

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ
ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ
Татьяна Владимировна
Яковлева



Надо отметить, что за последний год сделаны решительные шаги по изменению ситуации с охраной здоровья детей в России. В их основе заложены принятые законодательные акты.

В июне прошлого (2006) года был принят Федеральный закон «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». 29 декабря 2006 года был принят Федеральный закон, уточняющий, в каких учреждениях здравоохранения может оказываться специализированная медицинская помощь (статья 40 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). 26 января 2007 года Государственной Думой был принят Федеральный закон «О внесении изменения в Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека», предусматривающий разрешение производить забор и заготовку органов и тканей не только в государственных учреждениях здравоохранения, как определено законом, но и в муниципальных.

Среди других важных законодательных инициатив хочу отметить следующие.

В соответствии с Федеральным законом от 25 ноября 2006 года №195-ФЗ «О внесении изменений в статью 62 Федерального закона «О государственной социальной помощи» с 1 января 2007 года в набор социальных услуг включено обеспечение не только лекарствами, но и изде-

лиями медицинского назначения и лечебным питанием для детей-инвалидов. Эти законы были инициированы депутатами нашего комитета.

Комитет добился внесения изменений в Федеральный закон №258 с целью разрешить отделениям переливания крови, созданным при муниципальных органах здравоохранения, осуществлять заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов.

Мы неоднократно поднимали вопрос об обеспечении беременных женщин и детей до трех лет бесплатными лекарствами за счет федерального бюджета. Первый шаг сделан – с 1 января 2007 года стоимость родового сертификата в женской консультации увеличилась на 1 тыс. рублей (с 2 до 3 тыс. рублей). Дополнительные средства направляются на обеспечение беременных женщин витаминами, микронутриентами и железосодержащими препаратами. Вторым шагом должно быть обеспечение детей. И мы добьемся, чтобы с 1 января 2008 года эта проблема была решена.

Комитет активно работал над новой редакцией Закона «О рекламе», вступившего в силу с 1 июля прошлого года. С учетом наших поправок в ней существенно расширены требования к рекламе медицинских товаров и услуг; введены специальные требования и ограничения к рекламе биологически активных добавок и детского питания.

Многое сделано за прошедший год на федеральном уровне. Но не могу не привлечь внимание к проблеме законодательного регулирования правоотношений в сфере охраны здоровья и медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Законы «О правах ребенка» приняты всего в 20 субъектах. Законы «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства» приняты только в 7 субъектах.

Мы проанализировали более 3000 документов. Наш анализ показал, что имеются следующие проблемы.

1. В настоящее время в субъектах РФ не имеется законодательных актов, главной задачей которых

является обеспечение права ребенка на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2. Выявлено несоответствие главному принципу здравоохранения в области охраны здоровья детей – принципу приоритетности мер профилактики. Более того, в некоторых региональных законах нормы, касающиеся профилактики, не обеспечивают необходимый объем этой работы, зафиксированный в федеральном законодательстве.

3. Не используется право субъекта устанавливать конкретные дополнительные социальные стандарты качества жизни детей в области охраны здоровья и медицинской помощи.

4. Многие законодательные нормы в субъектах Российской Федерации характеризуются декларативностью и дублируют федеральные законодательные акты, при этом не учитываются местные социально-экономические, демографические и другие особенности.

Вот поэтому и должен быть разработан и принят основополагающий федеральный закон «Об охране здоровья детей», на основании которого будет разрабатываться законодательная база субъектов и будут вводиться с учетом местных особенностей региональные программы по снижению смертности, инвалидности и заболеваемости.

Хотела бы отметить, что основой решения проблем является законодательное регулирование, но необходимо добиваться достаточного финансирования сферы.

С началом 2006 года благодаря инициативам Президента Российской Федерации впервые за многие годы было предусмотрено значительное увеличение расходов федерального бюджета на здравоохранение.

В 2005 году на здравоохранение было израсходовано 70,9 млрд. рублей, в 2006-м – 136,5 млрд., а в 2007 году запланировано выделить на здравоохранение 178,8 млрд. (это в 2,5 раза больше, чем в 2005 году).

В рамках национального проекта «Здоровье» начала реализация мер, направленных на усиление профилактической направленности детского здравоохранения, снижение смертности новорожденных, обеспечение благополучных родов, повышение оплаты труда педиатров, а также улучшение лекарственного обеспечения и лечебного питания детей.

Всего в 2006 году на реализацию проекта направлено 91,5 млрд. рублей. Из них:

- средств федерального бюджета – 65,7 млрд. рублей;
- средств государственных внебюджетных фондов – 25,8 млрд. рублей.

Значительные дополнительные средства на сопровождение проекта выделяли субъекты РФ и муниципальные образования. В среднем в бюджетах субъектов Федерации средства, направленные на здравоохранение в 2006 году, составили 44%. Такого раньше никогда не было. Поэтому к первым, но уже значимым результатам можно отнести наполнение здравоохранения государственными финансовыми ресурсами и повышение уровня управляемости отраслью.

Теперь о конкретных результатах.

Средняя зарплата участковых врачей-педиатров по сравнению с 2005 годом увеличилась от 2,2 до 2,8 раза (с 13,9 до 23,4 тыс. рублей), а медицинских сестер, работающих с ними, – от 1,6 до 2,4 раза (с 7,5 до 15 тыс. рублей).

Также в 2007 году начнется отработка системы одноканального финансирования здравоохранения. На это в бюджете Федерального фонда обязательно медицинского страхования предусмотрено 7 млрд. рублей и столько же должны предоставить субъекты Российской Федерации.

В эксперименте будут участвовать стационарные учреждения здравоохранения в «пилотных» территориях. В ходе эксперимента предполагается перейти на оплату медицинских услуг по полному тарифу в системе обязательного медицинского страхования. Переход на полный тариф позволит определить, сколько же в реальности стоит медицинская помощь, и увидеть истинный дефицит средств. Тогда можно будет рассчитать подушевой норматив обеспечения территориальной программы госгарантий на одного жителя и фактическую стоимость этой программы. Это будут публичные обязательства перед населением, которые государство должно исполнить. Дефицит будет покрываться из различных источников в соответствии с разными моделями здравоохранения в регионе.

В первичном звене сейчас участковым врачам надбавки платят просто за должность. В стационарах механизм оплаты будет другой – за пролеченного больного с учетом конечного результата в соответствии с качеством оказанной медицинской помощи. То есть учреждение не будет финансироваться только потому, что есть стены. Эти деньги нужно будет заработать.

Комитет считает, что повышение зарплаты участковым врачам должно стать стимулом к повышению качества предоставляемых медицинских услуг. Поэтому для реализации принципа оплаты труда за конечные результаты мы настаиваем на утверждении критериев качества оказания первичной медико-санитарной помощи. Такие критерии разработаны Минздравсоцразвития, розданы в субъекты и рекомендованы для внедрения.

В рамках национального проекта начала возрождаться массовая диспансеризация населения. К сожалению, она пока в большей степени охватывает взрослое население. Поэтому Комитет по охране здоровья неоднократно выступал с инициативой о необходимости изыскания дополнительных источников для финансирования всеобщей диспансеризации детей. Хочу подчеркнуть, что труд специалистов, проводящих диспансеризацию детей, должен оплачиваться так же, как и труд специалистов во взрослых поликлиниках.

За 2006 год 4569 участковых педиатров повысили свою квалификацию. Проведена подготовка специалистов для проведения неонатального скрининга: повысили профессиональную квалификацию 135 врачей-генетиков из 53 субъектов РФ и 28 врачей-лаборантов-генетиков из 26 субъектов РФ, 249 врачей-педиатров, эндокринологов.



Повысилась эффективность работы первичного звена здравоохранения, укомплектованность его кадрового состава. Снизился коэффициент совместительства с 1,6 в январе 2006 года до 1,3 к концу года. В ряде территорий коэффициент совместительства уже сейчас достиг планового значения 2008 года и составил 1,1 в Краснодарском крае, Волгоградской, Смоленской и Пензенской областях, в Республике Татарстан и Чувашской Республике.

Наметилась положительная динамика по омоложению медицинских работников первичного звена. Среди молодых специалистов, окончивших обучение в 2006 году в ординатуре и интернатуре, свое согласие работать в должности участковых педиатров подтвердили 771 человек.

Кадровое насыщение происходит на фоне улучшения материально-технической базы учреждений первичного звена. Это и поставки современного диагностического оборудования в первичное звено, закупка санитарного автотранспорта (в том числе поставлено 93 реанимобиля педиатрического профиля с кюветами), программа родовых сертификатов, которая теперь частично может быть расходована и на закупку оборудования.

Все это касается первичного звена здравоохранения. Но нас волнуют и детские учреждения. В этой связи мы подчеркиваем важность комплексного подхода к вопросам рождаемости и здоровья. Мы предлагаем усилить внимание к детскому здравоохранению, учреждениям, оказывающим помощь в период беременности и родов. По оценкам экспертов, в 2007 году на свет появится более 600 тыс. детей. А готовы ли к этому женские консультации, родильные дома, детские консультации и детские больницы?

Сейчас доля нормальных родов не превышает 33%. Поэтому так необходимо строительство и создание в стране современных перинатальных центров по оказанию медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным высокого риска. Ведь главный резерв уменьшения смертности детского населения по-прежнему находится на первом году жизни.

Сейчас в Российской Федерации действует 127 перинатальных центров. Но только 29 соответствуют современному уровню оснащения и работы, то есть имеют отделения патологии новорожденных. В родильных домах износ оборудования составляет 70%. Не хватает аппаратов искусственной вентиляции легких, инкубаторов для новорожденных, аппаратов УЗИ, наркозно-дыхательной аппаратуры.

30 апреля 2007 года Правительство России должно внести в Государственную Думу трехлетний бюджет на 2008–2010 годы. Мы надеемся увидеть в нем проекты по строительству 20 новых перинатальных центров и оснащению действующих учреждений родовспоможения диагностическим и лечебным медицинским оборудованием. Хочу отметить, что наш комитет по согласованию с Минздравсоцразвития внес дополнительные предложения к проекту бюджета на 2007 год по оснащению существующих перинатальных центров, родильных домов и родильных отделений, по закупке

4873 единиц техники на сумму 6 млрд. рублей из федерального бюджета. Создание и оснащение таких центров будет способствовать не только улучшению демографической ситуации в стране, но и повлияет на улучшение показателей репродуктивного здоровья. Таким образом, особую значимость приобретает вопрос сохранения не только каждой состоявшейся, но и каждой потенциальной жизни.

Обсуждается вопрос о создании подростковых центров, в которых могли бы заниматься профилактикой заболеваний и оказывать психологическую помощь подросткам. Должна бы быть разработана программа и принят федеральный закон об охране репродуктивного здоровья, в том числе детей и подростков. Потому что решить проблему демографии сможет только то поколение, которое сегодня ходит в детский сад.

Наконец-то на заседании Правительства 8 февраля 2007 года была утверждена Федеральная целевая программа «Дети России» на 2007–2010 годы.

Программа формировалась 2 года, в течение которых наш комитет совместно с Минздравсоцразвития добивался того, чтобы она была продлена и утверждена. Отлично, что удалось сохранить важнейшую подпрограмму «Одаренные дети», расширили подпрограмму «Здоровое поколение». Появилось несколько новых разделов. Например, подпрограмма «Дети и семья» по направлению «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Очень важно, что увеличивается софинансирование программы. Если раньше на 1 федеральный рубль субъекты Российской Федерации выделяли 2,5 рубля, то сейчас – от 3 до 4 рублей. Более чем в 6 раз возросло финансирование из внебюджетных источников.

Необходимо отметить, что при формировании проекта программы применялся принцип программно-целевого подхода. В частности, оценка реализации подпрограммы «Здоровое поколение» будет осуществляться по показателям: младенческой, материнской и детской смертности; удельного веса детей первой группы здоровья, первичного выхода на инвалидность детей в возрасте от 0 до 7 лет на 10 тыс. детей. За 4 года реализации программы эти показатели должны существенно улучшиться. Однако надо отметить, не все задачи, поставленные в подпрограмме «Здоровое поколение», подкреплены конкретными мероприятиями и финансовым обеспечением. Требуется довести федеральную составляющую финансирования подпрограммы хотя бы до 20%, а не так, как сейчас, – 13%.

К сожалению, из-за того, что некоторые моменты остались не учтены, в том числе по-прежнему сохраняющийся дефицит финансирования (на всю программу выделено 47,8 млрд. рублей), детская и младенческая смертность все равно будут превышать европейские показатели в 2–2,5 раза. А могли бы за 4 года достичь европейского уровня детской смертности при адекватном финансировании!

Радует появление в программе задачи «профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте». Однако к профи-



лактическим можно отнести только два мероприятия: внедрение новых технологий по иммунопрофилактике ослабленных детей; мониторинг здоровья юношей призывного возраста (от 15 до 18 лет). Или, например, задача «пропаганда здорового образа жизни» вообще не подкреплена ни мероприятиями, ни расходами. Мы предлагаем усилить профилактическую составляющую подпрограммы, включить в нее проведение всеобщей диспансеризации детей.

Совершенно не проработана подпрограмма «Школьная медицина», а ведь именно в школе должен складываться необходимый запас здоровья. Должна быть создана также подпрограмма «Лечение бесплодия», так как у нас в стране до 15–20% семейных пар бесплодны.

Крайне необходима подпрограмма «Здоровье подростков», учитывая широкую представленность заболеваний и проблем в этой возрастной группе: болезни репродуктивной системы, бесплодие, нервные заболевания, курение, алкоголизм и т.д. А ведь это наше ближайшее будущее. По данным Минздравсоцразвития, до 40% юношей в возрасте до 18 лет и 80% девушек-подростков имеют серьезные отклонения в репродуктивном здоровье.

Обсуждается вопрос о создании подростковых центров, в которых могли бы заниматься профилактикой заболеваний и оказывать психологическую помощь подросткам. Должна быть разработана программа и принят федеральный закон об охране репродуктивного здоровья, в том числе детей и подростков. Следует помнить, что решить проблему демографии сможет только то поколение, которое сегодня ходит в детский сад.

Хочу подчеркнуть, что требуется создание реабилитационных центров. Ведь мы усилили первичное звено, насытили его современным диагностическим оборудованием, повысили квалификацию врачей. Все это приводит к лучшей выявляемости заболеваний. Но цель-то не выявить, а профилировать и вылечить ребенка или подростка.

Несмотря на некоторые недоработки, мы очень рады, что программа «Дети России» утверждена. Она будет работать и приносить конкретные результаты. Вышеуказанные моменты будем устранять в рабочем порядке.

В рамках национального проекта принимаются меры по профилактике врожденных и генетически обусловленных болезней через систему медико-генетического консультирования и расширение скрининговых исследований. Впервые в России дополнительно к проводимому обследованию новорожденных детей на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз начал проводиться скрининг на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз. В 2007 году перечень будет дополнен аудиологическим скринингом детей первого года жизни, который позволит своевременно выявлять нарушения слуха у ребенка и проводить реабилитацию тугоухости. Это чрезвычайно важно, поскольку причины детской инвалидности на 60% формируются именно в перинатальном периоде.

Никогда еще в России не было таких масштабов вакцинации детей, причем особенно важным я считаю введение вакцинации против вирусного гепатита

В и против гриппа. Хотя сроки вакцинации не везде выдерживались, уже получены конкретные результаты. Заболеваемость гепатитом В снизилась на 17% и составила 5,8 человека на 100 тыс. населения. Заболеваемость краснухой стабилизировалась, и наметилась тенденция к ее снижению (88,8 на 100 тыс. населения). Раньше гриппом ежегодно заболевали 30 млн. человек, а в 2006 году заболеваемость снизилась в 1,8 раза и впервые эпидемия гриппа не зарегистрирована. Мы будем выступать и за дальнейшее расширение национального календаря прививок. За последние годы появились несколько жизненно важных вакцин с доказанным эффектом.

В рамках национального проекта существенно возрастут расходы на профилактику и лечение инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами (с 2,9 до 7,6 млрд. рублей, или в 2,5 раза). И в первую очередь эти средства будут направляться на химиопрофилактику перинатальной передачи.

ВИЧ-инфекция в России становится женской проблемой. Треть больных составляют женщины, а в отдельных регионах – более 50%. Резко возросло число беременных ВИЧ-инфицированных. В последние годы частота выявления ВИЧ при беременности увеличилась в 500 раз. К тому же каждая пятая ВИЧ-инфицированная беременная не наблюдается в женской консультации. Следствием является рождение инфицированных детей. В 1996 году только 18 детей родились от инфицированных матерей, а сейчас их рождается в год более 3,5 тыс. Поэтому в Российской Федерации, по официальным данным, уже 14 тыс. ВИЧ-инфицированных детей. Хотя при правильно подобранной терапии риск инфицирования малышей снижается до 1%.

Особое внимание я бы хотела обратить на вопросы оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи. Около 3% детей ежегодно нуждается в оказании такой помощи. В течение 11 месяцев 2006 года пролечено более 22 тыс. детей по высокотехнологичным видам медицинской помощи. Это 18,4% от общего количества больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь.

Во всех новых федеральных центрах высоких медицинских технологий, которые сейчас строятся, только 10% мест отводится детям. Доля расходов на оказание медицинской помощи детям в общих расходах на высокотехнологичную медицинскую помощь должна быть выше. Потому что, к сожалению, иногда дети умирают только потому, что родились в России, не дождавшись своей очереди. Часто бывает так, что, если ребенку своевременно не сделать нужную операцию, – последствия будут необратимыми и он на всю жизнь останется инвалидом. Ведь речь идет о будущем страны. А у нас 630 тыс. детей-инвалидов, из них около 17–18% живет в домах-интернатах.

Поэтому наш комитет направил свои предложения Первому заместителю Председателя Правительства Дмитрию Анатольевичу Медведеву:

– увеличить количество детских коек в новых федеральных центрах высокотехнологичной медицинской помощи до 20%;



– увеличить долю высокотехнологичной медицинской помощи детям в общем объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по квотам, с 19 до 30%, а по некоторым профилям – до 40%;

– выделить целевые расходы на высокотехнологичные виды медицинской помощи детям исходя из 100-процентной степени удовлетворения потребности по большинству из основных профилей высокотехнологичной медицинской помощи.

Недавно мы получили ответ, что наши предложения будут учтены при подготовке нормативно-правовых документов по реализации нацпроекта и строительстве федеральных центров высокотехнологичной медицинской помощи.

Еще одна важная проблема, на которую не могу не обратить внимание. Это проблема состояния здоровья наших подростков.

Основу среди причин предотвратимой смертности детей старше года составляет смертность от травм и отравлений (до 45% в детском и до 80% в подростковом возрасте). И здесь надо обратить внимание на социальную составляющую, пропаганду здорового образа жизни, проблему курения, жесточеские мер по ответственности за продажу спиртных напитков несовершеннолетним. Несмотря на все запретительные нормы, прописанные в законодательстве, спиртное для подростков доступно как никогда. В большинстве цивилизованных стран существуют жесткие наказания за продажу алкогольных напитков несовершеннолетним (в Израиле – тюремное заключение на срок до полугода, в Эстонии – до одного года, а в Швеции – до шести лет). В нашей стране установлена ответственность за нарушение правил продажи алкоголя только для должностных либо юридических лиц. Продавцы, официанты, бармены – люди, которые непосредственно обслуживают покупателя, никакой ответственности не несут. В настоящее время на рассмотрении Государственной Думы находится проект федерального закона, которым предлагается предусмотреть ответственность граждан при продаже алкоголя несовершеннолетним лицам. Это позволит наказывать лиц, непосредственно виновных в обеспечении подростков алкоголем.

Важное значение имеет ограничение рекламы алкоголя и табака. Наш комитет активно работал над новой редакцией Федерального закона «О рекламе», которая вступила в силу с 1 июля прошлого года. Она усилила ограничения рекламы алкогольных напитков, пива и табака, направленные на защиту молодежи и подростков. Ведь цифры просто потрясают: например, среди детей старше 10 лет суммарный показатель смертности от воздействия алкоголя и от преднамеренных самоповреждений превышает смертность от транспортных несчастных случаев. Сейчас для снижения смертности от алкогольных и других отравлений разрабатываются меры по оснащению токсикологических и реанимационных отделений современным оборудованием, включая установки гемодиализа. Мы

надеемся увидеть финансовое обеспечение этих мероприятий в бюджете на 2008 год и будем со своей стороны прилагать к этому усилия.

Говоря о подростках, считаю нужным выделить проблемы школьного здравоохранения, которые просто выпали из нацпроектов. Это вопросы медицинского обслуживания учащихся и оплаты труда медицинского персонала, работающего в учреждениях образования, и проблема питания в организованных коллективах. Мы планируем провести «круглый стол» по вопросам школьной медицины, где будут обсуждаться все эти вопросы. В прошлом году мы уже провели «круглый стол» по вопросам организации школьного питания, по результатам которого нашим комитетом начата совместная работа с Министерством экономического развития и торговли по разработке предложений по реорганизации существующих систем питания в школе. На правительственном часе, который прошел в Государственной Думе 24 января 2007 года, Дмитрий Анатольевич Медведев сказал, что вопрос школьного питания будет рассматриваться отдельно и в этом году будут пилотные проекты в 3 регионах. Здоровое питание – это одна из составляющих формирования здорового образа жизни. Надо, чтобы стало модным быть здоровым. Где, как не в школе, мы можем начать формировать основы такого мышления? Комитет считает, что выделение средств на школьную медицину должно быть поддержано так же, как и финансирование первичного звена здравоохранения. То есть это должна быть государственная политика, необходим государственный заказ на разработку подпрограммы «Формирование здорового образа жизни детей и подростков» в рамках Федеральной целевой программы «Дети России».

Следует сместить акценты в информационно-разъяснительной работе в сторону населения, популяризации профилактических мероприятий, разъяснения необходимости диспансеризации, иммунизации, закрепления в массовом сознании системы ценностей здорового образа жизни. То есть шире задействовать рычаги социальной рекламы.

Государство должно быть заказчиком социальной рекламы! Ведь если в экономически развитых странах социальная реклама – это целая индустрия, то в нашей стране это, к сожалению, только хобби! В отношении социальной рекламы не созданы полноценный финансовый механизм и такие условия, при которых социальная реклама начнет вытеснять рекламу коммерческую. В декабре 2006 года наш комитет проводил «круглый стол», на котором мы выработали рекомендации по внесению изменений в законодательство о рекламе, чтобы сдвинуть этот вопрос с мертвой точки.

И в заключение особо хочу отметить, что реализация всех наших законодательных инициатив даст реальные результаты только в том случае, если ежегодно в федеральном бюджете будут выделяться достаточные средства на решение конкретных задач охраны здоровья детей.

Необходимо добиваться адекватного финансирования детского здравоохранения. А для этого нужен расчет реальной потребности в финансовых средствах, необхо-



димых для обеспечения установленных государственных гарантий в сфере охраны здоровья и организации медицинской помощи детям.

Должны быть приняты следующие федеральные законы:

- «О репродуктивном здоровье»;
- «О здравоохранении»;

- «О государственных гарантиях медицинской помощи»;

- «Об обязательном медицинском страховании»;

- «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников».

А самое главное, должен быть разработан и принят федеральный закон «Об охране здоровья детей».