

Специальный доклад

**Уполномоченного по правам человека в
Брянской области**

**«О соблюдении прав граждан на охрану
здоровья и бесплатную медицинскую
помощь в Брянской области»**

2007 г.

Статьей 41 Российской Конституции гарантируется каждому гражданину право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Причем установлено, что в государственных и в муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно, за счет бюджетных средств, страховых взносов, иных поступлений.

Для объективной оценки выполнения положений указанной конституционной нормы в Брянской области, изучению и анализу были подвергнуты следующие вопросы:

1. Наличие законодательной базы;
2. Наличие сети учреждений здравоохранения и их техническое состояние;
3. Оснащенность и финансирование учреждений здравоохранения;
4. Доступность медицинской помощи;
5. Оказание платных медицинских услуг;
6. Информационное обеспечение прав застрахованных;
7. Реализация национального проекта «Здоровье».

Анализ и оценки состояния соблюдения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь осуществлялось на основании обращений граждан к Уполномоченному, данных, поступивших из муниципальных образований, департамента здравоохранения Брянской области, от общественных помощников Уполномоченного, из БТФОМС, ФСС по Брянской области, материалов, предоставленных рабочей группой.

Обобщение сведений и данных, поступивших из перечисленных источников, позволило сделать следующие выводы.

1. Наличие законодательной базы.

В развитие положений ст. 41 Конституции, в РФ приняты Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, которые содержат основные, базовые принципы и понятия в области охраны здоровья, в т.ч. по вопросам оказания бесплатной медицинской помощи в РФ.

Ежегодно Правительством РФ утверждаются Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Наряду с Конституцией РФ и Федеральными Законами, регулирующими указанные правоотношения, в области приняты собственные нормативные правовые акты по рассматриваемой тематике в т.ч. законы «Об охране здоровья населения Брянской области», «О лекарственном обеспечении населения Брянской области». Вопросы охраны здоровья и бесплатной медицинской помощи регулируются законами «Об образовании», «О дополнительных мерах социальной защиты населения Брянской области, подвергшегося радиационному воздействию», «О защите населения и территории Брянской области от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» и др.

В области существует ряд программ по охране здоровья и профилактике заболеваний, в т.ч. программы по предупреждению и борьбе с заболеваниями социального характера; по медицинскому обеспечению «чернобыльцев», лиц пожилого возраста и инвалидов; по улучшению демографической ситуации и повышению качества жизни и др.

Утверждены стандарты качества оказываемых бесплатных медицинских услуг.

Ежегодно в области утверждаются Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, до государственных и муниципальных учреждений здравоохранения доводятся государственные и муниципальные заказы на объемы предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи.

2. Сеть учреждений здравоохранения. Техническое состояние зданий и сооружений.

По сведениям департамента здравоохранения Брянской области по состоянию на 01.01.2007 г. охраной здоровья и оказанием медицинской помощи в нашей области занимались 187 учреждений здравоохранения. В их структуру входят 2 диагностических центра, 91 стационар, 155 амбулаторно-поликлинических учреждений, более 40 подразделений скорой помощи, около

630 ФАПов, 8 здравпунктов и др. (табл. № 1/1 - 1/4). Оказание бесплатной медицинской помощи осуществляют более 100 государственных, муниципальных и ведомственных учреждений здравоохранения, в т.ч.: 39 государственных, 58 муниципальных, 5 ведомственных.

Из них 67 работают в системе ОМС, и оказывают бесплатную медицинскую помощь за счет средств фонда обязательного медицинского страхования, 61 – работают в рамках бюджетного финансирования. Кроме того, на многих предприятиях функционируют ведомственные амбулатории и фельдшерские пункты, оказывающие бесплатную медицинскую помощь работникам соответствующих предприятий.

По поступившим сведениям, все лечебные учреждения размещены в капитальных зданиях со сроками возведения с 1900 по 2006 г. Основная масса районных и городских поликлиник и стационаров размещается в специализированных помещениях, оснащена центральным отоплением, водопроводом и канализацией.

Приведенные данные позволяют прийти к выводу, что в целом, существующая сеть учреждений здравоохранения, практически обеспечивает нормативные потребности населения, как по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию, так и по стационарному лечению.

Вместе с тем необходимо отметить, что здания многих поликлиник, стационаров, амбулаторий и ФАПов требуют ремонта или реконструкции, а иногда и сноса. В некоторых районах (Брасовский, Карачевский и др.) еще используются деревянные здания послевоенной постройки, которые давно отслужили свой срок и не подлежат ни ремонту, ни реконструкции.

Многие ФАПы не имеют минимально необходимых условий для нормального функционирования. Из 630 единиц их общего количества (график № 1) только в 100 (15%) – имеется центральное отопление, только в 160 (25%) - имеется водопровод; только 74 (11%) – оборудованы канализацией. Многие ФАПы имеют печное отопление и отапливаются дровами.

По поступившим из муниципальных образований данным, ремонта требуют около 70 стационаров, более 40 поликлиник, более 200 ФАПов. По представленным, далеко не полным данным, на их ремонт требуется более 320 миллионов рублей (табл. № 1/1 - 1/4). Некоторые муниципальные образования: Погарский и Клетнянский районы, Клинцы и др., самостоятельно разрабатывают и пытаются реализовать различные программы по развитию здравоохранения. Например, в Погарском районе принята комплексная программа по развитию здравоохранения на 2007-2010. Такие инициативы необходимо поддерживать и развивать, однако, исходя из существующего уровня бюджетной обеспеченности, многим муниципальным образованиям такие расходы не по карману и без финансовой поддержки из вышестоящих бюджетов решение этого вопроса может растянуться на многие годы.

Необходимо отметить, что в последнее время в области уделяется значительно больше внимания строительству и ремонту учреждений здравоохранения. В большинстве муниципальных образований ведется новое строительство, реконструкция, капитальные и текущие ремонты зданий и помещений ЛПУ.

Положительное влияние на приведение в надлежащий внешний вид учреждений здравоохранения оказали мероприятия по выполнению Национального проекта «Здоровье», поскольку непременным условием поставки нового медицинского оборудования является подготовка помещений для его размещения. Однако для кардинального улучшения ситуации в оптимальные сроки, очевидно, необходима комплексная областная программа, аналогичная национальному проекту «Здоровье».

3. Оснащенность и финансирование.

Оказание современной квалифицированной медицинской помощи невозможно без своевременного финансирования лечебных учреждений, их оснащения необходимым медицинским оборудованием, транспортом, лекарственными препаратами и вспомогательными средствами, иными видами материального обеспечения.

По поступившим сведениям, все учреждения здравоохранения имеют определенный уровень финансовой и материальной обеспеченности для выполнения возложенных функций, причем в последние годы значительно улучшилось финансирование текущей деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (ГУЗов и МУЗов), как по общему объему выделяемых средств, так и по своевременности их поступления в лечебные

учреждения, что позволяет обеспечить их потребности, необходимые для оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в объемах государственных гарантий.

Затраты ЛПУ за оказанные медицинские услуги, как по системе ОМС, так и по системе бюджетного финансирования, возмещаются им по представлении необходимой документации. Затраты на коммунальные и иные услуги, обеспечивающие нормальное функционирование медицинских учреждений, также, в основном, финансируются в пределах установленных нормативов. Определенным дополнительным источником финансового обеспечения потребностей отдельных ЛПУ являются средства, поступающие от оказания платных медицинских услуг.

Однако, при существующей системе определения затрат ЛПУ на лечение больных не учитываются, а, следовательно, и не возмещаются расходы по амортизации и износу основных фондов и оборудования, в связи с чем поступающих средств явно недостаточно даже для простого воспроизводства выбывающего из строя оборудования и проведения плановых ремонтов зданий и сооружений. В таблице № 2/1 – 2/4 приведены данные об обеспеченности сложным медицинским оборудованием и транспортом государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Как видим, по оборудованию только в нескольких из них уровень обеспеченности составляет более 90%, а полностью обеспеченным считает себя только 1 учреждение. В некоторых учреждениях подавляющее количество сложного диагностического, лечебного оборудования и вспомогательного оборудования давно выслужило все установленные сроки, физически и морально устарело.

Так в Брянском районе из 26 наименований медицинского оборудования продолжают использоваться 16 наименований с выработанными сроками эксплуатации, в Суражском районе – такого оборудования – 12 наименований из 20. В Климовском районе все физиотерапевтическое оборудование выслужило установленные сроки., а общая обеспеченность медоборудованием в этом районе, по поступившим от них сведениям, составляет менее 30%. По отдельным видам оборудования такое положение существует и в других муниципальных образованиях. Во многих лечебных учреждениях имеется потребность в установках для дезинфекции и стерилизации, в кухонном и прачечном оборудовании, требуется масштабное обновление мебели: кроватей, прикроватных тумбочек и др.

Несколько лучше положение с обеспеченностью транспортом, однако и в этом вопросе существует значительная дифференциация, и в том же Климовском районе такая обеспеченность на дату предоставления информации, июль - август 2007 года, составляла 20%. Даже многие подразделения скорой помощи не имеют полного комплекта автомобилей.

Очевидно, что самостоятельно решить эти проблемы подавляющее большинство муниципальных образований не в состоянии, несмотря на имеющиеся попытки. Например, в Климовском районе на протяжении ряда последних лет в сметах местного бюджета планируется приобретение медицинского оборудования. На 2007 год запланировано на эти цели почти 5,5 миллиона рублей, на 2008 год – 2,5 миллиона рублей. Однако из-за дефицита местного бюджета, оборудование не приобретается. Выход все тот же – комплексная целевая областная программа.

4. Доступность медицинской помощи. Кадровая обеспеченность.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения, их количество, финансовая обеспеченность и материальная оснащенность, территориальная расположенность, кадровое обеспечение позволяют прийти к выводу о доступности, в целом, первичной бесплатной медицинской помощи для большинства жителей области.

Жители районных центров, городов областного подчинения и прилегающих населенных пунктов получают такую помощь непосредственно в амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципальных образований. Жители иных крупных населенных пунктов, получают такую помощь либо в участковых больницах, либо в амбулаториях. Жители небольших сельских населенных пунктов получают помощь в фельдшерских пунктах.

Оказание неотложной медицинской помощи осуществляется бригадами скорой медицинской помощи. В отдаленных населенных пунктах, такую помощь нередко оказывают работники медпунктов. Специализированную медицинскую помощь население получает в областных учреждениях здравоохранения.

По данным департамента здравоохранения, в 2006 году медицинскую помощь в Брянской области оказывали более 4,4 тысяч врачей, около 14,1 сотрудииков среднего медицинского звена и более 6,2 тысяч сотрудииков младшего медицинского персонала (график № 3).

В прошедшем году было зарегистрировано более 12,3 миллионов обращений граждан за получением бесплатной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Почти 2,4 миллиона таких обращений поступило в ФАПы, из них более 450 тысяч обратившихся получили медицинскую помощь по месту жительства.

В стационарах, в т.ч. в дневных, прошли курс лечения более 366 тысяч человек (график №4)..

Отдельные категории граждан пользуются бесплатным лекарственным обеспечением. По поступившим данным из более 600 тысяч выписанных бесплатных рецептов, более 550 тысяч, или 90% , были обеспечены лекарствами (график № 5).

Однако у значительной части населения, в первую очередь у сельских жителей, нередко, особенно при возникновении необходимости в получении более углубленной медицинской помощи, возникают определенные трудности в реализации прав на бесплатную медицинскую помощь и бесплатное лекарственное обеспечение. В области принята программа «О социальном развитии села на 2003 - 2010 годы», одной из целей которой является «приближение уровня медобслуживания селян к уровню обслуживания городского населения». К сожалению, по разным причинам, цель остается пока недостижимой.

Одной из таких причин является значительная удаленность многих населенных пунктов от районных центров и отсутствие с ними прямого транс-портного сообщения. По этой причине для жителей сел и деревень существенной проблемой является сама поездка в лечебное учреждение. По причине бездорожья затруднено обслуживание заболевших селян по месту их жительства участковыми врачами.

В отдельных муниципальных образованиях ограничен прямой доступ сельских жителей за скорой медицинской помощью. Выезды бригад осуществляются только по вызовам работников ФАПов. Т. е. вначале больной должен найти работника сельского ФАПа, и только по звонку последнего, если он посчитает это необходимым, выезжает бригада скорой помощи. Все это свидетельствует о неравенстве городских и сельских жителей в вопросах доступности медицинской помощи.

Еще одна причина – состояние материально-технической базы и медицинской оснащенности многих сельских медицинских пунктов. В качестве примера можно привести фельдшерский пункт в Погребах, Брасовского района, который ютится в одной небольшой комнате, медперсонал – фельдшер и санитарка, из видимого медицинского оборудования – кушетка и штатив для капельницы. А ведь в Погребах проживает около 2 тысяч человек, в т.ч. около 100 детей, имеется школа. Какой уровень медицинского обслуживания можно объективно обеспечить в таких условиях?

По сведениям департамента здравоохранения и муниципальных образований Брянской области, существующая пропускная способность областных и многих муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений позволяет удовлетворить нормативные потребности населения только при организации работы в 2 смены, а в Брасовском, Почепском и Унечском районах - более чем в 2 смены (табл. 3.1). Такое же положение и в областных диагностических центрах. По данным департамента здравоохранения существующая суммарная потребность в их услугах составляет не менее 34,3 тысяч посещений в год, а пропускная способность - 29,2 тысячи посещений, или 85% от потребности.

В стационарах существует обратная тенденция, т.е. во многих городах и районах количество койко-мест явно превышает нормативные потребности, что снижает эффективность использования финансовых и материальных средств, выделяемых на нужды здравоохранения, в целом тормозит развитие отрасли (табл. № 3/2).

В последнее время государство и общество значительное внимание уделяют вопросам демографии, в т.ч. повышения рождаемости и обеспечения здоровья новорожденных и их матерей.

Однако существующая сеть родильных домов не может отвечать возросшим требованиям. Полагаем, что отсутствие родильных отделений в некоторых районах, и вызванная этим необходимость в транспортировке рожениц на значительные расстояния в соседние районы, не

способствует обеспечению оптимальных условий, необходимых для появления на свет новых граждан, создает дополнительные трудности и угрозы жизни и здоровью рожениц и новорожденных. К уже существующим проблемным районам в 2008 году может добавиться еще один, Унечский. В этом районе принято решение о ликвидации родильного отделения в железнодорожной больнице, где в настоящее время принимаются роды. В районной больнице родильное отделение отсутствует, и нет условий для его организации. Вопрос о передаче родильного отделения из ведения железнодорожной в ведение районной больницы не решается, в связи с чем, для значительного числа женщин (ежегодно в районе рождается более 200 детей), радость материнства может быть омрачена дополнительными неудобствами и опасностями, неизбежно возникающими в процессе транспортировки к месту родов, особенно на длительные расстояния. (Из Унечи предполагается доставлять рожениц в г. Клинцы, на расстояние более 50 км)

Неполное удовлетворение потребностей соответствующих категорий граждан в бесплатных лекарствах, также ведет к нарушению их права на медицинскую помощь. Вопрос бесплатного обеспечения лекарствами находится под постоянным контролем органов государственной власти и местного самоуправления.

В частности, в 2007 году он неоднократно рассматривался на заседаниях областной Думы и в ее депутатских комитетах, в департаменте здравоохранения и в иных органах. Однако до конца решить вопрос так и не удалось. По данным муниципальных образований, более 50 тысяч, или 10% из числа выписанных льготных рецептов, не были своевременно обеспечены лекарствами и люди, в них нуждающиеся, и имеющие право на их бесплатное получение, вынуждены неоднократно обращаться в аптеки и в лечебные учреждения, а во многих случаях, просто приобретать препараты за собственные средства, т.к. сроки ожидания отдельных лекарственных препаратов достигают 30, и более дней. И в этой ситуации сельские жители оказываются в худшем положении, чем горожане, поскольку для получения лекарств по отсроченным или повторным рецептам, селянам необходимо каждый раз добираться до райцентров, т.к. обслуживание таких рецептов в селах или доставка лекарств по месту жительства льготников не организованы. Следствием, сложившейся в 2007 году ситуации по обеспечению бесплатными лекарствами «льготников», явился их повсеместный отказ от набора социальных услуг на 2008 год в пользу получения денежной компенсации.

Памятуя, что финансирование и поставка лекарств для обеспечения ими льготников осуществляется из федерального бюджета и регламентируется федеральными нормами, тем не менее, считаю необходимым обратить внимание на существенные различия в уровне реального обеспечения льготников в различных муниципальных образованиях (график № 5), что еще раз подтверждает правило, которое гласит: «кто хочет сделать - ищет способы, а кто не хочет – причины». Так что и от местной власти многое зависит в практическом решении, в т.ч. и этого важного вопроса.

Серьезной проблемой, отрицательно влияющей на доступность медицинской помощи, является недостаток врачебных кадров во многих учреждениях здравоохранения нашей области.

По отношению к среднероссийскому, на 01.01.2007 года уровень обеспеченности нашей области врачами составляет 78%, а работниками среднего звена – 89%.

Из данных, приведенных в таблицах № 4/1 - 4/2 видно, что практически ни одно медицинское учреждение в области не имеет полного кадрового обеспечения врачами. Особенная нехватка ощущается в т.н. узких специалистах: окулистах, анестезиологах, урологах, эндокринологах и др. Причины возникновения такого положения различны: это и низкая заработная плата молодых врачей, и жилищная необустроенность, и малая привлекательность районных центров, как мест проживания, хотя данная проблема актуальна и для областного центра. Однако аналогичная проблема существует и в крупных городах, в т. ч. в областном центре.

Учитывая возрастной состав ныне работающих врачей, через несколько лет может сложиться ситуация, когда в построенных, отремонтированных и оснащенных передовым оборудованием ЛПУ, некому будет работать и оказывать населению медицинскую помощь. Поэтому на ближайшую перспективу, проблема обеспечения медицинских учреждений подготовленными врачебными кадрами является наиболее острой и значимой. Тех усилий, которые в настоящее время предпринимаются для решения этого вопроса, в т.ч. подготовка кадров из числа местных жителей на договорной основе с условием обязательной последующей отработки, явно недостаточно, ввиду незначительности масштабов этой работы. Её решение, как и решение других

вопросов, может иметь место в рамках целевой областной программы, о чем уже говорилось выше. Положительный опыт по привлечению врачебных кадров в области имеется, необходимо его анализировать и использовать, в первую очередь в наиболее проблемных медицинских учреждениях.

5. Платные медицинские услуги.

Кроме оказания бесплатной медицинской помощи, государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения Брянской области оказываются и платные медицинские услуги.

Ст. 20 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», закреплено их право на получение дополнительных медицинских услуг, в т.ч. за счет личных средств, сверх гарантированного объема медицинской помощи, оказываемой бесплатно.

Порядок и условия оказания ГУЗами и МУЗами платных медицинских услуг регулируются «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27. По смыслу указных Правил, в качестве платных могут предоставляться лишь те из них, которые не входят в объем «гарантированной бесплатной медицинской помощи» (дополнительные услуги).

Такое определение платных услуг, с одной стороны, предоставляет ЛПУ широкие возможности по внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов, привлечению в лечебные учреждения новых кадров, оснащению новым, более современным медицинским оборудованием и инструментарием, способствует укреплению финансовой стабильности учреждений и повышению материальной заинтересованности работников, делает лечебную работу более интересной, разно-образной и привлекательной, что в конечном итоге обеспечивает и более полное удовлетворение потребностей граждан в медицинской помощи, а с другой стороны защищает пациентов от необоснованного взимания платы за медицинские услуги, предоставляемые в рамках государственных гарантий.

Однако анализ регламентирующих документов и существующей практики оказания платных услуг в нашей области, к сожалению, свидетельствует практически о полном забвении главного положения Основ... и указанного выше Постановления Правительства, в части предоставления за плату только «дополнительных услуг». В некоторых лечебных учреждениях сложилась порочная традиция, когда за медицинские услуги, оплаченные государством или страховыми компаниями, пациента вынуждают еще раз платить из собственного кармана. Об этом свидетельствуют неоднократные обращения граждан к Уполномоченному, в департамент здравоохранения, в БТ ФОМС.

Так в мае 2007 года к Уполномоченному обратился житель г. Погар Красный М.И. по вопросу необоснованного понуждения к оплате за услуги и лекарства в процессе стационарного лечения в Погарской ЦРБ. По просьбе Уполномоченного Департаментом здравоохранения доводы жалобы были проверены и нашли свое подтверждение.

По данным БТ ФОМС более 91% жалоб, поступивших от граждан в 2006 году, касались требований лечебных учреждений об оплате медицинских услуг. Пациентам было возвращено около 150 тысяч рублей, незаконно полученных с них за оказанные медицинские услуги.

В 2007 году удельное число таких жалоб составило более 85%, а пациентам возвращено более 50 тысяч рублей.

Понятно, что далеко не все граждане, оплатившие медицинские услуги, обращаются с жалобами, и реальное число нарушений значительно выше. Однако любые подобные проявления недопустимы, поскольку ограничивают гражданам доступность бесплатной медицинской помощи, ведут к нарушению их законных прав.

В целях наведения порядка в вопросах оказания платных медицинских услуг, Департамента здравоохранения Брянской области был издан приказ от 25.04.2007 года № 231, в котором прямо отмечается наличие случаев «понуждения больных» к получению услуг на платной основе. Этим приказом были утверждены новые Правила оказания платных медицинских услуг и их Перечень. Однако и в новых документах изначально заложена возможность возникновения или продолжения все тех же недостатков и злоупотреблений.

В Правилах и в Перечне отсутствует само понятие «дополнительные услуги». Оно заменено понятием «желание гражданина получить конкретную услугу именно на платной основе».

Назовите хотя бы один пример добровольного «желания» получить за деньги то, что положено бесплатно. Наоборот, же-лающих получить бесплатно то, что положено за деньги – сколько угодно, а чтобы платить за бесплатное, извините.

Полагаем, что включенные в перечень « профилактические осмотры взрослого населения» (п.1), «медицинские услуги аттестованным военнослужащим ... и др.» (п.6), «медицинские услуги, предоставляемые по желанию пациента...» (п.8), «плановая медицинская помощь жителям Брянской области.....» (п.11), «параклинические медицинские услуги...» (п.16) не могут быть объектами оказания платных медицинских услуг, поскольку все они включены в объем государственной гарантированной бесплатной медицинской помощи. Кроме того, полагаем, что должны быть исключены из перечня услуги, предусмотренные п.п. 4, 5, 18, 21-27, поскольку, по сути, эти работы не являются медицинскими услугами в смысле охраны здоровья населения. Очевидно не оправдывает себя практика выдачи медицинским учреждениям разрешений на оказание всего объема платных услуг, предусмотренных Перечнем. Было бы правильнее выдавать такие разрешения строго индивидуально, с учетом реальных возможностей каждого ЛПУ оказывать населению те или иные дополнительные платные медицинские услуги (наличие специализированных кабинетов, оснащенность оборудованием, подготовленность специалистов и др.) При отсутствии таких условий ЛПУ должны быть лишены прав на оказание платных услуг населению, т.е. физическим лицам. Имеет смысл рассмотреть вопрос о выделении из состава МУЗов в самостоятельные учреждения лечебные подразделения, оказывающие исключительно платные услуги. Анализ представленной информации и посещение ряда муниципальных учреждений здравоохранения показали, что отмеченные в 231 приказе недостатки полностью не устранены, а установленные в нем условия и рекомендации не выполняются.

Так в Унечской ЦРБ на дверях 2 медицинских кабинетов имелись объявления: «пациентам при себе иметь одноразовый шприц и обезболивающее». Оба они были сняты в присутствии проверяющих.

В Злынковском районе в перечне оснований для предоставления платных услуг, размещенном на информационном стенде, значилось « Желание получить услугу вне очереди». Это условие содержится в положениях об оказании платных услуг многих МУЗов. Понятно, что наличие такой платной «услуги» является побудительным мотивом для создания искусственных очередей. Предвидя это, в положениях об оказании платных услуг некоторых муниципальных образований прямо записано, что «создание искусственных очередей запрещается». Однако такие записи вряд ли изменят реальное положение дел.

В Карачевском районе в перечень платных включены ВСЕ! медицинские слуг, оказываемых на оборудовании, приобретенном за счет платных услуг, а в перечень платных услуг включен медицинский осмотр «При установлении опекуинства». За святое дело берут деньги и немалые, 419 рублей.

Практически не изменилась практика оказания платных услуг в основное рабочее время, в кабинетах, где ведется общий прием пациентов, с использованием оборудования, вопреки запрету, поступившего в рамках Национального проекта «Здоровье».

В некоторых учреждениях прейскуранты утверждены с нарушением установленного порядка и не соответствуют по содержанию перечню платных услуг.

Не меньше вопросов вызывают и цены на медицинские услуги. Отсутствие единой методики расчета их стоимости привело к тому, что одни и те же услуги, оказываемые жителям нашей области в медицинских учреждениях различных муниципальных образований, разительно отличаются по своей цене, что видно из таблицы № 5.

Иногда расчеты стоимости услуг не поддаются логическому объяснению. Так в Выгоничском районе в расчет стоимости услуги «уход за пациентом на дому», кроме з/п медработника 20 рублей в час, что очевидно и должно составлять основную часть ее цены, включены затраты, не имеющие никакого отношения к оказываемой услуге, в т.ч.:

- капитальный ремонт (чего?) - 34,05 руб.;
- материальные затраты (какие?) -16,08 руб.;
- амортизация (чего?) -20,13 руб.;

- накладные расходы (какие?) – 18,03 руб., в результате чего окончательная стоимость услуги возросла более чем в 5 раза и достигла 109 рублей в час.

По массажу, при з/п медработника 24 рубля в час, цена «реализации» услуги возросла до 66 рублей в час.

При расчете стоимости медицинских осмотров для разных категорий работников, при одном и том же наборе участвующих в осмотре медицинских специалистов и неизменной величине их заработной платы, около 100 рублей за осмотр, за счет разницы амортизации и уровня рентабельности, стоимость осмотров колеблется от 227 до 422 рублей. Такое несоразмерное неравенство в доступе к дополнительным медицинским услугам между жителями разных муниципальных образований внутри области, а подчас и между жителями одного муниципалитета – недопустимо.

Необходимо отметить, что среди определенной части руководителей ЛПУ существует мнение о необходимости полного отказа от практики оказания населению платных медицинских услуг в том виде, в каком она сейчас существует. Полагаем, что такое мнение заслуживает внимания. Охрана здоровья людей - забота государственная. Поэтому совмещать лечение с бизнесом без ущерба для здравоохранения – занятие весьма проблематичное. Однако, при любом подходе к этому вопросу, дополнительные платные услуги должны быть четко отделены от бесплатной медицинской помощи, и никакого смешения этих понятий в деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения быть не должно, поскольку это ведет к нарушению прав граждан. Поэтому всякое упоминание о «желании гражданина получить конкретную услугу (в т.ч. и бесплатную) именно на платной основе», либо «вне очереди», но за деньги и т.д., необходимо исключить из всех нормативных документов.

6. Информационное обеспечение прав пациентов.

По сведениям, поступившим из всех муниципальных образований, а также из департамента здравоохранения, во всех учреждениях здравоохранения в полном объеме имеется доступная для пациентов информация об их правах, о порядке оказания платных услуг, о вышестоящих органах и должностных лицах, уполномоченных разрешать жалобы и обращения пациентов по вопросам оказания медицинской помощи. Однако в процессе проверки этих сведений в большинстве случаев они не нашли своего подтверждения.

Необходимо отметить, что органы местного самоуправления, БТФОМС, страховые компании, руководители медицинских учреждений вопросам обеспечения граждан информацией об их правах на бесплатную медицинскую помощь и по иным вопросам охраны здоровья уделяют явно недостаточно внимания. В области отсутствует минимально необходимый перечень такой информации, подлежащей обязательному размещению в ЛПУ, поэтому в разных учреждениях здравоохранения она существенно отличается, как по объему, так и по содержанию. Как правило, такая информация является разрозненной, зачастую она размещена в трудно доступных для ознакомления местах, напечатанная мелким шрифтом и неудобная для восприятия. В некоторых учреждениях подобной информации нет вообще.

И это тот случай, когда не сошлешься на нехватку материальных средств. Очевидно, что заинтересованным ведомствам и службам необходимо привести в этом вопросе элементарный порядок, определив минимально необходимый перечень такой информации и обеспечив ее доступность для граждан.

7. Реализация национального проекта «Здоровье».

Реализацией в России национального проекта «Здоровье», государство, впервые за последние 15-20 лет, предприняло последовательные меры по реанимации системы здравоохранения в нашей стране, придало новый импульс в работе медицинских учреждений и в нашей области.

Реализация проекта на Брянщине позволила значительно повысить уровень оплаты труда участковым врачам и врачам общей практики и медицинским работникам среднего звена. На эти цели в 2006 г. из федерального бюджета было израсходовано 110,7 млн. рублей. В первом полугодии 2007 г. эта цифра составила 57,4 млн. руб.

В 2006 году в медицинские учреждения области поступило 390 единиц диагностического оборудования на сумму 178,1 млн. рублей, 110 автомобилей скорой помощи, на сумму 45,7 млн. рублей.

В 2007 год запланировано поступление еще 277 единиц оборудования на сумму 223,8млн. рублей и 122 автомобиля скорой помощи на сумму 55,5 млн. рублей. Поступление диагностического оборудования уже позволило обновить его парк на 30%, что повлекло сокращение сроков диагностики до 7 дней и на 20-25% повысить ее качество. Существенно возросли надежность и оперативность работы службы скорой помощи.

В рамках реализации национального проекта в области ведется широкая иммунизация населения против опасных и массовых заболеваний, таких как гепатит, краснуха, полиомиелит, грипп. Вакцинация уже позволила несколько снизить уровень распространения перечисленных болезней.

Еще одним важным направлением реализации национального проекта является проведение дополнительных углубленных медицинских осмотров (диспансеризация) работников бюджетной сферы и лиц, работающих во вредных и опасных условиях производства. В 2006 году такие осмотры прошли более 32 тысяч работников первой группы и около 26 тысяч лиц второй группы. В 2007 году планируется произвести осмотры соответственно 72,5 тысяч и 23,7 тысяч граждан.

Данные, полученные в результате диспансеризации, о состоянии здоровья указанных групп населения, говорят о своевременности проведения и необходимости продолжения этого мероприятия. Так по данным МУЗ Унечская ЦРБ, из 1494 прошедших диспансеризацию бюджетников, у 702 чело-век (46%) впервые выявлены различные заболевания, и 562 (37%) поставлены на диспансерный учет для дальнейшего наблюдения и лечения.

У работников с вредными условиями труда этот показатель еще выше. Из 336 обследованных, заболевания выявлены у 312 (92%), а 180 (53%) поставлены на учет.

По данным из Климовского района, из 759 осмотренных бюджетников, выявлены заболевания у 479 (63%), прошли амбулаторное лечение 354 человека (46%), на диспансерный учет взято 70 человек.

Из 42 осмотренных работников с вредными условиями труда, выявлены заболевания у 21 (50%), - 5 пролечено в стационаре, 5 - поставлено на диспансерный учет.

Очевидно, что примерно такая динамика выявления заболеваний в процессе диспансеризации существует и в других муниципальных образованиях.

Как видим, реализация национального проекта «Здоровье» несомненно имеет положительные практические результаты в вопросах охраны здоровья населения.

Однако в ходе реализации проекта возникают дополнительные трудности и проблемы, которые требуют своего решения.

Существенное увеличение зарплаты участковым врачам, врачам общей практики и работающим с ними медицинским сестрам, привело к резкой дифференциации в уровне доходов медицинских специалистов (табл.4/1-4/4), и, повысив уровень медицинского обслуживания на одном направлении, серьезно ослабило некоторые другие направления, необходимые для медицинского обслуживания населения в рамках установленных государственных гарантий, привело к возникновению напряженности в медицинских коллективах, в некоторых случаях, к оттоку медицинских кадров.

В расходах лечебных учреждений не были предусмотренные дополнительные ассигнования на выплату указанным работникам отпускных в повышенных размерах, что привело в конце года к финансовым затруднениям во многих ЛПУ.

Дорогостоящее современное оборудование предъявляет повышенные требования к его эксплуатации и обслуживанию, т.е. требует подготовки высоко квалифицированных кадров, как работающих на таком оборудовании, так и обеспечивающих его бесперебойную работу. Во многих учреждениях с такими кадрами проблема.

Еще один вопрос - бесперебойное финансовое обеспечение работоспособности этого оборудования. С внедрением новых систем, резко возросла стоимость расходных материалов и запасных частей, без которых это оборудование невозможно эксплуатировать. Например, только за комплект вышедших из строя электрических соединительных кабелей к одной из установок, больнице пришлось уплатить 30 тысяч рублей. После расходования реактивов, входящих в комплект поставки, остаются не удел дорогостоящие импортные анализаторы крови, т.к. из-за дороговизны невозможно приобрести новые наборы компонентов, без которых анализаторы не работают.

Имеются отдельные случаи поставки некачественного оборудования. Так длительное время не удается запустить в эксплуатацию аппарат УЗИ в Навлинской ЦРБ, по этой же причине простаивает рентгеновская установка в г. Сельцо. Существующий порядок приобретения с торгов, в большинстве случаев предполагает выбор наиболее дешевого варианта. Однако хорошо известно, что «скупой платит дважды». И хотя решения по этим вопросам принимаются на федеральном уровне, департаменту здравоохранения необходимо проявлять в таких случаях больше принципиальности. Вызывает определенное непонимание руководителей медицинских учреждений большое число всевозможных справок и сведений, запрашиваемых в рамках национального проекта, например, о предоставлении еженедельных сведений о ходе диспансеризации.

К сожалению, нормативными документами о дополнительной диспансеризации не определены лица, ответственные за ее организацию т.е. за обеспечение явки лиц на медицинские осмотры. По логике, такая ответственность должна лежать на работодателе, однако, по большей части, этим приходится заниматься лечебным учреждениям.

Имеют место случаи доведения до районов нереальных заданий по диспансеризации работников бюджетной сферы, без учета реального числа лиц, фактически проживающих и работающих на соответствующей территории.

Что касается т.н. «вредников», то, зачастую, об их численности и вовсе отсутствует достоверная информация, при этом неизвестно, кто такую информацию должен представлять. По этой причине возникает возможность произвольного манипулирования данными. Так в одном из МУЗов пришлось столкнуться с фактом, когда в еженедельном отчете по состоянию на 20.09. значилось более 70 подлежащих диспансеризации «вредников», а через неделю, 27.09. таких лиц осталось только 8, причем диспансеризация в этот период не проводилась. Об этом же свидетельствует и сравнительный анализ данных по этой категории лиц, поступивших из муниципальных образований и из фонда социального страхования, финансирующего это мероприятие. По данным фонда в 2006 году диспансеризацию прошли 100% соответствующих лиц. Однако по данным, поступившим из некоторых муниципальных образований, картина несколько иная. Так в Клетнянском районе диспансеризацию прошли 80% взятых на учет лиц, в Унечском -78%, в Навлинском -58% и т.д. А в том районе, в котором из 70 «вредников» сделали 8, о чем говорилось выше, диспансеризацию фактически пройдут только эти 8, или 11%, а в отчете будет значиться все 100% (табл. № 7). От такой практики необходимо избавляться.

8. Качество поступившей информации.

Считаю необходимым немного остановиться на качестве поступившей информации. Департамент здравоохранения и многие муниципальные образования представили объемную, подробную информацию, подготовка которой потребовала затраты значительных сил и времени.

Однако в некоторых случаях представленная информация по своему содержанию далеко не соответствовала запрашиваемой. Из отдельных районов поступали сведения, которых никто не запрашивал: уставы медицинских учреждений, подробная калькуляция по всем видам медицинских услуг, копии федеральных законов, правительственных постановлений и т.д., тогда как запрашиваемая информация зачастую оказывалась неполной, противоречивой и недостоверной. В процессе уточнения сомнительных данных, ответственные работники учреждений никак не могли объяснить их происхождение, и появлялись новые, совершенно иные данные. При сопоставлении сведений, поступивших из ЛПУ об их финансировании из средств ОМС, с аналогичными сведениями, поступившими из БТ ФОМС, оказалось, что одинаковых цифр просто нет. В отдельных случаях отклонения составляют сотни тысяч и миллионы рублей. Почему возникли такие расхождения, объективно объяснить невозможно. Имеются такие противоречия в данных о расчетной посещаемости поликлиник, о наличии коек в стационарах, а также по некоторым другим позициям.

Медицина требует точности и скрупулезности во всем. Хорошо известно, чтобы назначить правильное лечение, доктору необходимо иметь точный диагноз и объективные данные о состоянии пациента. В противном случае ожидать положительного эффекта от лечения проблематично. Запрошенные данные нужны были Уполномоченному не для удовлетворения любопытства, а для получения объективных сведений из первоисточников. К сожалению, такие удалось получить не по всем позициям.

Кроме перечисленных в настоящей информации, в сфере охраны здоровья наших сограждан существуют и другие проблемные вопросы, о которых гражданам, работникам

медучреждений, руководителям муниципалитетов и иных уполномоченных органов хорошо известно, и которые требуют своего каждодневного решения. Для практического решения некоторых из них не нужно даже денег. Элементарное уважение к людям, соблюдение Конституции и Законов, желание и стремление следовать клятве Гиппократы – способны многое изменить в этой важнейшей сфере нашей жизни.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

I. Рекомендовать департаменту здравоохранения Брянской области:

1.1. Разработать областную комплексную целевую программу «Здоровье », в рамках которой предусмотреть:

- а) обеспеченность врачебными кадрами;
- б) укрепление материальной базы и совершенствование сети учреждений здравоохранения;
- в) оснащение ЛПУ мебелью, медицинским и вспомогательным оборудованием;
- г) оптимизацию сети родильных учреждений и др.

1.2. Определить порядок организации дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы и работников с вредными и опасными условиями труда, в т.ч., определить лиц, ответственных за предоставление сведений о численности указанных категорий граждан и обеспечении их явки на диспансеризацию.

1.3. Привести в соответствие с действующим законодательством порядок оказания дополнительных платных медицинских услуг населению государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения в т.ч.:

а) пересмотреть областной Перечень платных услуг (приложение № 1 к приказу Департамента здравоохранения Брянской области от 25.04.2007г. № 231)

б) исключить из Перечня немедицинские услуги - п.п. 4, 5, 18, 21-27;

в) определить по каждому государственному и муниципальному учреждению здравоохранения индивидуальный перечень дополнительных платных медицинских услуг и выдать соответствующие разрешения на их оказание;

г) разработать рекомендации для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по методике расчета стоимости дополнительных медицинских платных услуг и их единообразного применения на территории Брянской области»;

д) до решения вопросов, перечисленных в п.п. «а» - «г», приостановить оказание платных услуг, за исключением услуг, перечисленных в п.п. 2, 3, 9, 12 - 15, 17, 19, 20, 29 Перечня, а также услуг иностранным гражданам, лицам, не имеющим гражданства, и проведения медицинских осмотров по списку (при поступлении на работу, на право управления транспортом, владения оружием и др.)

1.4. Разработать мероприятия по обеспечению гарантированного обслуживания в медицинских учреждениях сложного медицинского и вспомогательного оборудования.

1.5. Совместно с БТФОМС определить и довести до всех медицинских учреждений области минимальный перечень информации в ЛПУ, о правах граждан при получении медицинской помощи.

1.6. В связи с передачей с 01.01.2008 г. субъектам РФ полномочий по размещению заказов, заключению контрактов и организации обеспечения лекарственными средствами льготных категорий граждан, совместно с органами Пенсионного фонда РФ по Брянской области и БТФОМС провести прогнозную оценку потребности по ассортименту и количеству, а также стоимости лекарственных средств, необходимых для гарантированного обеспечения ими в 2008 году лиц, участвующих в программе дополнительного лекарственного обеспечения. С учетом полученных данных осуществить необходимые мероприятия по обеспечению льготников Брянской области лекарствами в полном объеме.

II. Рекомендовать муниципальным образованиям районов, городских и сельских поселений:

- 2.1. Обеспечить размещение в ЛПУ необходимой информации о правах, о контролирурующих органах, о страховых компаниях, о платных услугах и др.;
- 2.2. Пересмотреть перечни и прейскуранты платных услуг, утвердить их в установленном порядке.
- 2.3. Обеспечить равные условия обращения за скорой медицинской помощью жителей городских и сельских поселений;
- 2.4. Разработать мероприятия по обеспечению равной доступности городских и сельских жителей к медицинской помощи во всех муниципальных медицинских учреждениях.

III. Рекомендовать БТФОМС:

- 3.1. В целях рационального использования средств ОМС, в т.ч. финансирования дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, осуществить внедрение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;
- 3.2. Разработать Положение об организации защиты прав застрахованных при получении ими медицинской помощи в медицинских учреждениях Брянской области;
- 3.3. Внедрить мониторинг экспертизы качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3.4. Совершенствовать правоотношения со страховыми медицинскими компаниями и медицинскими учреждениями, направленные на реализацию прав застрахованных граждан, при получении ими бесплатной медицинской помощи.

**Уполномоченный по правам
человека в Брянской области**

Б. М. Копырнов