

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

[№ 7 / 2013]

ситуации ► действия ► последствия



В НОМЕРЕ

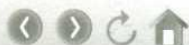
Персональные данные умерших пациентов
как объект правовой охраны >>

Правовая основа всеобщей диспансеризации
населения >>

Вспомогательные репродуктивные технологии
в новом законодательстве >>

Доступность медицинской помощи
для бедных >>

Контрактная система для обеспечения государ-
ственных и муниципальных нужд >>



Доступность медицинской помощи для бедных в Российской Федерации >>



Василий Викторович Власов,
д-р мед. наук, профессор,
президент Общества специали-
стов доказательной медицины

Количество людей, испытывающих систематические затруднения в получении медицинской помощи, очень велико

В последнее десятилетие в России наблюдаются позитивные изменения демографических, а также экономических и финансовых показателей в области здравоохранения. Эти позитивные изменения – следствие высоких доходов от нефтяного экспорта и перераспределения дохода в пользу населения. Но, поскольку часть улучшений связана с изменением критериев оценки показателей, а медицинская помощь по-прежнему ограниченно доступна, положение бедных слоев населения остается тяжелым. Относительно высокая доля личных расходов на медицинскую помощь в России (около 30%) сочетается с платой за доступ к бесплатной медицинской помощи. Изменения в законодательстве расширили возможности медицинских организаций оказывать платную медицинскую помощь теми же силами и средствами, что предназначались для оказания бесплатной помощи. Последствия этих изменений страна ощущает уже сейчас, при этом сельские жители в полной мере ощутили последствия сокращения сети медицинских учреждений еще в 2005–2010 гг. Предпринимаемые ныне Минздравом России и региональными властями усилия по развертыванию сети «босоногих докторов» (по терминологии ВОЗ) создают новую ситуацию в здравоохранении, характеризующуюся депрофессионализацией медицинской помощи. Выполнение поставленных задач (диспансеризация, стандартизация, формирование системы лекарственного обеспечения) не упростит доступ к медицинской помощи или отодвинут на неопределенное будущее.

модель параллельного финансирования из бюджетных и страховых средств, введенная в 1993 г., и позднее отказ от реформы здравоохранения в пользу финансирования ряда государственных программ из федерального бюджета с последующей передачей их на исполнение в регионы привели к созданию трудно управляемой и неэффективной системы. Принятие ряда базовых федеральных законов – от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном ме-

Сфера здравоохранения долгие годы оставалась в центре общественного внимания как один из показателей социального благополучия. Неэффективная

медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС) и от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об

❓ Проблема

Сокращение сети медицинских учреждений; уменьшение государственных расходов на здравоохранение, смещение акцента в сторону предоставления населению платных медицинских услуг

❗ Чем грозит

Ухудшение доступности медицинской помощи в РФ

✅ Как избежать

Поддерживать инициативы, нацеленные на раскрытие проблем, возникающих при получении медицинской помощи в условиях внедрения организационных и финансовых новшеств

охране здоровья) — лишь законсервировало принятые временные решения и серьезную недофинансированность территориальных программ оказания медицинской помощи.

Подобная консервация сочетается с радикальным изменением ситуации с платными услугами в здравоохранении. Ранее платные услуги в государственных и муниципальных учреждениях были «полузаконными» и предоставлялись на основании неясно сформулированного постановления Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». После появления нового Закона об охране здоровья они приобрели статус законных и регламентированных. Фактически оказание платных услуг производится силами медицинского персонала и с помощью технических средств, которые должны были бы использоваться в целях оказания бесплатной медицинской помощи

в рамках программ государственных гарантий.

Смещение акцентов в сторону предоставления платных медицинских услуг неслучайно. Происходит изменение статуса и порядка финансирования медицинских учреждений. Большинство из них становятся автономными, что означает: отныне их существование зависит от суммы средств, полученных из бюджета, системы ОМС и в результате оказания платных услуг. Складывается система, принципиально отличная от существовавшей до 2010 г. В этой новой системе здравоохранения прямым платежам населения уготовано важнейшее, системообразующее положение.

В 2007 г. Общество специалистов доказательной медицины подготовило «Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации»¹. В докладе было показано, что лицами, испытывающими затруднения в получении помощи, являются инвалиды,

пенсионеры, лица с низкими доходами, проживающие вдали от больших городов, заключенные, лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, бездомные и просто заболевшие вне места постоянного проживания. Все перечисленные группы страдают от проблем, связанных с бедностью, и трудности получения доходов у них усугубляются дефектами здоровья. В свою очередь, низкие заработки приводят к невозможности получения помощи и проблемам социальной адаптации. В результате представители этих групп оказываются неспособными преодолеть физические, социальные и финансовые барьеры на пути к получению медицинской помощи. Количество людей, испытывающих систематические затруднения в получении медицинской помощи, очень велико: от 50 до 70% населения страны.

В данной статье проводится попытка оценить доступность медицинской помощи для малоимущих слоев населения России в 2012 г. и определить

основные преграды на пути к ее получению, а также сформулировать предложения по упрощению доступа этой категории граждан к медицинской помощи.

Общая оценка доступности медицинской помощи »

В соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет бюджетных, страховых и иных поступлений. Это означает, что в государственной и муниципальной системе здравоохранения деньги с граждан взиматься не могут, иначе приведенная конституционная норма теряет смысл. Тем не менее в 2011 г. вступил в силу Закон об охране здоровья, который прямо разрешает оказание платных услуг. Неудивительно, что уже в следующем году доля граждан, неудовлетворенных

ПРИМЕР

Государство гарантирует бесплатную помощь беременным и в родах, но каждый родильный дом предлагает услуги по платным родам, а в женских консультациях часть обязательных исследований также проводится за деньги беременных пациенток. Введение родовых сертификатов должно было увеличить заинтересованность родильных домов в предоставлении услуг высокого качества, но никак не изменило ситуацию с оплатой родов. Деньги взимаются под видом сервисных или дополнительных услуг, однако в реальности беременные платят за хорошее отношение к себе медперсонала, при этом стоимость самих услуг несопоставима с арендой телевизора или холодильника в палате: в Москве стоимость родов (без ведения беременности) колеблется в пределах от 1500 до 5000 долларов.

Серьезное заболевание, например, онкологическое, заставляет людей продавать жилье, чтобы заплатить за необходимую медицинскую помощь. По разным оценкам, прямые платежи населения составляют от 30 до 60% всех расходов в стране на здравоохранение (цифра, которую используют международные организации, – 30%). «Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги»²

При этом невозможно установить, какая часть личных средств является платой за услугу, а какая – взяткой за доступ к услуге, предоставляемой на средства, например, федерального бюджета.

системой здравоохранения, заметно повысилась³

Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ (в настоящее время действует Программа на 2013 г. и на плановый период 2014–2015 гг., утвержденная постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074), почти все виды медицинской помощи являются бесплатными. На практике почти за все нужно платить или доплачивать.

В полном противоречии с официальной позицией Правительства РФ и вопреки распространенному заблуждению в России нет всеобщего доступа к медицинской помощи. По определению ВОЗ, всеобщий доступ — это гарантированный доступ всех людей к профилактическим, лечебным и восстановительным медицинским услугам, в которых они нуждаются, при качестве услуг, обеспечивающем их эффективность, и при условии, что использование этих услуг не подвергает человека в финансовые трудности⁴

Достаточно указать, что граждане России не имеют доступа к лекарствам при амбулаторном лечении, а часть этих лекарств стоит так дорого, что заплатить за них не могут даже люди со средним достатком. Такой доступ есть только у богатых людей и высшей бюрократии — за счет государства.

Экономическая ситуация »

Финансирование здравоохранения улучшается с середины 1990-х гг. (с учетом инфляции). Это улучшение, однако, не является ни быстрым, ни

Достаточно указать, что граждане России не имеют доступа к лекарствам при амбулаторном лечении, а часть этих лекарств стоит так дорого, что заплатить за них не могут даже люди со средним достатком

существенным. В 2006 г. суммарное финансирование здравоохранения всего лишь вышло на уровень 1991 г. — первого года независимой российской государственности. Причем даже этот вывод был сделан на основании официально объявленных показателей инфляции, которые, как показывают отдельные исследования, значительно недооценивают инфляцию расходов в сфере здравоохранения. Иными словами, уровень 1991 г., вероятно, не был достигнут и в 2006-м.

За период с 2006 по 2009 г. суммарное финансирование здравоохранения увеличилось еще на 25%, и на этом рост закончился. Суммарное финансирование в долях от ВВП снижалось с 1998 г., а в абсолютных цифрах — с 2008-го. За 15 лет государственное финансирование здравоохранения в России росло медленнее, чем в других странах с переходной экономикой. Если в 1995 г. оно, например, было почти таким же, как в Польше, то теперь отстает от польского на 20–30%.

Начиная с 2003 г. финансирование здравоохранения увеличивалось не системно, а преимущественно через отдельные вертикальные программы. Суммарное финансирование, равно как и бюджетное, а также поступления из личных средств граждан, достигло потолка в 2007 г. (при выражении в долларах США в эквиваленте покупательной способности)⁵

КОММЕНТАРИЙ АВТОРА

Прожиточный минимум в России определяется стоимостью продуктов, обеспечивающих физическое выживание. В 2012 г. МРОТ составил лишь 67,5% от прожиточного минимума. Согласно Федеральному закону от 24.10.1997 № 134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации», величина прожиточного минимума в целом по России устанавливается Правительством РФ. С 2013 г. размер МРОТ составляет 5200 руб. Исторически, в начале 1990-х, прожиточный минимум был определен на уровне половины минимальной потребительской корзины, и с тех пор подход принципиально не изменился. Между тем социальные пособия, в том числе для лиц с низкими доходами, привязаны именно к МРОТ.

По расчетам экспертов, работавших над концепцией развития до 2020 г.⁶, около трети работников (24% на крупных и средних предприятиях и порядка 40% в малом бизнесе и нерегистрируемом сегменте занятости) получают заработную плату менее 1,5 прожиточного минимума. Более того, почти каждый пятый трудящийся получает заработную плату ниже прожиточного минимума. Это означает, что риск бедности для его семьи оказывается в 12,2 раза выше, чем для всех остальных.

Согласно данным Госкомстата за 2011 г., 31% мужчин и 28% женщин в стране живут на доход ниже 1 МРОТ.

Последняя попытка повышения финансирования — увеличение страховых взносов в ОМС на 2% от фонда оплаты труда. Однако в период 2011–2012 гг. эти деньги не направлялись на финансирование здравоохранения, а оставались у Правительства РФ для реализации так называемой программы модернизации здравоохранения.

Созданная в России система ОМС не выполняет приписываемые ей страховые функции. Страховые компании в этой системе являются частными финансовыми посредниками между государством и государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения. На их содержа-

ние тратятся значительные средства, потерянные для здравоохранения. Фактически система ОМС превратилась в платежного агента Правительства. За ней сохраняется лишь одна важная функция — ширмы, прикрывающей безответственность государства за финансирование медицинской помощи.

Дефицит питания »

Обнаруженные летом 2012 г. данные Росздравнадзора показывают, что существенного прогресса в состоянии питания населения, прежде всего детей, не произошло. Помимо микроэлементной недостаточности существует проблема калорийности питания: 30% детей имеют дефицит массы тела и задержку развития⁷ Росздравнадзор не уточняет, насколько распространена задержка развития (низкорослость, *stunting*) — явление, отражающее тяжелые последствия недоедания. Однако распространенность дефицита массы тела показывает долю семей, имеющих недостаточно средств для полноценного питания.

Согласно опросу 2010 г. «Кризис и поведение домашних хозяйств», около 10% семей с детьми до 18 лет (и почти 20% семей без маленьких детей) не могли платить за то, чтобы дома было достаточно тепло. Около 20% семей без детей могли есть мясо, курицу или рыбу не чаще чем раз в 3 дня⁸ По данным обследования, в начале 2012 г. 8% населения России страдали от голода часто или иногда и еще 11% — редко⁹. Это вполне удовлетворительный показатель, если сравнивать с другими странами, и еще один относительно объектив-

ный ориентир для оценки численности бедных людей.

В целом доля бедных, т. е. граждан с доходами, недостаточными для покрытия основных потребностей, составляет примерно 20% населения России. Возможность покупать сколько-нибудь дорогие лекарства, тем более постоянно, у этих людей практически отсутствует.

Доступ к медицинской помощи »

Общий размер личных расходов граждан на медицинские нужды очень велик — примерно 30% за последнее десятилетие. Лица, находящиеся за чертой бедности, и те, чьи доходы позволяют ее слегка перешагнуть, не могут оплачивать доступ к медицинской помощи. Было бы неверным предполагать, что бедные хоть и не могут воспользоваться платными услугами, зато им доступна бесплатная медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. На практике ее получение в 30–60% случаев сопровождается «неформальными платежами». Больной «покупает» бесплатную помощь¹⁰ — в противном случае он рискует получить отказ в ее оказании, и последствия могут быть трагическими.

Анализ жалоб граждан и свободных сообщений в Интернете показывает, что при получении доступа к высокотехнологичной помощи, в том числе по квотам регионов, предоставляемым Минздравом России, от больных требуют доплат, порой достигающих нескольких тысяч долларов.

В результате получение высокотехнологичной помощи становится практически недоступным примерно половине населения, несмотря на то, что формально помощь оплачена из бюджета и бесплатна для больного. Иными словами, многократное увеличение объемов так называемой высокотехнологичной медицинской помощи в последнее десятилетие мало повлияло на доступность ее для граждан с низкими доходами.

Связь между низким доходом и высокой смертностью хорошо известна. Прослеживается она и в российских исследованиях. Так, согласно данным одного из них, среди всех больных инфарктом миокарда 25% имели низкий доход, а среди умерших — 47%¹¹.

Существующая система частичного возмещения прямых затрат на медицинскую помощь слишком сложна для пациента, отсрочена во времени и, главное, не покрывает «неформальные» платежи. Лишь незначительная часть граждан, предположительно имеющих право на возмещение, пользуется им.

Единственной большой группой населения, доходы которой в течение последних шести лет заметно росли, являются пенсионеры. В развитых странах к ним относятся как к людям с ограниченными финансовыми воз-

ЦИФРЫ

77% опрошенных в ходе специального исследования сообщили, что приобретение лекарств существенно влияет на состояние семейного бюджета, 69% признались, что по крайней мере иногда отказывались от приобретения лекарств из-за стесненности в средствах (данные Росздравнадзора, 2012 г.).

возможностями, нуждающимся в экономической поддержке, в том числе и при получении медицинской помощи. В России пенсионеры стали важным источником дохода в малоимущих семьях. К сожалению, и эти повышенные доходы неприемлемо малы. Так, в 2011 г. средняя назначенная пенсия составляла 7594 руб. (при прожиточном минимуме 6385 руб., определенном, как было сказано выше, как потребление на уровне выживания).

Исходя из разнообразных оценок численности бедных — тех, кто имеет недостаточный доход и не откладывает деньги на лекарства и медицинскую помощь, — можно считать, что около 20% населения ограничены в получении медицинской помощи и еще около 10% не могут приобрести даже самые дешевые лекарства для длительного лечения.

Другие условия »

Начиная с 2005 г. в России был реализован ряд программ, которые повысили доступность медицинской помощи. Прежде всего речь идет о заменившей натуральные льготы программе лекарственного обеспечения для лиц, имеющих право на получение социальной помощи (дополнительное лекарственное обеспечение — ДЛО, затем называемое «обеспечением необходимыми лекарственными средствами» — ОНЛС). Эта программа была плохо спланирована, но продолжает функционировать в измененном виде под управлением правительств регионов России. Главным ее дефектом с точки зрения обеспечения медицинской помощью

бедного населения является возможность выбора и выхода из программы с деньгами. Для людей, живущих на зарплату, всего в 8–10 раз превышающую стоимость месячного лекарственного обеспечения, велик соблазн отказаться от лечения в пользу денег, чтобы использовать их на питание и другие цели. Это тем более привлекательно, что помимо ОНЛС существуют региональные программы, предусматривающие возможность бесплатного получения лекарственных средств для тех, кто вместо бесплатных лекарств взял деньги. Лишь часть нуждающихся не отказалась от льгот и до сих пор получает лекарства по программе ОНЛС. К сожалению, ограниченное финансирование позволяет получать только самые дешевые лекарственные средства. Почти во всех регионах России попытки пациентов получить современный дорогостоящий препарат заканчиваются многомесячным и обычно бесплодным ожиданием в очередях. Иными словами, даже для людей, за которыми официально признано право получать льготное пособие в виде лекарств, существующая программа не решает проблемы доступа к медицинской помощи.

Доступность помощи в городе и на селе »

Для тяжелобольных людей и инвалидов особую актуальность приобретает проблема физической удаленности медицинской помощи — острее всего она стоит в сельской местности. Необеспеченность удаленных территорий кадрами, изношенность обору-

дования и сокращение сети медицинских учреждений ставят сельских жителей в условия, когда они не могут получить помощь в необходимом объеме из-за невозможности добраться до областного центра.

Например, в случае инфаркта миокарда практически никто из сельских жителей не имеет шанса оказаться в специализированном кардиологическом отделении в течение трех часов с момента катастрофы. А значит, они лишены самого эффективного лечения — тромболитика. Впрочем, и остальное население России обеспечено им не более чем на 18%¹².

Сокращение сельских больниц и фельдшерско-акушерских пунктов после 2005 г. носит катастрофические масштабы. По признанию Министра здравоохранения В. Скворцовой¹³, жители села имеют значительно большие проблемы со здоровьем, чем горожане: «Случаи острых отравлений и травм на селе бывают на 40% чаще, заболеваемость туберкулезом на 10% больше, заболеваемость сифилисом и алкоголизмом — на 7%».

Однако вместо того чтобы восстановить сеть медицинских учреждений на селе и укомплектовать уже имеющиеся, Минздрав планирует закупить дорогостоящие передвижные комплексы для диспансеризации жителей сельских районов. Притом что «диспансеризация», т. е. в интерпретации российского законодательства периодическое врачебное обследование, не зависящее от обращения за помощью, не имеет научного обоснования и не влияет на показатели смертности. Это чрезвычайно доро-

гая мера, и, кроме того, она не заменяет возможность обратиться к врачу при заболевании. Можно предположить, что в случае последовательного внедрения этой технологии доступность медицинской помощи на селе может даже уменьшиться, поскольку врачи поликлинических отделений больниц будут отрываться от своей непосредственной работы для «выездной диспансеризации».

Сельские жители, нуждающиеся в обезболивании с использованием опиатов, в наибольшей мере страдают от отсутствия помощи. В городе с населением 500–800 тыс. обычно имеется только 2–3 аптеки, где можно получить опиаты. На селе таких аптек вовсе нет, равно как и в малых городах. Кроме того, законом запрещена выписка адекватных доз наркотиков, ограничены срок действия рецепта и количество суточных доз в нем, затруднен сам процесс выпис-

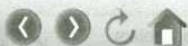
ЭТО ИНТЕРЕСНО

Специалисты, оказывающие помощь тяжелобольным людям, считают, что при упрощении отпуска наркотических обезболивающих необходимо увеличить срок действия рецептов и отказаться от трехступенчатой процедуры их выдачи.

Не так давно глава Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Виктор Иванов заявил о необходимости усовершенствовать существующие регламенты обеспечения наркотическими препаратами тяжелобольных пациентов. Он отметил, что Государственная антинаркотическая комиссия работает над предложениями по упорядочению отпуска наркотических средств.

В России следует установить правила, аналогичные действующим в западных странах, люди должны получать необходимые средства обезболивания.

Источник: <http://ria.ru>.



ки рецепта. В результате больной или его родственники обречены на еженедельные поездки в областной центр для получения нового рецепта и лекарств в заведомо недостаточной дозировке.

Доступность медицинской помощи для бездомных »

Количество бездомных в России неизвестно. Министерство внутренних дел располагает данными о 300 тысячах. При этом сотрудники ведомства полагают, что на самом деле в России четыре с половиной миллиона бомжей¹⁴

Бездомные люди в официальных, в том числе нормативных, документах обозначаются как «лица без определенного места жительства». Ключевым в этом определении является понятие «место жительства». Граждане Российской Федерации обязаны регистрироваться по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации.

Влияние института регистрации по месту пребывания и по месту жительства на возможность реализации прав и свобод регламентируется ч. 2 ст. 3 Закона РФ от 25.06.1993 № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации». Наряду с обязательностью регистрации по месту пребывания или жительства законом предусмотрено, что «регистрация или отсутствие таковой не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан». Нетрудно уловить

логическое несовпадение между этим постулатом и частью первой той же статьи, где сказано, что регистрационный учет граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства вводится «в целях обеспечения необходимых условий для реализации гражданином Российской Федерации его прав и свобод».

В сходной ситуации находятся нелегальные трудовые мигранты из стран ближнего и дальнего зарубежья; лица, ищущие убежище; граждане России, имеющие место жительства, но по тем или иным причинам ведущие образ жизни, характерный для различных групп бездомных.

Согласно данным аналитического отчета межрегионального исследования, проводившегося еще в 2004–2005 гг., почти 26% бездомных, сообщивших об отсутствии у них документов, получили отказ при обращении за медицинской помощью. Среди бездомных, имеющих паспорт гражданина РФ и обратившихся за медицинской помощью, отказ получили 13,5%, а среди тех, у кого паспорта гражданина РФ нет, — в полтора раза больше (21,5%). Среди имеющих полис ОМС с отказом столкнулись 8% бездомных. При его отсутствии доля отказов возросла до 21%.

Закон об охране здоровья и Закон об ОМС были специально направлены на решение проблемы получения медицинской помощи гражданами РФ, не имеющими документов или прописки или пребывающими на территории иного субъекта РФ. Предполагалось, что, когда все граждане окажутся застрахованы в одном фонде ОМС, у них не будет проблем с полу-

чением медицинской помощи. К сожалению, опыт 2011 — 2012 гг. показал, что обеспечить доступ к медицинской помощи лицам, не имеющим паспортов или регистрации либо пребывающим на территории другого субъекта РФ, так и не удалось.

Положение усугубляется тем, что население в целом и бедная его часть в особенности ведут нездоровый образ жизни, в том числе вредят себе курением и избыточным употреблением алкоголя. Преодолеть эти особенности поведения только облегчением доступа к медицинской помощи не удастся. В развитых странах предлагаются различные варианты финансового поощрения за «правильное» поведение: вакцинация, периодические осмотры детей и проч.¹⁵. В России эта технология применяется пока ограниченно. Например, практикуется поощрение беременных в целях мотивации к раннему прикреплению для наблюдения в консультации (полезность этой меры не доказана).

Перспективы »

В 2012 — 2013 гг. мы наблюдаем катастрофический рост требований платить за медицинскую помощь. Это происходит по мере институционализации платных медицинских услуг в государственных учреждениях. В дальнейшем процесс будет ускоряться ввиду перехода медицинских организаций в организационно-правовую форму «автономные учреждения».

Российская система здравоохранения меняется крайне медленно. Правительство РФ готовит программу ее развития, где планируется уменьшить

КОММЕНТАРИЙ АВТОРА

В последнее время во врачебном сообществе наметилась тревожная тенденция, поддерживаемая Минздравом России, рассматривать плохое, нездоровое поведение (нездоровый, осуждаемый образ жизни) как основание для репрессий, в том числе штрафов и ограничения доступа к бесплатной медицинской помощи. Если эта идея будет реализована, это станет одобренной государством мерой ограничения доступа бедных к медицинской помощи.

финансирование здравоохранения, а также сократить сеть медицинских учреждений. Груз финансирования медицинской помощи перекладывается на плечи граждан. Поэтому следует ожидать увеличения трудностей в получении медицинской помощи для малоимущих граждан.

Тенденция к ухудшению доступности медицинской помощи как минимум в ближайшее время будет только нарастать. Это связано как с безрадостными перспективами российской экономики, так и с политикой сокращения государственных расходов на здравоохранение, проводимой уже более 15 лет. Граждане не могут противостоять этому процессу.

Что касается перспективы улучшения, она неизбежно связана с радикальными изменениями в социально-экономической политике страны. Эти изменения должны быть многообразными и в отношении здравоохранения предусматривать его реформу на основе современных принципов организации доступной помощи.

Рекомендации »

В краткосрочной перспективе можно определить следующие основные направления действий:



— активная поддержка общественных инициатив, направленных на обеспечение доступа к бесплатной помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения;

— изучение процессов получения помощи и размеров затрат на ее получение гражданами в условиях измененного статуса медицинских учреждений и «развития здравоохранения». Весьма важными могут быть потребительские исследования доступности медицинской помощи в области, районе, муниципальном образовании. Сегодня подобных исследований крайне мало, а официальная статистика по этому вопросу просто отсутствует;

— поддержка инициатив, нацеленных на раскрытие проблем, возникающих при получении медицинской помощи в условиях внедрения организационных и финансовых нов-

шеств. Например, стимулирование разработки алгоритмов взаимодействия со страховыми организациями и изучение обращений в суд граждан, не получивших бесплатной помощи надлежащего качества.

Кроме перечисленного было бы целесообразно вести работу с пациентским сообществом и другими общественными организациями, нацеленную на разъяснение неприемлемости наказания за нездоровое поведение. В большинстве случаев осуждаемое поведение не является следствием свободного выбора человека. Будучи публично осуждаемым, это нездоровое поведение должно рассматриваться как часть унаследованного и/или приобретенного «дефекта», за который человек несет ограниченную ответственность, поскольку не приобрел его сознательно и обычно не способен легко исправить¹⁶.

- ¹ [Электронный ресурс]: <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf>. Дата обращения: 13.06.2013.
- ² Вишневский А.Г., Шейман И.М., Ясин Е.Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Материалы к общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет», организованным Комиссией Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения. Москва, 13 декабря 2007 г. С. 7.
- ³ Отечественная система здравоохранения россиян не устраивает. [Электронный ресурс]: <http://www.levada.ru/15-10-2012/otechestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraivaet/>. Дата обращения: 07.06.2013.
- ⁴ [Электронный ресурс]: http://www.who.int/health_financing/en/. Дата обращения: 13.06.2013.
- ⁵ WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012. P. 147.
- ⁶ [Электронный ресурс]: <http://www.ifap.ru/ofdocs/rus/rus006.pdf>. Дата обращения: 13.06.2013.
- ⁷ Задержка роста и дефицит массы тела зафиксированы у 30% российских детей. [Электронный ресурс]: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/06/05/nutrition/>. Дата обращения: 05.06.2012.
- ⁸ Попова Д. По материалам круглого стола в Международном мультимедийном пресс-центре РИА Новости. [Электронный ресурс]: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/rosstat/smi/smi_2607.html/. Дата обращения: 13.06.2013.
- ⁹ Global index of freedom from felt-hunger. GALLUP International, 2012.
- ¹⁰ Шишкин С.В., Богатова Т.В., Поталчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Москва: Независимый институт социальной политики, 2002.
- ¹¹ Современные проблемы медицинского обеспечения больных с кардиологическими заболеваниями. Москва: Госкомстат, 2010. С. 28.
- ¹² Там же.
- ¹³ Для диспансеризации жителей сел закупят 200 мобильных комплексов. [Электронный ресурс]: <http://expert.ru/2012/09/5/meditsina-dlya-sela/>. Дата обращения: 05.09.2012.
- ¹⁴ М. Фалалеев. Бродягу вернут в Уголовный кодекс. [Электронный ресурс]: <http://www.rg.ru/2007/07/11/bomji.html>. Дата обращения: 11.07.2007.
- ¹⁵ Tan M., Yamey G. Paying the poor // BMJ. 2012.
- ¹⁶ Автор признателен благотворительной организации OXFAM (Москва) за поддержку данной работы.