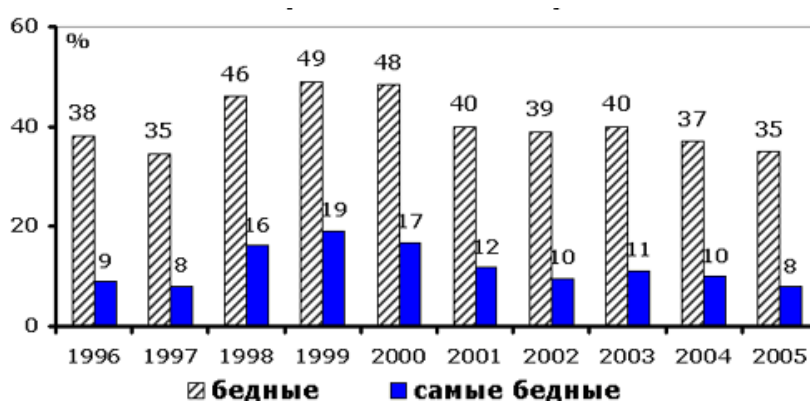


Рис. 5-1. Доля бедных в % от численности взрослого населения. По: Левада-центр. Динамика бедности в России <http://www.levada.ru/dynamicabed.html>

Статистика занятости примерно столь же неполна и приукрашена. Регистрация безработных официально приводит к получению цифр почти на порядок заниженных по сравнению с получаемыми по международно признанной методике (Рис. 5-2).

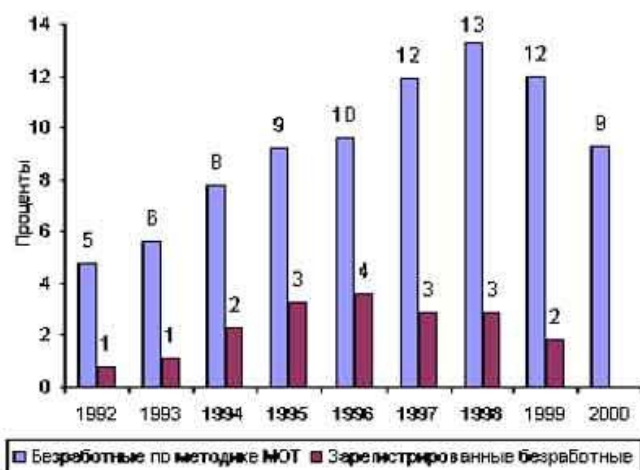


Рис. 5-2. По: Л. Овчарова Кто считается бедным в России? Русский Архипелаг 29.05.2001

Все лица с доходами ниже черты бедности и даже несколько превышающими ее не могут справиться с выплатами, необходимыми для доступа к медицинской помощи. Анализ жалоб граждан, опыта граждан при получении помощи и свободных сообщений в интернете показывает, что при получении доступа к высокотехнологичной помощи, в том числе по квотам регионов, предоставляемым МЗСР, от больных требуются доплаты в разной форме в размере нескольких тысяч долларов. Это делает получение высокотехнологичной помощи практически недоступным половине населения, несмотря на то, что она формально оплачена из бюджета и должна быть бесплатной для больного.

Существующая система частичного возмещения затрат на медицинскую помощь (в частности, на лекарства из средств ОМС, или на лекарство и платную медицинскую помощь через возврат налогов) слишком сложна для пациента, отсрочена во времени, и, главное, не покрывает «неформальные» платежи.

## 6. Доступ к медицинской помощи жителей удаленных местностей

Во всех системах здравоохранения большой проблемой является обеспечение доступа к медицинской помощи лицам, проживающим вне больших населенных пунктов. В СССР эта проблема решалась созданием сети маломощных лечебных учреждений, врачебных и фельдшерских участков. В комплексе на эту цель работали социальные льготы медицинским работникам, проживающим на селе, относительно дешевая, хотя и примитивная транспортная цепь, принудительное направление выпускников медицинских вузов в первичное звено здравоохранения, в том числе на село. Как можно полагать сейчас, качество этой помощи было невысоким, но доступность была хорошей.

В процессе трансформации социальной системы и вследствие бедности системы здравоохранения в первую очередь закрывались маломощные медицинские учреждения, обычно не обеспеченные врачами, размещенные в помещениях без воды, современного отопления и канализации. Процесс сокращения сельской сети здравоохранения продолжается донныне. Ухудшению доступности медицинской помощи на селе способствовали упразднение законом ФЗ 122 ряда социальных льгот для врачей, ранее присутствовавших в национальном законодательстве, и почти полная коммерциализация междугородних перевозок, уничтожение фельдшерско-акушерских пунктов из-за невозможности их лицензировать (не выдерживают принятых лицензионных требований).

Несмотря на то, что в ряде программ, например, в программе развития высокотехнологичной медицинской помощи, присутствует обеспечение расходов граждан на проезд к месту лечения, транспортная проблема остается главной. Для жителей удаленных мест проезд даже для простого обращения к врачу представляет проблему. Для некоторых людей такая поездка требует более одного дня, что превращает обращение к врачу в затруднительное, затратное предприятие. Обратим внимание на то, что транспортные расходы при обращении к врачу не возмещаются нигде и никогда. Обращение к специалисту в специализированном учреждении здравоохранения тем более затруднено, поскольку для этого обычно необходимо ехать в областной центр.

Низкие доходы жителей села по сравнению с горожанами хорошо известны. Безденежье резко ограничивает возможности людей совершать поездки и платить даже минимальные «взносы» за доступ к специалистам в областных центрах. При необходимости в высокотехнологичном вмешательстве, финансируемом в национальной программе, где проезд к месту лечения оплачивается, от больного или его родственников, тем не менее, требуется целый ряд поездок для контакта с лечебными учреждениями в областном центре и с управлениями здравоохранения. Большинство жителей села не могут позволить себе проезд в Москву или С.-Петербург даже с последующим возмещением расходов.

Для обеспечения права граждан, проживающих в удалении от медицинских организаций, где они получают помощь, необходимо создание механизма возмещения транспортных расходов. Для наиболее уязвимых слоев населения необходимо использовать механизмы получения предоплаченного билета для проезда или организации бесплатной доставки к месту лечения. Развитие службы перевозки больных при этом должно учитывать то, что ряд больных живут в условиях затрудненной транспортной доступности и имеют ограничения по возможности самостоятельного передвижения. Необходимо отметить, что на настоящий момент транспортировка больных нередко осуществляется автомобилем «скорой помощью», в чем обычно нет необходимости. Кроме того, развитие первичного звена здравоохранения, особенно в формате семейной медицины, с приданием ряда организационных функций первичному звену, будет способствовать повышению доступности медицинской помощи и грамотному клиническому менеджменту.



## 7. Доступ к медицинской помощи детей, матерей и многодетных семей

Здоровье матерей и детей в России не может считаться удовлетворительным, так как показатели, например материнской и младенческой смертности в несколько раз выше, чем в наиболее развитых странах. В тоже время, дети и матери не вносят значительного вклада в преждевременную смертность, и основные приоритеты с точки зрения здоровья должны быть ориентированы на другие целевые группы. Отрадно, что показатели детской смертности постоянно улучшаются, несмотря на утверждения многих медиков о неуклонном ухудшении заболеваемости у детей в России. Этим показателям можно доверять лишь с осторожностью, поскольку, начиная с советских времен, неблагоприятные статистические показатели здоровья детей объявлялись секретными и не представлялись в международные организации. До сих пор в сравнительных исследованиях детского здоровья Россия предстает белым пятном: нет сведений о частоте дефицита массы тела у детей и матерей, неизвестна частота задержки развития в результате недоедания.

В России не решены проблемы структурных диспропорций и проблема применения неэффективных, устаревших технологий. Акушерская помощь излишне медикализована, что объясняется избытком стационарных мощностей и недостаточной квалификацией акушерского персонала. Например, во многих районах до 100% всех женщин госпитализируются во время беременности «на сохранение», в то время как абсолютно доказано, что постельный режим, как и подавляющее большинство остальных применяемых вмешательств, не снижают риск самопроизвольного аборта.

Одновременно с этим, почти нигде не применяются простые и эффективные технологии ведения родов, рекомендованные ВОЗ, описанные в рекомендациях по безопасному материнству, такие как партнерские роды и совместное пребывание. Проблема совершенствования клинических технологий и реструктуризации сектора не может быть решена «изнутри», самой акушерской службой при нынешней системе финансовых стимулов. Неспособность системы к саморегуляции связана с конфликтом интересов вызванным, как нежеланием сокращения количества рабочих мест в акушерской службе, в частности в стационарах, так и наличием ряда источников неформальных доходов у работников системы, таких как плата за роды пациентами и стимулы создаваемые фармацевтическими фирмами.

В России ежегодно рождается почти полтора миллиона детей. Примерно четверть из них рождается вне официально зарегистрированного брака. С 1999 отмечается небольшой рост рождаемости. Дети до 16 лет в России составляют менее 20% от всего населения. Количество многодетных семей точно неизвестно, так как с 1997 года, после принятия новой редакции Закона "Об актах гражданского состояния", сбор информации о том, каким по счету родился ребенок у матери, был упразднен. Согласно переписи населения 2002 года, три ребенка имели 5,6 миллиона женщин, четыре - 1,6 миллиона, пять - 845 тысяч, шесть - 370 тысяч, семь и более детей - 490 тысяч<sup>75</sup>.

Младенческая смертность в России на 2005 год составляла 11 на 1000 живорожденных<sup>76</sup>, что в два с небольшим раз больше, чем в наиболее развитых странах. Известно, что российские данные по младенческой смертности занижены примерно на треть<sup>77</sup>. Перинаталь-

<sup>75</sup> По данным начальника управления статистики населения Федеральной службы государственной статистики (Росстат) И. Збарской: Труд, № 060; 06.04.2006 <http://www.trud.ru/issue/article.php?id=200604060601003>

<sup>76</sup> Госкомстат. "Здравоохранение России". Москва, 2006

<sup>77</sup> Danishevski K, Balabanova D, McKee M, et al. Inequalities in birth outcomes in Russia: evidence from Tula oblast. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005 Sep;19(5):352-9.

ная смертность (т.е. смерть в первые 7 дней после рождения), почти всегда происходящая в родильном отделении, в России составляет примерно 2/3 всей смертности детей. Материнская смертность в 2005 году в России 25 на 100 000 живорожденных, что опять же в 4-5 раз больше показателей наиболее развитых стран.

Принято считать, что в России не существует проблем с доступом к медицинскому обслуживанию для беременных. Согласно статистике, большинство женщин рожают в медицинских условиях и неоднократно посещают медицинские учреждения в предродовой период. Незначительное число женщин не пользуются медицинскими услугами, например те, кто прибегает к нелегальным абортam и не состоит на учете в женских консультациях до родов. Известно, что роженицы имеют примерно те же проблемы с получением родовспомогательной помощи, что и другие люди, не имеющие местной регистрации. Мало изучена ситуация с доступностью медицинской помощи для различных меньшинств и уязвимых групп; не вполне ясно, кто в реальности и к каким медицинским услугам получает доступ<sup>78</sup>. Исследование репродуктивного здоровья в России показало, что оплата в разных формах производится более чем в половине случаев родов<sup>79</sup>. Многократные аборты свидетельствуют о том, что предоставляемые услуги по консультированию после абортов недостаточны, что может означать существование сильных финансовых стимулов у медиков проводить это вмешательство.

Исследования свидетельствуют о проблемах в использовании методов контрацепции, в частности, из трети 14-20-летних россиян, живущих половой жизнью, 42,6% не использовали презерватив при последнем половом контакте. Более 16% людей, состоящих в браке, признают внебрачные контакты, при этом 83,5% из них не пользуются презервативами<sup>80</sup>. Несмотря на большое количество исследований в области репродуктивного здоровья, остается неясным, почему недостаточно используются современные методы контрацепции и какие меры могут стимулировать ответственное поведение (знания, удобство, доступность, выбор, качество). Недостаточно сведений о том, являются ли цена и доступность препятствиями для использования эффективной контрацепции.

Существует проблема неэффективности системы в связи с большим числом медицинских учреждений, низкой эффективностью использования койки и избытком низкооплачиваемого персонала с невысоким уровнем мотивации. Например, несмотря на значительный спад уровня рождаемости в 1987 году, не произошло урезания коечного фонда в родильных отделениях. Вместо того, чтобы закрыть родильные дома, чрезмерные по всем параметрам даже до снижения уровня рождаемости, послеродовые койки, которые стало невозможно заполнить, были перепрофилированы в койки для патологической беременности. В связи со сменой специализации палат и отделений резко возросли число и сроки госпитализаций по поводу "патологической беременности", что приводит не только к необоснованной трате ресурсов, но и угрожает здоровью<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> Rivkin-Fish M. "Change yourself and the whole world will become kinder": Russian activists for reproductive health and the limits of claims making for women. *Med Anthropol Q.* 2004, Sep; 18(3). P. 281-304.

<sup>79</sup> David PH, Bodrova V, Avdeev A, et al. Women and Infant Health Project Household Survey 2000. Report of Main Findings – WIN project. USAID/Russia and John Snow Inc. (JSI), December, 2000.

<sup>80</sup> Vannappagari, V. "Monitoring Sexual Behavior in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 2001-2003." Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina. April, 2004.

<sup>81</sup> Danishevskiy K.D. Reduction of child and maternal mortality and MDG+ for health in Russia. In. Report on Human development in Russia. UNDP. 2005

## 7.1. Меры, предпринятые в России для улучшения положения детей, матерей и многодетных семей

В качестве основных мер необходимо отметить четыре: повышение пособий, формирование материнского капитала, введение родовых сертификатов, оснащение родильных отделений и переподготовка акушерского персонала в рамках национального проекта «Здоровье». Повышение пособий гражданам, имеющим детей является однозначно положительной тенденцией. В конце 2006 года Государственная Дума РФ приняла поправки в федеральные законы "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей", согласно которым ежемесячное пособие по уходу за детьми до полутора лет увеличивается до 1,5 тысяч рублей по уходу за первым ребенком и до 3 тысяч рублей по уходу за вторым и последующими детьми до достижения ими возраста 1,5 года. Для матерей, которые подлежат обязательному социальному страхованию, устанавливаются пособия в размере 40% их среднего заработка или денежного довольствия военнослужащих за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу наступления отпуска по уходу за ребенком. Кроме того, размеры этих пособий будут определяться с использованием районных коэффициентов. Также вводится принципиально новый вид пособия - единовременная выплата при передаче ребенка на воспитание в семью (8 тыс. руб). На единовременную выплату может рассчитывать один из усыновителей, опекунов или попечителей.<sup>82</sup> Хотя пособия и не имеют прямого отношения к доступности медицинской помощи, их рост способен облегчить материальное положение семей и, косвенно, улучшить доступ к медицинской помощи, в том числе, к официально платной. К сожалению, детские пособия выплачиваются нерегулярно, и даже после решения суда их не всегда удается получить.

С 1 января 2007 года вступил в силу Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», в соответствии с которым при появлении второго или последующего ребенка семья получает право на получение материнского (семейного) капитала в размере 250 тыс. руб. Потратить эти средства можно будет на образование детей, улучшение жилищных условий семьи или формирование накопительной части пенсии, но не ранее чем по достижению ребенком трехлетнего возраста. Планируется индексировать материнский капитал в соответствии с уровнем инфляции. В то время, как с точки зрения ряда экспертов попытки подкупа граждан с целью заставить их рожать могут рассматриваться, как не совсем этичные, в целом закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» можно считать разумным и продуманным, способствующим улучшению положения семей с двумя и более детьми.

Введение с 1 января 2006 года во всех регионах Российской Федерации родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи. Родовой сертификат (с 2007 года) включает в себя три талона, предназначенные для оплаты услуг, 1) оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе; 2) оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах; и 3) с 2007 года в родовой сертификат включен талон №3, для оплаты услуг детской поликлиники по диспансерному наблюдению ребенка в первый год жизни. Учреждения здравоохранения передают эти талоны в отделения Фонда социального страхования. Дополнительные к обычному бюджетному финансированию средства учреждения получают за каждую пациентку при условии, что роды завершились благополучно. В этом случае, за дородовое ведение с 2007 года женская консультация получает 3000 рублей, родильное отделение 6000 рублей, и детская поликли-

<sup>82</sup> Российская газета. 15 ноября 2006 г. <http://www.rg.ru/2006/11/15/posobie-rebenka-anons.html>

ника 1000 рублей. В 2006 году по родовым сертификатам учреждения родовспоможения получили из федерального бюджета 9,1 млрд. руб.

При том, что 1) женщины не имеют никакой возможности осознанно выбрать учреждение, в котором ей оказываются услуги по ведению беременности и родов, в силу отсутствия информации о клинических исходах в учреждениях здравоохранения России 2) не в состоянии объективно оценить качество оказанных им услуг и 3) теоретически не имеют право не отдавать талоны на каждом этапе лечения, необходимо признать, что в ряде случаев родовой сертификат выполняет свою функцию. Во-первых, женщины иногда все же не отдают талон родового сертификата, в случае если они недовольны оказанными им услугами, вопреки установленным правилам. Совершенно непонятно почему выбор оставить талон или нет, не был оставлен за женщиной. Во-вторых, женщины получили несколько более широкие права выбора медицинских учреждений. Правда, при этом может возникать дискриминация женщин, не имеющих родовой сертификат на руках.

Как заявила директор департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗСР О. Шарапова, выступая в Москве на II конгрессе перинатальной медицины «В России будет создана сеть перинатальных центров, на строительство которых в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" в 2008-2009 годах выделяются средства в размере 20 млрд рублей»<sup>83</sup>. Таким образом, как предполагается, будут ликвидированы проблемы несовершенство материальной базы службы родовспоможения.

В тоже время, практически ничего не делается для совершенствования технологий ведения беременности и родов, в то время как именно с неэффективными, а порой и опасными клиническими практиками связаны основные проблемы неудовлетворительных показателей здоровья матерей и детей.

## **7.2. Что необходимо для улучшения здоровья матерей и детей**

В то время, как на начальных этапах национального проекта «Здоровье» здоровье матери и ребенка выделялось в качестве приоритета, в последствии больше внимание уделялось двум другим приоритетам: развитие первичной и высокотехнологичной помощи.

Для того, чтобы снизить уровень перинатальной смертности, необходимо повысить уровень выживаемости новорожденных путем развития современных стандартов акушерской помощи (предродовой и перинатальной) и улучшить предоставляемую поддержку женщинам из неблагоприятной социальной среды, в том числе направленную на обеспечение достаточного питания, здорового образа жизни (в основном в отношении безопасного секса), предотвращение курения и потребления алкоголя, желательно начиная с периода подготовки к беременности. В то же время необходимы дальнейшие усилия по внедрению международного определения живорожденности, согласно совместному постановлению Министерства здравоохранения и Госкомстата № 380/190 от 04.12.1992, которое до настоящего времени выполняется не полностью.

Причины высокой детской смертности, особенно в более поздних периодах, требуют тщательного и детального эпидемиологического изучения. Важно не допустить ситуации, в которой «хвост виляет собакой», так как младенческая смертность и смертность детей до пяти лет – это в первую очередь показатели работы системы здравоохранения и государственных институтов социального обеспечения. Однако было бы неправильно переоценивать цель снижения смертности детей до пяти лет, так как ее достижение не приведет к существенному

---

<sup>83</sup> <http://national.invur.ru/index.php?id=1787>

улучшению здоровья населения в странах с переходной экономикой и может отвлечь власти и общество от других более важных задач, среди которых, в частности, смертность взрослых. Кроме этого, в России известна масса примеров манипуляции данными по младенческой смертности, и в случае, если этому показателю будет уделяться чрезмерное внимание, мы можем столкнуться с ещё более высоким уровнем занижения данных.

Снижение материнской смертности на три четверти в соответствии с Целями Развития Тысячелетия будет иметь незначительное влияние на здоровье населения России. Тем не менее, это важный показатель качества здравоохранения и здоровья населения в целом. В целях дальнейшего снижения уровня материнской смертности и улучшения материнского здоровья в целом необходимо повысить безопасность беременности, родов и аборт, сократить число аборт, снижать количество нелегальных аборт. Методы ведения беременности, родов и аборт должны быть приближены к международным стандартам. Улучшение практики осложняется за счет ограниченного доступа к международной медицинской литературе и неразвитой системы мотивации. Также требуется принятие мер, направленных на повышение доступности помощи уязвимым группам населения. Количество аборт может быть сокращено путем использования соответствующих методов планирования семьи, для чего необходимо повышать информированность и доступность этих методов для населения. Дальнейшие исследования, в том числе с применением социологических методов, требуются для изучения состояния репродуктивного здоровья, особенно подростков, и определения способов улучшения материнского здоровья.

### **7.3. Доступность медицинской помощи детям**

Медицинская помощь во время беременности, родов и раннем антенатальном периоде, определяющие будущее развитие и здоровье ребенка, во многом определяется социально-экономическими факторами, местом проживания родителей (в частности, город или село), образованием матери и другими факторами<sup>84</sup>. Несмотря на то, что в России осуществляется социально-экономическая политика по охране материнства и детства, включающая комплекс мероприятий по оказанию помощи во время беременности и родов, диспансеризации детей, по-прежнему остаются нерешенными многие проблемы здоровья детей.

В целом можно отметить, что дети, страдающие острыми и хроническими заболеваниями, сталкиваются с теми же проблемами получения медицинской помощи, что и взрослые. Несмотря на то, что первичная медицинская помощь для детей в целом является достаточно доступной, система педиатрической помощи свои задачи выполнять в полной мере не может уже потому, что она катастрофически не укомплектована врачами-педиатрами. Радикальное улучшение доступа детей к медицинской помощи возможно при широком обеспечении доступа к семейным врачам, прошедшим соответствующую подготовку. Дети имеют возможность получения высокотехнологичной медицинской помощи по месту жительства и в федеральных учреждениях за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. Тем не менее, длительное ожидание бесплатного для пациента лечения и обследования часто вынуждают получать эти услуги вне очереди за высокую плату. При этом стоимость такого лечения и обследования настолько высока, что наносит существенный ущерб бюджету семей даже со средним уровнем дохода. Ситуация усугубляется тем, что ввиду тех или иных причин широко распространено необоснованного назначения большого количества обследований якобы для подтверждения или исключения заболевания у ребенка.

---

<sup>84</sup> Say L., Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context, WHO, 2007

Как было отмечено руководителями службы по охране материнства и детства, в настоящее время в большей степени остается неудовлетворенной потребность в реабилитационных услугах и восстановительном лечении детей с неврологическими заболеваниями, некоторыми психосоматическими расстройствами, болезнями органов чувств, опорно-двигательной системы<sup>85</sup>. Это приводит к тому, что важный этап восстановительного лечения, в том числе после сложных хирургических операций, либо не проводится вообще или откладывается во времени, либо осуществляется за плату родителей.

Обеспечение тяжело больных детей льготными лекарствами, а также предоставление других льгот возможно лишь в случае наличия инвалидности. Однако случаи необоснованного отказа в инвалидности детям также имеют место.

Уязвимыми с точки зрения реализации права на здоровье являются отказные дети, дети-сироты, проживающие в домах ребенка и домах-интернатах. Эти дети зачастую страдают многими врожденными аномалиями, пороками развития, а также имеют последствия вынашивания нежелательной беременности. Несмотря на то, что в учреждениях, где проживают такие дети, организовано оказание первичной медицинской помощи<sup>86</sup>, ряд нерешенных социально-экономических проблем, связанных с несбалансированным питанием, организацией досуга, а также психологическими факторами отражаются негативно на здоровье этих детей и увеличивают риск развития многих социально-обусловленных заболеваний.

Наиболее уязвимыми с точки зрения доступности медицинской помощи являются дети улиц. Во всем мире - как в развитых так и развивающихся странах - эта категория детей считается проблемой как для исследователей так и для лиц, принимающих решения<sup>87</sup>. В России численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на 01.01.05 г. составила 2,1% от общей численности всех детей в возрасте от 0 до 18 лет<sup>88</sup>. Для сравнения, по данным Всемирного Банка, к 2000 г. в Англии эта цифра составляла 0,5%, США – 0,69%, Германии – 0,89%<sup>89</sup>. В России доля детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей значительно варьирует по регионам - от 0,44% до 4,94%, что говорит, прежде всего о несовершенной системе их регистрации и учета.

По данным мониторинга в образовательных учреждениях для детей-сирот на 01.07.2005 г. воспитывалось 22,65% от общей численности детей-сирот, в домах ребенка - 2,9%, в детских домах семейного типа - 0,13%, в негосударственных учреждениях – 0,13%. Таким образом, под опекой и попечительством находится лишь 57,84%, в приемных семьях - 1,75%, в патронатных семьях - 0,64%. В то же время считается общепризнанным, что посещение детьми образовательных учреждений является существенным фактором, влияющим на их здоровье и позволяющим проводить различные оздоровительные мероприятия, в том чис-

---

<sup>85</sup> Интервью с начальником Отдела по охране материнства и детства департамента здравоохранения администрации Тверской области, к.м.н. Л.К. Самошкиной

<sup>86</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 2 июля 2007 г. N 452 г. Москва "О правилах проведения диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей"

<sup>87</sup> Kidd SA, Davidson L. Youth homelessness: a call for partnerships between research and policy. Can J Public Health. 2006 Nov-Dec;97(6):445-7.

<sup>88</sup> [www.deti.zp.ua](http://www.deti.zp.ua)

<sup>89</sup> Положение детей в Российской Федерации. Итоги социальной политики 1990-х годов и перспективы. / Пер.с англ. - М.: «Весь мир», 2003.

ле вакцинацию, профилактические программы, а также воспитывать ответственное грамотное отношение к своему здоровью.

Нерешенные вопросы учета регистрации детей улиц, оказания им, в первую очередь, социальной помощи, предоставления жилья, возможности посещения школы ставят их в группу риска развития наркомании, алкоголизации, раннего начала половой жизни<sup>90</sup>. Это приводит к развитию у них заболеваний, передающихся половым путем, ранней нежелательной беременности, ВИЧ/СПИДа, гепатитов. Опыт зарубежных стран показывает, что эти дети испытывают значительные проблемы, касающиеся наблюдения врачом-педиатром, календаря прививок, заболеваний дыхательных путей<sup>91</sup>, однако, в то же время демонстрирует успешность адресной медицинской помощи с раннего возраста<sup>92</sup>. В России возможность получения медико-психологического консультирования и квалифицированной помощи в таких случаях для детей ограничена тем, что модель ее оказания не предусматривает максимальной приближенности и дружеского для детей и подростков формата<sup>93</sup>, которая успешно внедряется за рубежом на протяжении ряда лет<sup>94</sup>. Важным является то, что такие программы помимо медицинской помощи, в первую очередь должны быть направлены на улучшение условий проживания и питания детей<sup>95</sup>. Несмотря на проводимую в последнее время работу, по-прежнему с проблемой дискриминации сталкиваются дети, рожденные от матерей, зараженных ВИЧ-инфекцией<sup>96</sup>.

---

<sup>90</sup> Roy E, Boudreau JF, Leclerc P, et al. Trends in injection drug use behaviors over 10 years among street youth. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2-3):170-5.

<sup>91</sup> Rosenthal J, Rodewald L, McCauley M, et al. Immunization coverage levels among 19- to 35-month-old children in 4 diverse, medically underserved areas of the United States. *Pediatrics.* 2004 Apr;113(4):e296-302

<sup>92</sup> Rew L. Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2001 Jan-Mar;24(1):1-18.

<sup>93</sup> O'Sullivan J, Lussier-Duynstee P. Adolescent homelessness, nursing, and public health policy. *Policy Polit Nurs Pract.* 2006 Feb;7(1):73-7

<sup>94</sup> Grant R, Shapiro A, Joseph S, et al. The health of homeless children revisited. *Adv Pediatr.* 2007;54:173-87.

<sup>95</sup> Frank DA, Neault NB, Skalicky A, et al. Heat or eat: the Low Income Home Energy Assistance Program and nutritional and health risks among children less than 3 years of age. *Pediatrics.* 2006 Nov;118(5):e1293-302.

<sup>96</sup> Право на здоровье. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп. ТППС, 2006

## 8. Рекомендации:

1. Обеспечить выполнение конституционных норм, касающихся оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
2. Обязать Уполномоченного по правам человека в РФ осуществлять полномочия по защите прав пациентов или создать институт Уполномоченного по правам пациентов в РФ при Федеральном Собрании РФ (или при Президенте РФ) и (или) здравоохранную прокуратуру для защиты прав граждан на охрану здоровья.
3. Совершенствовать социально-экономическую политику в направлении улучшения положения тяжело больных и инвалидов, сохранение и поддержание их здоровья.
4. Устранить максимальное количество барьеров к реализации гражданами прав на охрану здоровья. Прежде всего, прекратить оказание медицинской помощи в зависимости от регистрации гражданина по месту жительства и наличия у него полиса ОМС
5. Наладить планомерную работу по совершенствованию законодательства в области здравоохранения и социальной помощи, поскольку оно находится в перманентном состоянии «латания дыр», искажено такими неэффективными компонентами, как обязательное медицинское страхование и встроенными, краткосрочными программами, как Национальный Проект «Здоровье».
6. Дополнить Федеральное и региональное законодательство положениями «позитивного действия», облегчающими доступ к медицинской помощи уязвимых групп населения.
7. Отменить ныне действующую систему ОМС в ходе планомерной реформы системы здравоохранения.
8. Предпринять активные меры к снижению финансового порога доступа граждан к специализированной медицинской помощи через:
  - a. расширение вариантов доступа, например, в виде строительства новых и совершенствования возможностей старых медицинских организаций;
  - b. запрет государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения оказывать платные услуги;
  - c. реальную борьбу с мздоимством в государственных медицинских учреждениях, в первую очередь – федеральных медицинских центрах;
  - d. развитие конкуренции между медицинскими организациями, для чего необходимо допустить к борьбе за государственный заказ медицинские организации всех форм собственности;
  - e. создание схем возмещения транспортных расходов для жителей удаленных местностей.
9. Развивать социальные службы помощи инвалидам и иным уязвимым группам расширением государственных и муниципальных программ, а также посредством привлечения волонтеров, неправительственных и религиозных организаций, разрабатывать и принимать иные эффективные меры по совершенствованию социальной помощи и помощи по уходу за тяжело больными на дому;
10. Разработать систему мер, направленных на сокращение времени ожидания получения специализированной помощи тяжело больными людьми и на справедливость получения доступа к специализированной помощи.



11. Создать государственную, образовательную программу для экспертов качества медицинской помощи, регистр этих экспертов, а также возможность привлечения этих экспертов в качестве судебных экспертов.
12. Разработать объективные критерии (позволяющие перепроверять соответствие им) установления группы инвалидности; отменить установление инвалидности в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности.
13. Создать институт, имеющий право независимого контроля за деятельностью МСЭК с правом отмены решений МСЭК в досудебном порядке; пересмотреть периодичность переосвидетельствований для инвалидов, имеющих потенциально необратимые изменения.
14. Создать систему доступа граждан к информации о качестве медицинских услуг в лечебных организациях и о квалификации врачей (регистрам, рейтингам, системам сертификации, лицензирования и аттестации).
15. В ходе широкомасштабной реформы здравоохранения создать механизм заявления конфликта интересов врачей, экспертов и руководителей здравоохранения, способствовать формированию адекватной системы финансовых стимулов, заинтересовывающей врача и администратора в здоровье пациентов.
16. Продолжать усилия направленные на совершенствование первичного звена здравоохранения и внедрения простых и дешевых эффективных вмешательств, в том числе, профилактических.