

ИНСТИТУТ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
И СРАВНИТЕЛЬНОГО ПРАВОВЕДЕНИЯ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Материалы
научно-практической конференции
(Москва, 20 ноября 2006 г.)*

Сборник статей

**Проблемы совершенствования
законодательства Российской
Федерации о здравоохранении.
Материалы научно-
практической конференции
(Москва, 20 ноября 2006 г.)**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=11646863

*Проблемы совершенствования законодательства Российской
Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической
конференции. Москва, 20 ноября 2006 г.): ИД «Юриспруденция»;*

Москва; 2007

ISBN 978-5-9516-0312-8

Аннотация

Проблемы организации здравоохранения привлекают пристальное внимание общества, государства и граждан. Особое значение имеют законодательные гарантии действенности системы медицинской помощи и социальной защиты. Они стали предметом обсуждения на научно-практической конференции «Проблемы совершенствования законодательства Российской

Федерации о здравоохранении», состоявшейся 22 ноября 2006 г. в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации.

На конференции были рассмотрены наиболее актуальные вопросы правового регулирования медицинской деятельности: разграничению компетенции между федеральным и региональным уровнями регулирования, состоянию и перспективам развития законодательства о здравоохранении, особенностям регулирования отдельных институтов законодательства о здравоохранении, поиску оптимальных моделей использования зарубежного опыта регулирования отношений в сфере здравоохранения.

В конференции участвовали представители профильных комитетов и комиссий палат Федерального Собрания Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, ведущие специалисты научных организаций и высших учебных заведений, представители коммерческих и некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в области охраны здоровья граждан.

Содержание

Т. Я. Хабриева. Проблемы модернизации законодательства Российской Федерации о здравоохранении	6
С. В. Калашников. О реформе здравоохранения в Российской Федерации	18
Б. Г. Кибирев. Выступление	29
Конец ознакомительного фрагмента.	31

**Проблемы
совершенствования
законодательства
Российской Федерации
о здравоохранении.
Материалы научно-
практической конференции
(Москва, 20 ноября 2006 г.)**

Редакционная коллегия:

Т. Я. Хабриева – ответственный редактор.

Ю. А. Тихомиров, Ю. П. Орловский, Н. В. Путило

Редакторы:

М. Я. Булошников, В. В. Иванчикова, М. А. Ковалева

© Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, 2007

© ИД «Юриспруденция», 2007

Т. Я. Хабриева. Проблемы модернизации законодательства Российской Федерации о здравоохранении

*Т. Я. Хабриева – директор Института
законодательства и сравнительного правоведения
при Правительстве Российской Федерации, доктор
юридических наук, профессор, заслуженный юрист
Российской Федерации*

В условиях современной цивилизации право человека на здоровье уже недопустимо рассматривать как сугубо индивидуальное благо. Оно стало важнейшей ценностью любого демократического и социального государства. Здоровье человека, здоровье нации является ресурсом не менее значимым, нежели природные богатства и полезные ископаемые страны. В ситуации, когда при наличии в Российской Федерации громадных незаселенных территорий катастрофически сокращается численность населения, его здоровье становится одним из условий сохранения самого государства, его территориальной целостности.

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья в соответствии

с частью 1 статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах имеет международно-правовую защиту и входит в число конституционно гарантированных основных прав. Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в части 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации. Одной из гарантий полноценной и эффективной реализации конституционных норм является наличие необходимого комплекса законодательства, направленного на обеспечение охраны здоровья человека.

Следует констатировать, что массив законодательных норм в данной сфере весьма значителен, но существуют весьма серьезные проблемы в качественной реализации конституционных норм. Внедрение приоритетных национальных проектов в области здравоохранения обнажило многие из них. Субъекты реализации проектов – органы власти, медицинские работники – оказались без необходимого законодательного оснащения, отсутствует должное законодательное оформление прав пациентов.

Все это актуализирует необходимость модернизации законодательства о здравоохранении. Следует иметь в виду, что модернизация законодательства – не простое создание (разработка, принятие) законодательного решения, это формирование комплекса нормативного правового регулирования на основе всеобъемлющей доктринальной модели решения в тех или иных областях политической, социальной жизни.

ни. Речь не идет о коренном пересмотре законодательства, характерном для начального этапа становления российского законодательства начала 90-х годов, но оно не ограничивается текущим совершенствованием. Модернизацию отличают масштаб и способ решения задач. Модернизация законодательства требует не столько **новых законов**, сколько **новых подходов** к решению стоящих перед государством и обществом проблем.

Так, вряд ли будут иметь серьезные модернизирующие последствия принимаемые в настоящее время меры по повышению материального обеспечения отдельных категорий работников медицинских учреждений, осуществляемые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». При всей социальной важности и крайней необходимости предпринимаемых шагов эти отдельные меры не достигают целей модернизации законодательства в области здравоохранения, хотя именно модернизация отношений (в том числе правовых) положена в основание всех национальных проектов. Социально значимые государственные решения первичного уровня – повышение зарплаты – необходимо связывать с решением стратегических задач. Для здравоохранения, по общему признанию, это кардинальная перестройка амбулаторно-поликлинической и лекарственно-обеспечительной систем.

Комплексная корректировка целых законодательных блоков, отраслевых и взаимосвязанных межотраслевых норма-

тивных правовых систем на основе глубокого доктринального анализа и в целях преобразований общегосударственного масштаба составляет суть модернизации законодательства на современном этапе.

Модернизация предполагает преодоление проблем, свойственных современному российскому законодательству в целом, и тех, что обусловлены спецификой регулируемых отношений. В ряду общих проблем – несистемность, противоречивость, а также пробельность нормативных актов.

Залогом эффективной реализации правовых норм в любом блоке законодательства является наличие базисного акта, в котором в «концентрированном» виде отражены концептуальные, ключевые представления законодателя о развитии данной сферы правоотношений. В сфере здравоохранения до сих пор действуют Основы законодательства об охране здоровья граждан – акт, принятый еще до вступления в силу Конституции 1993 г. Несмотря на то, что нормы Основ неоднократно корректировались в соответствии с экономическими, политическими и социальными условиями жизнедеятельности российского общества, следует признать, что этот акт во многом устарел и не может представлять полноценную базу для развития здравоохранения.

Таким образом, в данной важнейшей для общества и государства сфере отсутствует системообразующий закон. При этом необходимы масштабный пересмотр принципиальных основ, на которых строится социальное законодательство,

приведение его в строгую сбалансированную систему, где цели и векторы развития не противоречат, не взаимоисключают друг друга, а работают на общую цель – претворение в жизнь статьи 7 Конституции Российской Федерации.

Противоречивость законодательства во многом связана с тем, что среди законодательных актов преобладают поправки в действующие законы. Анализ законодательства в целом показывает, что примерно две трети принимаемых законов – это законы о внесении изменений в законы и о признании их утратившими силу. Аналогичная картина наблюдается и в законодательстве о здравоохранении. При этом, несмотря на стремление законодателя совершенствовать законодательную базу исходя из поставленных перед обществом и государством задач и потребностей практики, очевидно, что данная цель не всегда благополучно достигается.

Приведем лишь один пример. Статьей 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан установлено, что к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. При этом детальное изучение названных норм позволяет отметить, что речь идет о функционировании только лечебно-профилактических и аптечных учреждений – то есть некоммерческих организаций со спецификой их финансирования (статья 120 ГК РФ). Между

тем именно такая организационно-правовая форма частных медицинских организаций на практике встречается весьма редко. Более того, некоммерческие формы функционирования организаций здравоохранения (некоммерческие партнерства, автономные некоммерческие организации и т. п.) не получили широкого распространения. Становится очевидным, что требуется серьезная ревизия законов в сфере здравоохранения с целью преодоления несовершенства норм, отступающих от потребностей практики.

Пробельность – тоже общая черта российского законодательства. Например, Федеральный закон «О лекарственных средствах» уже давно устарел, не соответствует международным стандартам, требует серьезной корректировки в связи со вступлением Российской Федерации во Всемирную торговую организацию. Между тем актуальные изменения были внесены в этот Закон только Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ. При этом такие изменения не носили системного характера и были связаны с концептуальным пересмотром вопросов распределения полномочий между уровнями власти, в том числе в области обеспечения лекарственными средствами. Одновременно с названными изменениями законодатель ввел в Закон «О лекарственных средствах» такие ключевые понятия, как «фальсифицированное лекарственное средство» и «недоброкачественное лекарственное средство». Подобные формы «попутного подправления» закона вызывают вопрос о качестве

законодательных новелл, их мотивированности и продуманности, и вряд ли могут быть признаны желательными.

Аналогичная несистемность и вследствие этого противоречивость проявились и в связи с пересмотром вопросов оказания медицинской помощи в части разграничения полномочий по уровням власти. Изменения коснулись в основном вопросов перераспределения подчиненности учреждений здравоохранения. Однако законодательные механизмы их претворения в практику (организационные, финансовые и иные мероприятия) оказались недостаточно продуманными. Следствием этого стало появление проблем в области перераспределения финансовых средств на обеспечение нужд учреждений здравоохранения.

В настоящее время существует пробел в сфере регулирования частной системы здравоохранения. Так, несмотря на стремительное развитие коммерческих медицинских организаций, законодательный акт, который бы регламентировал функционирование этой системы здравоохранения, не принят, а действующая нормативная правовая основа деятельности частных медицинских организаций остается несовершенной и отстает от практики. Казалось бы, им выгодно работать в условиях правового вакуума. Однако практика показывает обратное. Частное здравоохранение нуждается в законодательном определении основ своего функционирования; в решении вопроса о соотношении с государственной системой здравоохранения, о привлечении част-

ных медицинских организаций к оказанию гарантированных государством услуг в данной сфере и т. п. Представляется, что при принятии соответствующих мер со стороны государства частная система здравоохранения составит конкуренцию государственной и муниципальной системам здравоохранения, задавая высокие параметры качества медицинского обслуживания.

В сфере здравоохранения, как было отмечено, существуют и свои специфические проблемы – проблемы содержательного характера. В первую очередь следует отметить отсутствие законодательного решения вопроса о соотношении категорий «государство» и «индивид» в аспекте определения рамок их ответственности в сфере охраны здоровья. С одной стороны, имеются конституционные установления, обязывающие государство предпринимать усилия по поддержанию и охране здоровья каждого. С другой стороны, рамки таких обязательств в отношении государства не прописаны – до настоящего времени отсутствуют нормативно установленные минимальные стандарты обязательной медицинской помощи. При этом необходимо иметь в виду два уровня государственной власти: федеральный и уровень субъектов Российской Федерации. Это касается и вопросов ответственности самого индивида за свое здоровье. К сожалению, повышение интереса со стороны государства к здоровью общества пока не сопровождается изменением места здоровья в системе жизненных ценностей человека. По

данным Всемирной организации здравоохранения, в России здоровью отводится место во втором десятке ценностей, что также свидетельствует о необходимости активной политики в области здравоохранения.

Не созданы и необходимые механизмы, способные заинтересовать работодателя в «инвестировании» в здоровье работников. Зарубежный опыт показывает, что работодатель, оценивающий здоровье своих работников в качестве «основных средств» своего бизнеса, способен существенно активизировать функционирование здравоохранения. Однако применение такой практики в России без создания стимулирующих мер со стороны государства не может привести к желаемым результатам.

В здравоохранении, как и во всей социальной сфере, настал момент, когда можно и нужно оценить эффект от экспансии принципов и норм гражданского права в те отношения, которые в эпоху плановой экономики регламентировались преимущественно с использованием приемов и способов, свойственных административному праву. Почти бесконтрольное внедрение методов, свойственных частному праву, в отношения по охране здоровья граждан сделало иллюзорными принципы бесплатности и доступности для всех медицинской помощи, не повысило ее качество, а отбросило страну по этим показателям на десятилетия назад не по сравнению с развитыми странами Запада, а по сравнению с эпохой СССР. То, что страхование не стало основным ме-

ханизмом в здравоохранении, во многом связано с несовершенным законодательством.

Гарантирование конституционными нормами бесплатности и доступности медицинского обслуживания в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения актуализирует проблему совершенствования организационно-правовых форм государственных медицинских организаций. Специфика статуса государственных и муниципальных учреждений порождает известные проблемы в их деятельности (дефицит бюджетного финансирования; ограничения в распоряжении имуществом; второстепенность платного оказания услуг и т. д.), что также требует своего решения. В этом направлении законодателем сделаны определенные шаги – 3 ноября 2006 г. был принят Федеральный закон «Об автономных учреждениях». Закон серьезным образом модифицирует устоявшуюся систему государственных организаций. Этот законодательный акт закрепил возможность по расширению имущественной автономии учреждений социальной сферы, предусмотрев механизм изменения типа учреждения – преобразование его в автономное учреждение, обладающее существенной самостоятельностью в имущественной сфере. Однако данный механизм законодателем не был распространен на сферу здравоохранения. Очевидно, необходим поиск новых путей совершенствования статуса учреждений в данной сфере; в этом наука может серьезно помочь практике.

Таким образом, модернизация законодательства о здравоохранении на современном этапе видится в следующем.

Во-первых, преодоление несовершенства законодательства в этой области в духе общих проблем российского законодательства. Необходима оптимизация всего массива законов в области охраны здоровья граждан с целью придания ему системных свойств.

Во-вторых, выработка стандартов в социальной сфере, стандартов медицинской помощи. Это первый шаг на пути к правовому обеспечению услуг, оказываемых организациями здравоохранения. Если раньше приоритетами для правовой политики были, в первую очередь, оформление отношений, связанных с преобразованиями государственного устройства, экономических реформ, созданием новой финансово-бюджетной системы, то сегодня стоит иная задача – правовое обеспечение потребностей отдельного человека, семьи. Признание приоритета прав человека и закрепление принципов социального государства в Конституции Российской Федерации являются важнейшим инструментом правового воздействия. Правовая политика не только оформляет, но и направляет деятельность государства и общества в определенное русло.

В-третьих, повышение доступности и качества услуг населению. Принимаемые в рамках административной реформы акты должны быть направлены не только на установление субъектов, ответственных за организацию и непосредствен-

ное оказание услуг, но и на определение параметров и процедур оказания услуг.

И, наконец, в-четвертых, дальнейшая активная имплементация норм и принципов международного права в российское законодательство о здравоохранении. Это направление должно рассматриваться как один из важнейших факторов совершенствования правовых норм в данной сфере и приближения их к высоким международным стандартам.

С. В. Калашников. О реформе здравоохранения в Российской Федерации

*С. В. Калашников – директор Департамента
социального развития и охраны окружающей среды
Правительства Российской Федерации*

В сфере здравоохранения обычный формат законопроектной деятельности в виде парламентских слушаний не является эффективным, потому что предмет этот настолько сложный и всеобъемлющий, что необходимо широкое привлечение научной общественности. Эта та сфера общественных отношений, которая наиболее неоднозначна для нормативного регулирования. Даже пенсионное законодательство, которое всегда считалось самым сложным, по сравнению с проблемами, которые стоят перед здравоохранением, отступает на второй план. Прежде всего, это вызвано тем, что здравоохранение – перекресток собственно гражданско-правовых отношений и социального законодательства, а также по причине неопределенности объектов регулирования и их высокой сложности.

Медицина, как никакая другая отрасль экономики, сочетает в себе как собственно общественные отношения, так и

индивидуальные и психологические факторы, играющие существенную роль.

Другой важный момент – парадоксальность функционирования системы здравоохранения. Если в нормальной экономике увеличение производителей приводит к снижению цены товара, то в медицине увеличение количества врачей ведет к повышению стоимости медицинских услуг.

Еще одна особенность – это медицинская услуга как особый вид услуг, на которую не распространяются, казалось бы, такие фундаментальные экономические законы: нет конечного эффекта в большинстве оказываемых медицинских услуг. Нельзя сказать, действительно реализована данная услуга или не реализована, вылечен человек или снята только симптоматика и т. п.

Элементарные рыночные механизмы уже начинают «провисать», что привело к тому, что нет ни одной страны мира, которая могла бы утверждать, что у нее принята эффективная модель здравоохранения. Все страны находятся в поисках эффективной модели, и, если взять 50 развитых стран, то у них достаточно разные модели, есть лишь некоторые общие принципы. Поэтому, когда мы говорим о переносе зарубежного опыта, то возникает вопрос: чей опыт мы будем перенимать в России, если даже в рамках Евросоюза нет единых моделей?

Ситуация складывается таким образом, что законодательство должно обеспечить функционирование определенной

модели здравоохранения. О нынешнем законодательстве в области здравоохранения можно сказать так: какова у нас модель здравоохранения, таково и законодательство. Нет эффективной модели здравоохранения – нет и нормального законодательства.

Уровень финансирования здравоохранения в России в пересчете на душу населения, на ВВП, находится на среднем уровне по отношению к другим странам. Однако по качеству медицинской помощи Россия уступает многим странам.

Таким образом, для того чтобы ответить на вопрос, как реформировать здравоохранение и какое законодательство обеспечит эти реформы, нужно решить, какую модель здравоохранения следует принять, и какой она должна стать, чтобы быть эффективной.

На сегодняшний день существуют три основных модели здравоохранения.

Первая, считающаяся наиболее прогрессивной, провозглашена у нас как цель, – это страховая медицина. Российская страховая модель возникла законодательно в 1991–1993 гг., и с 1993 г. было введено обязательное медицинское страхование. Но когда закон о медицинском страховании граждан России принимался, то предполагалось, что это будет некий дополнительный источник финансирования к существовавшему государственному медицинскому обеспечению. Однако вскоре выяснилось, что страховая модель стала главным источником финансирования. Она подмени-

ла собой бюджетное финансирование здравоохранения, и, несмотря на то, что бюджетные расходы с каждым годом все возрастали, обязательное медицинское страхование превратилось в псевдомодель медицинской помощи.

Страховая модель 1993 г. не решила предполагаемый ряд проблем и разрушила многое из того, что было уже создано. В частности, она привела к децентрализации управления в здравоохранении, которое «рассыпалось» на разные уровни, к многоукладности системы здравоохранения (государственное, муниципальное, частное), к многоканальности государственного финансирования: бюджеты всех уровней, фонд социального страхования, частная медицина и т. п. Именно эта модель привела к тому, что система здравоохранения стала фрагментарной. Исчезла полностью профилактика как основа советской медицины, как ее сильная сторона. Стали несбалансированными структуры оказания медицинской помощи, поскольку акцент оказания медицинской помощи сместился на дорогостоящий стационар.

Социальное страхование, в том числе и в медицине, ни в одной стране не решает основных проблем. Дело в том, что институт страхования в последние годы испытывает существенные удары, т. к. существует огромное количество факторов, влияющих на риски, в том числе и сохранение здоровья, которые не зависят ни от человека, ни от общества, являются случайными: техногенными, природогенными и т. д. Кроме того, солидарность поколений в условиях социально-

го страхования тоже нарушается из-за многих факторов, связанных с изменением баланса демографической структуры общества, причем общества всей Земли.

Возникло огромное количество диспропорций, несоответствий получаемых страховых услуг тем платам, которые делает человек. Ведь получается так, что принцип социализма в здравоохранении, когда богатые и здоровые платят за больных и бедных, в определенной степени искажен. Или так: социалистические принципы как раз торжествуют, но принципы страхования при этом искажаются.

Страховая модель, которая была принята в Российской Федерации, получила свое отражение в концепции развития здравоохранения и медицинской науки 1997–2005 гг. В концепции декларировалось развитие первичной медико-социальной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение помощи от стационара к амбулаторной, внедрение стандартов диагностики лечения; предполагалось принять в первоочередном порядке федеральный закон о государственном, муниципальном и частном здравоохранении, актуальность которого по сей день не снята. Другое дело, что ни законы не были приняты, ни концепция не реализована. Важно понять, почему так произошло. Представляется, что основной причиной того, что не были реализованы достаточно хорошие положения в концепции, является то, что она не содержала целостную систему развития здравоохранения, т. е. не предлагала национальную модель здра-

воохранения, а лишь пыталась фрагментарно закрыть некие бреши.

По нашему мнению, и законодатель, и правительство негативно относятся к рамочным законам с их многими отсылочными нормами, с непонятным механизмом реализации; но отсутствие рамочного закона, который бы декларировал по крайней мере основные принципы национальной модели здравоохранения, как раз и является тем тормозом, который, когда латают отдельные бреши, мешает создать такую национальную модель, содержащую обозначенные принципиальные, системообразующие факторы. Следовательно, основная причина того, что «пробуксовали» все эти реформы, – это отсутствие целостного взгляда на ту систему, которая должна быть.

Несмотря на закон о страховании в медицине, страховые принципы в медицине до сих пор не реализованы. Закон, в общем-то, и не работал. Он не отражает вероятностную природу социального страхования, без чего социального страхования как факта быть не может. Нет зависимости размера платежей от объема и качества услуг, которые получает человек; не обеспечены равные права застрахованных; не решен вопрос собственности на взносы. Если это государственная система страхования, значит, государство является собственником страховых взносов; тогда возникают вопросы о месте плательщика страховых взносов в данной системе: кем он является, как участвует в управлении, как может

влиять своей индивидуальной активностью на этот процесс.

И главное то, что сложившаяся в стране система социального страхования не содержит ответственности перед больными. А социальный налог 2001 г. вообще идею страхования как таковую временно закрыл.

Итак, медицинское страхование в России, к сожалению, на сегодняшний день (в принятом понимании этого слова) не сложилось, а то псевдострахование, которое было задано законом 1991–1993 г. о медицинском страховании, породило, скорее, больше проблем в разрушенной после 1991 г. системе.

Если развивать то, что есть, то это ухудшит ситуацию, потому что, если вливать энергию и деньги в неработающую систему, то она становится еще хуже и не модернизируется. На данном этапе представляется необходимым остановиться и предложить новый закон, который создавал бы в России новую социальную модель медицинского страхования.

Во всех странах государственное бюджетное финансирование здравоохранения является преобладающим. По данным Всемирного банка, во всех странах доля государственного финансирования является значительно преобладающей. Поэтому для нашей страны, имеющей определенные традиции государственной медицины, население, которое не способно (ни через страховые взносы, ни через частную медицину) обеспечить себя соответствующей медицинской услугой, огромную территорию при труднодоступности ме-

дицинских учреждений, модель государственной медицины, безусловно, должна быть главенствующей.

В рамках концепции 1997 г. в 1998 г. была принята Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Эта программа стала фундаментом, на котором сейчас (в последнее десятилетие) строится государственная модель здравоохранения. Недостатки, которыми она обладает, требуют наведения порядка в системе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Необходим закон, где будет дан перечень видов медицинских услуг, предоставляемых бесплатно, где будут определены принципы государственной социальной помощи и зафиксирована ответственность государства за определенный уровень предоставления медицинских услуг. Без такого закона все наши программы, где из года в год меняется перечень предоставляемых лекарств, услуг и т. д., будут неэффективны.

Частная медицина эффективна не везде, в частности, она неэффективна и в нашей стране по простой причине: на сегодняшний день частная медицина не встроена в систему; решает локальные задачи (эпизодические заболевания); обеспечивает только богатых, охватывает только меньшую часть населения. Кроме того, качество ее услуг является достаточно низким, потому что нет определенной конкуренции качества, лишь конкуренция рекламы и не более, сложились произвольные цены на совершенно нефиксированный

эффект по оказанным услугам.

Следовательно, в ближайшее время частная медицина не может для всего населения России иметь большое значение. Задача государства – навести порядок в части качества, объема и расценок медицинских услуг.

Возникает вопрос: не взять ли чего-то от страхования, от государственной медицины и от частной медицины, и все это слепить в одну какую-то систему, в нашу модель. Одной смешанной модели быть не может. Модель, как закрытая система, жестко подчиненная определенным внутренним законам, не может быть растворена в других законах, в других системах. Эклектическое соединение разных моделей, которое мы имеем на сегодняшний день, никоим образом не приведет к созданию модели более высокого уровня и качества. По нашему мнению, речь должна идти о создании системы национального здравоохранения, где будут четко очерчены ниши каждой из этих основных, принципиальных моделей – государственной, страховой и частной. Таким образом, необходим закон о здравоохранении, который был бы рамочным, определив нишу каждой модели, исходя из определенных критериев и принципов, т. е. в законе должно быть прописано место каждой из трех основных моделей в национальной модели здравоохранения. Она будет не такая, как в Англии или в ФРГ, во Франции или в Америке, но будет отвечать российским реалиям, адекватно ситуации и возможностям.

Должен быть просто закон, определяющий пропорции

каждой системы. Необходимо определить общую архитектуру системы национальной модели здравоохранения и определить особенности реализации избранной модели на разных уровнях. Эта система будет иметь разные пропорции и принципы высокотехнологичной медицинской помощи: на уровне области и района, для городской больницы или поликлиники. Это будет другое соотношение для специализированных медицинских учреждений, сельской медицины, санаторно-курортных и реабилитационных учреждений. Закон должен содержать и определенные механизмы профилактической медицины.

Нужна национальная система, и рамочный закон должен определить ее принципы. Независимо от того, какая система сложится, следует самым срочным образом разработать и принять законы о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, о правах пациентов, об обязательной сертификации врачей, о медицинской и фармацевтической рекламе, еще целый ряд законов общего характера, которые работают независимо от того, какая модель в данном случае функционирует.

Роль гражданского общества: саморегулируемые профессиональные организации в медицине во всем мире являются одним из важнейших институтов действительно реальной профессиональной корпоративной не только саморегуляции, но и обеспечения высокого качества медицинских услуг. Не питая иллюзий об уровне развития гражданского

общества в нашей стране, необходимо сейчас повысить в медицине роль гражданских институтов для обеспечения стандартов профессиональной деятельности, экспертизы, сертификации специалистов, разрешений конфликтов между медицинским учреждением, пациентом, плательщиком и т. п. Сегодня, если пациент захочет доказать свою правоту, по сути дела, механизмов для этого нет. Те, которые существуют, – общегражданские и в этой сфере практически не работают.

Краеугольный вопрос, который позволит решить, какие модели на каком уровне наиболее эффективны и как они соотносятся – это определение и законодательное закрепление понятия «медицинские услуги». Речь идет о тех медицинских услугах, которые не имеют, к сожалению, законченного результата, который нельзя измерить. Четко не определив даже на операциональном уровне, что же такое специфическая «медицинская услуга», мы не сможем адекватно оценить ни одну из предложенных моделей.

Б. Г. Кибирев. Выступление

Б. Г. Кибирев – председатель подкомитета по восстановительной терапии и курортологии Комитета по охране здоровья Государственной Думы

Доступность и эффективность здравоохранения – основная формула, данная Президентом, по которой идет ее реализация. Государственная политика на этот счет четко сформулирована. Теперь следует эту политику переводить на язык законодательных и правовых актов и практически ее решать.

Формой решения проблем основных направлений российской социально-экономической политики являются национальные проекты. Комитет Государственной Думы по охране здоровья постоянно, по мере возможностей и своей компетенции, занимается этими проблемами. Комитету удалось совместно с Правительством, Советом Федерации устранить некоторые несоответствия в оплате труда работников здравоохранения, финансировании и выделении средств на обеспечение районных коэффициентов для медицинских работников, оплате труда работников фельдшерско-акушерских пунктов и т. п.

Дума и, соответственно, ее Комитет по охране здоровья

не является органом исполнительной власти. Наша задача – изучить проблему, найти согласованные действия с органами исполнительной власти, причастными к этим вопросам, а затем способствовать появлению соответствующих законов.

Только вчера в Министерстве здравоохранения и социального развития прошло заседание организационного комитета по проведению Всероссийского форума «Здравница», который будет проводиться в следующем году в мае в Уфе.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.