ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ
Татьяна Владимировна Яковлева

Мы стоим на пороге существенных перемен в сфере здравоохранения. Речь идет о формировании принципиально новых отношений между лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими работниками, пациентами и врачами, коренных преобразованиях в организации деятельности и финансировании лечебно-профилактических учреждений.

Импульс реформам призваны дать новые законы, которые Правительство Российской Федерации должно внести в Государственную Думу. Это прежде всего такие важнейшие законы, как «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О программе государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации», о новых организационно-правовых формах организаций здравоохранения. Именно они будут во многом определять эффективность работы учреждений здравоохранения, а стало быть, и показатели здоровья населения, качество и доступность медицинской помощи.

В ближайшее время нам предстоит крайне сложная и ответственная работа, которая самым непосредственным образом будет затрагивать интересы десятков миллионов людей. А значит, надо сделать все возможное, чтобы исключить любые ошибки и просчеты.

Цель начинаемых реформ – обеспечить доступность медицинской помощи и улучшить ее качество.

Для достижения этой цели необходимо решить следующие проблемы:

– повысить эффективность использования ресурсов системы здравоохранения, устранив перекос в сторону стационарной помощи;

– осуществить переход к финансированию лечебных учреждений не по количеству койко-мест и численности персонала, а по факту – за вылеченного больного;

– обеспечить сбалансированность между тем, что государство по Конституции обязано предоставлять людям, и тем, что оно реально способно оплатить;

– усилить профилактическую направленность здравоохранения;

– разработать механизм финансового выравнивания условий оказания медицинской помощи в разных регионах страны;

– обеспечить достойную заработную плату медицинским работникам и улучшить условия их труда.

Основа реформирования системы здравоохранения – укрепление ее финансовой базы. Финансирование системы здравоохранения в основном определяется Бюджетным кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Законом о федеральном бюджете на очередной финансовый год, Налоговым кодексом Российской Федерации и др. С учетом того, что координация вопросов здравоохранения в соответствии с Конституцией Российской Федерации относится к предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в стране принято несколько сотен нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, затрагивающих вопросы финансирования отрасли.

Несмотря на некоторое улучшение финансирования здравоохранения в последние годы, объем выделяемых средств остается недостаточным для нормального функционирования отрасли. Материально-техническая база системы здравоохранения обветшала, заработная плата работников здравоохранения остается крайне низкой. Дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми ресурсами привел к нарастанию платности медицинской помощи. Расходы на медицинские нужды все больше возмещаются населением. Легальная и теневая оплата медицинских услуг и затраты на приобретение лекарственных средств населением составляют, по разным оценкам, от 24 до 50% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение.

С января 2005 года в связи с реформой федеративных отношений и местного самоуправления размер и структура финансовых расходов на здравоохранение могут существенно измениться. В соответствии с пунктом 2 статьи 26.3 Федерального закона «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 4 июля 2003 года №95-ФЗ) к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения отнесено решение следующих вопросов:

– организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, туберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации);

– организация обязательного медицинского страхования неработающего населения;

– организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи;

– предупреждение эпидемий и ликвидация их последствий.

К полномочиям федеральных органов государственной власти, помимо выработки общей государственной политики, относятся организация оказания населению высокоспециализированной медицинской помощи и санитарно-эпидемиологический надзор.

К вопросам местного значения отнесена организация оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

На местах здравоохранение в основном финансируется за счет средств муниципальных образований и бюджетов субъектов Российской Федерации. В перспективе нагрузка на эти бюджеты еще больше увеличится.

По данным Счетной палаты РФ, растет количество высокодотационных регионов. Если в 2000 году их было 9, то в 2003 году – уже 29. Существующая система межбюджетных отношений в ряде случаев препятствует созданию условий для развития муниципальных образований, закрепляет неравенство в получении финансовых средств из вышестоящих бюджетов и, как следствие, в обеспеченности населения бесплатной медицинской помощью. В 2004 году прогнозируется снижение доли собственных доходов местных бюджетов. В настоящее время местные бюджеты отсутствуют в 465 муниципальных образованиях.

Общая сумма расходов на здравоохранение на 2004 год (консолидированный бюджет и средства фондов ОМС) оценивается примерно в 426,3 млрд. рублей. В расчете на душу населения в год это составляет 2986 рублей, или примерно 100 долларов США. Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП в 2004 году составят примерно 2,78%. Это крайне недостаточно для нормального развития отрасли. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение к ВВП в Норвегии составляет 6,6%, Нидерландах – 6,8, в Бельгии – 7, Франции – 7,7, Германии – 8,2%.

Проверки Счетной палатой Российской Федерации выполнения показали, что нестабильность финансирования снижает эффективность федеральных целевых программ в сфере здравоохранения. Так, средства, предусмотренные федеральным бюджетом на 2004 год на реализацию Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», составляют 74% от суммы, установленной паспортом, а по программе «Вакцинопрофилактика» – 59% от потребности.

Необходимо снять еще одну больную проблему российского здравоохранения – преодолеть существенные региональные различия в обеспечении граждан бесплатной медицинской помощью (разрыв в финансировании территориальных программ в расчете на одного жителя по регионам в последние годы составлял 13–15 раз). В этой связи Правительство Российской Федерации предлагает провести перераспределение денежных средств обязательного медицинского страхования в пользу дотационных территорий. В конце концов реализация права на охрану здоровья не может зависеть от места проживания человека, наличия или отсутствия там нефтяной трубы.

Особенностью российской системы здравоохранения является наличие в ней ведомственного здравоохранения. Средства на здравоохранение из федерального бюджета выделяются в последние годы примерно двум десяткам министерств и ведомств, имеющих свои поликлиники и больницы. Это ведет к дублированию функций, а значит, распылению государственных средств, их неэффективному и нерациональному использованию.

В целом необходимо отметить, что один из наших основных резервов – более эффективное использование имеющихся средств. К сожалению, государственные средства в здравоохранении используются крайне неэффективно. Деньги поступают через обязательное медицинское страхование, бюджеты разных уровней. За одну процедуру мы порой платим дважды. Сегодня речь идет о том, чтобы деньги шли единым потоком через систему обязательного медицинского страхования, что обеспечит жесткий контроль за их использованием. Денежные потоки должны стать по-настоящему прозрачными.

Действующий механизм сметного финансирования бюджетополучателей является затратным, не создает стимулов к сокращению издержек, экономии бюджетных средств, повышению качества предоставляемых услуг. Получив возможность распоряжаться значительными внебюджетными средствами, бюджетополучатель заинтересован в предоставлении прежде всего платных услуг. Данные Счетной палаты Российской Федерации свидетельствуют, что

у отдельных главных распорядителей и получателей бюджетных средств доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности в здравоохранении существенно превышают объемы финансирования из федерального бюджета.

Особое внимание в ходе реформ планируется уделить обеспечению баланса между объемами государственных обязательств и финансирования. Здравоохранение остро нуждается в увеличении расходов на содержание лечебно-профилактических учреждений, повышении доли внебюджетных источников финансирования, прежде всего привлечении на указанные цели средств предприятий. Следует еще раз поставить вопрос о направлении на цели, связанные с охраной здоровья граждан, дополнительных источников финансирования, например, части акцизов на алкогольную продукцию и табачные изделия.

Первоочередными мероприятиями по реализации этих задач в ближайшее время должны стать:

– повышение доли совокупных государственных расходов на здравоохранение до 5% от ВВП. По критериям ВОЗ – это минимум для поддержания приемлемого уровня здравоохранения;

– разработка нормативов минимальной бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение и нормативов ресурсной обеспеченности здравоохранения на всех уровнях;

– создание системы национальных счетов в здравоохранении для обеспечения контроля за использованием финансовых средств, которыми располагает отрасль;

– отработка механизма финансового выравнивания условий оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий в зависимости от состояния здоровья населения и его половозрастного состава;

– увеличение доли финансирования первичного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений с целью развития профилактического направления их работы.

Разумеется, все проводимые реформы должны получить законодательное обеспечение.

Необходимо прежде всего принять в новой редакции Закон об обязательном медицинском страховании. Принятый в 1991 году Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» сыграл положительную роль, но в настоящее время уже не соответствует потребностям сегодняшнего дня. Речь идет о том, чтобы повысить финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования, законодательно закрепить ответственность субъектов системы обязательного медицинского страхования, определить требования к страховщикам, осуществляющим обязательное медицинское страхование, установить единые принципы страхового возмещения.

Новый закон должен решить главную проблему, которая делает сегодня медицинскую помощь недоступной для большинства населения. Это несбалансированность между тем, что государство по Конституции обязано предоставлять людям, и тем, что оно реально способно оплатить.

Кроме того, как уже отмечалось, Правительство Российской Федерации должно внести в Государственную Думу законопроект о программе государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации. В нем будут определены виды и объемы медицинской помощи, оказываемой гражданам за счет бюджета. Сейчас эта программа утверждается постановлением Правительства.

Еще один важный закон, который надо принимать как можно скорее, – это закон об изменении организационно-правовой формы деятельности лечебных учреждений.

Учитывая социальную значимость этих законопроектов, мы намерены обсудить их на парламентских слушаниях, привлечь для работы над ними ведущих специалистов страны.

Одна из самых «больных» тем, имеющих самое непосредственное отношение к реформе здравоохранения, – оплата труда медицинских работников. Повышение с 1 октября 2003 года заработной платы работников организаций бюджетной сферы в 1,33 раза практически ничего не решило. В январе 2004 года уровень начисленной средней заработной пла-

ты работников здравоохранения составил 4254 рубля, или 62% к ее уровню в промышленности. Конечно же, это очень и очень мало.

Хорошо еще, что нам вместе с профсоюзами удалось перенести на более поздний срок реализацию разработанной Министерством труда и социального развития Концепции реформирования системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы. Сейчас мы видим, что это было правильное решение – при таком ничтожном уровне повышения оплаты труда переход на отраслевые тарифные сетки вызвал бы социальный взрыв.

Комитет по охране здоровья неоднократно ставил вопрос о повышении заработной платы работников организаций бюджетной сферы в 2004 году. Однако не надо строить иллюзий. Реальные подвижки в оплате труда медиков могут произойти только в результате комплексной реформы здравоохранения.

Необходимо также принять закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников. Главный вопрос, на который пока нет ответа, состоит в том, кто будет страхователем, из каких средств будет осуществляться страхование.

В статье не случайно довольно подробно говорится о проблемах законодательного обеспечения реформы здравоохранения. «Пик» работы ожидается именно здесь. Вместе с тем в поле нашего зрения остаются и другие приоритетные направления законотворческой деятельности:

1. Законодательное регулирование охраны здоровья женщин и детей. По мнению Союза педиатров России, которое мы разделяем, необходимо разработать и принять Концепцию охраны здоровья детей, а на ее основе – соответствующий федеральный закон.

2. Законодательное регулирование деятельности национальной системы здравоохранения. Необходимо определиться с судьбой проекта закона «О здравоохранении Российской Федерации», который был принят в первом чтении еще в январе 1999 года. На мой взгляд, работу над этим законопроектом, регламентирующим деятельность здравоохранения как системы, нужно продолжить. Понятно, что в связи с внесением изменений в Закон «О принципах и порядке разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации», реформой местного самоуправления, межбюджетных отношений, наконец, реформой самого здравоохранения потребуется принципиально новая редакция законопроекта. Надо также доработать и принять закон о регулировании частной медицинской деятельности, который уже пять лет пылится в Государственной Думе.

3. Законодательство по вопросам формирования здорового образа жизни. Приняты законы «О наркотических средствах и психотропных веществах», «Об ограничении курения табака», определившие государственную политику в этих сферах. Вполне возможно, что в указанные законы будут вноситься дополнения и изменения, но центр тяжести сейчас смещается в сторону профилактики. Мы считаем необходимым разработать и принять целевую федеральную программу «Формирование здорового образа жизни», заложив в ней средства прежде всего на просветительскую деятельность, на создание социальных рекламных роликов, которые бы с учетом возрастной специфики аудитории пропагандировали ценности здорового образа жизни. Следует также разработать и принять федеральную целевую программу «Здоровье работающего населения».

4. Законодательство в сфере обращения лекарственных средств. По нашему мнению, Федеральный закон «О лекарственных средствах» требует существенной доработки. Прежде всего необходимо законодательно закрепить понятие «фальсифицированное лекарственное средство», параллельно внеся необходимые дополнения в Уголовный кодекс Российской Федерации.

Нерешенной проблемой остается регулирование цен на лекарственные средства. Несмотря на то, что по действующему законодательству разработка этого механизма является прерогативой государства, до настоящего времени не удалось ни достичь единообразия цен на лекарства даже в пределах одного региона, ни сдержать их рост.

В решении всех этих вопросов Комитет намерен тесно сотрудничать с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Мы считаем, что его роль в проведении единой государственной политики в сфере охраны здоровья народа должна резко возрасти. В последние годы приоритеты здесь зачастую определяли Министерство финансов и Министерство экономики и социального развития. В этом я вижу одну из причин того, что реформа здравоохранения идет у нас с таким скрипом.

И, конечно, надо привлечь к осуществлению реформы само врачебное сообщество. Только в этом случае успех будет гарантирован.