Савков Дмитрий Сергеевич – генеральный директор «Агентство юридических услуг «ДОКА», аспирант Тихоокеанского государственного технического университета (г. Хабаровск). E-mail: 5polkhb@mail.ru

Савкова Валентина Михайловна – канд. фармац. наук, доц., главный врач МУЗ «Городская поликлиника №5» (г. Хабаровск). E-mail: 5polkhb@mail.ru

В работе рассматриваются основные проблемы доступности медицинской помощи и возможности их преодоления в контексте развития законодательства, регулирующего права граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Определяются основные факторы и механизмы, обеспечивающие правовую и организационную основу для доступности нормативного (стандартного) набора медицинских услуг в рамках объявленных государственных гарантий.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, нормативы государственных гарантий, качество медицинских услуг, административные процедуры.

Организационно-правовые проблемы в сфере обеспечения доступа к медицинской помощи

В рамках продолжающейся быстрыми темпами административной реформы в России предпринимаются комплексные усилия по совершенствованию организации и финансирования медицинской помощи, в том числе централизованно выделены дополнительные средства на проектное развитие специализированной и первичной медико-санитарной помощи, а также на создание стабильно функционирующей системы дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан. Тем не менее, значительная часть населения Российской Федерации продолжает испытывать серьезные затруднения в доступе к эффективным медицинским технологиям, потребность в которых со временем будет только возрастать. Это актуализирует необходимость дальнейшего развития законодательства о доступности медицинской помощи и механизмах ее обеспечения, включая вопрос основных дифиниций.

Юридическая неопределенность и разнообразие взглядов на содержание этого понятия требует своего уточнения и в связи с рядом особенностей доступности медицинской помощи как предмета социально-экономических отношений и одновременно объекта правового регулирования конституционных прав человека и гражданина на медицинскую помощь.

Исследование доступа граждан к медицинской помощи целесообразно проводить в рамках двух основных методологических подходов: так называемой? поведенческой модели и контекстуального или организационного подхода. И, конечно же, решая задачу выбора содержания понятия доступности медицинской помощи, необходимо оперировать теми нормативными

определениями, которые закреплены в Конституции РФ и принятых на ее основе законодательных актах.

Конституция РФ, гарантируя гражданам право на охрану здоровья, не дает определения понятия доступности медицинской помощи. Тем не менее, анализ конституционных норм позволяет выделить важные положения для дальнейшего совершенствования законодательного регулирования исследуемого понятия:

- права граждан России на здоровье и медицинскую помощь в достаточной степени определены и закреплены в статьях 7, 20, 21, 37, 38, 39, 41, 42 Конституции РФ, что гарантирует их государственную защиту;
- Конституция РФ возлагает на органы государственной власти и местного самоуправления обязанность осуществлять комплекс мер по оказанию гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатной медицинской помощи за счет бюджетных, страховых и иных поступлений;
- важнейшим положением является установление Конституцией РФ равенства прав всех граждан в доступе к медицинской помощи;
- Конституция, являясь основой для нормотворчества в РФ, позволяет осуществлять детализацию общих конституционных норм в сфере предоставления бесплатной медицинской помощи и регулирования ее доступности.

Закрепление понятия доступности медицинской помощи нашло отражение в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004 г.), от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ, от 18.10.2007 г. № 230-ФЗ). Закон прямо определяет, что к ведению органов местного самоуправления относится обеспечение доступности медицинской помощи. Однако законодатель не указывает, доступность какой именно медицинской помощи обязаны обеспечить органы местного самоуправления. В советской системе организация медицинской помощи в муниципальном образовании предусматривала доступность как первичной медико-санитарной, так и специализированной медицинской помощи в муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения. Новый Закон «О местном самоуправлении» закрепил за государственными органами власти оказание специализированной медицинской помощи только в специализированных медицинских учреждениях. Это означает, что специализированная медицинская помощь, востребованная населением и оказываемая, по-прежнему, в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях кардиологами, неврологами, окулистами, эндокринологами, хирургами и т. д., осталась без законодательного сопровождения для финансирования из регионального и (или) муниципального бюджета. Как следствие, ухудшается доступ к традиционным видам медицинской помощи, а конфликт между укоренившимся в сознании граждан представлением свободного доступа ко всем видам медицинской помощи и ее правовым обеспечением продолжает углубляться. Ограничение доступа к медицинской

помощи связано также и с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа госгарантий).

Норма об утверждении Программы госгарантий органами государственной власти была закреплена Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ (далее – Основы) в соответствии с новым законодательством о разграничении полномочий. В 2000 году она была установлена в соответствии с Федеральным законом № 139-ФЗ, уточнена в 2004 году в соответствии с Федеральным законом № 122-ФЗ, а в 2006 году – в соответствии с Федеральным законом № 258-ФЗ. Анализ базовой программы госгарантий, ежегодно утверждаемой в субъектах Федерации законодательными собраниями, а на Федеральном уровне Правительством Российской Федерации, свидетельствует об ограничении объемов и видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, что противоречит Конституции Российской Федерации. При этом, нормативы потребления (доступности) бесплатной медицинской помощи установлены в самом общем виде. В среднем на 1 человека в год может приходиться 9,198 посещений врача в поликлинике; 2,813 койко-дней в стационаре; 0,318 вызовов скорой медицинской помощи и 0,577 дней в стационар-замещающих подразделениях медицинских организаций. Понятно, что установление среднего норматива не гарантирует минимальный уровень доступности медицинской помощи. Очевидно также, что федеральные нормативы, являясь по существу среднероссийскими показателями, не учитывают особенности демографического состава и специфику заболеваемости населения, проживающего в конкретном, а не абстрактом муниципальном образовании. Кроме того, норматив финансовых затрат на единицу объема потребления бесплатной медицинской помощи никак не связан со стандартами ее оказания и принятым разграничением полномочий. Отсюда возникает неизбежный конфликт между возможностями современных медицинских технологий и растущими в них потребностями, объявленными госгарантиями и ограниченными ресурсами. Так, несмотря на рост бюджетных расходов в сфере здравоохранения, тарифы на медицинские услуги, утвержденные в 1998 году, в течение всех последующих 10 лет не пересматривались, а только индексировались, исходя из финансовой возможности фондов обязательного медицинского страхования. Не случайно, перечень гарантированных лекарственных и перевязочных средств, реактивов и расходных материалов, необходимых для оказания медицинской помощи (в соответствии с действующими федеральными стандартами), в круглосуточных стационарах не обеспечен финансовыми средствами обязательного медицинского страхования (ОМС). Хотя, согласно ст. 24 Федерального закона о медицинском страховании, тарифы на услуги в системе ОМС должны обеспечивать рентабельность и современный уровень медицинской помощи (экономические основы доступности медицинской помощи). С учетом изложенного, вопрос о роли Программы госгарантий как механизма обеспечения конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь нормативного объема, по-

прежнему, стоит на повестке дня и нуждается в дальнейшей системной организационно-правовой проработке. Однако хотелось бы сделать ряд замечаний, носящих общий методологический характер.

В экономике здравоохранения не существует ничего бесплатного – «бесплатно» означает только тот факт, что граждане лично не платят в момент получения медицинской услуги. Но, в любом случае, они предварительно оплачивают медицинскую помощь или через общие налоги, или страховые механизмы. В данном контексте возникает хорошо известная и описанная проблема третьей стороны. Суть ее сводится к тому, что между потребителем (пациентом) и производителем медицинских услуг (медицинской организацией) возникает финансовый посредник в лице страховой медицинской организации с частной формой собственности и (или) фонда обязательного медицинского страхования. Это ведет к удорожанию действующей системы оказания медицинской помощи, так как значительная часть государственных финансовых средств внебюджетного фонда (ОМС) отвлекается на обслуживание посреднических операций между государством и учреждениями здравоохранения – государственными и муниципальными. С другой стороны, у пациента и врача возникают стимулы к избыточному потреблению медицинских услуг, так как они непосредственно не участвуют в процессе их оплаты. Это порождает перерасход ресурсов в сфере предоставления «бесплатных» медицинских услуг. А продолжающееся постарение населения, в свою очередь, увеличивает демографическую нагрузку на работающих граждан, что также осложняет проблему адекватного финансирования. Поэтому разумное (стандартное) сдерживание потребности в медицинской помощи становится актуальной задачей, важной для будущего страны. В логике решения данной проблемы подушевое финансирование медицинской помощи должно рассматриваться в законодательном поле и внедряться как реальный механизм обеспечения конституционного права граждан на нормативный объем медицинской помощи, а не как элемент индикативного планирования. Это, в свою очередь, актуализирует проблему выбора правовой конструкции, предусматривающей наделение пациента правами распорядителя средств, выделяемых государством на цели и нужды лечения, реабилитацию и профилактику (единый канал). Таким образом, люди сами смогут выбирать себе медицинскую организацию, лечащего врача и страховую компанию, а деньги, которые в виде налогов и сборов изъяли у гражданина, придут к врачу только через пациента, что неизбежно приведет к повышению среднего уровня работы врачей медицинских организаций. Такой подход полностью корреспондируется с выступлением Президента Российской Федерации на Красноярском экономическом форуме 15 февраля 2008 года (htt : // Medvedev 2008.ru/performance_2008_02_15.httm).

Действительно, обеспечение доступа к медицинской помощи – это задача, которая поддается управлению со стороны государства. Под доступом понимается возможность получения гражданином (пациентом) необходимого набора медицинских услуг. Соответственно, в качестве основных показателей доступа традиционно рассматриваются два параметра – своевременность

получения и качество медицинских услуг. Доступ обеспечен, если медицинская помощь надлежащего качества может быть получена пациентом вовремя. С такой точки зрения должна оцениваться работа медицинской организации. Но для такого подхода необходимы нормы, определяющие сколько должно быть врачей, чтобы обеспечить доступ, и какова должна быть врачебная нагрузка, чтобы качество работы соответствовало заданным параметрам. В настоящее время численность персонала, необходимого для выполнения программы госгарантий, утверждается согласно штатным нормативам 1987, 1992 гг. прошлого столетия. Эти нормативы безнадежно устарели. Они не учитывают состояние здоровья населения, а следовательно, реальный спрос граждан на медицинские услуги. Как следствие, запредельно возросшая нагрузка на медицинский персонал ограничивает доступ к медицинской помощи и снижает качество его работы. В этих условиях возникает острая необходимость разработки и принятия в установленном порядке адекватных нормативов медицинской помощи по уровням ее оказания, включая нормативы по труду. Кроме того, нуждается в нормативном урегулировании и оценка других компонентов (структуры, технологий, результатов) качества оказания медицинских услуг, выступающих в качестве товарной формы медицинской помощи и одновременно важным фактором обеспечения доступности.

Понятие «медицинская услуга» появилось в российском законодательстве сравнительно недавно, с введением Закона об обязательном медицинском страховании. В Бюджетном кодексе РФ понятие «услуга» определяется как минимальный государственный стандарт; в Гражданском кодексе РФ – как объект гражданских прав. Соответственно, под государственными медицинскими услугами подразумеваются услуги, безвозмездно предоставляемые за счет бюджетной системы гражданам в медицинских организациях на договорной основе. Согласно ст. 779 Гражданского кодекса РФ, по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги, а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Однако на практике финансово-кредитные учреждения в лице фондов ОМС и страховые медицинские организации ведомственными приказами, согласованными с Минздравом, установили систему своего диктата в процессе оказания медицинских услуг. Так, обязанность оплачивать лечебно-профилактическому учреждению оказанные гражданам медицинские услуги и осуществлять контроль над их качеством возникает у этих посреднических организаций только после осуществления медицинских услуг и проведения медико-экономической экспертизы. При этом, контроль качества медицинской помощи проводится страховыми медицинскими организациями, преимущественно, при отсутствии государственных стандартов качества, а сама правовая природа этих посреднических организаций не соответствует ни одной правовой конструкции, предусмотренной гражданским законодательством Российской Федерации. Кроме того, установленные в системе ОМС правила не дают застрахованному гражданину возможности самому определять, какие услуги, в каком количестве, какого качества, у какого специалиста он хочет получить для корректировки своего состояния здоровья в

конкретно определенное время, что можно расценивать как ограничение доступа к медицинской помощи. На практике полис ОМС права выбора медицинской организации не предоставляет – пациент вынужден идти туда, где его полис «зарегистрирован». Бесспорно, необходимость предъявления полиса ОМС, как обязательного условия оказания медицинской помощи, является ограничением доступа к ней. Например, только в 2006 году в систему ОМС поступило более 5 млн. заявлений граждан о выдаче страхового медицинского полиса (5). Это означает, что все эти граждане не могли получить медицинскую помощь в момент их обращения в лечебно-профилактическое учреждение. Очевидно, назрела необходимость «развязать» медицинскую услугу с пропиской гражданина (регистрацией по месту жительства) и наличием у него полиса ОМС. В данном контексте целесообразно ориентироваться на предоставление права медицинской организации выписывать (в установленном порядке) счета за оказанные медицинские услуги государственному заказчику в рамках установленного им государственного заказа и тарифа. Такой подход существенно облегчит доступ к медицинской помощи гражданам, не имеющим (в силу различных жизненных обстоятельств) прописки в районе обслуживания выбранного им медицинского учреждения.

Равный или неравный доступ к медицинской помощи – еще одна проблема, требующая профессионального обсуждения с последующим правовым урегулированием. В логике данной проблемы возникает ряд вопросов, которые требуют правовой реакции и будут очевидно определять организацию оказания медицинской помощи. Должны ли и могут ли отдельные категории граждан иметь преимущества при получении медицинских услуг, а если должны, то по какому принципу? Вопросы эти не праздные, поскольку доступ подразумевает отсутствие не только финансовых барьеров, но и дискриминации по социальным группам. Иными словами, возникает проблема справедливости. В западных странах при решении проблемы справедливости общество принимает как аксиому, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо, а в правительственных структурах создают консультационные группы, определяющие обоснованность прогнозируемых расходов. Однако, каков критерий справедливости, то есть когда и кем признается, что ресурсы здравоохранения распределены справедливо? И не является ли делегирование права давать такую оценку самому пациенту или страховой медицинской организации установлением системы диктата одной из сторон процесса оказания медицинских услуг. В рамках Закона Российской Федерации о медицинском страховании уже произошло нарушение баланса прав и обязанностей врачей и пациентов – из всех субъектов медицинского страхования (пациент, страховая медицинская компания, медицинская организация) только пациент не имеет никаких обязанностей и не несет ни какой ответственности за сохранение своего собственного здоровья, поскольку законом у него определены только права. В подтверждение диспропорций прав и обязанностей пациентов и медицинских работников можно привести и статью 30 («Права пациента») основного нормативно-правового акта в сфере охраны здоровья – Федерального закона «Основы законодательства об охране здоровья

граждан». В этой статье насчитывается четырнадцать таких прав, начиная от «гуманного и уважительного отношения к пациенту» и заканчивая правом «обращаться с жалобой к непосредственному руководителю или должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывалась медицинская помощь, в соответствующие медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд». В то же время, обязанности пациента вновь упущены, а права медицинских работников, приведенные в статье 63 Основ («Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников»), сводятся к правам, указанным в Трудовом кодексе РФ, а также к праву на «страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежностью или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей». До сих пор, однако, не принят механизм реализации «специфического» права врача на страхование возможной профессиональной ошибки. Такая диспропорция в правах и обязанностях является одной из причин кадрового дефицита в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на доступности медицинской помощи. Совершенно очевидно, указанная проблема должна быть урегулирована правовыми способами, поскольку медицинские услуги, по своей сути, представляют совокупность профессиональных действий медицинского персонала, а также встречных действий со стороны пациента, направленных на удовлетворение потребностей в коррекции своего состояния здоровья. Следует также подчеркнуть, что зависимость между состоянием здоровья населения и доступностью медицинской помощи является опосредованной. Всемирной организацией здравоохранения вклад медицинских услуг в поддержание здоровья человека традиционно оценивается лишь в 20%, а решающая роль отдается образу и условиям жизни. Соответственно, не только доступность медицинской помощи, но и самосохранительное поведение граждан нуждается в правовом определении.

Все вышеизложенное свидетельствует о существовании системных проблем в сфере обеспечения всеобщего доступа к медицинской помощи, и они требуют системного решения. В первую очередь, необходимо установление нормативных определений таких понятий, как «доступность медицинской помощи», «качество медицинской услуги», «контроль качества», «экспертиза качества». Указанные дифинитивные нормы призваны обеспечить единое понимание сути основных параметров и механизмов доступности, а также единое выполнение правовых предписаний в указанной сфере. Во-вторых, необходимо установить четкие юридические, а не в общей форме, требования к условиям и порядку предоставления гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи по уровням ее оказания, то есть с учетом принятого разграничения финансовой ответственности между федеральным центром, субъектами Федерации и органами местного самоуправления. В третьих, в Программу государственных гарантий необходимо включить раздел стандартов медицинской помощи, как финансовых инструментов обеспечения конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь. В

платежном механизме они должны определить то, за что государством производится оплата. И наконец, в отношении оказания медицинских услуг должны действовать технические регламенты, представляющие собой установленные государством и обязательные для всех единые правила безопасности медицинской деятельности.

Нормативное урегулирование изложенных вопросов, безусловно, обеспечит полноценное регулирование медицинской деятельности и создаст прочную основу для доступности в каждом муниципальном образовании нормативного набора медицинских услуг, соответствующих установленным параметрам качества.

Литература и источники:

1. Конституция Российской Федерации // Справочно-поисковая система «Консультант-Плюс».

2. Закон Российской Федерации от 28 июня 1001 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации (с изменениями от 2 апреля, 4 декабря 1993 г., 1 июля 1004 г., 29 мая 2002 г., 23 декабря 2003 г., 27 июля, 29 декабря 2006 г.) // Справочно-поисковая система « Консультант-Плюс».

3. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993г. № 487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта 2005 г.) // Справочно-поисковая система «Консультант-Плюс».

4. Постановление Правительства Хабаровского края от 11.03.2009 № 80-пр «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на 2009 год» // Справочно-поисковая система «Консультант-Плюс».

5. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. № 4848/30-3/и «О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году» // Информационно-аналитическая справка «О состоянии защиты граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году».