

ССУ-13



Президенту института  
экономических проблем  
переходного периода  
г-ну Е.Т. Гайдару

Уважаемый Егор Тимурович!

Направляю Вам согласно договоренности краткий перечень неотложных шагов, которые, по моему мнению, необходимо предпринять в ближайшее время в сфере здравоохранения в рамках программы его реформирования на макроуровне.

Конкретные документы и организационные меры по каждому из этих предложений я готова представить в самые сжатые сроки.

С уважением

Б.А. Денисенко.

## ДВЕ МОДЕЛИ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫБОР ЗА НОВЫМ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ.

Успех или провал в реформировании любой отрасли определяется рядом факторов, ведущими из которых являются: НАЛИЧИЕ МОДЕЛИ РЕФОРМЫ, включающей в себя идеологию, стратегию, правовую основу и логическую последовательность шагов в ее выполнении; осуществимость принятой модели, т.е. ее соответствие возможностям и потребностям общества.

Все многообразие предлагаемых Правительству и обществу в настоящее время моделей реформирования здравоохранения по сути дела сводится к двум основным вариантам:

1 Вариант, предложенный группой, возглавляемой зам. министра здравоохранения В.И. Стародубова, представляющий интересы управленческой элиты как на федеральном, так и на региональном уровнях, который реализуется сегодня на практике нынешним составом Минздрава посредством доступных ему должностных полномочий.

2. Вариант реформирования отрасли, предлагаемый проф. Б.А. Денисенко, разработанный в сотрудничестве с группой независимых экспертов, представляющих интересы пациентов (союз потребителей медицинских услуг), врачебных ассоциаций, ассоциаций фармацевтов и производителей медицинской техники, работников страховых организаций и фондов. К работе над моделью привлекались ученые, представители исполнительной и законодательной власти федерального и регионального уровней.

ИДЕОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ, ЗАЛОЖЕННЫЕ В ОБА ВАРИАНТА РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НЕСОВМЕСТИМЫ, несмотря на некоторую схожесть технологических шагов и предлагаемых на микроуровне организационных структур, Т.К. МОДЕЛИ ПРЕСЛЕДУЮТ СОВЕРШЕННО РАЗЛИЧНЫЕ ЦЕЛИ.

I Основная особенность модели Стародубова — основательная проработка технологических деталей, создающая видимость глубины и содержательной новизны. Однако, простой анализ ее основных несущих идей показывает, что за множеством деталей и конкретных положений скрывается главная цель модели — сохранить затратную, патерналистскую государственную систему здравоохранения, придав ей видимость новизны путем незначительной модернизации, направленной на усиление распорядительно — распределительного принципа управления, тотального централизма и придания старым структурам новых наименований.

Но главное в модели — не то, что авторы стремятся сохранить административными усилиями государственную систему здравоохранения в том виде, в котором она уже давно себя изжила, а в том, что в условиях устойчивой тенденции сокращения выделяемых государством на нужды здравоохранения средств, такая модель фактически не может быть реализована. И более того, попытки внедрить ее "сверху" силовыми способами ведут не только к подавлению частной инициативы, но и к полному развалу тех структур государственного здравоохранения, которые в настоящее время работают на пределе своих возможностей.

Главная структурная единица модели Стародубова (унитарной по сути) —

региональная ( субъект Федерации). Концентрация финансовых потоков и административных рычагов на этом уровне практически полностью лишает прав, возможностей и полномочий уровень исполнения, наиболее приближенный к населению — муниципальные органы здравоохранения и местное самоуправление. На практике это всегда приводит к одному результату: около половины средств, предназначенных на нужды здравоохранения всей области или Края, используется в интересах самого Областного или Краевого центра. И лишь незначительная часть средств доходит до учреждений здравоохранения низовых уровней: больниц, поликлиник, ФАПов, и т.д. городов, районов, сел, где оказывается основной объем помощи населению.

Такая конструкция здравоохранения находится в противоречии с Конституцией РФ, согласно которой местное самоуправление наделено самостоятельностью и всем объемом полномочий, необходимых и достаточных для решения вопросов, касающихся обустройства жизни населения подведомственной территории.

Реализуемая сегодня Минздравом модель реформы здравоохранения не предусматривает для органов местного самоуправления ни правовых механизмов, ни административных рычагов контроля за расходованием средств, осуществляемым чиновниками высшего административного уровня, оставляя за ними обязанность отвечать за невыплаченную медицинским работникам заработную плату; недоступную для населения или некачественную медицинскую помощь.

Антиконституционность реализуемой модели Стародубова авторы предлагают снять внесением поправок в Конституцию и "Закон о местном самоуправлении", что с одной стороны, — противоречит Заявлениям Президента о моратории на принятие поправок к Конституции, — с другой стороны — лишает данную модель реформы перспектив стать легитимной в силу нереальности принятия поправок к Конституции нынешним составом Госдумы, и сложности самих процедур принятия поправок. Кроме того, реализация такого варианта реформы неизбежно вызовет сопротивление внедрению со стороны глав администраций городов, районов и т.д. и местного самоуправления, чьи интересы она явно ущемляет.

Предусматриваемую моделью Стародубова создание единой системы власти (управления) и денег (финансирования) неизбежно станет базой для резкого усиления коррупции и в здравоохранении, разъедающей все этажи системы государственной власти в России.

Важнейшей несущей идеей модели реформы Стародубова является увеличение административного аппарата и усложнение его структуры путем формирования дополнительного всепроникающего и всевластного административного органа — СУРа (система управления ресурсами). Этот административный орган наделяется таким объемом полномочий, который обеспечивает тотальное администрирование и контроль за всеми составляющими оказания медицинской помощи как лечебным учреждением, так и практическим врачом: "санкционирование госпитализации"; "выбор стационара"; "ежедневный контроль хода лечения"; "выдача разрешения на направление к узким специалистам"; "контакты с участковыми врачами, поликлиниками и родственниками больных" и т.д. Данный административный орган нарушает права как пациентов, так и медицинских работников, присваивая себе право принятия решения за тех и за других.

Кадровый принцип, заложенный в модель Стародубова, представляет собой возврат к так называемому "демократическому централизму", когда назначение

каждого руководителя санкционируется руководством вышестоящего звена и отчетность предусматривается только перед вышестоящей инстанцией.

Весьма показательной для модели Стародубова является идея борьбы с теневым рынком медицинских услуг, суть которой заключается в том, что вместо получаемой медицинским работником от больного незаконной платы за услуги предлагается ввести официальную доплату населением за услуги. Средства, получаемые таким путем опять же предлагается перераспределять централизованно, что делает проблематичным их попадание в руки лечащих врачей. Данная мера способна лишь увеличить сумму, которую пациент вынужден будет платить за медицинскую помощь, т.к. платить будет дважды — официальную доплату и "неофициальную" — врачу, которому нет дела до того, что пациент уже кому-то заплатил, раз лично он, врач, с этой доплаты ничего не имеет.

В числе мер борьбы с теневым рынком медицинских услуг Стародубовым предлагается "выдача разрешений ограниченному кругу врачей на право использовать ресурсы государственных больниц для обслуживания частных пациентов" (стр. 40.) Данное предложение даже и не нуждается в комментариях.

Необходимо отметить еще одну составляющую модели реформы Стародубова — ограничение прав пациента на выбор врача, страховой компании и лечебного учреждения. Помимо того, что "закрепление" пациента за лечебным учреждением уже давно доказало свою порочность, данная идея противоречит нормам, закрепленным в Конституции РФ, и "Основам Законодательства об охране здоровья". Права пациентов передаются администрации. Справедливости ради следует заметить, что предвидя последствия реализации своей модели, авторы заранее планируют огромные очереди и вносят свой "скромный" вклад в дело их упорядочения, предлагая бюрократические способы наведения порядка в этих очередях: введением так называемых "Листов ожидания" на все виды неотложной помощи (стр. 12). Данное "изобретение" создает основу для вымогательства со стороны лиц, получивших право выдавать разрешение на госпитализацию, создавая обходные пути для внеочередного получения медицинской помощи для состоятельных граждан и, затягивая очередь, заставляя платить и несостоятельных (узаконенный рэкет).

Таким образом, предлагаемая и реализуемая уже сегодня Минздравом модель реформы здравоохранения просто опасна. Тем более, что в ней не предусматривается решение именно тех задач, ради которых реформа и должна быть осуществлена — обеспечение населения Страны качественной, доступной по основным видам услуг медицинской помощью при ограниченных финансовых ресурсах государства в переходный период его развития.

Этот вариант реформирования здравоохранения представляет собой ярчайший образец результата внутриведомственного "творчества", когда ведомство пытается реформировать само себя.

II Основная цель модели проф. Б.А. Денисенко — приблизить медицинскую помощь к населению, передав основные полномочия по оказанию медицинской помощи на уровень муниципалитетов, местного самоуправления, создав для этого соответствующую экономическую основу;

в условиях острого дефицита бюджетных средств способствовать развитию частной медицины, рынка медицинских услуг путем стимулирования конкуренции между государственным сектором и частной медицинской

практикой, частными и государственными производителями медицинских услуг, — за пациента, и, следовательно, за средства, направляемые государством на его лечение.

Главным арбитром в конкуренции государственной и частной медицины по данной модели станет пациент, его потребности и требования к качеству лечения и уровню медицинского обслуживания.

Модель предусматривает "раскрепощение" врачей и других медицинских работников от тотального административного регламентирования, развязывает инициативу и творчество медицинских работников, стимулирует заинтересованность в качественном и эффективном лечении пациента.

Действия врача по данной модели регламентируются Законами прямого действия, а не приказами и разрешениями и распоряжениями администрации.

Роль органов исполнительной власти в системе здравоохранения по данной модели существенно ограничивается разработкой стандартов, которым должны соответствовать медицинская помощь и медицинское обслуживание, контролем за соблюдением стандартов, обеспечением санитарно — эпидемиологического и экологического благополучия региона и т.д., защитой тех слоев населения, которые не адаптированы условиям рыночных отношений.

Основной объем полномочий по организации медицинской помощи населению передается органам врачебного самоуправления.

*ТД* /Демисенко БА/

ПРОГРАММА РЕАЛИЗАЦИИ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.  
ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРЫ.

После принятия политического решения по выбору модели реформирования необходимо подготовить пакет законопроектов. Этот пакет при условии его внесения и принятия в ГосДуме может быть введен приказом Министра здравоохранения так как его содержание не противоречит ни Конституции, ни действующему законодательству. В случае, если Министр здравоохранения не возьмет на себя этот риск, он может быть введен в действие Постановлением Правительства или Указом Президента. Пакет включает следующие базовые законодательные акты:

*1. О реформировании отношений собственности и об организационно-правовых формах хозяйствующих субъектов в системе здравоохранения.*

Закон прямого действия. Должен обеспечить правовое регулирование преобразования отношений собственности, создать условия для распространения новых организационных форм в системе здравоохранения - таких, как некоммерческая организация, медицинский траст, хозяйственные товарищества, общества и т. д.

Настоятельная необходимость в разработке настоящего Закона продиктована наличием таких факторов в развитии современного здравоохранения, как:

- высокая затратность и неэффективность действующих в настоящее время форм организации медицинской практики и управления системой здравоохранения;

- недостаточное ресурсное обеспечение отрасли и низкая эффективность использования имеющихся ресурсов;

- отсутствие организационных и юридических предпосылок для внебюджетного, децентрализованного притока средств в отрасль;

- высокая степень монополизации отрасли;

- механическое перенесение опыта реформирования материального производства и уродливая коммерциализация здравоохранения;

- отсутствие нормативных актов на уровне закона, регулирующих предпринимательскую деятельность учреждений некоммерческого характера.

Проект закона решает следующие задачи:

- Создает условия для демонополизации отрасли путем вычленения из монопольной системы здравоохранения производителей медицинских услуг - организаций, за которыми закрепляется статус юридического лица.
- Определяет организационно-правовые формы юридических лиц в системе здравоохранения.

- Осуществляет нормативно-правовое регулирование института ограниченной государственной собственности в системе здравоохранения, предусматривающей частичную передачу права владения, пользования и распоряжения объектами государственной и муниципальной собственности и их имущества физическим и юридическим лицам.
- Устанавливает способы и порядок преобразования государственных и муниципальных организаций здравоохранения.
- Закрепляет перечень организаций здравоохранения, имущество которых остается в государственной собственности.
- Определяет место организаций здравоохранения в системе оказания бесплатной медицинской помощи.

Проект закона развивает положения Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, о государственной, муниципальной и частной системе здравоохранения (ст.12,13,14) и положения Гражданского Кодекса о некоммерческих организациях.

Принятие настоящего закона позволит повысить эффективность расходования бюджетных средств через механизм их конкурентного распределения, создаст условия для привлечения внебюджетных источников финансирования, расширит полномочия объектов здравоохранения в вопросах управления и использования имущества, оплаты труда медицинского персонала. При сохранении общедоступности медицинских услуг повысится их качество, расширятся возможности их получения для малообеспеченных слоев населения.

Принятие настоящего закона не потребует отмены, изменения и дополнения действующих федеральных законов.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого федерального закона необходимо принятие следующих нормативно-правовых актов:

- положение о порядке проведения конкурса (инвестиционного конкурса) по передаче прав соучредителя некоммерческой организации здравоохранения;
- типовой договор медицинского траста;
- положение о порядке и условиях проведения некоммерческого конкурса на включение организации в число исполнителей государственной (муниципальной) программы здравоохранения;
- положение о порядке согласования решения о преобразовании государственной (муниципальной) организации здравоохранения;
- положение о Федеральном лизинговом фонде.

## **2. Закон "О частной медицинской деятельности".**

Закон регулирует механизм осуществления частной врачебной деятельности, определяет условия создания частных медицинских организаций и открытия частных медицинских практик, как одного из важнейших элементов механизма реформирования системы здравоохранения, а также определяет права, обязанности и ответственность лиц, осуществляющих частную медицинскую деятельность, их взаимодействие с государственными и муниципальными медицинскими организациями, механизмы контроля качества медицинской помощи.

В законопроекте предусматриваются равные права с государственными организациями на работу в системе ОМС в соответствии с выбором пациента и заключенным со страховой организацией договором, предусматривающим обязательства предоставлять бесплатно в рамках территориальной программы ОМС медицинские услуги стандартного качества, объема и в конкретные сроки.

В законопроекте вводится правовое регулирование страхования профессиональной ответственности частных медицинских организаций и лиц, занимающихся частной медицинской практикой в целях финансового обеспечения ответственности за вред, причиненный их действиями жизни и здоровью пациентов.

### **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- перечень видов медицинской деятельности, неразрешенных в частном секторе здравоохранения;
- типовой договор с исполнительной властью, страховой организацией ОМС;
- положение о враче общей практики;
- перечень типового оснащения, необходимого для осуществления частной практики;
- положения о сертификации, лицензировании частного врача.

## **3. Закон "О правах пациента".**

Закон регулирует отношения граждан, органов законодательной и исполнительной властей, органов местного самоуправления, организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области обеспечения и защиты прав пациента.

Повсеместные нарушения прав граждан в сфере здравоохранения стали в настоящее время особенно частыми, и поэтому закон при грамотном информационно-пропагандистском обеспечении должен иметь хороший публичный резонанс.



#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- перечень медицинских показаний, при которых применяются ограничительные меры.

#### *4. Закон "О системах здравоохранения".*

Определяет общие организационные, правовые и экономические принципы построения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, их взаимодействие между собой, с органами исполнительной власти как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации, с органами местного самоуправления, с системой ОМС.

Закон направлен на обеспечение условий их эффективного функционирования в целях обеспечения граждан доступной и качественной медико-социальной и лекарственной помощью.

В законе проводится разграничение полномочий между центром и службами здравоохранения субъекта Федерации и местного самоуправления.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- модельный законопроект об охране здоровья населения субъекта Федерации;
- модель подсистемы муниципального здравоохранения.

#### *5. Закон "Об изменениях и дополнениях в закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".*

Действующая система ОМС не может быть признана удовлетворительной и нуждается в реформировании. Однако, нельзя признать оправданным путь реформирования, предложенный Правительством. Внесенный им в Государственную Думу проект, подготовленный Минздравом, отражает прежде всего интересы работников органов управления здравоохранения.

Коррективы в закон могут быть внесены путем следующих поправок:

- Не меняя статуса фондов ОМС и не исключая страховые медицинские организации из числа субъектов ОМС, вводятся более действенные экономические и правовые механизмы контроля за расходованием средств ОМС. При разработке закона необходимо пересмотреть объем государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью. С учетом реальной экономической ситуации и

возможностей финансового обеспечения этих гарантий формировать базовую федеральную и территориальную программу ОМС, предусмотрев в ней практическое финансовое обеспечение первичной медицинской помощи и лечение острых и обострения хронических заболеваний.

- Попытки увеличить размер взноса ОМС, осуществить переход к семейному страхованию нереальны. Освободить от налога на прибыль частнопрактикующего врача общей практики, работающего в системе ОМС по утвержденным тарифам и невзимающего доплату с населения, приравняв его к врачам государственных поликлиник.

- Закрепить в законе право выбора пациентом страховой медицинской организации, врача, больницы, порядок утверждения тарифов, форм и методов компенсации оплат за медицинские услуги, в том числе и "фондодержание" для семейных врачей при врачебной ассоциации или страховой организации.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- минимальный социальный стандарт;
- базовую программу ОМС, модельный проект территориальной программы ОМС.

*6. Проблема лекарственного обеспечения. Развитие фармацевтической и медицинской промышленности.*

Закон "О лекарствах", принятый пятой Государственной Думой, не прошел Совет Федерации и уже почти полтора года находится на доработке в Согласительной комиссии. Основным оппонентом, незаинтересованным в принятии его, оказался Минздрав.

К достоинствам закона относится прежде всего то, что он является законом прямого действия, резко ограничивая "разрешительные" возможности чиновников. К недостаткам - ряд статей, компенсировавших слабости организационной структуры прежнего Минздрава, в составе которого был Комитет медицинской промышленности.

Правительству необходимо принять самое активное участие в его доработке и принятии.

Из других мер: отмена всех приказов Минздрава, направленных на ревизию и контроль каждого контракта фармацевтического предприятия, независимо от форм собственности, административного контроля за ценами, за номенклатурой лекарств, идущих на экспорт или импортируемых из-за рубежа.

Для снижения стоимости лекарственных препаратов и ликвидации лекарственного дефицита необходимо предусмотреть более широкое использование "дженериков" - препаратов, на которые истек срок действия патентов. Установка на

производство дженериков может существенно снизить затраты на создание лекарств и обеспечить население недорогими, хорошо себя зарекомендовавшими и широко используемыми в других странах препаратами. В первую очередь это должно относиться к жизненно важным препаратам и препаратам, используемым для лечения основных заболеваний.

Для реализации этого предложения разработать программу развития и поддержки производства дженериков. Привлечь для ее разработки ассоциацию российских производителей лекарств, а также европейскую и американскую ассоциацию "дженериковых производителей". Эти шаги, публично объявленные, привлекут инвестиции, позволят осуществить модернизацию устаревших российских предприятий, создать совместные производства.

В реформе здравоохранения существенное место должна занимать та часть, которая обеспечивает частичное или полное (для определенных категорий населения) покрытие стоимости лекарственных препаратов. В настоящее время, в связи с тем, что не отработана система возврата денежных средств аптекам за обеспечение льготных категорий населения лекарствами, аптеки, изменившие форму собственности, отказываются выдавать препараты в связи с большими долгами медицинских учреждений и местных администраций этим аптекам.

Крайне необходимо создать через систему ОМС жесткий механизм оплаты или компенсации части стоимости лекарственных препаратов социально незащищенным категориям населения. В качестве такого механизма может быть использовано заключение тарифных соглашений между ассоциацией медицинских работников, врачебной ассоциацией, ассоциацией аптечных работников, работников страховых компаний с участием представителей местной администрации, в ходе которых будет разработан перечень препаратов, цены на которые должны быть доступными. Местная администрация должна компенсировать часть затрат на покрытие стоимости лекарств для льготных категорий населения, перечень которых определен законами, правительственными постановлениями или новыми актами региональных органов власти. Это позволит страховым организациям создать систему учета и контроля объемов потребляемых и продаваемых лекарств с тем, чтобы исключить чрезмерное их использование или приобретение через систему страхования препаратов, которые не назначены врачом.

В ближайшее время необходимо осуществить переход на систему добровольного страхования лекарственного обеспечения, согласно которой работодатель при желании может застраховать работающих для приобретения ими определенного объема лекарств за счет страховки. Местная администрация должна застраховать те категории населения, которым государство в правительственных указах и постановлениях гарантирует бесплатное для них получение лекарств. Это должно быть оформлено в виде страхования конкретного человека, подпадающего в льготную категорию, и страховая организация, которая продала этот страховой полис администрации, должна обеспечить в рамках договора

финансовое покрытие стоимости оговоренных в договоре объемов и номенклатуры лекарственных препаратов.

Это предложение обсуждалось с исполнительным директором Московского территориального фонда ОМС и директором страховой медицинской организации "МАКС". Как следует из беседы, уже есть первые результаты. По-видимому, их обсуждение может быть использовано в дальнейшей работе.

Крайне необходимо пересмотреть и резко сократить перечень льготных категорий на лекарственное обслуживание, соразмерив с финансовыми возможностями государства.

Существующая в настоящее время ситуация, когда безрецептурные лекарства свободно приобретаются у производителей или фирм-посредников аптеками независимо от форм собственности, а рецептурные лекарства продолжают закупаться централизованно, исходя из просчитываемой и часто заниженной потребности в этих препаратах лечебными учреждениями, приводит к тому, что в настоящее время в России существует существенный дефицит основных рецептурных лекарственных препаратов, которые продолжают закупаться централизованно, через Министерство здравоохранения и систему государственных поставщиков лекарств в регионы.

Возможны два подхода к решению этой проблемы:

1. Закупка централизованно через открытые тендеры.
2. Предоставление лечебным учреждениям регионов права самим приобретать препараты, выбирая в результате конкурсного отбора те фирмы, которые удовлетворяют их своей продукцией, существенно снизит затраты на приобретение лекарств, позволит ликвидировать дефицит в медицинских учреждениях и освободит администраторов системы здравоохранения от несвойственных им торговых функций.

В ближайшее время необходимо Минздраву разработать и утвердить списки рецептурных и безрецептурных лекарств и критерии отнесения их к тому или иному списку.

Обнародование этих списков необходимо не только как руководство для деятельности врачей, аптечных работников и производителей лекарств, но и для рекламных агентств, СМИ и поощрения самолечения, удельный вес которого в связи с возрастанием очередей в поликлиниках и меньшей доступностью медицинской помощи растет. Новая концепция поощрения самолечения одобрена европейским бюро ВОЗ (есть пакет инструкций).

Легализация самолечения, уменьшающая нагрузку на медицинские структуры и на бюджет и повышающая ответственность человека за собственное здоровье должна предусматривать введение комплекса мер, делающих это лечение безопасным для пациента и устанавливающих рамки (границы) для самолечения.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- списки рецептурных и безрецептурных препаратов;
- перечень жизненно важных лекарств;
- положение о проведении тендера на централизованные закупки;
- программа организации и поддержки производства препаратов, на которые истек срок действия патента ("дженерики");
- программа (план) страхования лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

#### **7. Пакет законов:**

**1. О противодействии незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.**

**2. О реабилитации наркоманов.**

Значительное увеличение незаконного оборота наркотиков, создание и функционирование на территории России организованных преступных групп, получающих от сбыта наркотиков значительные финансовые средства, существенное изменение видов и способов совершения преступлений, связанных с наркотиками, требуют изменения действующего законодательства, неадекватного по структуре и содержанию сложившейся ситуации и потребностям правоприменительной практики.

Растущее число наркоманов и отсутствие системы оказания им медицинской и реабилитационной помощи требует разработки правовой базы и создания соответствующей инфраструктуры.

#### **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

о разработке нормативных правовых актов, принятие которых необходимо для реализации данного федерального закона

Для реализации представляемого закона необходимо принятие следующих правовых актов:

- положение о Комитете по наркотическим средствам, психотропных веществах и прекурсорах;
- положение о "контролируемых поставках" наркотиков.

#### **8. Реформа первичной помощи.**

1. Обобщить опыт деятельности независимых врачей общей практики, групповых практик в регионах (Самаре, Санкт-Петербурге, Москве, Кемерово, Твери и др.).

2. Разработать государственную программу поэтапного реформирования поликлиник, включающую:

2.1. Варианты решения вопроса об обеспечении помещением и необходимым оборудованием (собственность, аренда, траст).

2.2. Возможности получения банковского кредита под гарантии главы администрации.

2.3. Местные налоговые льготы, утвержденные законодательным собранием.

2.4. Организацию ассоциации врачей общих практик.

2.5. Создание попечительского совета.

2.6. Создание механизма финансовой, организационной и юридической поддержки в случае возможного банкротства врача по независящим от него причинам.

2.7. Создание системы взаимодействия (договоров) врача общей практики с органами исполнительной власти, другими медицинскими организациями, системой ОМС и др.

2.8. Создание системы расчета.

Апробация модели в ряде регионов на основе согласованного с администрацией пилотного проекта.

### 9. Ликвидация ведомственного здравоохранения.

Важный потенциальный ресурс - преодоление дублирования лечебных учреждений в государственном секторе. Существуют службы ведомственного здравоохранения при различных министерствах (более 20), мощные ведомственные службы железнодорожного, воздушного, водного транспорта, МВД, ФСБ, Минобороны, 3 Управления Минздрава, а также сеть медико-санитарных частей промышленных предприятий.

Ликвидация ведомственного здравоохранения обеспечит, во-первых, более экономное и разумное использование финансовых средств; во-вторых, принципы справедливости и равного отношения государства ко всем гражданам независимо от их ведомственной и имущественной принадлежности; в-третьих уменьшит бремя социальных расходов на ведомственные бюджеты.

Множество публикаций на эту тему (необходимо подготовить их краткий обзор) свидетельствует о заинтересованности общества в решении этого вопроса.

Ликвидацию ведомственного здравоохранения рекомендуется провести в два этапа:

1. Постановлением Правительства (распоряжением Госкомимущества) по согласованию с субъектами Федерации и муниципалитетами собственность передается муниципалитетам вместе с финансированием из федерального бюджета на 1997 год.

2. С 1998 года муниципалитетами должна быть определена дальнейшая судьба этих учреждений: их использование на нужды жителей муниципалитета и финансирование из местного бюджета либо передача в траст некоммерческим организациям или продажа через аукционы.

Представляется целесообразным вице-премьеру провести пресс-конференцию с персональным приглашением тех изданий, которые публиковали статьи по проблеме ведомственной медицины.

Медицинские центры при Президенте и Правительстве следует объединить и передать в Минздрав. Финансирование лечения в этом центре осуществлять через систему обязательного и добровольного медицинского страхования.

Реализация этого предложения потребует проведения ряда предварительных согласований как с заинтересованными

ведомствами, так и с руководителями субъектов Федерации и муниципалитетов. Однако эти согласования желательно провести в короткий срок, чтобы провести эту работу синхронно с кампанией по реструктурированию монополий.

*10. Реформа скорой и неотложной помощи* реальна только после реформирования первичной помощи, так как практически связана обратной связью с ней. Повышение эффективности работы первичного звена неизбежно приведет к снижению количества вызовов и уменьшению финансирования.

Разрабатывая программу реформирования скорой и неотложной помощи целесообразно заложить в ее основу две основные функции: оказание только экстренной неотложной помощи и экстренную госпитализацию.

Новые функции потребуют и новых работников с изменением их подготовки. Уже сегодня необходимо начать подготовку парамедиков, которые будут основным персоналом этих служб. Эту же подготовку должны пройти работники милиции, пожарных служб, такси и другие группы населения, работающие в зонах риска.

Снижение расходов на содержание укомплектованной парамедиками службы неотложной медицинской помощи позволит направить финансовые средства на улучшение системы транспортировки пациентов, в том числе и на создание вертолетных парков при работе на территориях с большим радиусом обслуживания.

*11. Некоторые направления реформы финансового обеспечения отрасли.*

Один из рычагов реформы - перераспределение финансовых потоков, в основе которого лежит ранжирование медицинской помощи по приоритетам и финансирование менее приоритетных сфер по остаточному принципу с привлечением внебюджетных источников финансирования. На основе этого принципа должна полностью финансироваться амбулаторная первичная помощь и вторичная в части стационарного лечения острых и обострения хронических болезней, социальных и детских болезней, родовспоможение. Финансирование третичной помощи (специализированных стационаров, центров) осуществляется из средств, остающихся после финансирования первого приоритета, и из привлеченных дополнительных источников: договора через систему добровольного медицинского страхования, прямая оплата заинтересованным гражданином, организацией, благотворительным фондом и т. д.

Тщательно ревизовать независимой комиссией использование государственных инвестиций на капитальное строительство лечебных учреждений.

В условиях избытка коек необходимо введение моратория на новое строительство. Каждый финансируемый строительный проект должен быть проанализирован и обоснован.

Провести ревизию всех федеральных программ в сфере здравоохранения и их результативность, но не по отчету административных органов, а по отзыву тех, на кого направлены разработки программ.

Весьма поверхностный анализ этих программ, проведенный в Комитете ГосДумы по охране здоровья, показал, что большие средства тратятся либо впустую, либо идут на реализацию целей регионального уровня и явно пролоббированы в интересах узкого круга лиц. Должен быть изменен порядок разработки принятия и финансирования федеральных программ с учетом их приоритетности и корреспондированием с дополняющими их региональными программами.

## *12. Реформа системы образования.*

Реформа системы подготовки и переподготовки медицинских кадров имеет целью решение главной проблемы - прекращение перепроизводства врачей, сопровождаемого рядом отрицательных следствий:

- низкой квалификацией подготовленных "поточным" способом врачей;
- переизбытком врачей одних специальностей и дефицитом - других;
- обесцениванием медицинских услуг и падением престижа профессии и социального статуса медицинских работников.

Действующая сегодня система медицинского образования поддерживает и усиливает перепроизводство врачебных кадров, создавая неблагоприятные перспективы для реформы здравоохранения в целом.

Государственная система медицинского образования по данному варианту реформы через ряд последовательных этапов переходит к платному профессиональному образованию.

Реформой предусматривается переход от прямого финансирования ВУЗов к финансированию через обучаемых.

Источники финансирования обучения в ВУЗе зависят в значительной степени от самих обучающихся:

- личные средства;
- государственные стипендии наиболее способным и одаренным;
- именные стипендии;
- юридически оформленные обязательства (договора) между обучающимся и медицинской организацией, муниципалитетом, предприятием и т.д.;
- кредиты, предоставляемые банками и финансовыми компаниями.

Реформой предусматривается перевод последипломного повышения квалификации и специализации врачей на платную основу. ГИДУВЫ и другие учреждения, занимающиеся последипломным повышением квалификации медицинских работников, ставятся в условия конкуренции и борьбы за обучающихся.

В качестве стимулов для повышения квалификации предусматривается введение системы сертификации и обязательного лицензирования на ряд видов медицинской практики.



Для проведения этой реформы необходимо создать программу поэтапного реформирования, основой которой явится изменение принципов и порядка финансирования ВУЗов.

Необходимо провести расчеты реальных затрат на обучение на одного студента в зависимости от вида подготовки.

### **13. Реформа системы научного обеспечения здравоохранения.**

Разработать программу реформ, которая должна включать следующие элементы:

- создание различных систем финансирования фундаментальных и прикладных разработок. Фундаментальные исследования нуждаются в государственном финансировании. В процессе гласного конкурса с оценкой независимыми экспертами финансируется 8-10 проектов, по направлениям возможного прорыва новых знаний или решения важнейших проблем;
- большая часть отраслевых, академических институтов, а также научные разработки ВУЗов носят, как правило, прикладной характер и должны финансироваться заказчиком по договору. В качестве заказчиков могут выступить больницы, страховые организации;
- необходимо провести ревизию использования государственных средств на разработку новых лекарств, сделать анализ соотносимости затрат и результатов этих разработок. Создание новых лекарств за государственный счет - роскошь, которую не могут себе позволить даже богатые страны;
- особая задача - реформирование Академии медицинских наук, являющейся типичной бюрократической организацией. Предлагается принять решение по академическим стипендиям. Один из вариантов - принять постановление Правительства о прекращении впредь этой практики для новых членов Академии. Второй шаг - участие самих академических центров, групп в конкурсе на получение грантов, прекращение финансирования административной структуры Академии.

*ТДЗ / Денисенко БА /*