

О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Наиболее общими проблемами здоровья населения в настоящее время являются: низкий уровень рождаемости (8,6 на 1000 человек населения в 1998 году), высокий уровень смертности (13,6), сохраняющийся отрицательный естественный прирост населения.

Показатель младенческой смертности снижается, однако остается высоким и в 1998 году составил 16,5 против 17,2 на 1000 родившихся живыми за 1997 год.

Проводимые профилактические мероприятия позволили снизить в 1998 году по сравнению с 1997 годом заболеваемость дифтерией на 65%, вирусным гепатитом А на 32,5%, брюшным тифом на 27%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на 76%. Не зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом.

Имеющиеся нарушения законодательства Российской Федерации в области обеспечения населения доброкачественной питьевой водой, продуктами питания оказывают негативное влияние на динамику заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Так, число больших дизентерий в этом году увеличилось на 80%.

За 8 месяцев 1999 г. в Российской Федерации зарегистрирована 71 вспышка острых кишечных инфекционных заболеваний с числом пострадавших 5133 человека против 59 вспышек с 2958 пострадавшими, зарегистрированными в 1998 году.

Продолжается рост заболеваемости туберкулезом. В 1999 году зарегистрировано 54725 больных этой инфекцией, что на 2,2% больше количества заболевших, выявленных за аналогичный период 1998 года.

Несмотря на то, что заболеваемость сифилисом снизилась в 1999 г. на 23,3%, уровень ее остается высоким, за истекший период 1999 года выявлено 17422 больных.

На 1 августа 1999 г. в России зарегистрировано 19105 инфицированных вирусом иммунодефицита человек, из них 8513 в 1999 году.

Вместе с тем федеральные целевые программы в области охраны здоровья населения профинансированы за 9 месяцев 1999 г. лишь немногим более чем на половину от бюджетных назначений в целом на год.

Например, программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом» профинансирована только на 52,0%.

В связи с этим в 1998 году Правительство Российской Федерации приступило к формированию системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Началом формирования указанной системы стало утверждение в сентябре 1998 г. Правительством Российской Федерации соответствующей Программы, которая включила в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, объемы медицинской помощи, базовую программу обязательного медицинского страхования и порядок формирования подшефных нормативов финансирования здравоохранения.

Таким образом, Программа предусмотрела применение единых подходов к планированию расходов на здравоохранение из бюджетов всех уровней и за счет страховых взносов, а также адекватное определение объемов бесплатной медицинской помощи и требуемых для этого финансовых ресурсов.

Одновременно с этим Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Минфином России были утверждены Методические рекомендации по формированию и экономическому обоснованию соответствующих территориальных программ.

Анализ данных, поступивших из 75 (84%) субъектов Российской Федерации, свидетельствует, что в большинстве территорий (59) указанные программы были разработаны и утверждены.

В некоторых регионах программы были только разработаны, а в 5 (г. Санкт-Петербург, Ленинградская область, Ханты-Мансийский, Эвенкийский и Агинский Бурятский автономные округа) действовали ранее утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Основной причиной такой мозаичной картины стал дефицит финансовых средств, необходимых для оказания бесплатной медицинской помощи, который

составляет в настоящее время в среднем 40% (от 15,3% в Липецкой области до 61,3% в Курганской области).

Указанный дефицит был вызван в основном инфляцией издержек (темпы удорожания потребляемых здравоохранением ресурсов, в первую очередь материальных, значительно превышают темпы роста поступающих на нужды отрасли финансовых средств), а также неадекватными методами формирования доходных частей территориальных программ. В частности, большинством финансовых органов субъектов Российской Федерации применялись и продолжают применяться привычные, основанные на сетевых показателях, методы планирования бюджетных ассигнований. В то же время механизм балансировки программ изначально предусматривал использование подушевого принципа формирования финансовых ресурсов на их реализацию.

Кроме того, выполнение принятых программ осложнялось неадекватными платежами местных администраций на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В 68 субъектах Российской Федерации поступление таких платежей составило менее 50% от запланированного годового объема, а в ряде территорий (Коми-Пермяцкий автономный округ, Курганская, Нижегородская и другие области) указанные платежи не осуществлялись вообще.

В связи с этим в настоящее время подготовлена новая редакция Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (приложение). В ее основу положен механизм обеспечения сбалансированности соответствующих территориальных программ за счет более эффек-

тивного развития стационарзамещающих технологий. Его достижение предполагается обеспечить путем углубления, с учетом показателей потребления медицинской помощи населением конкретной территории, реструктуризации ее объемов, имеющей в виду еще больший их перенос со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень.

Сегодня в России организовано и функционирует более 3100 дневных стационаров на 48 тыс. коек. В 1998 году в них была оказана медицинская помощь более 1,5 млн. человек.

Накопленный в ряде территорий (города Москва и Санкт-Петербург, Самарская, Тульская, Тверская и Ростовская области, республики Татарстан и Башкортостан) опыт работы дневных стационаров убедительно продемонстрировал медицинскую и экономическую эффективность стационарзамещающих технологий.

Кроме того, важным моментом для успешной реализации территориальных программ должно стать выравнивание условий их финансирования, механизм которого разрабатывается в настоящее время.

По нашему мнению, предлагаемые изменения и дополнения в Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью позволят:

- сократить затраты на единицу объема предоставляемой населению медицинской помощи;
- привести имеющиеся в системе здравоохранения финансовые ресурсы в соответствие с гарантируемыми за счет государственных и общественных источников объемами медицинской помощи;
- повысить эффективность использования ресурсов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (далее именуется – Программа) определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансиру-

ния здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Программа разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования.

Программа пересматривается ежегодно.

На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации (далее именуется – методические рекомендации), органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов Российской Федерации.



II. ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Гражданам Российской Федерации в рамках Программы бесплатно предоставляются:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

в) стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
- при патологии беременности, родах и абортax;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи населению определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

III. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации (далее именуется – базовая программа) предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы 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, кровеносных 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, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, включая абортax, при травмах, отравлениях и некоторых других пос-

ледствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у взрослых.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Отношения субъектов (участников) обязательного медицинского страхования регулируются законодательством Российской Федерации.

Базовая программа реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами (участниками) обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договором обязательного медицинского страхования.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования, в которых перечень видов медицинской помощи может быть расширен за счет средств субъектов Российской Федерации.

IV. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ НАСЕЛЕНИЮ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТОВ ВСЕХ УРОВНЕЙ

Гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств:

- а) федерального бюджета – медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- б) бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований:

- скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у детей, отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное), а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, центрами медицинской профилактики, врачом-физкультурными



диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией.

V. ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Объемы медицинской помощи, предоставляемой населению субъекта Российской Федерации бесплатно, определяются исходя из нормативов объемов лечебно-профилактической помощи на 1000 человек.

Устанавливаются следующие нормативы:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 человек и количестве дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому на 1000 человек.

Норматив посещений – 9198 посещений, в том числе по базовой программе – 8458 посещений.

Норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому – 749 дней, в том числе по базовой программе – 619 дней.

2. Стационарная помощь.

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 человек.

Норматив объема стационарной помощи составляет 2812,5 койко-дня, в том числе по базовой программе – 1942,5 койко-дня.

3. Скорая медицинская помощь.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 человек.

Норматив вызовов – 318 вызовов.

Нормирование объемов медицинской помощи производится в соответствии с методическими рекомендациями.

VI. ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека.

Подушевые нормативы финансирования здравоохранения формируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания в соответствии с методическими рекомендациями.

Расчеты показателей стоимости медицинской помощи производятся в соответствии с методическими рекомендациями.

Выравнивание условий финансирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством и законодательством об обязательном медицинском страховании Российской Федерации.