

ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ БЕЗДОМНЫМИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ. АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

I. Введение: описание предмета исследования

1. Здоровье, право на охрану здоровья и медицинскую помощь

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Часть 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации

Устав Всемирной Организации Здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.¹

Здоровье является одним из основных прав человека, необходимым для реализации других прав человека², наряду с жизнью и достоинством, оно является высшим неотчуждаемым благом человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности.

Право на здоровье тесно связано и зависит от осуществления других прав человека, предусмотренных в Международном билле о правах, в том числе права на питание, жилище, труд, образование, человеческое достоинство, жизнь, недискриминацию, равенство, частную жизнь, доступ к информации, а также свободу ассоциации, собраний и передвижения. В него входит также запрещение пыток. Эти и другие права и свободы связаны с составными элементами права на здоровье.³ Оно включает в себя широкий спектр социально-экономических факторов, создающих условия, позволяющие людям жить здоровой жизнью, и охватывает основополагающие предпосылки здоровья, такие, как пища и режим питания, жилище, доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям, безопасные и здоровые условия труда и здоровая окружающая среда.⁴

К производным от права на здоровье правам относится право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья.⁵

Согласно толкованию Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, право на здоровье включает в себя право на своевременные и адекватные услуги в области здравоохранения, доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным услугам, достаточное снабжение безопасным продовольствием, питание и жилищные условия, безопасные

¹ Из Устава (Конституции) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 года).

² П. 1 Замечания общего порядка № 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

³ П. 3 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

⁴ Часть вторая п. 4 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

⁵ П. 8 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

условия труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации в области здоровья, в том числе полового и репродуктивного. Еще одним важным аспектом является участие населения в принятии решений по всем связанным со здоровьем вопросам на общинном, национальном и международном уровнях.⁶

Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь – одно из важнейших социальных прав человека. Это право и связанные с ним обязательства государства закреплены в целом ряде международных документов универсального и регионального характера: Всеобщей декларации прав человека (ст. 25), Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12), Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека (ст. 15), Хартии социальных прав и гарантий граждан независимых государств (ст. 33)⁷ и др.

Охрана здоровья - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.⁸

Основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения (ч. 2. ст. 17 Конституции РФ). Однако, когда речь идет о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь, есть все основания утверждать, что это право возникает не только до рождения, но и до зачатия. Именно этим, с правовой точки зрения, объясняются меры, предпринимаемые государствами для профилактики и лечения внутриутробной патологии, сохранения и улучшения репродуктивного здоровья населения.

Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь невозможна без учета особенностей и реальных, в том числе специфических, потребностей всех групп населения. Именно особенности и специфические потребности различных групп населения (женщин, детей, пожилых, душевнобольных, лиц, страдающих патологией желез внутренней секреции, и пр.), вызвали к жизни формирование целых отраслей медицины (акушерство и гинекологию, маммологию, педиатрию, гериатрию, психиатрию, эндокринологию и др.), развитие которых, в свою очередь, потребовало от законодателя принятия специальных мер правового регулирования, формирования правовых основ государственной политики в конкретных областях охраны здоровья. На международном и национальном уровне был принят целый ряд актов: Декларация о правах инвалидов; Декларация о правах умственно отсталых лиц; Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"; Федеральный закон 17.09.1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"; Федеральный закон от 18.06.2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" и др.

Государство обязано обеспечивать возможность реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь всем людям, вне зависимости от их правового статуса, ситуации и положения, в котором они находятся, образа жизни, который они ведут. О важности этого принципа можно судить, например, по тому вниманию, которое уделено этому вопросу в международном праве.

Приведу несколько примеров:

- право коренных малочисленных народов на «должное медицинское обслуживание» предусмотрено Конвенцией Международной Организации Труда N 169 о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах (Женева, 7 июня 1989 г.). Оно включает в себя учет экономических, географических, социальных и культурных условий жизни

⁶ П. 11 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

⁷ Утверждена Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.

⁸ Ст. 1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-1.

этих народов, а также их традиционной превентивной медицины, традиционных методов врачевания и лекарственных средств при планировании служб здравоохранения и управлении ими⁹;

- право раненых и больных из числа мирного населения и военнопленных на получение медицинской помощи во время войны и соответствующие обязательства воюющих государств закреплены Женевскими конвенциями от 12 августа 1949 года¹⁰, Дополнительным протоколом к Женевским конвенциям, от 12 августа 1949 года, касающимся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол I) от 8 июня 1977 года¹¹, и Дополнительным протоколом к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающимся защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (Протокол II)¹²;

- право заключенных на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными¹³, Основными принципами обращения с заключенными (принцип 9)¹⁴, Сводом принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (принцип 24)¹⁵.

Нормы, регламентирующие получение медицинской помощи теми категориями населения, которые находятся в иных условиях, чем большинство населения, предусмотрены и национальными законодательствами. Например, в российском законодательстве право на получение медицинской помощи лицами, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста и лишения свободы, предусмотрено ст. 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-I и ст.ст. 52, 72, 100, 101 Уголовно-исполнительного кодекса РФ от 8 января 1997 г. N 1-ФЗ.

Трудно переоценить вклад, который в развитие международных правовых норм и принципов, касающихся вопросов охраны здоровья и оказания медицинской помощи, внесли специализированные учреждения Организации Объединенных Наций, и, прежде всего, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Международная Организация Труда и Всемирная Организация Здравоохранения.

Большое значение в формировании правового пространства, в рамках которого развивается охрана здоровья и медицинская помощь, играют неправительственные организации, объединяющие врачей, пациентов и др. Особая роль в этом вопросе принадлежит международным организациям, таким как Международный Красный Крест, Всемирная Медицинская Ассамблея, Европейский Форум фармацевтических ассоциаций, Международный совет тюремной медицинской службы.

⁹ Ст. 25 Конвенции. Российской Федерацией эта Конвенция не ратифицирована.

¹⁰ Женевская Конвенция о защите гражданского населения во время войны; Женевская конвенция об обращении с военнопленными; Женевская Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях; Женевская Конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море. Конвенции вступили в силу 21 октября 1950 г. Конвенции ратифицированы Указом Президиума Верховного Совета СССР 17 апреля 1954 г. с оговорками, сделанными при подписании, и вступили в силу для СССР 10 ноября 1954 г.

¹¹ Вступил в силу 7 декабря 1978 г., в соответствии со статьей 95. Подписан от имени СССР в Берне 12 декабря 1977 г. Ратифицирован Постановлением ВС СССР от 4 августа 1989 г. N 330-I с заявлением. Протокол вступил в силу для СССР 29 марта 1990 г.

¹² Принят 8 июня 1977 г. Дипломатической конференцией по вопросу о подтверждении и развитии международного гуманитарного права, применяемого в период вооруженных конфликтов. Вступил в силу 7 декабря 1978 г. в соответствии со статьей 23. Протокол ратифицирован Постановлением ВС СССР от 4 августа 1989 г. N 330-I.

¹³ Одобрены резолюциями 663 С (XXIV) и 2076 (LXII) Экономического и Социального Совета ООН от 31.07.1957 г. и от 13.05.1997 г.

¹⁴ Приняты резолюцией 45/111 Генеральной Ассамблеи ООН от 14.12.1990 г.

¹⁵ Утвержден резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 09.12.1988 г. на 76-м пленарном заседании.

2. Право на здоровье: аспект доступности

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 признаков¹⁶;

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. Доступность также предполагает, что медицинские услуги и основополагающие предпосылки здоровья, такие, как безопасная питьевая вода и адекватные санитарные услуги, находятся в безопасной физической досягаемости, в том числе в сельских районах. Доступность далее предполагает обеспечение инвалидам адекватного доступа в здания;

3) экономическая доступность (доступность с точки зрения расходов): доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения должны иметь все. Схемы оплаты медицинской помощи, а также услуг, связанных с обеспечением основополагающих предпосылок здоровья, должны основываться на принципе справедливости, который гарантирует всем, в том числе социально отчужденным группам, доступность этих услуг как в частном, так и в государственном секторах. Принцип справедливости означает, что менее обеспеченные домашние хозяйства не должны нести непропорционально высокие затраты на медицинское обслуживание по сравнению с более состоятельными домашними хозяйствами;

4) доступность информации: доступность включает право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья. Однако доступность информации не должна наносить ущерба праву на конфиденциальность личных медицинских данных.

с) Приемлемость. Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, т.е. культуре отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного уклада, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц.

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. Для этого, в частности, требуется наличие

¹⁶ Под «запрещенными» в данном случае подразумеваются признаки, дискриминация по которым запрещена международным правом или национальным законодательством. Например, пол, раса, национальность, вероисповедание и т.п. Речь о запрещении самих этих признаков, разумеется, не идет - И.К.

квалифицированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг.¹⁷

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».

Пункт 2 «d» ст. 12 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах предусматривает, что меры, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления каждым человеком права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, включают мероприятия, необходимые для создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

По мнению Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, это включает в себя обеспечение равного и своевременного доступа к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам здравоохранения и к информации по вопросам охраны здоровья; регулярное проведение программ обследования; соответствующее лечение распространенных заболеваний, нарушений и травм, желательно на местном уровне, обеспечение основными лекарственными средствами; надлежащее лечение психически больных лиц и оказание психиатрической помощи. Другим важным аспектом является активизация и расширение участия населения в предоставлении профилактических и лечебных услуг, таких, как организация сектора здравоохранения и системы страхования, и особенно в принятии как на национальном, так и на местном уровне стратегических решений, касающихся права на здоровье.¹⁸

Доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью возможностей государства и медицинскими ресурсами страны. Медицинские ресурсы включают: медицинские кадры, финансирование, транспорт, возможность свободы выбора медицинской помощи, уровень образованности общества, качество и размещение медицинских технологий. Степень оптимальности баланса этих элементов, по критерию максимизации качества и объема оказания медицинской помощи, определяет ее доступность.¹⁹

Доступность медицинской помощи максимальна при соблюдении следующих условий:

- необходимая помощь доступна каждому пациенту (т.е. нет физических и временных ограничений);
- существует свобода выбора врача, системы предоставления медицинской помощи и системы ее оплаты;
- население образованно и достаточно информировано в медицинском плане;
- все стороны адекватно участвуют в организации и управлении системой здравоохранения.²⁰

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам считает, что «следует обратить особое внимание на необходимость обеспечения равного доступа к здравоохранению и

¹⁷ П. 12 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

¹⁸ П. 17 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

¹⁹ Преамбула Заявления о доступности медицинской помощи (принято 40-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 год).

²⁰ Заявление о доступности медицинской помощи (принято 40-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 год). Выводы.

медицинскому обслуживанию. На государствах лежит особая обязанность предоставлять тем, кто не имеет для этого достаточных средств, необходимое медицинское страхование и доступ к учреждениям системы здравоохранения, а также предотвращать любую дискриминацию по запрещенным на международном уровне признакам в оказании медицинских услуг, особенно применительно к основным обязательствам в отношении права на здоровье. Выделение недостаточных ресурсов на нужды здравоохранения может стать причиной скрытой дискриминации».²¹

Хотя Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах признает проблемы, связанные с ограниченностью имеющихся ресурсов, и предусматривает прогрессивное осуществление прав, он также налагает на государства-участники различные обязательства, носящие безотлагательный характер. Государства-участники имеют безотлагательные обязательства в связи с правом на здоровье, такие как обеспечение осуществления этого права без какой-либо дискриминации (статья 2.2) и обязательство принимать меры (статья 2.1) для обеспечения полного осуществления статьи 12. Такие меры должны являться преднамеренными, конкретными и направленными на полное осуществление права на здоровье.²²

Государства несут обязанность уважать право на здоровье, в частности воздерживаясь от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ всем, в том числе заключенным или содержащимся под стражей лицам, представителям меньшинств, лицам, просящим убежища, и незаконным иммигрантам, к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения, воздерживаясь от возведения дискриминационной практики в ранг государственной политики.²³

Обязательство государств защищать права предполагает, в частности, ответственность государств за принятие законодательства или других мер, обеспечивающих равный доступ к услугам здравоохранения и другим связанным с охраной здоровья услугам, оказываемым третьими сторонами, за принятие мер к тому, чтобы приватизация сектора здравоохранения не ставила под угрозу наличие и доступность с точки зрения расходов и качество объектов, товаров и услуг здравоохранения.²⁴

К числу обязанностей государства относится создание доступной для всех государственной, частной или смешанной системы медицинского страхования.²⁵

Обязательство осуществлять право (содействовать осуществлению права) требует от государств, в частности, принимать позитивные меры, которые предоставляют возможность и помогают индивидуумам и группам лиц пользоваться правом на здоровье. Государства также обязаны осуществлять (обеспечивать) гарантируемое в Пакте право, когда индивидуум или группа лиц не могут по не зависящим от них причинам самостоятельно осуществлять это право с помощью имеющихся в их распоряжении средств. Такие обязательства включают обеспечение культурной

²¹ П. 19 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

²² П. 30 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

²³ П. 34 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

²⁴ П. 35 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

²⁵ П. 36 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

адекватности услуг здравоохранения и соответствующей подготовки персонала учреждений системы здравоохранения для признания и удовлетворения конкретных потребностей уязвимых или социально отчужденных групп.²⁶

Международная Организация Труда полагает, что служба медицинского обслуживания должна обеспечить каждому лицу медицинский уход со стороны лиц медицинской и смежных с нею профессий, а также все другие виды обслуживания, предоставляемые лечебными заведениями для восстановления здоровья, предупреждения развития болезни и облегчения страданий заболевшего лица (лечебное обслуживание) и для охраны и укрепления здоровья (профилактическое обслуживание). В случае если медицинское обслуживание предоставляется службой органа социального страхования, то еще не застрахованные лица в случае, если они не в состоянии получать медицинскую помощь за собственный счет, должны получать ее в порядке социального вспомоществования. Медицинское обслуживание должно распространяться на всех, независимо от того, имеют ли они приносящую им доход работу или нет. Если медицинское обслуживание предоставляется органом социального страхования, то все члены коллектива должны иметь право в качестве застрахованных лиц на пользование обслуживанием или в ожидании распространения на них режима страхования должны иметь право на медицинский уход за счет компетентного органа власти, если они не имеют материальной возможности получить обслуживание за свой собственный счет. Неимущие должны иметь право на медицинское обслуживание в качестве застрахованных, причем страховой взнос за них должен выплачиваться компетентным органом власти. Поскольку взрослые лица, не имеющие возможности платить страховые взносы, не застрахованы, они должны иметь право на получение медицинского обслуживания за счет компетентного органа власти. Если медицинское обслуживание предоставляется государственной службой, то предоставление медицинского ухода не должно обставляться никакими условиями, все должны иметь равное право на получение медицинского ухода. Все, на кого распространяется обслуживание, должны иметь право в любое время и в любом месте пользоваться полным профилактическим и лечебным уходом на равных основаниях и без каких-либо препятствий или ограничений административного, финансового или политического характера и без каких-либо других затруднений, не имеющих отношения к состоянию их здоровья. Предоставляемое обслуживание должно охватывать обслуживание врачами-терапевтами и врачами-специалистами как для коечных, так и для амбулаторных больных (в том числе уход на дому); лечение зубов; уход медицинских сестер на дому, в больнице или в любом другом лечебном учреждении; уход, предоставляемый дипломированными акушерками, и всякий уход в период материнства на дому или в больнице; содержание в больнице, в доме для выздоравливающих, в санатории или в другом лечебном учреждении; по мере возможности обеспечение любыми необходимыми зубоврачебными, фармацевтическими и другими лечебными и хирургическими средствами (в том числе протезами), а также уход со стороны всех других лиц, признаваемых на основании закона принадлежащими к смежной с медицинской профессии. Любой уход и обеспечение должны находиться в распоряжении заинтересованных лиц в любое время и без ограничения срока, поскольку они являются необходимыми, и предоставление их должно зависеть исключительно от суждения врача и производиться в пределах разумных ограничений, вытекающих из технической организации службы. Обслуживаемые лица должны иметь возможность получения ухода в амбулаториях и врачебных кабинетах, имеющихся в распоряжении данной службы, где бы они ни находились, поскольку в нем ощущается необходимость, будь то в месте их жительства или в любом другом месте района, где функционирует служба, независимо от того, состоят ли они членами определенного страхового

²⁶ П. 37 Замечания общего порядка 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (Замечания общего порядка Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам).

учреждения или нет, имеют ли они задолженность по взносам или нет, и независимо от других факторов, не имеющих отношения к состоянию их здоровья.²⁷

3. Бездомные: определение понятия

Слова «бездомный», «бездомные» и «бездомность» являются общеупотребительными и вполне понятными. Однако использовать их в правовом анализе без пояснений нельзя, так как ни в российском законодательстве, ни в международных актах эти понятия не получили соответствующих определений.

Поэтому, прежде чем приступить к анализу, необходимо дать соответствующие определения. Для того, чтобы они не были оторваны от современных российских юридических реалий, оттолкнемся от заменяющего слово «бездомный» в официальных, в том числе нормативных, документах словосочетания «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.

Из сказанного очевидно, что место жительства в российской правовой системе – это не всякое место (пустырь или сквер, например) или помещение (чердак, подвал или иное техническое помещение), где человек проживает, а конкретное *жилое* (т.е. соответствующее установленным для жилых помещений санитарным и техническим нормам) помещение, в котором человек постоянно или преимущественно проживает, но не просто так, а как обладатель прав, которые возникли у него в силу договора (приватизации, купли-продажи, дарения, аренды и т.п.) или непосредственно закона, т.е. жилое помещение в котором человек постоянно или преимущественно проживает как правообладатель.

Именно в таком помещении, в котором гражданин постоянно или преимущественно проживает как правообладатель, он обязан зарегистрироваться.²⁸

Учитывая, что по природе своей место жительства всегда конкретно и неопределенным быть не может, сократим бюрократический эквивалент слова «бездомный» до «лицо без места жительства» и попробуем дать определение этому понятию.

Лицо без места жительства (бездомный) – 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.

Соответственно бездомность в каждом частном случае – это состояние конкретного человека связанное с отсутствием у него места жительства (жилого помещения, на которое он обладал бы какими-либо имущественными правами) и регистрации по месту жительства.

²⁷ Рекомендация Международной Организации Труда от 12 мая 1944 г. N 69 о медицинском обслуживании (п.п. 1-3, 6, 8, 11-14, 18, 20-23).

²⁸ 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".

4. Предварительные оговорки

Прежде чем начать анализировать нормативные правовые акты с целью выявления норм, способствующих или препятствующих бездомным в получении медицинской помощи, необходимо сделать некоторые предварительные оговорки относительно предмета исследования.

4.1. В данной работе в качестве бездомных рассматриваются только граждане России подпадающие под определение, указанное в пункте 3 раздела I.

Нелегальные трудовые мигранты из стран ближнего и дальнего зарубежья, лица, ищущие убежище, а равно граждане России, имеющие место жительства, но по тем или иным причинам ведущие образ жизни, который характерен для различных групп бездомных, в данной работе в качестве бездомных не рассматриваются. Проблемы доступности медицинской помощи для этих лиц не являются предметом настоящей работы. В этой работе не рассматриваются также проблемы реализации права на медицинскую помощь лицами без гражданства.

4.2. Граждане России, которые, не имея регистрации по месту жительства, имеют регистрацию по месту пребывания, не рассматриваются в данной работе как бездомные. Учитывая временный характер регистрации по месту пребывания, граждане из этой категории являются группой риска в отношении бездомности. Они могут испытывать проблемы с доступом к некоторым видам медицинской помощи, однако эти проблемы также лежат за рамками настоящей работы.

4.3. В данной работе рассмотрен только вопрос доступности для бездомных медицинской помощи. Другие аспекты проблемы реализации бездомными права на здоровье требуют самостоятельного исследования (самостоятельных исследований).

4.4. Вопрос доступности медицинской помощи для бездомных в данной работе исследуется только в части его законодательного регулирования. Практическая сторона вопроса затрагивается только в той степени, в какой она имеет значение для изучения нормативной базы на предмет формирования в ней механизмов и гарантий получения бездомными медицинской помощи.

Следует учитывать, что нормативно-правовые акты предусматривают теоретически достижимый уровень возможностей получения населением медицинской помощи. На практике этот уровень, как правило, оказывается ниже. Это в полной мере относится и к бездомным. Факторы, под влиянием которых этот уровень снижается, могут стать предметом самостоятельного исследования.

4.5. В данной работе проведен анализ законодательства по состоянию на март 2007 года.

II. Общие замечания

1. Общие замечания о значении института регистрации по месту жительства для реализации прав граждан

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».²⁹

Говоря о влиянии института регистрации по месту пребывания и по месту жительства на возможность реализации прав и свобод, обычно вспоминают о части 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», 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».

Сей законодательный постулат систематически цитируется нашими чиновниками во всех международных присутственных местах, где им приходится выступать в защиту существующего в России института регистрации по месту жительства.

Однако нетрудно заметить определенный 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»³⁰.

С точки зрения логики возможно либо одно, либо другое: либо регистрация введена «в целях обеспечения необходимых условий реализации гражданином Российской Федерации его прав и свобод» и, следовательно, является **необходимым** условием, без которого реализация прав и свобод невозможна, либо не может «служить... условием реализации прав».

Совместить одно и другое с точки зрения логики невозможно.

В целях оценки доступности для бездомных медицинской помощи необходимо установить, 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. Учитывая значение понятия «место жительства», 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.

2. Общие замечания о медицинской помощи

Говоря о праве граждан на получение медицинской помощи, следует учитывать, что его возникновение связано с появлением (наличием) у них проблем со здоровьем, либо угрозой возникновения таких проблем. То есть оно связано с физическими, а в ряде случаев и нравственными страданиями, а также угрозой возникновения стойкой утраты здоровья и даже жизни. В связи с этим в целом ряде случаев медицинская помощь должна оказываться по принципу «здесь и сейчас». Не связанные с медицинскими показаниями отсрочки и отказы в

²⁹ Часть 2 ст. 19 Конституции РФ.

³⁰ «... а также исполнения им обязанностей перед другими гражданами, государством и обществом», но вопрос влияния института регистрации на исполнение гражданами обязанностей находится за рамками настоящего анализа.

оказании медицинской помощи могут приводить к тяжким, зачастую необратимым последствиям для здоровья и порой действительно смерти подобны, причем мучительной.

Поэтому, оценивая юридический аспект доступности медицинской помощи, важно установить, насколько законодательная база здравоохранения предусматривает возможность оказания помощи человеку вне зависимости от его статуса и прочих обстоятельств.

Что касается оказания медицинской помощи, то следует помнить: медицина – отрасль ресурсоемкая. Поэтому одним из ключевых вопросов, от решения которых зависит доступность медицинской помощи, является ее ресурсное, в том числе финансовое обеспечение.

В Заявлении о доступности медицинской помощи, принятом 40-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей³¹, о финансировании сказано: «Следует развивать плюралистичность системы финансирования, объединяющей государственные, общественные и частные фонды. В основе такой системы должен лежать принцип равной возможности получения прибыли, а потому следует использовать соответствующие механизмы оплаты. Эти механизмы надо четко разъяснить общественности - о возможных вариантах оплаты должны знать все. Частный сектор следует стимулировать к оказанию помощи тем пациентам, которые не имеют пока доступа к его фондам. Все нуждающиеся в помощи должны получить ее, даже если они не в состоянии за нее заплатить. Общество обязано предоставлять субсидии для оказания помощи нуждающимся, а врачи не в праве отказываться от предоставления помощи, субсидируемой государством. Правительство обязано оказывать помощь в осуществлении таких программ».

Учитывая, что большинство бездомных принадлежат к той части населения, которая не в состоянии самостоятельно оплачивать медицинскую помощь (непосредственно или через систему добровольного медицинского страхования), доступность для бездомных медицинской помощи следует рассматривать как доступность медицинской помощи в системе государственных гарантий. При этом само понятие «медицинская помощь» охватывает собой не только услуги, оказываемые медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений, но и лекарственные препараты, а также иные расходные материалы, необходимые для оказания медицинской помощи³². В некоторых случаях это понятие включает в себя и специальное диетическое питание. Стоимость лекарств, материалов и питания порой значительно превышает финансовые возможности не только рядового, но и весьма обеспеченного гражданина.³³

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год³⁴ гражданам бесплатно должны предоставляться:

- а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина либо окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями при беременности и родах;
- б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая мероприятия по профилактике (в том числе по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров и диспансерного

³¹ Вена, Австрия, сентябрь 1988 год

³² Например, шприцы, системы для внутривенного введения лекарственных средств, перевязочные и шовные материалы, резиновые перчатки и т.д.

³³ По данным, приведенным Региональному совету Иркутской области директором департамента здравоохранения Иркутской области И.В. Ушаковым в докладе «О дополнительном лекарственном обеспечении в 2007 году», стоимость месячного курса лечения препаратом бетаферон в 2006 году составляла 61610,04 рубля, препаратом зомета - 18467,51 рубля, препаратом авастин - 27906,84 рубля, препаратом касодекс - 17247,06 рубля, препаратом ремикайд - 45233,3 рубля, препаратом герцептин - 110105,19 рубля.

³⁴ Утверждена Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2006 г. N 885 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год».

наблюдения граждан), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний в поликлинике, на дому и в дневных стационарах всех типов;

в) стационарная медицинская помощь:

при острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, отравлениях, травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

при плановой госпитализации граждан с заболеваниями, требующими круглосуточного медицинского наблюдения, с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, в том числе в санаториях, детских санаториях, а также в санаториях для детей с родителями;

при патологии беременности, родах и абортах;

в период новорожденности.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также обеспечение детей-инвалидов специализированными продуктами питания.

По Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год медицинская помощь на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предусматривающая:

обеспечение, в том числе лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации, при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при беременности, родах, в послеродовой период и при абортах;

осуществление мероприятий по профилактике (в том числе по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения граждан, в частности здоровых детей), диагностике и лечению заболеваний, а также по профилактике абортот.

За счет средств федерального бюджета:

предоставляется специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, оказываемая в федеральных специализированных медицинских организациях;

предоставляется дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации);

проводится диспансеризация граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

проводится иммунизация граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации; осуществляются мероприятия по раннему выявлению социально значимых заболеваний; предоставляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования дополнительная бесплатная медицинская помощь, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами в соответствии с главой 2 Федерального закона «О государственной социальной помощи». Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включенных в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъектов Российской Федерации в соответствии с номенклатурой организаций здравоохранения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта Российской Федерации, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Расходы бюджетов субъектов Российской Федерации включают в себя обеспечение медицинских организаций субъектов Российской Федерации лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами.

В порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляется финансирование расходов по оплате лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет средств местных бюджетов предоставляются:

скорая медицинская помощь;

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях, женщинам в период беременности, во время и после родов, а также детям при отдельных состояниях, возникающих у них в перинатальный период.

Расходы местных бюджетов включают в себя обеспечение организаций муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами.

Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и иных услуг в медицинских организациях в соответствии с номенклатурой организаций здравоохранения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в том числе в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах медицинской профилактики,

врачебно-физкультурных диспансерах, центрах профессиональной патологии, санаториях, включая детские, а также в санаториях для детей с родителями, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, станциях переливания крови, центрах крови, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.³⁵

Последние полтора десятилетия в России происходит реформирование социальной сферы, в том числе здравоохранения, внедрение адресной помощи, одним из алгоритмов которой является переход от финансирования социальных и лечебно-профилактических учреждений к финансированию по принципу «деньги идут за человеком». Это происходит в том числе за счет внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), родовых сертификатов, так называемого «дополнительного» лекарственного обеспечения (ДЛО)³⁶ и т.п.

Этот логичный, на первый взгляд подход, в российских условиях породил определенные проблемы. Остановлюсь на одной из них, специфичной, как показывает дальнейший анализ, именно для бездомных.

Вопреки прогнозам, заинтересованность медиков собственно в пациенте с переходом на финансирование по принципу «деньги идут за человеком» не возросла. Просто появилась заинтересованность в «идущих за человеком» бюджетных или страховых деньгах. Человек, за которым к медикам по какой-либо причине не приходят деньги, вообще перестал их интересовать. Более того, при обращении за медицинской помощью такого человека, медики оказываются на своеобразном прокрустовом ложе: неоказание медицинской помощи – это не только нарушение всяческих врачебных присяг и клятв, но, при определенных условиях, и состав преступления (ст. 124 Уголовного кодекса РФ), а оказание помощи такому человеку – удар по финансовому благополучию родного лечебно-профилактического учреждения. Зная это, можно предположить как в значительном числе подобных случаев решается вопрос об оказании помощи таким людям. Для этого мы должны вспомнить один из базовых принципов уголовного права: эффективность наказания зависит не от его жесткости (тяжести), а от степени неотвратимости. Вероятность уголовного преследования в случае неоказания медицинской помощи весьма невелика, в тоже время возникновение проблем с менеджерами лечебно-профилактических учреждений и страховых медицинских организаций, в случае оказания помощи, вполне реально. Пойдут ли медицинские работники на такой конфликт из-за какого-то «бомжа» или утешатся

³⁵ Раздел III Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год (утв. Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2006 г. N 885).

³⁶ Понятие «дополнительное лекарственное обеспечение» не отражает сути вопроса и является некорректным. Оно используется в отношении удовлетворения потребности различных групп больных из числа так называемых «льготников» в лекарственных средствах, от приема которых зависит не только их выздоровление, но, порой, и сама жизнь. Ни о какой «дополнительности» в этом контексте речи идти не может.

Собственно, и вопрос «льготности» лекарственного обеспечения тоже весьма сомнителен.

Это понимают и сами чиновники. 20 февраля 2007 года на пленарном заседании Общественной палаты Оренбургской области заместитель председателя областного Правительства, министр социального развития Оренбургской области Нина Пивоварова сказала: «Необходимо вывести из понятия льгот людей, нуждающихся в лекарствах. Льгота – это дополнительная помощь людям. Но лекарства – это жизненная необходимость, и смешивать эти два понятия нельзя» (цитировано по материалу АМТВ «Реализация программы дополнительного лекарственного обеспечения» <http://www.oren.ru/news/health/895622.html>).

Можно не согласиться с тем, как г-жа министр трактует понятие льгота, но верность последней процитированной фразы из её выступления неоспорима.

*Примечание. Льгота – полное или частичное освобождение от соблюдения установленных законом общих правил, выполнения каких-либо обязанностей (Большой толковый словарь русского языка. СПб.,- 1998. С. 508).

сентенцией типа «это уже не люди», «сам виноват», «их лечить – деньги впустую тратить» и т.п.? В каких-то случаях, возможно, пойдут, но и вероятность другого варианта весьма велика.

Поэтому для оценки доступности для бездомных медицинской помощи важно изучить, как определяется «адресат помощи», обеспечивает ли бездомным система государственных гарантий, в том числе система ОМС и пр., возможность наравне с другими гражданами осуществлять право на получение медицинской помощи. Если место жительства (в значении, указанном в пункте 1 раздела II) входит в систему «адресации» социальной и медицинской помощи, то это, при отсутствии альтернативных механизмов, обеспечивающих доступность такой помощи, ведет к дискриминации бездомных.

3. Общие замечания об имеющих значение в вопросе оказания медицинской помощи реалиях существования некоторых групп бездомных.

Рассматривая вопрос о возможности получения бездомными медицинской помощи, следует отметить, что бездомные не являются однородной социальной группой, они отличаются друг от друга не только по полу, возрасту, уровню образования и наличию судимости, но и по наличию и интенсивности источников средств существования и образу жизни. Понятно, что представитель немногочисленного и относительно благополучного латентного слоя бездомных, имеющий работу, приносящую ему около 300-600 USD в месяц, может не только неофициально снять себе жилье, купить качественную одежду и продукты питания, но и, при необходимости, приобрести наиболее часто применяемые лекарства, оплатить консультацию врача (общего профиля или узкого специалиста) или небольшую операцию. Учитывая, что представители латентного слоя, как правило, достаточно молоды и относительно здоровы, можно предположить, что для них вопрос получения медицинской помощи при нетяжелых заболеваниях не является трудноразрешимым.

Иное дело представители придонного слоя бездомных, имеющие весьма скудные источники средств существования³⁷, как правило, отягощенные различными заболеваниями, в том числе хроническими.

Поэтому, рассматривая вопрос о доступности медицинской помощи для бездомных, мы будем оценивать эту доступность применительно к представителям именно придонного слоя.

Говоря о возможности реализации бездомными тех или иных прав, мы должны учитывать не только их основные формальные отличия от остального населения, так сказать, лиц СОМЖ, - отсутствие у них мест жительства (жилых помещений, на которые они обладали бы какими-либо имущественными правами) и регистрации по месту жительства, - но и реальные условия их существования, которые могут формально или неформально иметь значение в вопросе доступности медицинской помощи.

С формальной стороны для реализации права важно иметь возможность соответствовать тем условиям, которые установлены нормативными актами, регулирующими соответствующие отношения. Например, если для реализации права необходимо представить те или иные документы, то у человека должны быть сами документы и/или возможность их получения в разумные сроки.³⁸ Учитывая сказанное в п. 1.5.2. относительно специфики медицинской помощи как предмета права, понятно, что если для получения медицинской помощи необходимо

³⁷ Причем эти источники предоставляют бездомному средства существования не только в их денежном выражении, но и в натуре: в виде еды, одежды, места ночлега, возможности помыться и постираться. Порой такие «натуральные» средства существования составляют в бюджете бездомного долю, стремящуюся к 100%. Понятно, что за счет этих ресурсов невозможно оплатить медицинскую помощь.

³⁸ Разумность срока в данном случае определяется тем, насколько этот срок не затрудняет реализацию права.

предъявление каких-либо документов, то речь идет, прежде всего, о наличии этих документов непосредственно у гражданина. В некоторых случаях (при оказании плановой медицинской помощи) речь может идти о получении таких документов (например, направлений, заключений и т.п.) в очень короткие сроки.

В связи с этим, оценивая бездомных как потенциальных получателей медицинской помощи, нам необходимо понять, обладают ли они хотя бы минимальным набором необходимых документов. Воспользуемся для этого данными аналитического отчета межрегионального исследования «Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности», проведенного в 2004-2005 годах в Великом Новгороде, Владимире, Мурманске, Петрозаводске, Санкт-Петербурге, Тольятти, Архангельске и городах Архангельской области Северодвинске и Новодвинске. Оно было проведено РБОУ «Ночлежка» (Санкт-Петербург), АРОО ЦСП «Вертикаль» (Архангельск), БФ «Утешение» (Петрозаводск), АНО «Открытая Альтернатива» (Тольятти), АНБО «Социальная помощь бездомным» (Владимир), МУ «Центр социальной реабилитации для лиц без определенного места жительства и занятий» (Владимир), Новгородским отделением Российского Детского Фонда, Комитетом по социальной защите населения администрации г. Мурманска и Советом депутатов г. Мурманска.³⁹

Согласно данным этого исследования, охватившего в основном представителей интересующего нас придонного слоя, паспорт гражданина России имели только 33,4% из них⁴⁰, временное удостоверение гражданина РФ – 0,2% (т.е. документ, удостоверяющий личность, имел только каждый третий представитель придонного слоя бездомных), а полис обязательного медицинского страхования – 14,9% (лишь каждый седьмой). Не имели никаких документов 38,2% опрошенных бездомных.

При этом почти 26% бездомных, сообщивших об отсутствии у них вообще каких-либо 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%.

Таким образом, подавляющее большинство представителей придонного слоя бездомных, во всяком случае, не имеет хотя бы одного из двух документов, имеющих значение при решении вопроса получения медицинской помощи, а значительная часть (более трети) не имели никаких документов вовсе, и по данным исследования наблюдается явная корреляция между наличием документов и возможностью получения медицинской помощи.

В связи с этим возникают два существенных вопроса:

- могут ли бездомные получить документы, необходимые при реализации права на медицинскую помощь, и насколько быстро они при необходимости могут это сделать?
- приспособлена ли существующая в России система здравоохранения к оказанию медицинской помощи лицам, не имеющим паспорта и полиса?

В реальности на возможность получения медицинской помощи влияет также отношение медицинского персонала к представителям придонного слоя бездомных. Есть все основания

³⁹ Межрегиональное исследование «Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности». Аналитический отчет. СПб., 2006.

⁴⁰ 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).

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).

Следовательно, при анализе законодательства надо обратить внимание, насколько оказание этих услуг и создание условий для их оказания предусмотрены в нормативных актах.

4. Общие замечания о нуждаемости бездомных в медицинской помощи

Говоря о доступности медицинской помощи, нельзя обойти стороной и вопрос о степени нуждаемости в ней населения.

Рассмотрим это на примере охраны репродуктивного здоровья населения и обеспечения безопасного материнства. В этом отношении следует обратить внимание на показатели здоровья беременных женщин и рожениц, а также соотношение долей нормальных и осложненных родов. В Волгограде, например, доля нормальных родов от общего числа в 2005 году составила всего 11,1%, при этом среднестатистическая беременная и роженица страдала двумя заболеваниями.⁴¹ За 8 месяцев 2006 года в Высокогорском районе Республики Татарстан 8% родов были преждевременными.⁴² В городе Иваново интенсивный показатель онкогинекологической заболеваемости в период 2000–2004 годов возрос с 54,2 до 61,1 случая на 100000 женского населения, а онкозаболеваемость молочных желез, за тот же период выросла с 70,1 до 80,0 случаев на 100000 женского населения. Очень высоким был показатель регистрации поздних стадий заболевания. В общей структуре визуальных форм рака шейки матки и молочной железы 35 - 47% выявлены в IV стадии заболевания.⁴³

⁴¹ Данные муниципальной целевой программы "Безопасное материнство Волгограда" на 2007 год, утвержденной Решением Волгоградской городской Думы от 13 декабря 2006 г. N 39/916.

⁴² Данные из решения аппаратного совещания Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 28 сентября 2006 года по проблемам младенческой смертности в Республике Татарстан за 8 месяцев 2006 г.

⁴³ Данные из муниципальной целевой программы "О комплексе программ по улучшению здравоохранения города Иванова на 2005-2008 годы", утвержденной Решением Ивановской городской Думы от 28.06.2005 N 525 (в ред. Решений Ивановской городской Думы от 29.11.2005 N 650, от 26.04.2006 N 115, от 27.09.2006 N 216, от 01.11.2006 N 247, от 29.11.2006 N 279, от 27.12.2006 N 326).

Вряд ли можно предположить, что соответствующие показатели среди бездомных будут отличаться в лучшую сторону. Более резонным выглядит предположение, что у бездомных эти показатели будут хуже.

Следовательно, и потребность в медицинской помощи и в плане диагностических, и в плане лечебных мероприятий у бездомных граждан будет, во всяком случае, не ниже, чем у граждан, имеющих жилье и регистрацию по месту жительства.

5. Общие замечания о доступности медицинской помощи для бездомных

Оценивая доступность медицинской помощи для бездомных, следует учитывать, что она не может быть выше, чем у представителей аналогичных «домашних» категорий населения. Так, если в предназначенных для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи детям государственных учреждениях здравоохранения Волгоградской области, полностью или частично отсутствует необходимое диагностическое, реанимационное и реабилитационное оборудование, а малоинвазивные хирургические вмешательства, в настоящее время широко применяемые в абдоминальной, торакальной, урологической, нейрохирургической помощи детям, не применяются ввиду отсутствия необходимого оснащения и оборудования⁴⁴, то в Волгоградской области бездомные дети, равно как и «домашние» не могут получить медицинскую помощь, для оказания которой необходимо это оборудование.

Оценивать возможность доступа бездомных к тем или иным учреждениям, специалистам, услугам и товарам (лекарствам и т.п.) надо не только с точки зрения того, предусматривают ли нормативно-правовые акты эту возможность для бездомных, но и в комплексе с другими факторами. Например, если бездомные в силу линейной удаленности и невозможности воспользоваться общественным транспортом не имеют возможности добраться до лечебно-профилактического учреждения, то эффективность любых нормативных актов, предусматривающих оказание в этом учреждении помощи бездомным, будет невысока.

6. Общие замечания об уровне правового регулирования вопросов здравоохранения

Пунктом «ж» части 1 ст. 72 Конституции РФ «координация вопросов здравоохранения; защита семьи материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение» отнесены к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. В том, что не касается координации этих вопросов, субъекты Российской Федерации в соответствии со ст. 73 Конституции РФ обладают всей полнотой государственной власти для их решения.

Пунктом 12 части 1 статьи 15 Федерального закона от 6 октября 2003 г. N 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»⁴⁵ к вопросам местного значения муниципального района отнесены «организация оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов».

⁴⁴ Данные из раздела 1 Волгоградской областной целевой программы "Здоровое поколение" на 2007 - 2010 годы, утвержденной Законом Волгоградской области от 29 декабря 2006 года N 1401-ОД.

⁴⁵ Действует с изменениями от 19 июня, 12 августа, 28, 29, 30 декабря 2004 г., 18 апреля, 29 июня, 21 июля, 12 октября, 27, 31 декабря 2005 г., 2, 15 февраля, 3 июня, 18, 25, 27 июля, 16 октября, 1, 4, 29 декабря 2006 г., 2 марта 2007 г.

Кроме того, в порядке, предусмотренном главой 4 указанного Федерального закона, органы местного самоуправления могут быть наделены отдельными государственными полномочиями, в том числе, в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

7. Общие замечания о языке нормативно-правовых актов

Прежде чем приступить непосредственно к изучению вопроса о доступности для бездомных медицинской помощи, необходимо несколько слов сказать о языке, которым написаны нормативно-правовые акты.

Исследуя вопрос влияния отсутствия регистрации по месту жительства на возможность реализации гражданами прав и свобод человека и гражданина, следует обратить особое внимание на те нормы, в которых механизм реализации прав так или иначе привязан к месту жительства или регистрации по месту пребывания и по месту жительства.

Самое пристальное внимание следует обратить на то, как в нормативно-правовых актах описывается субъект права. Зачастую при описании субъектов права отечественный законодатель использует различные понятия, по сути означающие регистрацию по месту жительства. Так, кроме формулировок типа «граждане, зарегистрированные по месту жительства на территории ХХХ» или «граждане, местожительство которых находится в ХХХ», используются аналогичные по значению формулировки «жители ХХХ» или «граждане, проживающие в ХХХ»⁴⁶. Как правило, понятия «жители» и «проживающие» нормотворцем не дефинируются. Для правоприменителя это порождает некоторую неопределенность, которую он в силу многолетней привычки и сложившегося правосознания решает путем приравнивания этих понятий к понятию «зарегистрированные по месту жительства».

Разумеется, можно попытаться оспорить такую трактовку в суде, но, учитывая причины, по которым человек нуждается в медицинской помощи и обращается за ней, а также длительность судебных тяжб, даже теоретически этот способ нельзя рассматривать как подходящий для защиты больным человеком его права на медицинскую помощь.

III. Законодательный аспект доступности медицинской помощи для бездомных в Российской Федерации

1. Доступность для бездомных программ обязательного медицинского страхования

Чтобы оценить доступность для бездомных программ обязательного медицинского страхования, необходимо понять, из каких источников финансируется обязательное медицинское страхование

⁴⁶ 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» (соответствующие формулировки выделены мной – И.К.).

бездомных, кто их страхует (или, говоря языком закона, кто является страхователем), включены ли бездомные в механизмы обязательного медицинского страхования и, если да, то насколько, какую помощь они могут получить за счет обязательного медицинского страхования.

Рассмотрим эти вопросы.

1.1. Страхование бездомных в системе обязательного медицинского страхования

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, - для работающего населения.⁴⁷

По данным уже упоминавшегося межрегионального исследования «Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности» постоянную официальную работу имеют только 2,8% представителей придонного слоя бездомных.⁴⁸ 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 бездомных. 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.

Разберем этот вопрос на примере конкретных нормативных актов субъектов Российской Федерации.

Пунктом 2.2. Правил обязательного медицинского страхования населения Нижегородской области⁴⁹ предусмотрено, что Правительство Нижегородской области при обязательном медицинском страховании является страхователем «для неработающего населения, **зарегистрированного в установленном порядке на территории** Нижегородской области».

⁴⁷ Часть вторая ст. 2 Закона РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (с изменениями от 2 апреля, 24 декабря 1993 г., 1 июля 1994 г., 29 мая 2002 г., 23 декабря 2003 г., 27 июля, 29 декабря 2006 г.)

⁴⁸ Среди женщин – 3,3%, среди мужчин – 2,7%, среди имеющих паспорта – 5,9%, среди не имеющих паспортов – 1,3%.

⁴⁹ 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.

К категории неработающих граждан, имеющих право на получение медицинской помощи за счет средств ОМС в лечебно-профилактических учреждениях Нижегородской области, работающих в системе ОМС, пунктом 2.7. указанных Правил отнесены «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 Нижегородской области».⁵⁰

Пунктом 1.7. Правил обязательного медицинского страхования Пермского края⁵¹ 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)**».

Пунктом 7.2. Правил обязательного медицинского страхования граждан на территории Тамбовской области⁵² предусмотрено, что неработающему населению полисы ОМС выдаются «**по месту жительства граждан при предъявлении ими документов, подтверждающих личность, факт проживания на территории Тамбовской области** и принадлежность гражданина к категории неработающего населения».

В соответствии с Инструкцией по ведению страхового медицинского полиса, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 23.01.1992 N 41, застрахованные неработающие граждане **при изменении постоянного места жительства** должны возвратить полученный ими ранее страховой медицинский полис с последующим получением другого полиса **по новому месту жительства**.⁵³

Такая обязанность предусмотрена и в региональных нормативно-правовых актах. Например, часть третья статьи 10 Закона Республики Башкортостан от 15 июня 1992 года N ВС-12/31 гласит: «Застрахованные лица обязаны... **при изменении постоянного места жительства или работы сдать страховой медицинский полис с последующим получением другого полиса по новому месту жительства** или работы».⁵⁴

Пункт 6.3. Правил обязательного медицинского страхования граждан в Ленинградской области⁵⁵ содержит следующую норму: «Неработающие граждане при изменении **постоянного места проживания** должны возвратить полученный ими полис и получить другой полис **по новому месту постоянного жительства**».

⁵⁰ Доля граждан, зарегистрированных по месту пребывания, в общем массиве бездомных незначительна. Это, как правило, представители относительно благополучной латентной группы.

К процитированной норме возникает один вопрос: это как надо стараться, чтобы не идентифицировать гражданина «при условии наличия паспорта и свидетельства о регистрации по месту пребывания»? Ответ на этот вопрос знает, видимо, только Правительство Нижегородской области.

⁵¹ Утверждены Постановлением Правительства края от 22.12.2006 года N 99-п.

⁵² Утверждены Постановлением администрации Тамбовской области от 28.12.2006 года N 1547.

⁵³ Пункт 6.3. Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан (утв. Федеральным фондом ОМС 3 октября 2003 г. N 3856/30-3/и).

⁵⁴ Закон действует в редакции Законов 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.

⁵⁵ 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.

Аналогичная норма содержится в пункте 6.3. Правил обязательного медицинского страхования на территории Орловской области⁵⁶, пункте 6.3. Правил обязательного медицинского страхования граждан Пензенской области⁵⁷ 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 сможет.

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 граждан⁵⁸ гласит: «Действие страховых полисов, выданных в соответствии с настоящим договором, прекращается... в случае... **изменения застрахованным лицом места жительства**».

В Вологодской области «оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования лицам без определенного места жительства и занятий возможно при условии выдачи полиса ОМС, оформленного на основании документа, подтверждающего регистрацию данного лица в учреждении социальной защиты».⁵⁹ То есть, получить полис ОМС бездомный в Вологодской области сможет только тогда, когда его примут и зарегистрируют в учреждении социальной защиты. Следовательно, препятствия, которые существуют в этих учреждениях для приема и регистрации бездомных⁶⁰, автоматически препятствуют обязательному медицинскому страхованию бездомных.

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 бездомных.

2. Какую медицинскую помощь могут получить бездомные

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 практически не имеют возможности включиться в программы ОМС в качестве застрахованных

⁵⁶ Утверждены постановлением Коллегии Орловской области от 19 января 2007 N 14

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Утвержден Постановлением Правительства Пензенской области от 5 ноября 2002 г. N 515-пП.

⁵⁹ Пункт 2 примечаний к разделу III Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2007 год (утв. Постановлением Законодательного Собрания области от 30 ноября 2006 г. N 941).

⁶⁰ В теории социальной работы такие препятствия называются порогами. Порогами для размещения бездомного в социальном учреждении могут, например, быть требования к наличию тех или иных документов (паспорт и пр.) или отсутствию каких-либо заболеваний (туберкулез, чесотка и др.), малая вместимость учреждений и их гендерная профилированность, необходимость предварительных процедур (получение направлений, прохождение обследований), условия приема (часто социальные учреждения принимают только тех, кто ранее имел место жительства на соответствующей территории) и т.п.

лиц, им в случаях, предусмотренных законодательством, теоретически может быть доступна медицинская помощь.

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. Хотя бывают и исключения.

В целом, нормы, регулирующие вопросы оказания медицинской помощи, можно по отношению к бездомным условно подразделить на две категории: «отсекающие» (их от возможности получения помощи) и «включающие» (их в число получателей помощи).

Несколько примеров.

В разделе 6. Концепции развития здравоохранения Свердловской области на 2007 - 2015 годы, одобренной Постановлением Правительства Свердловской области от 29 декабря 2006 г. N 1150-ПП, сказано: «Первичная медико-санитарная помощь - проводимые *по месту жительства* населения основные, общедоступные и бесплатные виды медицинской помощи, включающие лечение наиболее распространенных болезней и проведение профилактических мероприятий. Уровень работы первичного звена как центрального звена в системе здравоохранения в наибольшей степени определяет показатели здоровья населения и экономическую эффективность деятельности системы здравоохранения для общества».

Пункт 1 ст. 25 Закона Воронежской области от 09.12.2002 года N 77-ОЗ «О здравоохранении в Воронежской области» 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 п. 2 ст. 28 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*».⁶¹

Это положение буквально дословно повторено в пункте 10 статьи 26 Закона Курской области от 9 декабря 2004 года N 67-ЗКО «О здравоохранении в Курской области».⁶²

Статья 32 Закона Тверской области от 24 июня 1999 года N 65-ОЗ-2 «О здравоохранении Тверской области»⁶³ называется «Амбулаторно-поликлиническая помощь». В ней сказано: «1. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает первичную медико-санитарную и

⁶¹ 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).

⁶² В настоящее время (на конец марта 2007 года) 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.

⁶³ 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

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.

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.).⁶⁴

В соответствии с Положением об оказании скорой и неотложной первичной медико-санитарной помощи отдельным категориям граждан при определенных заболеваниях и нарушениях здоровья и стационарной помощи по социальным показаниям муниципальными учреждениями здравоохранения, утвержденным Решением Череповецкой городской Думы⁶⁵ от 19 декабря 2006 г. № 196, лицам без определенного места жительства и занятий, не зарегистрированным в учреждениях социальной помощи, предоставляется скорая и неотложная первичная медико-санитарная помощь при следующих заболеваниях или нарушениях здоровья:

- туберкулез;
- синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- психические расстройства и расстройства поведения;
- наркологические заболевания;
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде;
- венерические заболевания - для граждан, застрахованных за пределами Вологодской области;
- болезни мочеполовой системы, требующие применения гемодиализа.⁶⁶

Первичная медико-санитарная помощь (включая стоматологическую помощь) предоставляется бездомным во время одного посещения амбулаторно-поликлинического учреждения и (или) в течение одного дня пребывания пациента в дневном стационаре.⁶⁷ В условиях стационара первичная медико-санитарная помощь предоставляется бездомным гражданам в течение от 1 до

⁶⁴ «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.).

⁶⁵ Представительный орган местного самоуправления г. Череповца, районного центра Вологодской области.

⁶⁶ Пункты 2.1. и 2.2. Положения.

⁶⁷ Пункт 2.5. Положения.

7 койко-дней в зависимости от тяжести заболевания. В случае крайне тяжелого состояния больного допускается увеличение срока его пребывания в стационаре по согласованию с управлением здравоохранения мэрии города, о чем производится соответствующая запись в истории болезни пациента.⁶⁸

Расходы по оказанию скорой и неотложной медико-санитарной помощи и стационарной помощи муниципальными учреждениями здравоохранения осуществляются из средств городского бюджета по следующим статьям:

- оплата труда работников;
- начисления на оплату труда;
- приобретение медикаментов и перевязочных средств;
- приобретение продуктов питания.⁶⁹

В Вологодской области за счет средств областного бюджета незастрахованным гражданам, к которым отнесены и «лица без определенного места жительства и занятий, не зарегистрированные в учреждениях социального обслуживания»⁷⁰, оказывается неотложная помощь в амбулаторно-поликлинических и стационарных государственных учреждениях здравоохранения.⁷¹

Согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Костромской области, бесплатной медицинской помощи на 2006 год⁷² в Костромской области бесплатно «всем лицам вне зависимости от места проживания и регистрации» оказывалась скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, а также при осложнениях беременности и родах.⁷³

В соответствии с утвержденной Администрацией Смоленской области Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год⁷⁴ бездомным гражданам на территории Смоленской области за счет средств областного бюджета должна предоставляться медицинская помощь, оказываемая в областных государственных учреждениях здравоохранения, а за счет средств бюджетов муниципальных образований Смоленской области - медицинская помощь, оказываемая в муниципальных учреждениях здравоохранения.⁷⁵

⁶⁸ Пункт 2.6. Положения.

⁶⁹ Пункт 3.1. Положения.

⁷⁰ В соответствии с пунктом 2 примечаний к разделу III Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2007 год (утв. Постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 30 ноября 2006 г. N 941), бездомным, зарегистрированным в социальных учреждениях, может быть оформлен полис ОМС.

⁷¹ Подпункт 2 пункта 2 раздела IV Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2007 год (утв. Постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 30 ноября 2006 г. N 941).

⁷² Утверждена постановлением губернатора Костромской области от 21 февраля 2006 г. N 185; в ред. постановлений губернатора Костромской области от 05.05.2006 N 376, от 15.06.2006 N 458, от 17.10.2006 N 683, от 18.12.2006 N 772, 21.12.2006 N 781

⁷³ Пункт 2.1.1. Программы.

⁷⁴ Утверждена постановлением Администрации Смоленской области от 07.12.2006 N 442, действует в ред. постановления Администрации Смоленской области от 12.01.2007 N 9

⁷⁵ Пункты 4.2. и 4.3. Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год.

Пунктом «г» раздела IV Программы государственных гарантий оказания населению Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на 2007 год⁷⁶ предусмотрено, что за счет средств областного и местных бюджетов медицинская помощь предоставляется «лицам без определенного места жительства (за исключением лиц без определенного места жительства, имеющих паспорт и регистрацию по месту пребывания на территории Нижегородской области)»⁷⁷.

Законодательством Орловской области предусмотрено лечение бездомных за счет средств областного бюджета и средств бюджетов муниципальных образований.⁷⁸

При рассмотрении вопроса о борьбе с заболеваниями социального характера и опасными инфекциями власти, как правило, предусматривают проведение диагностических мероприятий среди бездомных.

В соответствии с пунктами 6 и 7.4 Приказа Управления здравоохранения администрации Липецкой области от 2 августа 2006 г. N 418 «О дополнительных мерах по реализации национального проекта "Здоровье" по разделу "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ"» бездомным в Липецкой области должно быть обеспечено проведение добровольного освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С с обязательным проведением до- и послетестового консультирования. Однако это в большей степени касается выявления уже заразившихся бездомных. Собственно профилактика, например, при помощи вакцинирования бездомных от гепатита В, не предусмотрена.

В Рязанской области, согласно подпункту 1 пункта «А» Инструкции по кратности флюорографических осмотров населения⁷⁹, бездомные, как представители группы «повышенного риска заболевания туберкулезом и раком легких» подлежат ежегодному флюорографическому обследованию.

Следует особое внимание обратить на проблемы, связанные с получением бездомными женщинами акушерско-гинекологической медицинской помощи. Это важно не только с точки зрения их здоровья, но и с точки зрения здоровья их будущих детей.

Что касается доступности амбулаторной гинекологической помощи для небеременных бездомных женщин, о степени этой доступности можно судить по приведенным выше цитатам из статьи 32 Закона Тверской области от 24 июня 1999 года N 65-ОЗ-2 «О здравоохранении Тверской области», пункта 10 статьи 26 Закона Курской области от 9 декабря 2004 года N 67-ЗКО «О здравоохранении в Курской области, пункта 1 ст. 25 и пункта 2 ст. 28 Закона Воронежской области от 09.12.2002 года N 77-ОЗ «О здравоохранении в Воронежской области».

⁷⁶ Утверждена постановлением Правительства Нижегородской области от 29.12.2006 N 452.

⁷⁷ Как сказано выше, медицинская помощь бездомным, имеющим паспорта и регистрацию по месту пребывания, оплачивается из средств ОМС (п. 2.7. Правил обязательного медицинского страхования населения Нижегородской области).

⁷⁸ Пункты «б», «в» раздела V Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Орловской области на 2007 год (утв. постановлением Коллегии Орловской области от 19 января 2007 N 14).

⁷⁹ Утверждена приказом Управления здравоохранения Рязанской области от 7 декабря 2006 г. N 488 «Об организации и проведении профилактических флюорографических осмотров населения Рязанской области с целью раннего выявления туберкулеза и других заболеваний органов грудной клетки»

В настоящее время система акушерской и гинекологической помощи беременным женщинам в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года N 852 «О порядке финансирования в 2006 году расходов, связанных с оплатой услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и (или) родов» перешла на оплату услуг на основании родовых сертификатов.

Для анализа того, насколько эта система доступна для бездомных беременных женщин приведу несколько выдержек из приложенных к Письму Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 марта 2006 г. N 1043-ВС ответов на наиболее часто встречающиеся вопросы, касающиеся оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной указанными учреждениями женщинам в период беременности и родов, на основании родовых сертификатов, и из Письма Государственного учреждения Приморское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации от 28 декабря 2006 года № 06-12/06-351.

Из ответов на наиболее часто встречающиеся вопросы, касающиеся оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной указанными учреждениями женщинам в период беременности и родов, на основании родовых сертификатов

Раздел II. О лицах, которым может быть выдан родовый сертификат

2.2. Правомерно ли оформление родового сертификата учреждениями здравоохранения в случае, если у женщины отсутствуют документы, удостоверяющие личность?

В соответствии с пунктом 5 Порядка и условий оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.01.2006 N 5, родовый сертификат выдается при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность. Следовательно, при отсутствии у женщины документов, удостоверяющих личность, родовый сертификат не выдается.

Если в период выдачи родового сертификата паспорт женщины по каким-либо причинам (например, в связи с оформлением регистрации или сменой фамилии) находится в паспортном столе, то на основании справки из органа внутренних дел, подтверждающей обстоятельства, по которым у женщины отсутствует документ, удостоверяющий личность, ей может быть выдан родовый сертификат.

2.5. Возможна ли выдача родового сертификата женщинам гражданкам Российской Федерации, не имеющим документов, подтверждающих регистрацию по месту жительства?

Согласно п. 5 Порядка и условий оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.01.2006 N 5, родовые сертификаты, выдаются женщинам при предъявлении ими паспорта или иного документа, удостоверяющего личность. Сведения о регистрации по месту жительства (пребывания) вносятся в родовый сертификат на основании документов, удостоверяющих личность, предъявляемых женщиной. При невозможности внесения указанных сведений в соответствующих графах родового сертификата делается отметка о причине отсутствия сведений о регистрации.

Таким образом, факт регистрации по месту жительства не влияет на право получения женщиной родового сертификата и женщина вправе обратиться за получением медицинской помощи в любое учреждение здравоохранения на территории Российской Федерации, в том числе и в случае отсутствия отметки о регистрации по месту жительства в документе, удостоверяющем личность.

Раздел III. Условия оплаты талонов родовых сертификатов

3.6. В каких случаях не оплачиваются талоны родовых сертификатов?

В соответствии с пунктом 17 Порядка и условий оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и

родов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.01.2006 N 5, талоны родовых сертификатов не оплачиваются в следующих случаях:

...
- если родовый сертификат, выдан женщинам, не имеющим документов, удостоверяющих личность;
...

3.10. Какая из женских консультаций может претендовать на оплату родового сертификата, если беременная женщина во время наблюдения сменила несколько учреждений?

Женщине родовый сертификат может быть выдан не ранее 30 недель беременности (в случае многоплодной беременности - не ранее 28 недель беременности), при наблюдении ее на амбулаторно-поликлиническом этапе не менее чем 12 недель.

В связи с этим право на выдачу родового сертификата и оплату талона N 1 родового сертификата будет иметь та женская консультация, в которой женщина состояла на учете в сроке беременности 30 недель при условии, что данная консультация наблюдала и вела женщину в период беременности не менее 12 недель.

В случае если женщина за период беременности наблюдалась в различных женских консультациях и в связи с этим не имеет постоянного наблюдения врача акушера-гинеколога в течение 12 недель, то ни одна из этих женских консультаций не имеет право на выдачу родового сертификата.

Если после получения в 30 недель беременности родового сертификата женщина перейдет на наблюдение в другую женскую консультацию, то эта женская консультация не вправе выдавать новый родовый сертификат, поскольку срок наблюдения ее во второй консультации не может составить 12 недель.

**Из Письма Государственного учреждения
Приморское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
от 28 декабря 2006 года № 06-12/06-351.**

Вопрос: Когда и на каком основании выдаются родовые сертификаты?

Ответ: Родовые сертификаты выдаются женскими консультациями при сроке беременности женщины от 30 недель, а при многоплодной беременности - свыше 28 недель при условии наблюдения женщины в консультации не менее 12 недель. При этом женская консультация вправе выдать родовый сертификат женщине и в более поздние сроки беременности (в 35, 36 и т.п. недель), при условии, что она наблюдала женщину не менее 12 недель...

Вопрос: Кто имеет право на получение родового сертификата?

Ответ: Гражданки Российской Федерации, а также иностранные гражданки и лица без гражданства, законно проживающие на территории Российской Федерации (к законно проживающим на территории Российской Федерации относятся лица, имеющие вид на жительство или разрешение на временное проживание. Лица, временно пребывающие на территории Российской Федерации (имеющие только визу), не обеспечиваются родовыми сертификатами).

Следует иметь в виду, что право на получение родового сертификата имеют все женщины, являющиеся гражданками Российской Федерации, в том числе работающие, неработающие, военнослужащие, несовершеннолетние и т.п. Единственная причина для отказа в выдаче им родового сертификата - отсутствие паспорта или иного документа, удостоверяющего личность и подтверждающего, что данная женщина является гражданкой Российской Федерации. То есть при отсутствии у гражданки России - отметки о регистрации, полиса ОМС, СНИЛС родовый сертификат ей должен быть выдан, но при этом в нем проставляется отметка о причине отсутствия вышеуказанных документов.

Не получают сертификат граждане, находящиеся в местах лишения свободы, поскольку они не имеют документов, удостоверяющих личность, а также иные граждане, не имеющие документов, удостоверяющих личность.

Из приведенных выше ответов на вопросы, очевидно, что при наличии паспорта беременным бездомным гражданкам России может быть выдан родовый сертификат.

Оценивая это, следует учесть тот факт, что две трети бездомных не имеет паспортов и, следовательно, вероятность того, что значительная часть беременных бездомных женщин не смогут получить родовые сертификаты, очень велика.

Разумеется, скорая медицинская помощь в соответствии с законодательством должна оказываться бесплатно и безотлагательно, невзирая на отсутствие любых документов, в том числе паспортов и родовых сертификатов, а неоказание медицинской помощи медицинским работником, если это привело к тяжелым последствиям для здоровья или смерти, является уголовно-наказуемым деянием (статья 124 Уголовного кодекса Российской Федерации). Принять роды у бездомной женщины обязаны, даже если у неё нет никаких документов.

Однако, практика не всегда соответствует теории. В передаче «Вести. Саратов» от 20 марта 2007 года был показан сюжет Ольги Бугаенко о том, как в родильном отделении центральной районной больницы города Красноармейска акушерка отказалась бесплатно принимать роды у женщины, которая забыла свои документы дома в Саратове.⁸⁰ В результате эта женщина была вынуждена рожать в ванне в квартире своего гражданского мужа⁸¹ (по данным других СМИ, в квартире отца), который позже обратился в прокуратуру с жалобой на действия акушерки. По сообщениям СМИ, ребенок впоследствии умер.

3. Льготное (бесплатное) обеспечение лекарственными средствами

Одним из важнейших элементов медицинской помощи является лекарственное пособие. Возможность получения необходимых лекарств имеет решающее значение в консервативном и 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 заболеваниями.

И в этом вопросе бездомные граждане подвергаются тотальной дискриминации. Яркой иллюстрацией этой дискриминации может служить документ, который полностью приведен ниже.

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ИНФОРМАЦИЯ
от 11 января 2007 года

ПОРЯДОК ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ БОЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

⁸⁰ Данная информация взята из Интернета по адресу: <http://saratov.rfn.ru/mnews.html?id=52385&cid=7>

⁸¹ Понятия «гражданский муж», «гражданская жена» и «гражданский брак» не являются юридическими. С точки зрения закона, гражданским является брак, заключенный в соответствии с законодательством в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Этим он отличается от церковного брака, заключаемого в религиозных организациях (церкви, мечети, синагоге и др.). Используемые в обиходной речи понятия «гражданский муж», «гражданская жена» и «гражданский брак», соответствуют используемым в юридической практике понятиям «сожитель», «сожительница» и «сожитительство».

В целях реализации ст. 41 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" и Постановления Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" с 1 января 2007 года оказание бесплатной лекарственной помощи в амбулаторных условиях гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, является одним из финансовых обязательств администрации Воронежской области.

К категориям граждан, имеющим право на меры социальной поддержки в лекарственном обеспечении, относятся граждане, **постоянно проживающие на территории** Воронежской области, страдающие социально значимыми заболеваниями.

Перечень социально значимых заболеваний утвержден вышеуказанным Постановлением N 715. К ним относятся: туберкулез; сахарный диабет; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); психические расстройства; онкологические заболевания; гепатиты В и С; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, и некоторые редкие заболевания.

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, выписка льготных рецептов для амбулаторного лечения осуществляется специалистами государственных, муниципальных, негосударственных и ведомственных учреждений здравоохранения, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Воронежской области, в пределах лимитов бюджетных обязательств.

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".

Механизм отпуска лекарственных средств определяется приказом Главного управления здравоохранения Воронежской области.

Закупка лекарственных средств осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

Руководители учреждений здравоохранения несут ответственность за целесообразность и законность назначения лекарственных средств гражданам на льготных условиях.

Для сведения больных социально значимыми заболеваниями: лица, страдающие:

- туберкулезом, сахарным диабетом, психическими заболеваниями, артериальной гипертензией (только состоящие на диспансерном учете), - за выпиской рецептов обращаются в амбулаторно-поликлинические учреждения **по месту жительства**;

- ВИЧ; онкологическими заболеваниями; инфекциями, передающимися преимущественно половым путем; вирусными гепатитами В и Г, - в соответствующие профильные специализированные учреждения здравоохранения (ГУЗ "Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", ГУЗ "Областной клинический онкологический диспансер", ГУЗ "Областной клинический кожно-венерологический диспансер", ГУЗ "Областная клиническая инфекционная больница" - соответственно);

- онкогематологическими заболеваниями, - в ГУЗ "Воронежская клиническая областная больница N 1" (взрослые) и ГУЗ "Областная детская клиническая больница N 2" (дети).

Разъяснения по механизму лекарственного обеспечения указанных категорий граждан можно получить в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения **по месту жительства** с 1 января 2007 года.

Главное управление здравоохранения
Воронежской области⁸²

Пункты 2.1., 3.4. и 3.5. Положения о порядке обеспечения бесплатными лекарственными средствами граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, при лечении в амбулаторных условиях на территории Магаданской области⁸³, связывают обеспечение бесплатными лекарственными средствами граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, с понятием «место жительства».

Согласно пункту 3.3. Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области в 2007 году⁸⁴ гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи, «рецепты на наркотические и сильнодействующие лекарственные препараты выписываются **по месту жительства**». По сути дела, указанная норма без изменений перешла в эту программу из пункта

⁸² Выделения полужирным курсивом сделаны мной – И.К.

⁸³ Утверждено Постановлением администрации Магаданской области от 24.01.2005 N 13-па. Действует в редакции Постановлений администрации области от 07.04.2005 N 66-па, от 01.06.2006 N 164-па, от 25.01.2007 N 11-па.

⁸⁴ Программа утверждена Постановлением Правительства Пензенской области от 29 декабря 2006 г. N 840-пП.

3.3. действовавшей ранее Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области в 2006 году.⁸⁵

Пункт 5.3 действующего в Пермском крае Положения о предоставлении гражданам льгот и социальной услуги по лекарственному обеспечению⁸⁶ предусматривает: «Рецепты льготным категориям граждан, имеющих право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами или на 50-процентную скидку в их оплате, выписывает врач государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения **по месту постоянного проживания** этих граждан или по месту их прикрепления для медицинского обслуживания в соответствии с Инструкцией по заполнению рецептурного бланка, утвержденной Приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. N 328 "О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке отпуска аптечными учреждениями (организациями)"».⁸⁷

Пунктом 1.2.Порядка льготного лекарственного обеспечения населения г. Абакана в 2007 году, утвержденного Постановлением Мэра г. Абакана от 28.12.2006 N 2714, предусмотрено, что «рецепты выписываются гражданам, включенным в электронный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в поликлиниках **по месту постоянного жительства**. Граждане должны предъявить документ, удостоверяющий личность, документ, подтверждающий право на получение набора социальных услуг, страховой медицинский полис ОМС».

4. Прочие вопросы, влияющие на доступность медицинской помощи для бездомных

4.1. Линейная доступность

Линейная 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 льготников⁸⁸ к месту лечения и обратно, относятся к сфере социальной помощи и регулируется соответствующим законодательством. К сожалению, предусматривая механизмы социальной поддержки, нормотворцы увязывают их с

⁸⁵ Программа утверждена Постановлением Правительства Пензенской области от 30 ноября 2005 г. N 1021-пП. Редактировалась Постановлениями Правительства Пензенской обл. от 28.03.2006 N 156-пП, от 23.05.2006 N 365-пП, от 19.06.2006 N 417-пП, от 08.08.2006 N 523-пП, от 27.10.2006 N 683-пП, от 17.11.2006 N 723-пП, от 22.12.2006 N 802-пП.

⁸⁶ Положение утверждено Указом губернатора Пермского края от 27.01.2006 N 5. Действует в ред. Указа Губернатора Пермского края от 22.03.2006 N 44.

⁸⁷ Упомянутой здесь Инструкцией о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них (утв. приказом Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. N 328; действует с изменениями от 9 января 2001 г., 16 мая, 19 декабря 2003 г., 29 апреля 2005 г., 13 июня 2006 г.) для обеспечения онкобольных наркотическими лекарственными средствами предусмотрено прикрепление этих больных к аптекам по месту жительства (пункт 3.11. Инструкции).

⁸⁸ Инвалиды войны; участники Великой Отечественной войны; ветераны боевых действий; военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период; лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда"; члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий; лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны; ветераны труда; ветераны военной службы; ветераны государственной службы; одиноко проживающие граждане пожилого возраста, достигшие возраста 80 лет; реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий; инвалиды; граждане из подразделений особого риска; почетные доноры и др.

наличием места жительства на той или иной территории, не предусматривая альтернативных механизмов, которыми могли бы воспользоваться бездомные.

Так, Закон Республики Коми от 12 ноября 2004 года № 55-РЗ «О социальной поддержке населения в Республике Коми»⁸⁹, предусматривающий меры социальной поддержки льготных категорий граждан, «распространяется на **зарегистрированных в установленном порядке по месту жительства на территории Республики Коми** граждан Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом».⁹⁰ К сожалению, бездомные льготники в качестве исключения из этого правила указанным законом не предусмотрены и соответствующими их льготному статусу мерами социальной поддержки воспользоваться не могут.

Оказание социальной поддержки малоимущим гражданам в Республике Коми регламентировано Законом Республики Коми от 12 ноября 2004 года № 56-РЗ «Об оказании государственной социальной помощи в Республике Коми». Этот закон в качестве натуральной помощи предусматривает проезд граждан по остросоциальным нуждам по территории Российской Федерации (пункт 2 статьи 2). Под остросоциальными нуждами в этом законе понимается освидетельствование в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; обследование и лечение по онкологическим заболеваниям, туберкулезу, патологии беременности, кожно-венерическим заболеваниям, психическим заболеваниям, ВИЧ-инфекции, сахарному диабету; оздоровление в санаторно-курортных учреждениях, лечение (обследование) в учреждениях здравоохранения Республики Коми и Российской Федерации; похороны близких родственников; экстремальные ситуации, требующие неотложного выезда, а также сопровождение в поездках по определенным Правительством Республики Коми основаниям ребенка в возрасте до 18 лет, инвалида I группы, установленной до 1 января 2004 года, или инвалида, имеющего III степень ограничения способности к трудовой деятельности, или лица, страдающего стойким психическим расстройством и признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством (пункт 3 статьи 1).

Однако, бездомные граждане, испытывающие остросоциальные нужды (в том числе, связанные со здоровьем), не смогут воспользоваться указанной натуральной помощью в виде проезда по территории России, так как пунктом 1 статьи 5 рассматриваемого закона предусмотрено, что «государственная социальная помощь малоимущим семьям или малоимущему одиноко проживающему гражданину назначается решением органа социальной защиты населения **по месту жительства или месту пребывания** малоимущей семьи или малоимущего одиноко проживающего гражданина».

В Магаданской области Пунктом 6 Порядка предоставления гражданам государственной социальной помощи в виде компенсации проезда к месту специализированного лечения и для получения медико-социальной помощи в 2007 году⁹¹ предусмотрено, что «государственная социальная помощь в виде компенсации проезда к месту специализированного лечения или для получения медико-социальной помощи осуществляется государственными учреждениями социальной поддержки и социального обслуживания населения **по месту жительства (месту пребывания) заявителя**».

Утвержденным пунктом 1 Постановления Правительства Республики Тыва от 11 января 2007 г. N 37 Порядком обеспечения бесплатного проезда в г. Кызыл и обратно до места проживания

⁸⁹ Закон действует в ред. Законов РК от 05.03.2005 N 17-РЗ, от 14.05.2005 N 39-РЗ, от 09.11.2005 N 110-РЗ, от 06.10.2006 N 100-РЗ, от 15.11.2006 N 107-РЗ, от 07.12.2006 N 129-РЗ, от 05.03.2007 N 7-РЗ, с изм., внесенными Решением Верховного суда РК от 20.06.2006 N 3-28/06, Постановлениями Конституционного Суда РК от 05.09.2006, от 01.03.2007.

⁹⁰ Статья 1.

⁹¹ Утвержден Постановлением администрации Магаданской области от 25.01.2007 N 10-па.

междугородным автомобильным транспортом общего пользования (кроме такси) малоимущих беременных женщин, проживающих на территории Республики Тыва, направленных на обследование и лечение в лечебные учреждения г. Кызыла, предусмотрено, что «после получения направления, выданного учреждением здравоохранения, но не позднее 2 рабочих дней, малоимущие беременные женщины обращаются в уполномоченные органы социальной защиты населения Республики Тыва *по месту жительства* для обеспечения именными специальными талонами на право получения бесплатных проездных билетов»⁹². А пунктом 2 того же постановления Министерство труда и социальной политики Республики Тыва определено «уполномоченным органом по осуществлению контроля за реализацией мероприятий по обеспечению бесплатного проезда в г. Кызыл и обратно до места проживания междугородным автомобильным транспортом общего пользования (кроме такси) малоимущих беременных женщин, *постоянно проживающих на территории Республики Тыва*, направленных на обследование и лечение в лечебные учреждения г. Кызыла».

Указанные нормы не только дискриминируют проживающих в Республике Тыва бездомных беременных женщин, но и фактически дискриминируют еще не рожденных ими детей в их праве на получение лечения в перинатальном периоде.

4.2. Некоторые политические и идеологические аспекты оказания бездомным медицинской помощи

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.

Несколько примеров.

В Концепции развития здравоохранения в Саратовской области на 2007-2009 годы⁹³ бездомные не упоминаются.

Законом Саратовской области от 29 декабря 2006 года N 152-ЗСО «Об областных целевых программах» было утверждено 37 программ, из которых минимум 9 имеют непосредственное отношение к праву на здоровье⁹⁴. Бездомные упомянуты лишь в 2 из них.

⁹² Часть вторая пункта 7 Порядка.

⁹³ Утверждена Постановлением Правительства Саратовской области от 30 января 2007 г. N 9-11.

⁹⁴ Областная целевая Программа "Профилактика и лечение артериальной гипертонии на 2001 - 2007 годы"; областная целевая Программа "Обеспечение населения Саратовской области питьевой водой на 2004 - 2010 годы"; областная целевая (комплексная) Программа "Обеспечение населения Саратовской области доступным жильем и развитие жилищного строительства на 2005 - 2010 годы"; областная целевая Программа "Старшее поколение" на 2005 - 2007 годы; областная целевая Программа "Развитие экстренной медицинской помощи на территории Саратовской области" на 2005 - 2007 годы; областная целевая Программа "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Саратовской области" на 2006 - 2008 годы; областная целевая Программа "Семейная медицина" на 2006 - 2008 годы; областная целевая Программа "Охрана репродуктивного здоровья населения" на 2006 - 2008 годы; областная целевая Программа "Социальная поддержка инвалидов в Саратовской области на 2007 - 2010 годы".

В содержащей 8 профильных подпрограмм областной целевой Программе "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Саратовской области" на 2006 - 2008 годы⁹⁵ в разделе «Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами» применительно к подпрограмме "Неотложные меры борьбы с туберкулезом" на 2006 - 2008 годы сказано, что к числу «новых проблем социального характера, оказывающих существенное влияние на формирование эпидемических показателей по туберкулезу... относится значительная распространенность заболевания среди... лиц без определенного места жительства», а применительно к подпрограмме "Неотложные меры борьбы с распространением инфекций, передаваемых половым путем" на 2006 - 2008 годы – что «показателем сохраняющегося неблагополучия является высокий удельный вес среди больных сифилисом... лиц без определенного места жительства (0,6 процента)». Кроме того, в разделе «Показатели оценки эффективности реализации мероприятий программы» в качестве показателя эффективности мероприятий подпрограммы "Неотложные меры борьбы с туберкулезом" на 2006 - 2008 годы предусмотрено снижение смертности «от активного туберкулеза с учетом неизвестных диспансеру больных (лиц без определенного места жительства, освободившихся из мест лишения свободы и прибывших из других территорий)» с 17,4 на 100 тыс. населения⁹⁶ до 16,3 на 100 тыс. населения в 2006 году, до 15,5 на 100 тыс. населения в 2007 году и до 15,0 на 100 тыс. населения на момент окончания действия программы в 2008 году. При этом какие именно меры будут приняты для снижения заболеваемости бездомных туберкулезом и инфекциями, передаваемыми половым путем, а также снижения смертности бездомных от активного туберкулеза, и будут ли приняты вообще из программы не ясно⁹⁷. В рамках других подпрограмм областной целевой Программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Саратовской области" на 2006 - 2008 годы бездомные даже не упоминаются.

В областной целевой Программе "Социальная поддержка инвалидов в Саратовской области на 2007 - 2010 годы" в разделе 6 «Характеристика и прогноз развития сложившейся ситуации в рассматриваемой сфере без использования программно-целевого метода» среди прочего сказано, что «в ГУ "Центр социально-трудовой реабилитации для лиц без определенного места жительства и занятий" существует необходимость открытия медико-социального отделения на 40 мест для граждан, утративших социальные связи и нуждающихся в социальной помощи»⁹⁸, - а в разделе 7 «Перечень мероприятий областной целевой Программы "Социальная поддержка инвалидов в Саратовской области на 2007 - 2010 годы"» под номером 1.1 предусмотрено оснащение мебелью, технологическим и медицинским оборудованием медико-социального отделения ГУ "Центр социально-трудовой реабилитации для лиц без определенного места жительства и занятий" (срок исполнения 2007-2008 годы; общий объем финансирования 3 млн. рублей; ожидаемый результат создание условий для временного проживания и социальной реабилитации 40 граждан, нуждающихся в постороннем уходе, из числа инвалидов без определенного места жительства) и под номером 4.7. предусмотрен капитальный ремонт медико-социального отделения ГУ "Центр социально-трудовой реабилитации для лиц без определенного места жительства и занятий" (срок исполнения 2007 год; общий объем финансирования 5 млн.

⁹⁵ Программа включает в себя 8 подпрограмм: "Сахарный диабет" на 2006 - 2008 годы; "Онкология" на 2006 - 2008 годы; "Анти-ВИЧ/СПИД" на 2006 - 2008 годы; "Неотложные меры борьбы с туберкулезом" на 2006 - 2008 годы; "Развитие психиатрической помощи населению области" на 2006 - 2008 годы; "Профилактика и лечение наркологических расстройств" на 2006 - 2008 годы; "Неотложные меры борьбы с распространением инфекций, передаваемых половым путем" на 2006 - 2008 годы; "Вакцинопрофилактика" на 2006 - 2008 годы.

⁹⁶ Фактическое значение показателя на момент разработки Программы (по итогам 2004 года).

⁹⁷ Добиться снижения смертности от активного туберкулеза до заявленных показателей можно за счет работы с другими категориями населения, прежде всего, с известными диспансеру лицами.

⁹⁸ ГУ – в данном случае, общепринятая аббревиатура, означающая «государственное учреждение».

рублей; ожидаемый результат - улучшение условий проживания 40 граждан из числа инвалидов без определенного места жительства, получающих курс реабилитации в медико-социальном отделении данного Центра).

Дело, разумеется, благое, но его масштаб (40 мест для инвалидизированных бездомных на всю Саратовскую область) не позволяет говорить о том, что это может оказать сколько-нибудь существенное влияние на положение бездомных как категории населения Саратовской области. Если при этом учесть территорию области и, что кроме указанного открытия медико-социального отделения властями Саратовской области для социальной поддержки бездомных инвалидов на 4 года не предусмотрено больше ничего, то невольно напрашивается вывод: открытие этого отделения скорее символизирует заботу власти о бездомных, чем реально является таковой.

При анализе нормативных актов порой складывается ощущение, что вопрос о медицинской помощи бездомным поднимается и решается не ради создания условий для реализации ими конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а ради ограждения общества от инфекционной опасности, которая, по мнению нормотворцев, исходит от бездомных.

Так, например, законодательством Мурманской области о борьбе с туберкулезом обследование бездомных граждан на предмет выявления у них туберкулеза предусмотрено только в случае их помещения в приемник-распределитель или ночлежный дом.⁹⁹ По сути дела эти меры направлены не только и не столько на содействие бездомным в вопросе сохранения здоровья и получения медицинской помощи, сколько на предупреждение распространения туберкулеза в указанных учреждениях. В том числе, среди персонала.¹⁰⁰

5. Особенности правового регулирования оказания медицинской помощи бездомным в Санкт-Петербурге

5.1. Общие вопросы

В Санкт-Петербурге правовое регулирование оказания бездомным социальной и медицинской помощи имеет свои особенности.

Распоряжением губернатора Санкт-Петербурга от 6 февраля 1997 г. N 108-р "О мерах по профилактике бездомности и развитию сети учреждений социальной помощи гражданам, не имеющим определенного места жительства и занятий, в том числе, освобожденным из мест лишения свободы"¹⁰¹ был введен Временный порядок учета на территории Санкт-Петербурга граждан Российской Федерации, не имеющих определенного места жительства¹⁰², который «распространяется на граждан Российской Федерации, не имеющих постоянного места жительства в Российской Федерации, ранее имевших последнее постоянное место жительства в

⁹⁹ Ст. 12 Закона Мурманской области от 16 июня 1997 года N 67-01-ЗМО «Об основах организации борьбы с туберкулезом в Мурманской области» (действует в ред. законов Мурманской области от 07.12.2001 N 314-01-ЗМО, от 27.12.2004 N 564-01-ЗМО, от 15.12.2005 N 701-01-ЗМО, от 30.11.2006 N 810-01-ЗМО); пункт 2 раздела III Перечня программных мероприятий региональной целевой программы «Защита населения мурманской области от туберкулеза» на 2004-2008 годы (утверждена постановлением Правительства Мурманской области от 7 апреля 2005 г. N 119-ПП; действует в редакции постановления Правительства Мурманской области от 28.03.2006 N 100-ПП).

¹⁰⁰ Собственно ст. 12 Закона Мурманской области от 16 июня 1997 года N 67-01-ЗМО так и называется «Меры по ограничению распространения туберкулеза».

¹⁰¹ Действует с изменениями от 1 декабря 1997 г., 1 июля 2002 г., 22 июня 2004 г., 14 апреля 2005 г.

¹⁰² Действует с изменениями от 1 декабря 1997 г.

Санкт-Петербурге и утративших его не более 20 лет назад. Для граждан, отбывавших наказание, связанное с лишением свободы, ссылкой или высылкой, указанный срок увеличивается на фактически отбывтый срок наказания (для неоднократно судимых учитываются все фактически отбывтые сроки наказания)»¹⁰³.

Учет и снятие с учета на территории Санкт-Петербурга граждан Российской Федерации, не имеющих определенного места жительства, производится Городским пунктом учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства (далее - Городской пункт учета), подведомственным Комитету по труду и социальной защите населения.¹⁰⁴

Сведения о гражданах Российской Федерации без определенного места жительства, находящихся в Санкт-Петербурге и состоящих на учете в государственном учреждении Санкт-Петербурга "Городской пункт учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства" (включая детей до 14 лет), входят в состав информации Государственного регистра населения Санкт-Петербурга.¹⁰⁵

По сути дела, 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»¹⁰⁶.

Такое деление позволило властям Санкт-Петербурга таким образом организовать оказание социальной и медицинской помощи бездомным, чтобы, с одной стороны, максимально, насколько это возможно на уровне субъекта Российской Федерации, содействовать петербуржцам, по тем или иным причинам утратившим жилье, приблизиться в возможности реализации прав к тому уровню, на котором находятся граждане, имеющие в Санкт-Петербурге место жительства, а с другой – не создавать условий, которые могли бы дополнительно притягивать бездомных.¹⁰⁷

Так, например, в соответствии со статьями 1-4, 6¹, 7, 8¹, 9, 10, 10¹ Закона Санкт-Петербурга от 24 ноября 2004 г. N 589-79 "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Санкт-Петербурге"¹⁰⁸, пунктами 1, 8, 9, 11 Порядка ежемесячной денежной выплаты отдельным

¹⁰³ Часть вторая пункта 1 Временного порядка.

¹⁰⁴ Пункт 3.3 Городской социальной программы "Помощь лицам без определенного места жительства и занятий и освобожденным из мест лишения свободы", утвержденной Законом Санкт-Петербурга от 28 апреля 1997 г. N 70-22 "О городской социальной программе "Помощь лицам без определенного места жительства и занятий и освобожденным из мест лишения свободы" и пункт 3 Временного порядка учета на территории Санкт-Петербурга граждан Российской Федерации, не имеющих определенного места жительства.

¹⁰⁵ Пункт 5.2 Положения о Государственном регистре населения Санкт-Петербурга (утверждено постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 7 сентября 2004 г. N 1472; действует с изменениями от 19 октября 2006 г.)

¹⁰⁶ Чтобы каждый раз не писать фразы типа «бездомные, которые никогда не имели регистрации по месту жительства (прописки) или имели последнее место жительства (прописку) вне Санкт-Петербурга (Ленинграда)», далее в авторском тексте я для условного обозначения этой категории граждан буду пользоваться словосочетанием «“чужие” бездомные» и производными от него. Соответственно, вместо фраз типа «бездомные, имевшие последнее место жительства (прописки) в Санкт-Петербурге (Ленинграде)», я буду в авторском тексте пользоваться словосочетанием «“свои” бездомные» и производными от него.

¹⁰⁷ Понятно, что Санкт-Петербург, как и другие крупные города, в которых больше возможности найти себе источник средств существования, чем в небольших провинциальных городах, притягивает как бездомных, так и небездомных.

¹⁰⁸ Действует с изменениями от 16 декабря 2004 г., 20 января, 30 мая, 1 июля, 26 декабря 2005 г., 26 января, 30 октября 2006 г., 25 января, 15 февраля 2007 г.

категориям граждан в Санкт-Петербурге¹⁰⁹, пунктами 1, 2, 4 Порядка ежемесячной социальной выплаты отдельным категориям граждан в Санкт-Петербурге¹¹⁰, пунктом 5 Порядка организации работы по назначению и выплате ежемесячной денежной выплаты¹¹¹ бездомные представители соответствующих категорий¹¹² при условии прохождения ими указанного учета могут оформлять и получать соответствующие выплаты практически наравне с имеющими место жительства в Санкт-Петербурге представителями тех же категорий граждан.

В соответствии с пунктами 2.1 и 2.2 Порядка предоставления материальной помощи жителям Санкт-Петербурга, оказавшимся в трудной жизненной ситуации¹¹³, лица без определенного места жительства, имеющие регистрацию в Санкт-Петербургском государственном учреждении "Городской пункт учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства", могут через комплексный центр (центр) социального обслуживания населения по месту пенсионного обеспечения либо по месту последней регистрации в Санкт-Петербурге (для лиц без определенного места жительства, не получающих пенсию) получить материальную помощь.

Утвержденным Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 29 августа 2006 г. N 1051 Перечнем стандартов проживания в Санкт-Петербурге на 2006-2008 годы предусмотрено, что доля бездомных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы, обслуженных учреждениями социальной защиты населения от общей численности бездомных, состоящих на учете в органах социальной защиты населения должна быть не ниже 20,56%, а за 2007-2008 годы эта доля должна вырасти до 35%.¹¹⁴

5.2. Доступность бездомным медицинской помощи в Санкт-Петербурге

Пунктом 2.8. Положения о порядке организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан в Санкт-Петербурге¹¹⁵ «граждане РФ, зарегистрированные в Санкт-Петербургском государственном учреждении "Городской пункт учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства", страхователем которых является Комитет по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга, в пользу которых не заключены договоры ОМС работающих граждан», включены в Перечень категорий неработающих граждан, организация ОМС которых производится страховыми медицинскими организациями (СМО), осуществляющими ОМС неработающих граждан в системе ОМС Санкт-Петербурга.

Принадлежность лица к данной категории неработающих граждан подтверждается предъявлением следующих документов:

- паспорт гражданина РФ или иной документ, удостоверяющий личность и принадлежность к гражданству РФ;

¹⁰⁹ Приложение 1 к Постановлению Правительства Санкт-Петербурга от 29 декабря 2004 года № 2085

¹¹⁰ Приложение 2 к Постановлению Правительства Санкт-Петербурга от 29 декабря 2004 года № 2085

¹¹¹ Утвержден Распоряжением Комитета по труду и социальной защите населения от 30 декабря 2004 г. N 35-р (действует с изменениями от 1 апреля 2005 г., 21 июля 2006 г.).

¹¹² Лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР; лица, награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны; ветераны труда и граждане, приравненные к ветеранам труда по состоянию на 31 декабря 2004 года; реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий; пенсионеры (лица, достигшие возраста 60 лет и старше; неработающие женщины в возрасте от 55 до 60 лет; инвалиды, имеющие ограничения способности к трудовой деятельности II или III степени).

¹¹³ Утвержден Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 25 октября 2006 г. N 1281. Действует с изменениями от 15 января 2007 г.

¹¹⁴ Пункт 2.3.1.1.5 Перечня стандартов проживания в Санкт-Петербурге на 2006-2008 годы. Код стандарта 2.03.01.005.04.

¹¹⁵ Утверждено Распоряжением Председателя Комитета по здравоохранению от 8 июля 2005 г. N 263-р и Приказом Исполнительного директора ТФОМС Санкт-Петербурга от 29 июня 2005 г. N 149-А.

- справка установленной формы из "Городского пункта учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства".¹¹⁶

Страховые медицинские организации не осуществляют обязательное медицинское страхование в отношении граждан РФ старше 18 лет, не имеющих регистрации на территории РФ ни по месту жительства, ни по месту пребывания и не зарегистрированных в Санкт-Петербургском государственном учреждении "Городской пункт учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства".¹¹⁷

Обеспечение медицинской помощью бездомных предусмотрено Планом основных мероприятий по профилактике бездомности и оказанию социальной поддержки лицам без определенного места жительства и лицам, освободившимся из мест лишения свободы, на 2005-2007 годы.¹¹⁸

Вопросы госпитализации граждан, страдающих психическими расстройствами, в психиатрические стационары регламентирован Порядком госпитализации врачомными психиатрическими бригадами СПб ГУЗ ГССМП лиц, страдающих психическими расстройствами¹¹⁹. В соответствии с пунктами 1.3, 4.1, 8, 9 этого Порядка «своих» бездомных, снятых с принудительного лечения и идущих на долечивание в психиатрические больницы общего типа, госпитализируют в городскую психиатрическую больницу N 1 им. П.П. Кащенко; иногородних граждан Российской Федерации (в том числе бездомных) и граждан стран СНГ - в городскую психиатрическую больницу N 4; бездомные, «родившиеся в Ленинграде (Санкт-Петербурге) либо жившие в Ленинграде (Санкт-Петербурге) и имевшие прописку, а в последующем ее потерявшие, госпитализируются в психиатрические больницы, расположенные в районе выявления больного», а «лица, личность которых не установлена, госпитализируются в психиатрические больницы, расположенные в районе выявления больного».

Ежегодные профилактические медицинские осмотры бездомных в целях выявления туберкулеза методом флюорографии предусмотрены в Распоряжении Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 23 декабря 2005 г. N 492-р "Об организации флюорографического обследования населения Санкт-Петербурга с целью своевременного выявления туберкулеза" и распоряжением Комитета по здравоохранению от 23 декабря 2005 г. N 492-р.

Порядок бактериологического обследования бездомных на тифо-паратифозные заболевания, их вакцинации против брюшного тифа вакциной ВИАНВАК, а также порядок диспансеризации бездомных, перенесших брюшной тиф или паратифы, определены Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 16 октября 2006 г. N 443-р "Об усилении мероприятий по профилактике заболеваемости острыми кишечными инфекциями, в том числе брюшным тифом и паратифами".¹²⁰

Вакцинация бездомных от брюшного тифа и дифтерии предусмотрена Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 9 марта 2006 г. N 88-р "Об усилении

¹¹⁶ Часть вторая пункта 2.8 Положения.

¹¹⁷ Пункт 2.9 Положения.

¹¹⁸ Утвержден постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 14 декабря 2004 г. N 1960. Действует с изменениями от 12 декабря 2006 г.

¹¹⁹ Утвержден распоряжением Комитета по здравоохранению от 24 декабря 2002 г. N 490-р. Аббревиатура СПб ГУЗ ГССМП означает Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения "Городская станция скорой медицинской помощи".

¹²⁰ Действует с изменениями от 4 декабря 2006 г.

мероприятий по профилактике брюшного тифа и дифтерии среди лиц без определенного места жительства".

Планом основных мероприятий по профилактике бездомности и оказанию социальной поддержки лицам без определенного места жительства и лицам, освободившимся из мест лишения свободы, на 2005-2007 годы¹²¹ предусмотрено:

- обеспечение оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе лицам без определенного места жительства, находящимся в учреждениях социальной защиты населения, бригадами отделений скорой медицинской помощи при поликлиниках, а находящимся в общественных местах и на улице – бригадами Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения "Городская станция скорой медицинской помощи";
- обеспечение стационарного лечения и амбулаторно-поликлинического обслуживания в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга лиц без определенного места жительства нуждающихся в медицинских услугах;
- проведение в установленном порядке медицинского освидетельствования лиц без определенного места жительства, имеющих признаки инвалидности, в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- обеспечение централизованного флюорографического обследования и лечения больных туберкулезом лиц без определенного места жительства и лиц, освобожденных из мест лишения свободы;
- обеспечение проведения медицинского обследования лиц без определенного места жительства, длительное время пребывающих в учреждениях социального обслуживания;
- организация проведения санитарной обработки лиц без определенного места жительства в учреждениях городского и районного подчинения;
- осуществление контроля за своевременным оказанием медицинской помощи, в том числе госпитализацией, при наличии показаний у лиц без определенного места жительства, больных инфекционными и паразитарными заболеваниями;
- создание и содержание санитарно-дезинфекционного модульного отделения для проведения санитарной обработки лиц без определенного места жительства в структуре Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения "Городская инфекционная больница N 30 им. С.П.Боткина";
- создание обменного фонда белья и одежды для бездомных в домах (отделениях) ночного пребывания и врачебном здравпункте для лиц без определенного места жительства при Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения "Городская инфекционная больница N 30 им. С.П.Боткина";
- приобретение специального оборудования для Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения "Туберкулезная больница N 8";
- организация предоставления питания лицам без определенного места жительства, больным туберкулезом, на базе Санкт-Петербургского государственного учреждения "Противотуберкулезный диспансер N 8".

Как очевидно из сказанного, зарегистрированные в Городском пункте учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства «свои» бездомные могут оформить и получить полис обязательного медицинского страхования и пользоваться всеми правами застрахованного в системе ОМС наравне с гражданами, имеющими место жительства. Они могут пользоваться амбулаторной медицинской помощью в поликлиниках по месту своего фактического проживания, в том числе стоматологических, получать экстренную и плановую стационарную медицинскую помощь.

¹²¹ Утвержден постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 14 декабря 2004 г. N 1960. Действует с изменениями от 12 декабря 2006 г.

«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 доступности¹²², 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.

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.

IV. Выводы

Приведенный выше краткий 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 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, относящихся к придонному слою.

По сути дела, задача организации бесплатной медицинской помощи для бездомных граждан является для органов государственной власти и органов местного самоуправления нестандартной, непривычной, а условия ее решения содержат множество неизвестных.

Действия и решения органов государственной власти и органов местного самоуправления в этом вопросе демонстрируют:

- непонимание состояния и природы проблемы бездомности;
- неумение, а порой просто отказ от решения этой проблемы в том виде, в каком она есть;
- стремление переложить бремя принятия решения и ответственность на других (в том числе, на людей, оказавшихся в тяжелой ситуации, которую нормотворец не знает как решить);
- стремление решать ситуацию как стандартную;
- фрустрацию, возникающую в результате несоответствия решаемой задачи квалификации нормотворцев, а также несоответствия их отношения к бездомным конституционным принципам и нормам, предусмотренным ст.ст. 7, 17, 18, 19, 21, 27 Конституции РФ и др.

При принятии решений в нестандартной для них ситуации российские нормотворцы в качестве морального оправдания (самооправдания) своих действий (бездействия) они обычно выдвигают тезис, который можно назвать тезисом «О негативной инакости» лица, попавшего в трудную для

¹²² Аналогичная проблема существует в Москве. Один медицинский пункт для бездомных на такой город – это явно мало. Кроме того, значительная удаленность порождает возникновение для бездомных еще одного порога – финансового: оплата за проезд 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. Далеко не всегда бездомный из низкодоходной 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.

решения ситуацию. Благодаря этому неэффективность предпринимаемых властями мер, в плане улучшения качества жизни бездомных, выставляется не как результат неумения и неготовности властей решать нестандартные задачи, а как следствие этой самой «негативной инакости» бездомных. Таким образом на них и перекладывается вина за возникающие последствия нерешенности указанной задачи.

Сформированная российскими нормотворцами система *de facto* в значительной степени перенесла тяжесть решения вопроса оказания бездомным медицинской помощи из управленческой сферы в плоскость практических решений, принимаемых конкретными медицинскими работниками, к которым бездомные непосредственно обращаются за медицинской помощью. Многочисленные случаи неоказания медицинской помощи наглядно свидетельствуют, что далеко не всегда этот вопрос решается в пользу больного бездомного.¹²³

Попытки решения проблемы оказания бесплатной медицинской помощи бездомным, предпринимаемые органами государственной власти отдельных субъектов Российской Федерации и некоторыми органами местного самоуправления, в условиях ненадлежащего исполнения федеральными органами государственной власти своих обязанностей в вопросах, предусмотренных пунктом «ж» части 1 ст. 72 Конституции РФ¹²⁴, оказываются неэффективными и не обеспечивают всем бездомным равную с небездомными гражданами возможность получения бесплатной медицинской помощи.

Положение бездомных граждан в части возможности реализации конституционного права на получение медицинской помощи является абсолютно неудовлетворительным, что в первую очередь связано с неисполнением органами государственной власти Российской Федерации своих обязанностей по созданию надлежащих правовых условий для реализации указанного права и «привязкой» предусмотренных законодательством механизмов реализации прав к институту регистрации по месту пребывания и месту жительства, который в сегодняшнем несовершенном виде не охватывает бездомных граждан.

Существующее положение дел находится в явном противоречии с положениями ст.ст. 17, 18, 19, 41 Конституции РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

¹²³ Почему это происходит см. предпоследний абзац пункта 2 раздела II настоящего анализа.

¹²⁴ Данным пунктом к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации отнесены «координация вопросов здравоохранения; защита семьи материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение».