

# МОДЕРНИЗАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РЕШЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ  
РФ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Татьяна Владимировна  
Яковлева



Последние два года были отмечены многими новациями, которые непосредственно затронули сферу здравоохранения. Вступление в силу федерального законодательства о распределении полномочий между различными уровнями власти существенным образом изменило условия функционирования системы здравоохранения в регионах Российской Федерации. Прошла административная реформа. С принятием закона о монетизации льгот начата реформа в сфере социальной защиты населения. Данные изменения необходимо рассматривать как первый этап модернизации здравоохранения в целом.

Вряд ли кто будет спорить, что модернизация назрела, что ее надо начинать безотлагательно. Нынешняя ситуация в здравоохранении не устраивает ни врачей, ни пациентов. Другой вопрос, как проводить модернизацию, какой путь выбрать, какое здравоохранение мы должны получить в конечном итоге.

Мы не намерены наступать на старые грабли. Для исключения даже самой возможности воспроизводства проблем, возникших при реализации закона о монетизации льгот, все законопроекты, направленные на модернизацию здравоохранения, должны пройти тщательную научную экспертизу, широкое публичное обсуждение, в том числе в Общественной палате Российской Федерации, а при необходимости, и апробацию в некоторых субъектах Российской Федерации.

Требуется прежде всего устранить дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми ресурсами, что ведет к увеличению теневого сектора медицинских услуг. Сегодня 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.

Еще одна проблема – отсутствие механизма экономического выравнивания территориальных различий. Сегодня разрыв в финансировании территориальных программ оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного жителя доходит до 15 раз! Не в последнюю очередь это обусловлено теми природными условиями, в которых проживает население того или иного региона. Очевидно, что в тех же регионах Западной Сибири, богатых природными ресурсами, больше возможностей для развития социальной сферы, чем, например, в Ивановской или Тамбовской областях. Другое дело, что эти возможности надо еще умело использовать.

Конечно, преодоление территориальных различий – дело не одного дня. Потребуются время, строго выверенная, последовательная политика федерального центра, усилия всех регионов, в том числе, разумеется, и регионов-доноров. Но задача стоит того, чтобы всерьез взяться за ее решение. В конце концов, реализация конституционного права человека на охрану здоровья не может и не должна зависеть от места его проживания.

В последние годы предлагались различные варианты реформирования отрасли, но без должного ре-

сурсного обеспечения все они были обречены. Теперь ситуация принципиально иная. Сейчас у государства не только появились необходимые для развития здравоохранения финансовые средства. Есть политическая воля коренным образом улучшить ситуацию с охраной здоровья населения. Впервые разработан масштабный национальный проект в области здравоохранения (Проект «Здоровье»), имеющий конкретную направленность, четкие этапы реализации, обеспеченный реальными финансовыми ресурсами.

Инициативы Президента, как известно, направлены на развитие первичной медицинской помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, обеспечение доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи, существенное повышение оплаты труда медицинским работникам.

В принятом федеральном бюджете на 2006 год на мероприятия проекта выделяется 57,9 млрд. рублей. Кроме этого, дополнительно в здравоохранение будет направлено 19,4 млрд. рублей из бюджета Фонда социального страхования и 4,7 млрд. рублей из федерального бюджета с 1 июля 2006 года, всего 88,4 млрд. рублей. Никогда еще в здравоохранение не вкладывались столь значительные ассигнования.

Экспертами Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ проведен детальный анализ. В Проекте «Здоровье» впервые в соответствии с реформой бюджетного процесса был применен целевой принцип построения проекта, сформирована система целей, задач и мероприятий. Выделены бюджеты «действующих» и «принимаемых» обязательств, определены показатели достижения этих целей.

Важная роль отводится мероприятиям, способствующим усилению профилактической направленности здравоохранения. Такая работа дает наиболее значимый экономический и социальный эффект, сохраняет здоровье людей и трудовой потенциал страны. Но это не находило отражения в тарифах на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, не подкреплялось финансированием из других источников. На выполнение мероприятий профилактической направленности в 2006 году выделяется в общей сложности 18,6 млрд. рублей. Н.И. Пирогов говорил о том, что «будущее принадлежит медицине предохранительной». Теперь эти слова приобретают более широкое звучание и практическое воплощение.

В связи с тем, что в России половина территорий не имеют медицинских вузов, на базе которых, как правило, проводится переподготовка специалистов, для первичного медико-санитарного звена целесообразна дистанционная форма обучения.

Во многих поликлиниках сегодня на два-три кабинета врача приходится одна медицинская сестра. При расчете суммы денежных выплат участковым врачам и медсестрам принималось соотношение «врач–медсестра» как 1:1. Для усиления профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи необходимо менять это соотношение и проводить дополнительную подготовку медицинских сестер.

Мы разделяем озабоченность врачей, от которых приходит много писем о повышении зарплаты специалистам. Повышение заработной платы для врачей общей практики, участковых терапевтов, педиатров и медсестер – это первый этап. Он установит тот уровень зарплаты, ниже которого мы не имеем права опускаться. Значит, такой же уровень должен быть и у специалистов.

В настоящее время на региональном уровне органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления сами устанавливают системы оплаты труда работников бюджетной сферы. В ряде субъектов Российской Федерации применяются региональные надбавки к ставкам Единой тарифной сетки. Однако необходимы совместные усилия Правительства Российской Федерации, депутатов Государственной Думы и Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений для решения проблем дотационных субъектов Российской Федерации. В перспективе на федеральном уровне целесообразно перейти к отраслевым системам оплаты труда.

Восполнить брешь в численности врачей первичного звена только материальной заинтересованностью, скорее всего, не удастся. Ведь для современной молодежи есть другие, более привлекательные в материальном плане сферы деятельности. Пока не определены правовые механизмы закрепления молодых специалистов в первичном звене. Однако, если расходы на образование отдельных категорий студентов оплачиваются государством, оно вправе предложить выпускнику медицинского вуза несколько форм отработки своего рода «кредита», который он получил от государства. Очень важно уделить внимание контрактной форме подготовки молодых специалистов, особенно юридической стороне этого вопроса. Если упустить это звено, то, несмотря на принимаемые меры, вряд ли удастся ликвидировать кадровые диспропорции между городом и селом, между первичной и специализированной медицинской помощью.

Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений. Опыт реализации федеральных целевых программ показывает, что зачастую оборудование, централизованно закупаемое за счет средств федерального бюджета, не установлено и не востребовано на местах. В связи с этим особую важность приобретает взаимодействие с регионами по обеспечению подготовительных мероприятий для установки медицинского оборудования, организации его технического обслуживания, эффективного и безопасного использования, обучения кадров. Иначе может получиться как в программе дополнительного лекарственного обеспечения, когда сами врачи оказались не готовы к широкому перечню льготных лекарств. К обучению врачей работе с современной медицинской аппаратурой нужно подключать и производителей медицинской техники.

Другой важный вопрос связан с переоснащением станций скорой помощи новыми автомобилями. Это



благое начинание может разбиться о неблагоустроенные дороги на селе. Большинство местных бюджетов не имеют достаточных средств на развитие дорожной инфраструктуры. Поэтому в рамках подпрограммы «Автомобильные дороги» Федеральной целевой программы «Модернизация транспортной системы России» необходимо предусмотреть выделение целевых ассигнований на развитие сельских автодорог.

Еще одна важная проблема. В связи с тем, что впервые на диагностику и лечение ВИЧ-инфекции в нашей стране выделяются такие большие средства федерального бюджета (3,1 млрд. рублей в 2006 году), ставится вопрос о создании компьютерной базы учета пациентов, получающих необходимые препараты. Здесь возникают проблемы не только дополнительных ассигнований, которые в Проекте «Здоровье» не предусмотрены, но и вопросы сохранения врачебной тайны, соблюдения принципа добровольности, информированного согласия не только на получение препаратов, но и на занесение в регистр, а также недопущения последующей дискриминации.

Исходя из объема выделяемых средств стоимость вакцинации на одного человека составит: против гепатита В – 340 рублей, против краснухи – 40 рублей, против гриппа – 27 рублей, против полиомиелита – 667 рублей. При этом по гепатиту В количество отечественной вакцины недостаточно, а российских вакцин против краснухи и полиомиелита вообще нет. Возможно, что потребуются уточнение требуемого объема ассигнований для закупки импортных препаратов.

Во многих субъектах Российской Федерации финансируются региональные программы «АНТИ-ВИЧ/СПИД» и «Вакцинопрофилактика». Целесообразно было бы пересмотреть их финансирование с учетом планируемого выделения средств из федерального бюджета.

После проведения всеобщей диспансеризации детей наконец-то вернулись к диспансеризации других групп населения, а именно: работающих граждан, в том числе женщин. Это, как и прежде, поможет проводить профилактику неинфекционных заболеваний – основной причины высокой смертности населения. Тем не менее пока неясно, каковы критерии отбора групп населения, каким образом результаты диспансеризации будут учтены в медицинской статистике. В случае выявления патологии не очерчены последующие мероприятия.

Комитет приложил много усилий для включения в состав Проекта «Здоровье» программы родовых сертификатов. Это целевые инвестиции в здоровье женщины-матери и будущего ребенка.

Много вопросов нуждается в уточнении: все ли беременные женщины получают родовые сертификаты или только работающие? Как будет решаться вопрос в отношении неработающих беременных женщин? Кто будет выпускать родовые сертификаты?

В перечне амбулаторно-поликлинических учреждений, оснащаемых современным медицинским оборудованием, очень мало женских консультаций. За счет

средств Фонда социального страхования Российской Федерации (более 10 млрд. рублей) возможно выделить расходы не только на повышение заработной платы работникам этих учреждений, но и на медицинское оборудование, дополнительные медикаменты или, может быть, дополнительные лабораторные исследования.

Родовой сертификат – это дополнительные деньги к средствам, выделяемым на эти цели из бюджетов муниципальных образований. Органы местного самоуправления не должны снижать финансирование родильных домов и женских консультаций.

Планирующиеся к строительству новые центры будут отражены отдельной строкой в Перечне строек и объектов Федеральной адресной инвестиционной программы на 2006 год, который будет утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации в январе 2006 года.

Указанный Перечень корректируется несколько раз в год. После 1 апреля из него исключаются объекты, по которым не представлена необходимая проектно-сметная документация, а инвестиции перераспределяются на другие объекты и в другие отрасли.

Пока не ясна мощность создаваемых центров, их размещение, механизм соучастия субъектов Российской Федерации в строительстве центров. Не решены вопросы привлечения частных инвестиций, в том числе зарубежных, собственности будущих центров, их юридического статуса и организационно-правовых форм, порядка текущего финансирования их деятельности.

Позволит ли увеличение объемов финансирования на высокотехнологичную медицинскую помощь исключить соплатежи граждан (на лекарства, расходные материалы и т.д.) при лечении в федеральных учреждениях здравоохранения?

Очевидно, что строительство новых центров высоких медицинских технологий рассчитано на проведение институциональных изменений, то есть на внедрение новых организационно-правовых форм медицинских организаций, перевод на работу по государственному заказу, новые системы оплаты труда. Поэтому параллельно со строительством центров необходимо готовить законодательную базу. Сейчас законодательная деятельность по модернизации здравоохранения немного отошла на второй план. Работу по законодательному обеспечению модернизации здравоохранения необходимо активизировать по следующим направлениям:

- об обязательном медицинском страховании;
- о государственных гарантиях медицинской помощи в Российской Федерации;
- о расширении организационно-правовых форм медицинских организаций;
- о страховании профессиональной ответственности медицинских работников;
- о частной медицинской деятельности;
- о здравоохранении в Российской Федерации.

Крайне актуальной становится разработка медицинских стандартов оказания высокотехнологичных



видов медицинской помощи, а также стандартов материально-технической оснащенности федеральных специализированных учреждений.

В связи с созданием центров, основанных на новых принципах организации и финансирования, целесообразна проработка вопроса о развитии лизинга медицинского оборудования.

Учитывая сложную демографическую ситуацию, сложившуюся в последние годы в России, охрана здоровья должна стать реальным фактором обеспечения национальной безопасности страны. Именно из этого и следует исходить, проводя модернизацию здравоохранения.

В конечном счете задача состоит в том, чтобы превратить здравоохранение из убыточного, малопрестижного сегмента экономики в «генератор роста», чтобы бизнесу было интересно инвестировать в эту отрасль, работникам – комфортно в ней работать, а населению, если уж возникла такая необходимость, – приятно полу-

чать медицинские услуги. В ходе модернизации здравоохранения должен быть создан благоприятный климат для развития добровольного медицинского страхования и частной медицины.

Свою часть пути должен пройти и бизнес. Я не призываю бизнес к каким-то пожертвованиям, шумным, но разовым акциям. Давайте вместе реально решим хотя бы одну проблему, наполнив внебюджетные фонды. Взаимосвязь здесь самая прямая: достойная «белая» зарплата – высокие отчисления в Фонд обязательного медицинского страхования – качественное и доступное медицинское обслуживание. Одно вытекает из другого.

Вот так переплетается социальная ответственность государства и бизнеса, выстраивается долговременная стратегия их партнерства. Ясно одно: Россию можно будет назвать социальным государством, если органы власти и бизнес объединят свои усилия, направив их на решение социальных проблем.