

МАТЕРИАЛЫ
Общероссийской общественной организации
«Лига защитников пациентов»

Основные направления укрепления здоровья населения

Саверский Александр Владимирович

Сегодня расходы на здравоохранение учитываются, как невозвратные, без оценки эффективности этих расходов. То есть средства эти - прямой убыток.

Однако довод о том, что без здоровья нет труда, а без труда нет экономики показывает, что указанное представление глубоко ошибочно.

Здоровье в принципе является способностью осуществлять жизнедеятельность, а в экономическом отношении оно является способностью трудиться. Причем даже квалификация работников является вторичным фактором, потому что также основана на способности получить эту квалификацию – учиться и работать. Такая способность в основе также относится к здоровью.

Этот подход изменяет отношение к сфере здравоохранения с убыточного на инвестиционное: вкладывая средства в охрану здоровья населения, мы получаем рост экономической эффективности. Не делая этого – мы терпим убытки. Более того, инвестиционный подход полностью совпадает с интересами самого населения – ведь в целом оно хочет быть здоровым. И здесь можно получить синергетический эффект от совпадения интересов населения и экономики.

Применение этого подхода потребует не только умения рассчитывать экономическую эффективность от вложения в здравоохранение средств, но и **изменения определения понятия «здоровье», как в российском законодательстве, так в перспективе – и в Уставе Всемирной организации здравоохранения.** Сегодняшнее определение «здоровья» (состояние благополучия) очень сложно отнести к экономическим – более того, из-за некорректности оно является сдерживающим фактором в системе превращения здравоохранения в инвестиционную сферу, представляя здоровье не как объективное состояние человека по принципу «здоров человек объективно или нет с медицинской точки зрения», а внося в него оценку самого носителя, не поддающуюся объективированию, поскольку говорит о некоем «состоянии благополучия», которое может оценить только сам человек – благополучен он или нет.

Сам по себе инвестиционный подход говорит о том, что, чем лучше здоровье, тем лучше экономика. Но в действующем законодательстве среди решений мы не найдем норм об улучшении здоровья – даже в Конституции мы видим лишь два уровня: уровень охраны здоровья, то есть сохранение в том виде, как оно есть, и уровень медицинской помощи, то есть комплекс мер на случай ухудшения здоровья.

Законодательство России не содержит требований к улучшению (укреплению) здоровья. Такое право (право на наивысший достижимый уровень здоровья) содержится в ст. 12 Международного пакта экономических, культурных и социальных прав, участником которого является и Россия, но это право никак не раскрыто в российской системе права.

Постановка такой задачи может существенно изменить работу государства в этой сфере. Ее реализация возможна через выявление факторов, влияющих на здоровье, оценку их вреда или пользы (определение индекса влияния на здоровье) и управление выявленными факторами – подавление вредных и стимулирование полезных. Для этого и должны создаваться государственные программы по работе с такими факторами.

Для решения этой задачи предлагается для начала принять закон о здоровье детей, который содержит указанную концепцию управления факторами в интересах здоровья детей (внесен в Государственную Думу РФ). В ходе решения понадобится создание регистра факторов, влияющих на здоровье, введение индекса влияния на здоровье и определение первичных программ по работе с выявленными факторами. Следует отметить, что работа эта ведется, но очень разрозненно в виде существования регламентов, стандартов, порядков, норм, включая санитарные, и т.п. В них нет единых подходов, они не сравниваются друг с другом по степени влияния, не имеют длительных стратегий борьбы или развития.

Реализация такого подхода потребует изменения в органах власти. Так, Министерство здравоохранения должно быть лишь частью Министерства укрепления здоровья, при этом их задачи антагонистичны, что позволяет перейти от зарабатывания на болезнях и стимулировании болезней к выгоде от здоровых, что для государства и общества намного выгоднее.

Следует учитывать при этом, что здравоохранение – не сфера рыночного регулирования. Вот три основных довода в защиту этого.

Историко-экономический довод. Имеется центральный вопрос развития экономики здравоохранения: «Кто заплатит за больного?» Понятно, что достаточных денег у него самого нет. Эта парадигма предопределила появление страхового принципа – вкладчину – на фабриках и мастерских, когда здоровый (работающий) платит за больного (неработающего). Так, через

создание больничных касс, которые затем выделились в страховые компании, но которые банкротились, спорили с пациентами о страховых случаях, - риски неполучения медицинской помощи были поглощены государством. Государство стало глобальным страховщиком в здравоохранении. Далее, чтобы еще больше не зависеть от третьих лиц, оно выстраивает собственную систему здравоохранения. Так было сделано в СССР и России, такова тенденция во всем мире: страховой принцип постепенно переходит от частных компаний к государствам, и государства во всем мире все больше создают собственных учреждений, а роль страховых компаний ослабевает. Сегодня **Россия имеет государственное страхование** медицинской помощи и сеть ГУЗ и МУЗ для ее осуществления, однако из-за избранного политического курса на рыночные ценности вектор развития идет в сторону рынка, когда человек должен платить за себя сам, что указывает на инволюцию системы.

Правовой довод. Пациент (больной человек) не обладает автономией воли для совершения сделки, наличия которой требуют основы гражданского (рыночного) оборота прав (ст. 1 ГК РФ). Больной человек не может не заключить сделку (не может просто по желанию отказаться от нее или даже надолго отложить) на любых условиях, диктуемых исполнителем, если он может их выполнить, потому что у него болит, он боится (иногда и смерти), и он не всегда знает, что у него болит, и/или как это лечить (для этого нужны специальные познания, которых он не имеет). Сказанное предопределяет зависимость пациента от другой стороны «сделки», которая имеет специальные познания и возможности. Равноправной сделки в этой ситуации быть не может. Именно поэтому государство в здравоохранении создает систему законов и правил, стандартов, протоколов, которые вместо пациента вменяют в обязанность государственным и муниципальным учреждениям действовать определенным способом (по приказу), что относится к административному, а не гражданскому праву. Такая система защищает пациента от рыночных манипуляций.

В силу сказанного практически **все договоры о платных услугах в медицине могут быть признаны кабальными сделками.** Последствия такого признания могут быть разрушительны.

Экономико-правовой довод. Здоровье бесценно (не имеет цены), поскольку прямо связано с качеством жизни и даже самой жизнью, что не подлежат оценке в деньгах, по крайней мере, с ныне действующей моральной точки зрения. Потеря здоровья делает человека неспособным осуществлять нормальную жизнедеятельность, включая утрату способности трудиться. При необходимости спасти свое здоровье или здоровье близких, ребенка люди продают жилье, берут кредиты, чтобы рассчитаться с медицинскими

организациями за их услуги по любой цене. По гражданскому законодательству товар должен иметь определенную цену. Но установить цену на здоровье невозможно – значит, это - не товар, и не предмет купли-продажи. Именно поэтому **медицинские организации продают не результат услуги, не здоровье, а лишь процесс услуги**, - но тогда эти сделки являются, по сути, мошенническими, потому что **пациенты думают, что платят за здоровье, а получают только процесс**. Значительное число вмешательств в здравоохранении не имеет желаемого результата, то есть того, за что было заплачено. Тогда за этим должно следовать возмещение убытков потребителю, но этого не происходит, потому что пациенты часто не понимают, что их ввели в заблуждение.

Совокупность этих доводов ясно указывают на то, что система охраны здоровья – это армия, которая находится на содержании государства и воюет с болезнями. Любое иное понимание задач ведет к росту недоступности медицинской помощи, мошенничеству и хаосу.

В то же время, утверждение о том, что это дорого – является ложным, и делается теми, кто заинтересован в зарабатывании денег на болезнях и смерти людей. Вот некоторые цифры.

Заработная плата за год 600 тысяч врачей по 50 тысяч руб. (по состоянию на 2017 год) на зарплату вместе с налогами составляет **500 млрд. руб.** Средний и младший медперсонал - **820 млрд. руб.** Лекарства стоят 1, 2 трлн. руб., притом, что нужных из них – не более, чем на 550 млрд. руб. (**сейчас государство расходует 240 млрд. руб.**). То есть **государство на основные статьи расходов тратит 1 560 млрд. руб.** В тоже время консолидированные расходы государства на здравоохранение (без строительства сооружений) в 2017 году составили **3,2 трлн. руб.** Население по данным ВОЗ тратит столько же (48%). Возникает вопрос, в чем проблема? Почему не хватает денег? Как их вообще может не хватать?

Оказывается, деньги при многоканальном финансировании растекаются по псевдорыночным потокам (за одну услугу, купленную у своего же, построенного и оснащенного за счет бюджета учреждения здравоохранения, как на рынке, можно заплатить несколько раз – например, по тарифам ОМС (ФФОМС), по ВМП (бюджет), родовому сертификату (ФСС), платно); приписки сохраняются при диспансеризации, при вакцинации, при утяжелении КСГ (за более тяжелую болезнь больше платят).

В системе здравоохранения работает чуть больше 4 млн. человек, притом, что медицинского персонала около 2 млн. чел. – 50%. Но имеются ЛПУ¹, где на 500 штатных единиц приходится 147 человек персонала, который работает с

¹ <http://www.bus.gov.ru/pub/agency/123361?activeTab=1>

пациентами. В другом ЛПУ² - 2 460 штатных единиц, из них медпомощь оказывают 1241 штатная единица (включая совместителей), а у главного врача имеется **16 заместителей. Нет сомнений, что их зарплата существенно выше, чем зарплата врачей.** Это два учреждения в Удмуртии, взятые для примера (начало 2017 года). Совершенно ясно, что для **частного бизнеса, например, такое соотношение числа кадров, создающих основную ценность деятельности, и числа вспомогательного персонала – совершенно недопустимо.** Это требует введения твердого нормирования, исключающего все лишнее из работы ЛПУ.

По сообщению Счетной Палаты РФ система ОМС на «посреднической» деятельности только в 2015 г. потеряла **30,5 млрд рублей**, которые не пошли на оплату медпомощи, а были направлены на расходы страховых медицинских организаций, которые в полной мере свои обязанности не выполняют³. Эта цифра составляет **50 000 годовых зарплат врачей по 50 000 рублей в месяц.**

При этом прямым интересом страховщиков является получение, как можно больших денег от государства и как можно меньшее их расходование, для получения большего дохода. Это означает, что у **СМО имеется прямой конфликт интересов с интересами пациентов и системой здравоохранения.** Именно поэтому невозможно говорить о том, что они будут защищать права пациентов – ведь защита прав пациентов приведет к удорожанию помощи, то есть к убыткам для СМО. Поэтому систему защиты прав пациентов, маршрутизацию пациентов СМО будут выстраивать в своих интересах, а не в интересах пациентов

Возложить на страховщиков защиту прав застрахованных – все равно, что возложить защиту прав потребителей на магазины. По данным Счетной Палаты РФ на одного сотрудника страховых медорганизаций приходится по 1 консультации в части оказания медпомощи и 1 жалобе в год.⁴

Ранее уже говорилось, что функцию страховщика на себе несет государство. Действительно, страховые компании в России не несут на себе страхового риска, а потому не являются страховыми, хотя и называются так. **Поскольку они не страховые, то нельзя развивать через них страхование, то есть поручение Президента РФ о развитии страхования не может быть выполнено через развитие нестраховых медицинских организаций.**

Еще одной сферой потерь стала возможность получать необходимые лекарства, только имея статус инвалидов, что стимулирует рост числа инвалидов. Есть основания полагать, что из 13 млн. инвалидов не менее 10%

² <http://www.rkdc.ru/rkdc/page/administraciya/>

³ http://www.ach.gov.ru/press_center/news/29021

⁴ http://www.ach.gov.ru/press_center/news/29033

получили этот статус из-за лекарств. Но теперь государство оплачивает не только лекарства, но и пенсии и другие льготы. Если люди будут знать, что лекарства они получают без статуса инвалида, то государство может, если эти лица не станут подтверждать инвалидность, получить экономию на социальных пенсиях в размере около 150 млрд. рублей в год. Этой суммы, по мнению ряда экспертов (по мнению государства нужно в два раза больше), как раз не хватает к нынешним 240 млрд. руб. госрасходов для бесплатного лекарственного обеспечения в рамках рецептурной части перечня ЖНВЛП.

Также граждане используют дублирование льгот. Они монетизируют льготы на лекарства, а сами лекарства получают по другим нормативно-правовым актам, например, согласно Постановлению Правительства № 890. Монетизация права лекарственного обеспечения фактически стала **монетизацией конституционного права на медицинскую помощь, что само по себе незаконно, поскольку отказ от конституционного права не действителен** - его нельзя монетизировать, и право на помощь сохраняется и после монетизации. В связи с этим государство несет огромные убытки. В Кировской области, например, бюджет в 2015 году выплатил 900 млн. руб. на монетизацию, а лекарств те же граждане получили еще на 250 млн. рублей, то есть субъект заплатил дважды за одно и то же.

Больше всего госучреждения в 2015 году переплатили за лекарства и медпрепараты — 23,9 млрд из 185,1 млрд руб.⁵. Условия проведения государственных закупок таковы, что иногда не просто позволяют участникам процесса манипулировать ценой, но иногда не позволяют ее снизить.

Если государство хочет поддержать малоимущих, - никто не возражает, но это не отменяет обязанность лекарственного обеспечения.

Приведенные примеры неэффективного управления отраслью ясно показывают, что денег в ней может быть и достаточно, но устройство системы содержит слишком много лишних элементов, которые не только оттягивают ресурсы и дублируют оплату, но иногда и противодействуют системе.

Множество противоречий в нормах законов и права — создают в реальности хаос, требуя устранения коллизий. Это начинается с основного - конституционного права на **бесплатную** медицинскую помощь, которая должна оказываться **в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения**, но рост платности составляет 25% в год по данным Счетной Палаты РФ. Очевидно, что это прямо связано с падением доступности бесплатной помощи в системе ГУЗ и МУЗ. При этом Конституция РФ установила порядок получения помощи: граждане платят за помощь через бюджет или страхователя. Именно поэтому при ее непосредственном

⁵ <http://www.kommersant.ru/doc/3082038>

получении они уже не платят. Нельзя оказывать помощь «гражданам бесплатно за счет граждан», что происходит в реальности. При этом, изменение формы ГУЗ и МУЗ, например, в ГЧП – лишает граждан **конституционного** права на бесплатную медицинскую помощь, потому что **в Конституции право реализуется только в ГУЗ и МУЗ**. Так же и частные компании, входящие в ОМС, не несут на себе конституционной обязанности оказывать бесплатную помощь, в отличие от ГУЗ и МУЗ.

Так же и право выбора, необходимость которого само по себе дискуссионно, поскольку каждый врач должен оказать необходимую пациенту помощь по своей специальности. Но когда в ст 21 ФЗ РФ № 323 читаешь, что выбор осуществляется, в частности, по территориально-участковому принципу, а к специалисту по направлению лечащего врача, то становится ясно, что даже это сфера коррупции, которая может толковаться главным врачом, как в пользу пациента, так и против.

Между тем, есть все основания для улучшения эффективности здравоохранения.

Сегодня не существует системы здравоохранения России – сегодня 85 субъектов России имеют собственные системы здравоохранения, которые не подчиняются напрямую федеральному центру. То есть 85 армий ведут войну против единого врага – болезней, - не подчиняясь Генштабу. Результат такой войны очевиден.

Это ставит вопрос о централизации системы здравоохранения, в целом.

В основе его должна быть административная, плановая, а не рыночная, система, где рассчитываются число и мощность ЛПУ на 10 тысяч населения или на 100 тысяч в случаях редких видов помощи, где определяется потребность населения в оборудовании, расходных материалах, и потребность в лекарствах, изучаются цены, обсуждаются условия и происходит централизованная закупка. Основная оплата работы персонала ЛПУ должна производиться по труду в установленные часы, и не зависеть от числа пациентов в пределах установленного предельного норматива. Превышение трудовых затрат учитывается отдельно. Тогда оплате по стандарту (протоколу лечения) подлежат только расходные материалы и лекарства, и тогда в тарифах ОМС нет смысла, поскольку закупка оборудования, расходного материала и лекарств должна обеспечиваться планомерно по заявкам ЛПУ и централизованно, что приведет к росту покупаемых партий, что снизит цены на торгах. **Это требует создания в системе ОМС системы планирования и отделов планирования. Эту систему проще контролировать, чем тысячи аукционов.**

Стимулирование системы осуществляется на основании только двух показателей: динамика смертности в регионе и удовлетворенность пациентов (вычисляется, как усредненная величина между разными способами и субъектами измерений). Не должны вводиться для стимулирования (наказания или поощрения) показатели, которые зависят от самой системы и ее участников, поскольку это приводит к существенному искажению всех показателей (например, число приписок по количеству услуг в Москве до перехода на подушевое финансирование амбулаторного звена составляло 70% - с 700 млн. ед. в 2013 году до 400 млн. ед. в 2014 году, т.е. 300 млн. к 400 млн. были приписками, и это лишь то, что определено, поскольку и в 2015 и в 2016 годах сведения о приписках продолжали поступать).

Важнейшим фактором эффективности является применение и внедрение новых технологий. Первый же вопрос, который возникает – где взять на это деньги? Однако ранее уже было сказано, что здравоохранение – это инвестиционная сфера. Как это работает в самом здравоохранении?

Например, благодаря внедрению телемедицины (дистанционной медицины) с 2008 до 2016 года в США число дней, проведенных пациентами в больницах, сократилось на 25%, а количество пациентов, лечение которым оказывалось не удаленно, а в стационаре — на 19%. Число очных встреч с врачами сократилось на 70% (данные Американской телемедицинской ассоциации)⁶. Понятно, что с развитием дистанционных технологий цифры будут еще более впечатляющими, причем в них еще надо включать экономию расходов на транспорт для пациентов и для врачей (включая санавиацию), время на посещение врачей и посещения врачами на дому, расходы на заполнение бумаг и на саму бумагу, и т.д. Таким образом, применение дистанционных технологий способно существенно изменить всю экономику здравоохранения. Но при том, что в России все ждут их внедрения, не слышно, что кто-то собирается учитывать их экономические эффекты. Если в результате внедрения дистанционной технологии только на 19% ожидается сокращение стационарных пациентов, это повлечет за собой сокращение расходов на стационары. Если этот эффект не учесть, то деньги так и останутся в стационарах на прежнем уровне, расплываясь на иные нужды. То есть можно сделать вид, что никакого эффекта от дистанционной медицины нет, просто потратившись на нее дополнительно.

Так в России и происходит все время, когда появляются новые лекарства, новые методы, новые приборы: **экономические эффекты не учитываются, и новые способы диагностики и лечения наслаиваются на старые, причем**

⁶ <http://www.forbes.ru/tehnologii/337631-telemedicina-v-rossii-ot-fantoma-k-realnosti>

старые способы и лекарства действительно продолжают применяться и оплачиваться. Понятно, что так не хватит никаких денег.

Ярким примером инвестиционного подхода в здравоохранении служит система лекарственного обеспечения. Сегодня в России правом на бесплатные лекарства пользуются только стационарные больные и льготные категории граждан или пациентов с определенными заболеваниями. Подавляющая часть населения вынуждена покупать амбулаторные лекарства даже из числа жизненно важных за счет своих средств.

Это неизбежно приводит к увеличению вызовов скорой помощи, числа и продолжительности госпитализаций, увеличению смертности, числа «больничных листов», росту инвалидности и сопутствующих расходов на пенсии, реабилитацию и иные льготы, а также приведет к сокращению трудодней. То есть имеются убытки, а также прямое недополучение доходов.

Уже этот взгляд указывает на то, что необходимые лекарства должны быть бесплатны для пациента даже амбулаторно.

Но с лекарствами проблема глубже. В России есть закон об обращении лекарственных средств, но нет закона об обеспечении лекарствами. Получается, что лекарства обращаются независимо от пациентов. Обеспечение осуществляется с помощью нормативных актов, принятых в течение 25 лет, и разбросанных по пяти федеральным законам, десятку постановлений Правительства РФ и нескольким десяткам приказов Минздрава РФ. Это привело к тому, что даже для реализации льготы пациенту оставлен узкий коридор возможностей: его лекарство должно находиться и в стандарте, и лучше в обоих перечнях - ЖНВЛП и ОНЛС, а это очень редко совпадает, оно должно быть закуплено на торгах – и именно то, что лечит, а не какое-то вообще по МНН, оно должно быть в аптеке и оно должно быть правильно выписано врачом. Уже этот набор условий часто является барьером для получения лекарства вообще, и уже тем более нужного.

События последнего времени ясно указывают, что даже льготная система лекарственного обеспечения не решает поставленных перед ней проблем: люди массово монетизируют льготы из-за недоступности необходимых лекарств, власти субъектов РФ используют любые возможности, чтобы не исполнить обязательства перед льготниками с помощью указанным выше условий, - в целом, стало ясно, что субъекты РФ стараются сокращать расходы на медицинскую помощь. Если в эту систему массово ввести новых «льготников», она «закроется» от своих граждан еще больше, что неизбежно усилит и социальное напряжение, и недоверие к врачам и к власти.

1. Закон должен содержать не только правила обращения лекарств, как сейчас, но и механизмы получения их пациентами, включая:

- централизацию лекарственного обеспечения через федеральный центр в виде системы фондов ОМС, куда субъекты РФ подают свои заявки. ФФОМС может сформировать специальное подразделение для этого;

- назначение и получение пациентом необходимых лекарств без оглядки (без условий) на перечни и на стандарты и клинические рекомендации в случае обоснованной необходимости выйти за их пределы;

- право врача выписывать то лекарство, которое он считает необходимым, что означает право на подбор терапии и ответственность за нее, а также означает право выписки рецепта по торговому наименованию в рамках референтной цены, применение которой является необходимым для сдерживания роста расходов государства, и при наличии права пациента приобрести более дорогое лекарство в рамках назначенного МНН с доплатой сверх референтной цены за счет собственных средств. При этом необходима административная ответственность с высокими штрафами за выявление сговоров врачей с фармкомпаниями и создание государством системы информирования врачей о создании и действии новых лекарств или новых свойств лекарств, не зависимой от влияния фармацевтических компаний;

- определение взаимозаменяемости лекарств только врачом с целью подбора наиболее эффективной терапии. При этом повышение цены выше референтной врач должен обосновать отдельно. Терапия, которая подходит пациенту, не может меняться чаще, чем один раз в год. Для детей подходящая терапия не должна меняться, как и в случае применения биологических препаратов для любого возраста, поскольку аналогичность биологических лекарств нельзя сравнивать с синтетическими в силу значительно большего числа условий, от которых зависит эффективность и безопасность;

- механизм выявления в других странах и в России новых технологий и лекарств, оценку соотношения их стоимости, эффективности и безопасности, помимо существующего процесса стандартизации, и механизм их внедрения в России. Возможно, что частью этого механизма должно стать создание государственного агентства новых медицинских технологий;

- механизм закупок в интересах пациента и по назначению врача, игнорирующий наименьшую цену лекарства, как основу принятия решений о закупках;

- механизм снижения (определения) цены за счет увеличения оптовых закупок;

- механизмы взаиморасчетов, хранения, транспортировки и доставки лекарств до пациента, включая использование возможностей аптек. Указанные механизмы должны иметь «запасную систему» обеспечения на случай сбоя основного механизма;

- регистрацию лекарств в ГРЛС в интересах пациентов, а не только производителей;

- мониторинг эффективности и безопасности применения дженериков в течение трех лет после регистрации с обязательной подачей сведений от ЛПУ в Росздравнадзор о воздействии на пациента (пострегистрационные исследования) и публикацией обобщенных ежегодных результатов для сведения общества;

- мониторинг и ответственность за нарушение прав на лекарственное обеспечение.

2. Отсутствие необходимого лекарства в ГРЛС, перечнях, стандартах, непроведение каких-либо процедур органами власти, типа торгов или закупок - не может быть признано обоснованной причиной нарушения прав граждан на жизненно важное или необходимое лекарство. В ОМС (или бюджетах субъектов РФ) должен существовать резервный фонд, который призван к немедленному решению проблем лекарственного обеспечения граждан. Размер и правила работы фонда определяется Правительством РФ.

3. Перечень ЖНВЛП автоматически должен включать в себя лекарства из стандартов и клинических протоколов, иначе они не могут быть выполнены. При этом указанные документы должны содержать современные способы лечения и лекарства, и обновляться не реже, чем один раз в три года, а в случае создания «прорывных технологий» сразу же после их регистрации в любой стране мира. Как и сейчас, в случае отсутствия стандарта (клинических рекомендаций - КР) или отсутствия лекарства в стандарте (или КР), оно должно быть доступно через решение врачебной комиссии. При этом решение ВК не может противоречить современным достижениям медицины и решениям ВК федеральных научных центров при их наличии.

4. Поскольку Конституция РФ гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь в ГУЗ и МУЗ, которая невозможна без лекарств (что должно быть прямо отражено и в Основах законодательства...), то монетизировать это право нельзя – оно все равно должно быть реализовано. Это требует отмены программы монетизации льгот и реализации конституционного права граждан на лекарство в полном объеме. При этом денежная поддержка государством малоимущих слоев населения

приветствуется вне зависимости от обязательств по лекарственному обеспечению, но связывать эти программы нельзя.

5. Необходима не столько уголовная, сколько административная ответственность за нарушение прав на лекарственное обеспечение, как для юридических, так и для физических лиц.

6. Должен работать механизм учета экономической эффективности лекарственного обеспечения. Он должен включать в себя не только учет сокращения издержек на скорую помощь, стационары, реабилитацию, инвалидность, рост трудодней и трудоспособность в целом, включая и домашнюю занятость (уход за детьми, инвалидами, больными, домашнее обучение и т.п.), но и сокращение числа инвалидов в целом по причине того, что некоторая часть сегодняшних инвалидов получила этот статус ради бесплатных лекарств, и в случае их получения вне зависимости от статуса инвалида, есть вероятность их отказа от инвалидности, что сократит расходы бюджета на пенсии и пр. льготы. Этот механизма необходим, чтобы видеть, что сфера здравоохранения является не убыточной, а инвестиционной сферой.

Особенной проблемой, требующего экстренного реагирования, является здоровье детей. Научные данные указывают на ухудшение состояния их здоровья в период их обучения в школе⁷. Общая распространённость нарушений здоровья и развития среди детей в возрасте до 14 лет за последний период (более 10 лет) увеличилась на 26,8%. Среди детей старшего подросткового возраста (15–17 лет) показатель общей заболеваемости увеличился вдвое⁸.

Число суицидов среди несовершеннолетних детей в России выше общемировых показателей в три раза. В 2015 году в РФ было зарегистрировано более 460 суицидов детей⁹. Число попыток самоубийств существенно больше, чем число завершённых суицидов. Попытки превышают число самоубийств в 10-20 раз¹⁰. Наблюдается снижение взрослых суицидов, а детские возросли на 30–37 %. С 2006 года увеличились случаи детских суицидов, что можно связать с экзаменами у школьников, так как именно с 2006 года ЕГЭ было введено в 79 регионах страны¹¹. На связь самоубийств и ЕГЭ прямо указано в письме Уполномоченного по правам ребенка в РФ, которое распространялось еще в 2011 году письмом Министерства образования РФ от 04.08.2011 г. № 03-

⁷ <http://www.remedium.ru/doctor/pediatrics/detail.php?ID=65072>

⁸ <http://www.pediatr.med.cap.ru/Page.aspx?id=608049>

⁹ <http://www.rosbalt.ru/russia/2016/08/22/1543069.html>

¹⁰ <https://rg.ru/2013/03/15/samoubiistva.html>

¹¹ <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=9881>

03/5556.¹² Отметим, что после массовой публикации приведенных данных, информация об этом была «закрыта». За последние три года практически не стало публикаций о самоубийствах и проблемах со здоровьем, однако только в Москве летом 2018 года во время сдачи ЕГЭ было осуществлено 250 госпитализаций по скорой помощи из-за угрозы острого мозгового кровообращения у школьников!¹³ Инсульты у детей? Вызовов скорой помощи было без сомнений больше.

Но среди факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье детей, влияние на здоровье системы образования и экзаменов практически не изучено.

По мнению экспертов и родителей созданная система образования, в основе которой лежит Единый государственный экзамен, коррумпирована¹⁴, фрагментарна, порождает неграмотность¹⁵ и, как уже показано и будет показано далее, массово подрывает здоровье детей.

Между тем, для детей учеба – это тоже самое, что для взрослого работа, труд.

Даже поверхностное изучение нормативных документов, регулирующих работу школы, прямо указывает на то, что дети не просто перегружены, а на то, что они работают значительно дольше взрослых.

Так, согласно п.п. 10.5, Таблица 3 СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях":

максимально допустимая аудиторная недельная нагрузка для детей со 2-го (для первого класса условия в петиции не обсуждаются) по 11-й класс колеблется при переводе академических в астрономические часы:

для 6-ти дневной недели от 19,5 (2 кл.) до 27,75 (11 кл.) астрономических часов (ч.);

для 5-ти дневной недели – от 17,25 (2 кл.) до 25,5 ч. (11 кл.).

Добавим к этому домашнюю работу (это ведь тоже работа), которая согласно п.п. 10.30 не должна превышать при пересчете в неделю: во 2 - 3 классах – (9 ч. – 6 дней, 7, 5 ч. – 5 дней), в 4 - 5 классах - 2 ч. (12 ч – 6 дней, 10 ч. – 5 дней), в 6 - 8 классах - 2,5 ч. (15 ч. – 6 дней, 12,5 – 5 дней), в 9 - 11 классах - до 3,5 ч (21 ч – 6 дней, 17, 5 ч. – 5 дней).

В сумме:

для 6-ти дневной недели от 28,5 ч. (2 кл.) до 48,75 ч. (11 кл.)

¹²http://www.minobraz.ru/files/pismo_ministerstva_ot_04.08.2011_g._03035556_quoto_suicidalnoj_situacii_sredi_ne_sovershennoletnikhquot.doc

¹³<http://nsn.fm/hots/vo-vremya-ege-v-moskve-gospitalizirovany-250-shkolnikov.html>

¹⁴http://www.msu.ru/press/federalpress/rektor_mgu_ege_porozhdaet_korrupciyu.html

¹⁵http://echo.msk.ru/blog/mel_fm/1810652-echo/

для 5-ти дневной недели – от 24,75 ч. (2 кл.) до 43 ч. (11 кл.)

Сравним полученную допустимую нагрузку с нормами продолжительности рабочего времени согласно Трудовому Кодексу РФ. Согласно ст. 91 ТК РФ нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать **40 часов в неделю**, - это норма для взрослых, которая была выработана как раз для сбережения не только здоровья, но и трудоспособности. И это – норма труда во многих странах мира.

Согласно ст. 92 ТК РФ сокращенная продолжительность рабочего времени устанавливается:

для работников в возрасте до шестнадцати лет - не более 24 часов в неделю;

для работников в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет - не более 35 часов в неделю.

Получается, что СанПиН разрешает детям во втором классе (7-8 лет) работать дольше, чем разрешено работать 15-летнему человеку по ТК РФ! А шестиклассники (12-13 лет) могут работать столько же, сколько взрослые, то есть 40 часов в неделю, да еще при шестидневной неделе!

Если добавить сюда внеурочную деятельность согласно п.п.10.5 СанПиНа - 7,5 астрономических часов и/или выбранную деятельность, которая может стать в дальнейшем профессией – спорт, музыка, художественное искусство, танцы и т.п., - мы получим, что дети перегружены намного больше взрослых.

При этом созданная конкуренция между школами заставляет их превышать даже эти максимумы норм, и этого никто не контролирует.

У этой проблемы имеются не сложные решения. Например, школьные аттестаты можно выдавать на основании оценок за весь период обучения, а не на основании экзаменов. Это логично, иначе получается, что образованность, отраженная в ходе длительного обучения в школе, в итоговых оценках сейчас не учитывается совсем, а оценивается лишь способность ученика сдавать экзамены, но это – способность сдавать экзамены и способность учиться - совсем разные способности.

В то же время можно разрешить ученикам сдавать выпускные экзамены для улучшения оценок и поступления в ВУЗы. Тогда экзамены не имеют обязательности, что снижает давление на школьников. Если же школьник решил поступать в ВУЗ, то результаты выпускных экзаменов (они могут едиными, как сейчас) должны учитываться при поступлении в ВУЗ вместе с аттестатом. При этом, и при поступлении в ВУЗ должен быть предоставлен выбор: абитуриент либо сдает единые экзамены в школе, либо экзамены самого ВУЗа. Такой дифференцированный подход даст разным абитуриентам выбрать ту форму экзамена, которая им комфортнее.

На основании сказанного необходимо:

1. Провести работу по выявлению и оценке факторов, влияющих на здоровье детей, включая учебную программу, нагрузку и, отдельно, влияние на здоровье экзаменов. Мониторировать изменение этих факторов и появление новых;
2. Привести школьную нагрузку к нормам, учитывающим все временные затраты детей на учебный процесс, предоставляя возможность заниматься занятиями, не входящими в учебную программу;
3. Отменить обязательные, единые экзамены, приводящие к самоубийствам детей;
4. Поставить перед системой образования задачу улучшения здоровья детей;
5. Создать систему ответственности за здоровье детей лиц, принимающих решения в отношении факторов, влияющих на здоровье детей.

Невозможно не сказать о росте агрессии в системе здравоохранения. Вместе с попыткой ввести рыночное регулирование имеется **неадекватность уголовно-правового регулирования** по отношению к врачам. В СМИ врачей все чаще называют «убийцами», растет недоверие населения к врачам (рост с 35 до 55%% с 2014 по 2016 г.г. - ВЦИОМ), невыполнению назначений врачей пациентами, агрессии, нападению на врачей, росту числа жалоб, исков и уголовных дел против них (по данным СК РФ в три раза за пять лет). Таким образом, здравоохранение становится все более агрессивным. К тому же и медицинская корпорация выработала ряд защитных мер, в чем ее трудно винить: непризнание ошибок; «пишем карту для прокурора», включая неразборчивый почерк, подделку, сокрытие листов, анализов, карт и т.п.; корпоративную солидарность – специалисты и эксперты стараются не формулировать причинной связи, чтобы их коллегу не могли привлечь к суду.

Системно это приводит к тому, что врач не может извиниться и признать свою ошибку и вину, иначе за этим последует уголовное наказание, но общество и не может всерьез ожидать таких признаний от него в такой ситуации. Это значит, что системно ошибки не признаются, скрываются, не анализируются и не исправляются. Таким образом, наличие **неадекватной** уголовной ответственности лишило отрасль возможности исправлять свои ошибки, не позволяет врачам извиняться перед пациентами и их близкими, что лишает их доверия и вызывает конфликты.

Нет сомнений, что любая профессиональная деятельность, а врача особенно, - направлена на общественное благо. Врач, помогая пациенту, считает, что действует в интересах его здоровья и жизни, и, хотя он и предполагает различные исходы, но выбирает тот, который считает наиболее

нужным для пациента, то есть **тот, который направлен на общественное благо**, или, по крайней мере, **тот, который не приведет к последствиям, которые подпадают под действие УК РФ**.

Ведь, если бы он точно знал, что определенные его действия повлекут за собой такие последствия со здоровьем или с жизнью пациента, и уж тем более такие, как уголовную ответственность, он бы точно их не совершал. Но в момент их совершения **он точно не знает и точно не может знать, какие именно последствия наступят**.

Между тем, ст. 28 УК РФ говорит о невиновном причинении вреда, где сказано, что деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать **общественной опасности** своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления **общественно опасных последствий** и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть.

Так врач, как сказано, и не сознает, что его решение направлено на опасность. Врач предвидит не один вариант исхода для больного человека, а несколько, и, конечно, он понимает, что больные люди иногда умирают. Так же он понимает, что следствием его действий могут быть разные исходы, включая и плохой. Для профессии врача причинение меньшего вреда для устранения более тяжелого – норма, например: разрезание живота при перитоните или кесаревом сечении; или необходимость глотать горькие таблетки, которые могут иметь нежелательные последствия и т.д. **Но в целом, врач выбирает способы помощи, полагая, как обычно, что действует во благо, а не во вред**. И это все – его **предположения**, потому что все это время врач находится в состоянии некоторой неопределенности. **Он не знает точно, что именно нужно именно этому пациенту, и что именно не нужно**.

Почти всегда речь идет о вероятностях и предположениях, но не о точном знании, не о стопроцентном осознанном выборе. Иначе пришлось бы говорить об **умышленном причинении вреда**, когда врач точно знает и причиняет вред, но такое бывает лишь в редчайших случаях, **когда никаких сомнений и предположений нет**, и тогда следует говорить об умышленных преступлениях, но это – другая тема.

Сейчас же ясно, что неопределенность последствий порождает неопределенность в действиях врача, а согласно ст. 14 УПК РФ **сомнения трактуются в пользу обвиняемого, и обвинительный приговор не может быть основан на предположениях, в частности, и предположениях самого врача в момент действия**.

В целом, действия профессионала всегда направлены на совершение **общественного блага**, и уже поэтому при обычном (рутинном) их совершении

они не могут трактоваться, как общественно опасные. Если же в момент совершения некого действия имеется неопределенность – многовариантность диагнозов, оценки состояния, реакции организма на вмешательство и т.п. – то имеются сомнения в виновности врача и лишь в предположительной форме можно рассуждать о его виновности, а согласно ст. 14 УК РФ только **виновно совершенное и общественно опасное деяние считается преступлением.**

Изложенное позволяет говорить о том, что имеющиеся в УК РФ нормы ответственности с неосторожной формой вины за профессиональные действия врачей являются неверными по своей сути, а здравоохранению они причиняют колоссальный вред в течение многих лет, формируя среди врачей в некотором смысле психологию преступников, вынуждая их скрывать свою деятельность и ее результаты.

В тоже время и какой-то вид ответственности необходим, и это должно быть быстро, компетентно и не за счет пациентов. Этим критериям отвечает только административная ответственность.

Перенос уголовной ответственности в КОАП РФ за деяния с неосторожной формой вины снимет ореол преступности с профессии врача, облегчит саму ответственность, позволит признавать свою вину без страха оказаться за решеткой, позволит отрасли признавать свои ошибки, анализировать их и исправлять, позволит лишать права заниматься медицинской деятельностью тех врачей, кто профессионально непригоден – без приговора уголовного суда, вернет доверие пациентов, а для потерпевших это будет означать скорое признание вины, что в подавляющем числе случаев достаточно для разрешения конфликта.

По указанным причинам необходимо:

- принять меры к исключению из УК РФ составов преступлений по ч. 2 ст. 109, ч.2 ст. 118, ст. 124, и на практике не применять к врачам составы с неосторожной формой вины за профессиональные нарушения;
- ввести нормы административной ответственности для медицинского персонала в КОАП РФ.

И последним фактором изменения атмосферы в здравоохранении следует считать привитие доброжелательности медицинского персонала к пациенту. Для этого нежно создание обучающих программ и даже центров с психологами и актерами, а для профессий хирургов, акушеров, реаниматологов, скоропомощников – специальные программы психологической адаптации.
