

ЗДОРОВЬЕ НАРОДА – КАТЕГОРИЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Валентина Ивановна Матвиенко

Сложные социально-экономические условия последнего десятилетия и развившийся демографический кризис обусловили необходимость принятия неотложных мер по совершенствованию системы здравоохранения.

Несмотря на значительный дефицит финансирования здравоохранения все же удалось, начиная с 1995 года, добиться снижения показателей смертности от ряда заболеваний, младенческой и материнской смертности, контролировать санитарно-эпидемиологическую ситуацию.

Правительством второй год утверждается Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которая стала существенным шагом по реализации социальных нормативов в здравоохранении.

Наиболее активно работа по формированию территориальных программ государственных гарантий проводится в Тульской, Костромской, Свердловской, Самарской областях и Республике Чувашия.

Приняты важные для системы здравоохранения федеральные законы: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О лекарственных средствах».

Вместе с тем произошли снижение уровня управляемости системой здравоохранения, смещение акцента с профилактической работы на лечебную, возникла несбалансированность структуры оказания медицинской помощи в сторону более дорогостоящих ее видов, отсутствуют механизмы заинтересованности исполнителей в результатах и качестве труда, профессиональном росте.

Правительство Российской Федерации ставит перед органами управления здравоохранением всех уровней задачи по проведению политики, жестко ориентированной на эффективное использование ограниченных ресурсов для достижения максимально возможных выгод для здоровья граждан, основанной на приоритетах. Правильность их выбора должна быть научно обоснована, а ведущая роль в этом принадлежать Минздраву России.

Подобный подход обеспечит укрепление необходимой вертикали управления в условиях многовариантности форм организации медицинской помощи, сложившихся за истекшие годы.

Обязательное медицинское страхование, как форма мобилизации средств на здравоохранение, подтвердило свою жизнеспособность и перспективность. Однако в реализации закона, да и в самой системе обязательного медицинского страхования, накопилось немало проблем, требующих принятия неотложных решений.

С каждым годом обостряются вопросы, связанные с необходимостью усиления государственного регулирования деятельности страховщиков, осуществляющих обязательное медицинское страхование, законодательного установления размера платежа на обязательное медицинское страхование неработающих граждан, а также реструктуризации задолженности плательщиков страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования и обеспечения «конвертируемости» страховых полисов во всех субъектах Российской Федерации.

В ряде субъектов Российской Федерации выполнение отдельных положений Закона о медицинском страховании явно игнорируется. Прежде всего это касается исполнения закона органами исполнительной власти субъектов по внесению бюджетных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих граждан. В Тульской, Саратовской, Ярославской, Курганской, Оренбургской, Омской областях, Удмуртской Республике, республиках Мордовия, Карелия, Калмыкия, Тыва и Коми-Пермяцком автономном округе объемы платежей в 10 и более раз меньше требуемых на эти цели. Администрация Кировской области до сих пор не осуществляет таких платежей. За последние два года удельный вес платежей в общем объеме поступлений средств обязательного медицинского страхования уменьшился, а задолженность по ним нарастает. А ведь в структуре населения страны его неработающая часть – пенсионеры, дети, подростки – составляет 57 процентов.

Достаточно острой остается проблема и с задолженностью работодателей в фонды обязательного медицинского страхования, хотя в настоящее время темпы ее роста несколько снизились.

Следует также отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации – республиках Марий Эл и Хакасия, Ульяновской, Тамбовской, Ивановской, Костромской, Пензенской областях, Чукотском автономном округе – при сборе средств на обязательное медицинское страхование применяются противоречащие федеральному законодательству финансово-экономические механизмы. Это прежде всего различные неденежные схемы зачетов.

Все это нарушает порядок финансирования лечебных учреждений, значительно снижает ресурсную обеспеченность системы здравоохранения.

Без активных действий по решению перечисленных проблем следует ожидать дальнейшего сокращения объемов бесплатной медицинской помощи и роста различий в ее доступности, особенно для наименее социально защищенных слоев населения, для жителей разных регионов, в том числе города и села.

Неотложной задачей является решение вопроса надлежащего финансирования Программы государственных гарантий на основе более активного внедрения метода подушевого финансирования с учетом региональных потребностей населения в медицинской помощи. Дефицит финансовых средств на реализацию территориальных программ госгарантий колеблется от 15 процентов в Липецкой области до 61 процента в Курганской. Во многом это связано с недопоступлением средств в систему обязательного медицинского страхования.

Сегодня необходимо обеспечить законодательную общность системы здравоохранения и оказывать воздействие на формирование политики здравоохранения в субъектах Российской Федерации, как составной части социальной политики, учитывающей их региональные особенности.

Развитие отрасли должно идти интенсивным путем. Экстенсивный путь развития здравоохранения, на основе нормативов, оторванных от реальных потребностей населения в различных видах медицинской помощи, в условиях финансового дефицита еще больше ограничивает объемы и снижает качество бесплатной медицинской помощи.

Вопрос доступности лекарственных средств стал одним из главных факторов, влияющих на социальную стабильность в обществе. Прежде всего это касается льготных категорий населения, малоимущих, пожилых людей.



В лечебных учреждениях лекарств также не хватает, несмотря на увеличение финансирования расходов на эти цели в два раза по сравнению с 1998 годом. В большей степени это связано с тем, что широкий ассортимент современных, высокоэффективных и дорогостоящих препаратов продолжает импортироваться. Основной задачей федеральной целевой программы по развитию медицинской промышленности является обеспечение в первоочередном порядке выпуска отечественной медицинской продукции для диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний, в том числе онкологических, сердечно-сосудистых, инфекционных, сахарного диабета, а также для охраны здоровья матери и ребенка. Мы будем работать в этом направлении более активно.

Перед руководством органов управления здравоохранением всех уровней стоит серьезная задача по формированию эффективной системы снабжения лекарственными средствами, позволяющей обеспечить доступность для всего населения высокоэффективных препаратов, занять достойное место российским производителям лекарств в формировании потребности здравоохранения, сделать цены на препараты в аптеках приемлемыми для каждого человека. Эта работа должна основываться на данных научных исследований и законодательной базы. В Закон «О лекарственных средствах» уже внесены изменения и дополнения, создающие правовую основу государственного регулирования цен на лекарства.

Несколько слов о финансировании отрасли. Впервые в 1999 году финансирование по разделу «Здравоохранение» из федерального бюджета осуществлено в соответствии с плановыми показателями.

Правительство Российской Федерации ежегодно увеличивает предоставление финансовых средств за счет кредитных линий на цели здравоохранения.

Для развития специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи в 1999 году было направлено 113 млн. долларов США, в 2000 году – планируется 179 млн. долларов США.

В 2000 году медицинское оборудование по кредитным линиям иностранных государств будет закупаться для 22 федеральных лечебно-профилактических учреждений, что повысит уровень оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

В 1997–1999 годах в лечебные учреждения субъектов Российской Федерации поставлено медицинское оборудование на сумму 180 млн. долларов США.

Кроме того, в 1999 году правительством выделены финансовые средства для закупки лекарственных средств и медицинского оборудования в Индии, за счет средств федерального бюджета поставлено рентгено-диагностическое оборудование, изготовленное на оборонных заводах России совместно с фирмой «Филипс».

В рамках помощи Европейского союза 10 процентов финансовых средств от реализации продовольствия направляется на дополнительное финансирование стационарных медицинских учреждений.

Теперь о проблемах реализации инвестиционной программы. Средства, которые выделяются государством на эти цели, немалые, и очень важно правильно ими распорядиться. Если в 1999 году по отрасли «Здравоохранение» были предусмотрены государственные инвестиции в объеме около 500 млн. рублей, включая сверхплановые доходы федерального бюджета, то в текущем году государственные инвестиции с учетом сверхплановых доходов увеличены вдвое. Опыт предшествующих лет показал, что при формировании проекта федеральной адресной инвестиционной программы необходима стратегия строительства учреждений здравоохранения на перспективу, основанная на изучении потребностей населения регионов в получении тех или иных видов медицинской помощи. К сожалению, на практике главным и определяющим фактором при решении вопроса о включении того или иного объекта в программу является настойчивость руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, их взаимодействие с федеральными органами исполнительной власти. Решение этой проблемы требует государственного регулирования.

Ключевой проблемой остается сохраняющаяся социальная напряженность в коллективах медицинских работников, связанная с несвоевременной выплатой заработной платы.

Об этом свидетельствуют многочисленные обращения в правительство первичных и региональных организаций профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, телеграммы трудовых коллективов, особенно из территорий, имеющих высокие показатели задолженности.



Это Кемеровская, Магаданская, Омская, Тюменская области, Хабаровский край и Республика Саха (Якутия).

В середине мая задолженность по заработной плате работникам бюджетной сферы, в том числе и здравоохранения, погашена в 37 субъектах Российской Федерации.

Медики постоянно ставят вопрос и об изменении государственной политики оплаты труда.

В этой связи должна проинформировать, что Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации повышена тарифная ставка 1 разряда Единой тарифной сетки (ЕТС) с 1 апреля 2000 г. в 1,2 раза.

С 1 января 2001 г. будут восстановлены тарифные коэффициенты ЕТС, действовавшие до 1 апреля 1999 г.

Эти меры, конечно, нельзя признать исчерпывающими. Новые подходы к формированию оплаты труда работников здравоохранения должны учитывать объем, сложность, напряженность и качество труда. В решении этой проблемы необходимо занять самую принципиальную позицию.

В заключение хочу подчеркнуть, что, обеспечивая защиту здоровья граждан России, мы тем самым сберегаем главный, невосполнимый ресурс развития общества – человека. Только за счет потери трудоспособности населения страна теряет до 20 процентов валового внутреннего продукта, и эта отрицательная тенденция, к сожалению, сохраняется. А ведь выполняя обязательства по охране здоровья людей, мы тем самым несем ответственность за национальную безопасность России, за ее будущее.