

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ  
ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ  
Татьяна Владимировна  
Яковлева



Здоровье как состояние полного физического, социального и психического благополучия, несомненно, относится к числу высших ценностей, признанных цивилизованным человечеством. «Хорошее здоровье, – отмечается в Итоговом документе Пятой конференции европейских министров здравоохранения, – является предпосылкой и следствием социального благополучия и нормального экономического развития наций» (Совет Европы, ноябрь 1996 года).

Действительно, здоровье населения – это не медицинская категория. Это категория социально-экономическая, необходимое условие устойчивого развития общества. Наконец, это вопрос национальной безопасности Российской Федерации. Физически и психически нездоровые люди, а их, к сожалению, становится у нас все больше и больше, в принципе не способны эффективно работать, не говоря уже о защите безопасности страны. Именно из этого непреложного факта и следует исходить, выстраивая законодательные приоритеты в сфере охраны здоровья народа.

Ежегодно в стране умирает свыше 2 млн. человек (в 1,8 раза больше, чем рождается), из них 600 тыс. – лица трудоспособного возраста. При этом смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 3,9 раза превышает смертность женщин, а от так называемых неестественных причин: несчастных случаев, травм и отравлений – в 5 раз. Если ситуация не изме-

нится, то численность населения России к 2020–2025 годам может достигнуть 100 млн. человек.

В целом пути преодоления демографического кризиса заключаются в снижении смертности, особенно преждевременной смертности трудоспособного населения, повышении рождаемости, управлении миграционными процессами с учетом реальной социально-экономической ситуации в регионах страны. Совершенно очевидно, что резкого повышения рождаемости в обозримом будущем ожидать не приходится. В нынешней сложной ситуации вряд ли будет увеличиваться население страны и за счет иммигрантов. Основная задача – это снижение смертности.

При этом нужно иметь в виду, что показатели заболеваемости и смертности населения напрямую связаны не только с состоянием общественного здравоохранения, но прежде всего – с самим образом жизни людей.

Несмотря на то, что Правительством утверждены Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года, Концепция государственной политики в области здорового питания до 2005 года, Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года, реальные механизмы их реализации практически отсутствуют. Что же касается соответствующих федеральных органов исполнительной власти, то они действуют зачастую разрозненно, без необходимой координации усилий.

В стране утрачивается профилактическая направленность здравоохранения. Сегодня уже не увидишь ни в аптеке, ни в поликлинике доступной для широких масс информации о ценностях здорового образа жизни, что называется, санитарно-просветительной работой.

Нужны ежедневные публикации, теле- и радиопередачи, которые доходили бы буквально до каждого.

Понятно, что только Правительство может повлиять на электронные средства массовой информации, обязав государственные теле- и радиокomпании давать социальную рекламу. Для остальных можно было бы установить систему льгот. Не желаешь пропаганди-

ровать здоровый образ жизни, заниматься социальной рекламой – плати за сигнал, за другие услуги в полном объеме. На Западе социальная реклама стала обычным делом, заняв достойное место в телевизионных и радиовещательных программах, на страницах массовых изданий, в то время как в России ее объем не превышает одного процента рекламного рынка.

В конце 2004 года по инициативе Комитета по охране здоровья был проведен «круглый стол», посвященный этой теме. Его участники пришли к согласованному мнению о необходимости создания координирующего органа, выделения бюджетного финансирования на производство социальной рекламы и максимального использования государственных средств массовой информации для ее распространения. Соответствующие предложения направлены Председателю Правительства Российской Федерации.

Одной из основных причин высокой смертности населения России является алкоголь и его качество. До 200 тысяч россиян в возрасте от 18 до 60 лет ежегодно умирают неестественной смертью, что большей частью так или иначе связано с алкоголем. Это и производственные травмы, и автодорожные катастрофы, убийства, суициды. Риск лишиться жизни в результате несчастного случая у сильно пьющих граждан в восемь раз выше, чем у непьющих. Есть и «прямые» потери. Каждый год почти 40 тысяч погибает, отравившись водкой, и эта цифра постоянно растет.

Нужна продуманная государственная политика, направленная на уменьшение негативных социально-экономических последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем, сохранением физического и нравственного здоровья нации.

В этой связи стоит упомянуть об антиалкогольной кампании 1985–1987 годов. Несмотря на все издержки, она все же дала результаты. За этот период продолжительность жизни мужчин увеличилась более чем на три года, женщин – почти на два года. Это позволило сохранить жизни почти 1 миллиону россиян.

Ключевая задача государственной алкогольной политики – ограждение от пьянства подрастающего поколения. Важным профилактическим моментом здесь можно считать принятие Государственной Думой при активном участии комитета двух законов, ограничивающих рекламу пива, а также запрещающих его продажу детям и подросткам и потребление в общественных местах.

Профилактика – основа основ борьбы с еще одним злом, уносящим ежегодно тысячи и тысячи жизней, – табакокурением. В этой связи следует указать на вступивший в силу в конце 2004 года закон, запрещающий продажу табачных изделий в помещениях и на территориях образовательных организаций, а также на расстоянии ближе 100 м от них.

Серьезные профилактические акции требуют привлечения значительных финансовых ресурсов. В целом необходимо перераспределить финансовые потоки здравоохранения в сторону значительного увеличения финансирования профилактических

мероприятий. На эти цели должно расходоваться не менее 50% всех ресурсов отрасли.

Нельзя не сказать и об ответственности отдельного человека за сохранение собственного здоровья. К сожалению, пока личная ответственность гражданина за свое здоровье лишь декларируется, что неизбежно порождает иждивенческие настроения.

Необходимо четко определить приоритеты в самом здравоохранении. Следует прежде всего выделить охрану материнства и детства и здоровья работающего населения.

*Охрана материнства и детства.* Женщины и дети составляют почти 80% населения России. Именно они наиболее остро отреагировали на все социально-экономические изменения в стране резким ухудшением состояния своего здоровья. Необходимо всерьез заняться проблемами родовспоможения. Здесь очень многое определяется качеством медицинского обслуживания, качеством медицинского оборудования.

Определенные шаги в этом направлении уже делают. Например, совместными усилиями Комитета по охране здоровья и Российской академии медицинских наук в Президентскую программу «Дети России» с 2003 года включена подпрограмма «Здоровый ребенок». Общее финансирование в 2003 и 2004 годах составило 873,5 млн. рублей. Это позволило оснастить медицинские учреждения в ряде регионов современным оборудованием, расширить спектр научных исследований в педиатрии и, что особенно важно, заняться профилактикой детских заболеваний. В 2005 году ассигнования на подпрограмму «Здоровый ребенок» вырастут до 562 млн. рублей, или на 37%. При этом в 60 субъектах Российской Федерации реализуются аналогичные региональные программы.

Основные принципы государственной политики в сфере охраны материнства и детства должны быть закреплены законодательно. Необходимо разработать и принять Концепцию охраны здоровья детей, а также и соответствующий федеральный закон.

*Охрана здоровья работающего населения.*

Основная причина высокого уровня смертности и заболеваемости работающего населения – крайне неблагоприятные условия труда на большинстве предприятий. Причем в последние годы четко прослеживается тенденция к росту профессиональных заболеваний с преобладанием тяжелых форм и ранней инвалидизацией пострадавших.

По данным Федеральной службы государственной статистики, сейчас в стране практически каждый шестой работающий находится в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Недопустимо высоким остается уровень производственного травматизма. Потери рабочего времени от несчастных случаев на производстве ежегодно превышают 4 млн. человеко-дней, а общий ущерб достигает 4–5% от ВВП.

В свое время существовала единая система оказания медицинской помощи работающему населению: медико-санитарные части, заводские поликлиники, цеховые врачи, санаторно-курортное лечение для работа-



ющих и членов их семей за счет средств Фонда социального страхования, обязательная ежегодная диспансеризация. В ходе приватизации эта система, по существу, была сломана, что не могло не сказаться на здоровье работающего населения.

Две трети потерь, связанных с профессиональной нетрудоспособностью, могут быть предотвращены программами охраны и медицины труда. В этой связи целесообразно принять федеральную программу «Здоровье работающего населения Российской Федерации». В реализации этой программы должны принять участие и частные предприниматели.

Все эти задачи – формирование здорового образа жизни, охрана здоровья материнства и детства, работающего населения – носят долговременный характер. Но есть задачи, на решение которых отпущено один-два года. Речь идет о модернизации здравоохранения.

Действующая в России уже двенадцать лет модель обязательного медицинского страхования практически не решила ни одного принципиального вопроса. Качество и доступность медицинской помощи не улучшились. Врачи не заинтересованы в конечных результатах своего труда.

Дефицит средств по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи составляет 30–40% от потребности, и он покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. По факту, на основе сети бюджетных медицинских учреждений, сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи. В результате государственные гарантии на деле оказались лишь декларацией. Это подрывает доверие населения к государству, к его институтам социальной защиты.

Необходимо также ввести единую модель обязательного медицинского страхования (сейчас сколько субъектов Федерации, столько и моделей), единый полис, действующий на всей территории России, единые тарифы на медицинские услуги, единые стандарты.

Необходимо ликвидировать разрыв в финансировании территориальных программ оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного жителя, который доходит сейчас до 15-кратного размера.

Для модернизации здравоохранения необходимо поэтапно решить следующие задачи:

1. Осуществить переход к страховому принципу финансирования здравоохранения.
2. Повысить эффективность управления системой здравоохранения.
3. Провести структурные преобразования в отрасли.
4. Осуществить реформу кадровой политики.
5. Стимулировать развитие медицинской науки, переориентировав ее на решение стратегических проблем здравоохранения.
6. Законодательно «легализовать» систему платежей населения при сохранении гарантий бесплатной медицинской помощи.
7. Улучшить систему лекарственного обеспечения населения.
8. Осуществить переход к системе страхования здоровья.

9. Разработать долгосрочные стратегические приоритеты в области здравоохранения.

В законопроектах об обязательном медицинском страховании, о государственных гарантиях медицинской помощи, об организационно-правовых формах организаций здравоохранения, которые в ближайшее время Правительство Российской Федерации предполагает внести в Государственную Думу, в основном прописаны механизмы решения этих задач. Это касается и проектов законов о «Регулировании частной медицинской деятельности» и «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников».

Принятие указанных законопроектов должно устранить дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми ресурсами.

Существует два дополняющих друг друга пути решения этой задачи.

*Первый путь.* Рассчитать реальные потребности населения в видах и объемах медицинской помощи, сохраняющей жизнь и здоровье человека. Это потребует дополнительных источников финансирования здравоохранения (например, это могут быть часть акцизов с продаж алкоголя и табака, отчисления от доходов игорного бизнеса и т.д.).

*Второй путь.* Повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения. Однако этот путь всех проблем с финансированием отрасли не решит. Модернизация здравоохранения невозможна без его реструктуризации.

Этот процесс должен получить развитие во всей стране, в каждом регионе. Для проведения реструктуризации здравоохранения должна быть задействована вся властная вертикаль, налажен жесточайший контроль сверху донизу.

Необходимы и изменения организационно-правовых форм организаций здравоохранения. Уход от сметной модели финансирования должен привести к расширению их хозяйственной самостоятельности и повышению конкурентоспособности. Надо дать право администрации больницы самой решать, какую аппаратуру закупать, каких специалистов держать, как платить им высокую заработную плату.

Одна из важнейших комплексных проблем, решать которую предстоит в ходе модернизации отрасли, – кадры здравоохранения.

Реструктуризация здравоохранения, изменение организационно-правовых форм его организаций неизбежно приведут в ряде регионов к сокращению медицинских кадров. Необходима определенная работа с кадрами, с их трудоустройством, перепрофилированием, обучением новым медицинским специальностям.

Необходимое условие модернизации здравоохранения – кадровое укрепление амбулаторно-поликлинического звена, участковой службы. А значит, должны быть изменены и принципы финансирования этой службы. Ряд регионов в порядке эксперимента уже внедряют контрактные формы оплаты труда участковых врачей. В контрактах жестко оговариваются



как требования к врачам, так и размер их заработка. Например, в Новосибирской области он достигает 15 тыс. рублей. Неудивительно, что люди охотно переходят на работу из больниц в поликлиники.

Одновременно надо развивать институт врачей общей практики, используя их прежде всего там, где ощущается нехватка специалистов. Например, на селе, в отдаленных городских районах. Однако это не означает, что в перспективе эти врачи придут на смену педиатрической службе или врачам-гинекологам.

Вызывает тревогу хронический дефицит кадров в ряде регионов, прежде всего на селе, в то время как медицинские вузы ежегодно готовят на бюджетные деньги около 20 тыс. специалистов. Эту проблему надо решать в законодательном порядке. Нужна хорошо продуманная программа закрепления молодых специалистов там, где они необходимы. Подготовкой такой программы занимается комитет совместно с Комитетом Государственной Думы по науке и образованию и Министерством здравоохранения и социального развития.

В здравоохранении в целом назрела необходимость серьезной кадровой реформы. Сегодня в отрасли, как никогда, нужны экономисты, юристы, менеджеры.

Модернизация здравоохранения должна привести к повышению престижа профессии медицинского работника, в первую очередь врача. Если сравнить с широко принятыми международными стандартами, врачи в России пользуются меньшим авторитетом, общественным вниманием и социальным престижем. Их доходы составляют 66% от среднего уровня заработной платы в стране. Мотивация врачей не может быть основана исключительно только на высоких нравственных ценностях. Она должна подкрепляться адекватной репутацией в обществе и соответствующей оплатой.

Следует провести коренную реформу оплаты труда в здравоохранении. Нужно, чтобы врачам платили за качество труда, за каждого пролеченного больного, то есть за конечный результат, а достойная заработная плата изначально включалась в тарифы на медицинские услуги. Это важнейшее условие. Без этого, без заинтересованности врачей в результатах своего труда никакие преобразования в сфере здравоохранения успеха иметь не будут.

В ходе модернизации здравоохранения должны быть решены также следующие проблемы.

*Лекарственное обеспечение.* Отечественная фармацевтическая промышленность оказалась не способной обеспечить население необходимым объемом дженериков, а потому сегодня рынок в основном полагается на дорогостоящие импортируемые лекарства.

В этой связи необходимо:

- разработать скоординированную политику развития здравоохранения и отечественной фармацевтической отрасли;

- добиться предельной открытости функционирования систем возмещения затрат, закупки и ценообразования по лекарственным средствам;
- осуществить переход к лекарственному страхованию.

Улучшение лекарственного обеспечения приведет к повышению качества медицинской помощи, снизит затраты на стационарную помощь – самую дорогую в лечебном процессе.

*Развитие медицинской науки.* Для более полного использования ее потенциала необходимо, во-первых, осуществить тесную увязку финансирования научных учреждений с объемами и тематикой научных исследований, а во-вторых, переориентировать медицинскую науку на решение приоритетных проблем здравоохранения. Например, сегодня наше государство в состоянии пролечить только несколько сотен ВИЧ-инфицированных, в то время как в помощи нуждаются десятки тысяч. Стоимость лечения одного больного обходится в 6–10 тыс. долларов в год, и не в последнюю очередь потому, что нет отечественных препаратов.

Разумеется, с принятием законопроектов об обязательном медицинском страховании, о государственных гарантиях медицинской помощи, об организационно-правовых формах организаций здравоохранения законотворческая работа в сфере здравоохранения не закончится. Надо продолжить работу над базовым законопроектом «О здравоохранении Российской Федерации», регламентирующим деятельность здравоохранения как системы. Нужно внести дополнения и изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, которые были приняты в 1993 году.

Несомненно, что все эти законопроекты должны приниматься с учетом мнений субъектов Российской Федерации. С этой целью при комитете образован межрегиональный совет, в который вошли представители как законодательной, так и исполнительной власти субъектов Федерации.

Совместными усилиями Государственной Думы, Правительства, субъектов Федерации должна быть разработана долговременная национальная стратегия, рассматривающая сохранение здоровья народа как ключевую проблему развития российского общества в XXI веке, важнейший фактор обеспечения безопасности страны. Назрела необходимость в создании при Правительстве России Совета по здоровью нации, в который бы вошли видные представители медицинской науки, общест-венности, регионов, исполнительной и законодательной властей всех уровней. Этот совет и должен определять пути дальнейшего развития и модернизации отечественного здравоохранения.