**Министерство здравоохранения и социального развития Российской**

**Федерации**

**ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»**

**Кафедра судебной медицины и права**

Шаповал Григорий Владимирович

**Лечебный факультет курс 4 группа 6**

**РЕФЕРАТ**

по дисциплине: ***Правоведение***

на тему: **№22«Проблемы реализации права граждан на бесплатную медицинскую помощь в Российской Федерации»**

Отметка о зачете

Руководитель: Киричатый Владимир Васильевич

**Архангельск**

**2013**

**Оглавление**

1. **Введение**
2. **Основная часть**
	1. Опрос общественного мнения
	2. Финансирование здравоохранения
	3. Структура медицинских кадров
	4. Квалификация медицинских кадров
	5. Производственная медицина
	6. Управление системой здравоохранения
	7. Национальный проект «Здоровье»
	8. Новая законодательная база
3. **Заключение**
4. **Список литературы**
5. **Введение**

Права и свободы человека являются высшей ценностью и согласно Конституции Российской Федерации их признание, соблюдение и защита - обязанность государства. К числу конституционно защищаемых ценностей относится и право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь как неотъемлемое и неотчуждаемое благо, принадлежащее человеку от рождения. В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В настоящее время реализация данного конституционного права является одной из наиболее актуальных и, одновременно, сложных проблем для российского общества. На конституционном уровне гарантируется наличие в Российской Федерации бесплатной системы медицинской помощи - граждане Российской Федерации освобождаются от непосредственной платы за оказание бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, бремя финансирования возлагается на соответствующие бюджеты, страховые взносы и иные поступления. Однако существуют проблемы, порождающие препятствия в реализации конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Они и будут рассмотрены в данном реферате.

1. **Основная часть**
	1. **Опрос общественного мнения**

Специалисты «Росгосстраха» опросили 11 000 респондентов в 36 крупнейших городах страны в 2012 году.

Если в 2011 году удовлетворены медобслуживанием были 43% респондентов, то в 2012 — лишь треть (34%). Руководитель ЦСИ «Росгосстраха» Алексей Зубец полагает, что ухудшение показателей может быть связано с вступлением в силу нового закона о здравоохранении, закрепляющего возможность предоставления платных услуг в государственных медицинских учреждениях.

Однако если качеством бесплатных медицинских услуг оказались довольны 36% респондентов, то платными услугами — 28%.

* 1. **Финансирование здравоохранения**

Недофинансирование государственной системы здравоохранения является важной проблемой. В настоящее время ВОЗ проводит прямую зависимость между общими расходами на здравоохранение (на душу населения) и средней (ожидаемой) продолжительностью жизни.

Сравним расходы на здравоохранение в России и других развитых странах: в России в 2012 г. общие расходы на здравоохранение в % от ВВП составили 5,3%, для сравнения в США – 16,4%, а в странах ЕС 10,7%.

Нет денег - нет ни достойной оплаты труда медицинского персонала, ни достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, ни возможности выполнять современные стандарты лечения, ни кондиционеров в палатах, ни современного оборудования и реактивов. Увеличение финансирования здравоохранения потребует дополнительных источников. Сегодня 60% населения РФ проживает на доходы менее 15 тыс. руб. в месяц и сталкивается с существенным ростом других статей расходов семейного бюджета (тарифы на ЖКХ, цены на продукты питания, транспортные расходы и т.д.). В этих условиях единственно возможным источником увеличения доходов федерального бюджета (как источника финансирования здравоохранения) могут стать прогрессивная шкала подоходного налога и тарифов страховых взносов, а также 3-4-кратное увеличение акцизов на алкоголь и табак.

**2.3 Структура медицинских кадров**

Дефицит и диспропорции в структуре медицинских кадров, так же являются важными проблемами. Нет врачей - нет доступной медицинской помощи. Обеспеченность врачами на 1000 населения в 2011г. без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,4, что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР, минимум на 30-40%, поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в РФ необоснованны. Более того, в ближайшее 5 лет в РФ прогнозируется дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда (на 21% ниже, чем средняя зарплата по РФ); с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом (число выпускников школ в 2010 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза, и, как следствие, через 5-6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов). Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в "новых" странах ЕС, имеющих аналогичный с РФ ВВП на душу населения (около 18 тыс. $ППС в год), то в этих странах врач получает в 1,5-2,5 раза больше, чем составляет средняя оплата труда в других странах.

Более того, в РФ наблюдается неоптимальная структура медицинских кадров по сравнению с развитыми странами: обеспеченность врачами первичного звена в 1,7 раза ниже; соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3. Необходимо также отметить неоптимальное распределение медицинских кадров: в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ, соответственно, в 4 и 2 раза.

**2.4 Квалификация медицинских кадров**

Недостаточная квалификация медицинских кадров и, как следствие, неудовлетворительное качество медицинской помощи. Нет врача - плохо, но нет квалифицированного врача - еще хуже. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, смертность больных с бронхиальной астмой и другие показатели в 2-3 раза выше, чем в странах ОЭСР.

* 1. **Производственная медицина**

Производственная медицина в России характеризуется низкой доступностью. По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15%) областях и Еврейской автономной области (41,1%). При этом анализ, проведенный Институтом медицины труда в 2002 г., показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты. Все это вкупе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту числа запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда.

Следует отметить, что Минздравсоцразвития России с 2010 г. введен в действие новый порядок аккредитации организаций, занимающихся оказанием услуг в сфере охраны труда, а также разрабатывается новый порядок аттестации рабочих мест, но действие этих норм направлено только на улучшение условий труда. А нам необходимо комплексное решение проблемы: надо срочно обеспечить доступность профилактической и первичной медико-санитарной помощи для большинства работников предприятий непосредственно вблизи от рабочего места.

* 1. **Управление системой здравоохранения**

Управление системой здравоохранения является неэффективным. Неэффективность проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов. Во-первых, в РФ отсутствует система оценки деятельности руководителей здравоохранения всех уровней (в том числе ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности и др. Имеющиеся отчеты Минрегионразвития РФ об эффективности деятельности органов исполнительной власти (в части здравоохранения) не отражают реальной картины в регионах, так как сравнение идет по устаревшим (времен Советского Союза) и не дифференцированным нормативам, например без разделения коек по уровню интенсивности и врачей на врачей первичного контакта и специалистов. Во-вторых, неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокие риски коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. В-третьих, в ряде случаев имеет место низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и недостаточно используется мнение профессиональной медицинской общественности. Например, утверждением порядков и стандартов медицинской помощи занимается Комиссия, в состав которой вошли практически только одни чиновники, кроме одного - руководителя академического клинического учреждения. В-четвертых, недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. Все это приводит к неэффективному расходованию дефицитных государственных ресурсов.

* 1. **Национальный проект «Здоровье»**

Это программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная президентом Российской Федерации В. В. Путиным, стартовавшая 1 января 2006 года в рамках реализации четырёх национальных проектов.

Цели проекта

* Укрепление здоровья граждан
* Повышение доступности и качества медицинской помощи
* Развитие первичной медицинской помощи
* Возрождение профилактического направления в здравоохранении
* Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью

Генеральная прокуратура Российской Федерации обобщила принятые в 2012 г. меры в целях обеспечения законности при реализации приоритетного национального проекта в области здравоохранения.

Результаты показали, что при осуществлении приоритетного национального проекта «Здоровье» остаются многочисленными нарушения, связанные с несвоевременной оплатой труда медицинских работников, простоем поставленного в учреждения здравоохранения оборудования, размещением заказов для государственных нужд и неправомерным расходованием бюджетных средств.

Мерами прокурорского реагирования восстанавливались права медработников на получение дополнительных выплат в рамках проекта. Так, прокурором Красносельского района Костромской области по коллективной жалобе работников ОГБУЗ «Красносельская районная больница» в суд направлены 44 заявления о выдаче судебного приказа о погашении задолженности по дополнительным выплатам в рамках проекта, которые удовлетворены.

 Зачастую органы исполнительной власти субъектов принимают правовые акты, нарушающие права медицинских работников. Так, в Алтайском крае суд удовлетворил заявление прокурора о признании недействующим приказа краевого управления по здравоохранению. Данным приказом из числа специалистов, имеющих право на получение стимулирующих выплат за повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, были исключены врачи и медицинские сестры, получающие доплаты в рамках проекта.

В ряде регионов установлены случаи простоя и неэффективного использования дорогостоящего медицинского оборудования. Так, в Приморском крае длительное время не использовалось оборудование, поставленное в рамках проекта в Центр здоровья для детей при КГБУЗ «Дальнереченская центральная городская больница». По различным причинам, в том числе из-за отсутствия медицинского персонала, не применялось 69 видов дорогостоящего медицинского оборудования, поступившего в 2006-2012 гг. в МУЗ «Центральная районная больница № 1» г. Нефтеюганска Ханты-Мансийского автономного округа. Аналогичные нарушения выявлены прокуратурами Архангельской, Ленинградской, Мурманской областей и г. Санкт-Петербурга.

Прокуроры продолжают пресекать факты неправомерного расходования бюджетных средств, направленных на реализацию мероприятий проекта. Так, Генеральной прокуратурой РФ установлено, что в Карачаево-Черкесской Республике при строительстве модуля по переливанию крови в г. Черкесске региональные органы здравоохранения оплатили фактически не выполненные работы и поставленное для модуля медоборудование на общую сумму 288,6 млн. руб. По данному факту следственными органами проводится процессуальная проверка.

В отдельных регионах вмешательство прокуроров было вызвано лишением граждан права на высокотехнологичную медицинскую помощь. Прокуратурой Ставропольского края установлено, что в апреле 2012 г. медицинским учреждениям региона на оказание высокотехнологичных услуг из консолидированного бюджета выделено 18,4 млн. руб., однако более полгода они не оказывались. Прокурором края в адрес министра здравоохранения края внесено представление.

Всего в 2012 г. в сфере реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» прокурорами выявлено свыше 46 тыс. нарушений, для устранения которых внесено 7,5 тыс. представлений, по результатам их рассмотрения к дисциплинарной ответственности привлечено 10 тыс. лиц, на незаконные правовые акты принесено более 500 протестов, в суды направлено 7,7 тыс. исковых заявлений, по постановлениям прокуроров к административной ответственности привлечено 1,6 тыс. лиц, предостережено о недопустимости нарушений закона 500 должностных лиц, по материалам прокурорских проверок возбуждено свыше 130 уголовных дел.

* 1. **Новая законодательная база**

Законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ) и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323–ФЗ) помогут решить проблемы здравоохранения только частично. Так, Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает серьезные положительные нормы:

- централизацию финансирования системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС;

- нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население;

- изменение структуры тарифа на ОМС – с 2013 г. включение расходов на содержание учреждения, а также включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (2013 г.) и высокотехнологичной помощи (2015 г.), т.е. организацию одноканального финансирования;

- повышение ответственности регионов за оказание первичной помощи;

- обязательное исполнение порядков и стандартов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС и формирование критериев эффективности этих программ.

Вместе с тем имеются определенные факторы риска при реализации этого закона, что потребует их решения в других федеральных законах или подзаконных актах. Например, централизация финансирования с последующим перераспределением средств в регионы в условиях общего дефицита этих средств может поставить под угрозу объемы финансирования здравоохранения в относительно богатых субъектах РФ; соответственно, может пострадать заработная плата врачей. Далее в этом законе акцентируются меры по расширению прав пациента выбирать врача и медицинскую организацию без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней оказания медицинской помощи пациентам, что повлечет за собой дополнительные затраты в системе. Задача состоит не в том, чтобы предоставить свободу выбора пациенту, а в том, чтобы обеспечить доступность и качество медицинской помощи в большинстве МО (а эти организации, как правило, находятся по месту жительства пациента).

Что касается Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то следует отметить также несколько положительных норм.

Передача полномочий по оказанию первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи с муниципального уровня на уровень субъекта РФ. Эта норма продиктована тем, что у большинства муниципальных образований было недостаточно средств на оказание данных видов медицинской помощи. «Бедные» системы здравоохранения (как в Российской Федерации) должны быть централизованы: так легче ими управлять и их контролировать.

Положение о предоставлении медицинской помощи по участково-территориальному принципу, использование системы направлений. Эти положения устраняют риск снижения координации медицинской помощи населению, вводимый положениями законопроекта «Об обязательном медицинском страховании», которые декларируют право выбора пациентом врача и медицинской организации.

Закон правильно решает и отдельные узкоспециализированные вопросы здравоохранения: в детской трансплантологии, в лечении орфанных заболеваний, в применении репродуктивных технологий и др.

Все эти вопросы важны, но первоочередная цель главного закона страны по охране здоровья граждан – закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья всех граждан Российской Федерации, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью всех заболевших. К сожалению, эти вопросы не нашли должного отражения в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он не решает этих задач. Более того, этот закон приведет к усилению недовольства населения (в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи), а также медицинских работников, так как он не улучшает их положения.

1. **Заключение**

В современной России задачи по снижению смертности и заболеваемости, повышению рождаемости и продолжительности жизни населения, обеспечению граждан страны качественной медицинской помощью практически не могут быть решены только одним здравоохранением, бюджетное финансирование которого находится на довольно низком уровне. Для выполнения указанных задач и решения рассмотренной проблемы необходимы разработка и осуществление специальной социально-экономической программы государства, обеспечивающей создание единой федеральной межведомственной системы, в состав служб которой могут входить представители всех отраслей и хозяйствующих субъектов федерального, регионального и муниципального уровня, а также частного бизнеса. При этом основным направлением их деятельности должны стать правовые приоритеты соответствующего образования и здоровья в жизни россиян.

1. **Список используемых источников**
2. [http://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-81280/\](http://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-81280/%5C)
3. Конституция Российской Федерации: Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с изм. от 25 июля 2003 г.) // СЗ РФ.-2003.
4. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ)
5. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323–ФЗ)
6. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. - 668 с.
7. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта "Здоровье". Утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.).
8. Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке». – Режим доступа: http: // [www.gov.cap.ru](http://www.gov.cap.ru)
9. Национальный проект «Здоровье». – Режим доступа: http:// zdorovie.perm.ru/