## Содержание

Введение 3

1. Теоретические и нормативно-правовые основы государственного регулирования здравоохранения 8

1.1. Становление системы массового здравоохранения в мире 8

1.1.1. Система добровольного медицинского страхования 10

1.1.2. Особая модель японского здравоохранения 12

1.1.3. Прочие варианты систем здравоохранения 13

1.1.4. Система здравоохранения в странах "третьего мира" 13

1.2. Современная модель Российского здравоохранения 16

1.3. Государственное регулирование системы здравоохранения 21

2. Развитие системы здравоохранения в Республике Марий Эл 39

2.1. Основные направления работы органов и учреждений здравоохранения 39

2.2. Финансовое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения Республики Марий Эл 52

2.3. Результаты деятельности органов и учреждений здравоохранения Республики Марий Эл 62

3. Основные направления совершенствования государственного регулирования здравоохранения в Республике Марий Эл 72

3.1. Разработка и реализация республиканских программ по охране и укреплению здоровья населения 72

3.2. Программа совершенствования лекарственного обеспечения в Республике Марий Эл 99

3.3. Совершенствование финансирования сферы здравоохранения 106

Заключение 114

Список библиографических источников 119

## Введение

Общеизвестно, что здоровое население является интегрированным показателем экономического, научного и культурного развития страны, уровня экологического благополучия и уровня организации медицинской помощи населению. Оно характеризуется демографическими процессами, заболеваемостью, уровнем физического развития и инвалидностью, хотя последняя скорее говорит об эффективности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Именно учитывая вышеперечисленные аспекты, здоровье населения рассматривается как одно из главных условий устойчивого экономического роста страны.

В «Основных направлениях государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 гг. » подчеркивается, что одной из наиболее актуальных задач в области общественного здоровья и здравоохранения является исследование тенденций здоровья населения в изменяющихся социально-экономических условиях. Научное обеспечение разработки и осуществления государственной политики здравоохранения включает подбор и анализ надежной и разносторонней информации о закономерностях формирования здоровья и потребности в медицинской помощи населения как на федеральном, так и на региональном уровне. Для оценки состояния здоровья необходимо в первую очередь знание закономерностей формирования основных демографических процессов и заболеваемости населения и их тенденций.

Современная демографическая ситуация в Республике Марий Эл, как и в целом по России, характеризуется снижением рождаемости, высокой общей смертностью населения, ухудшением качества здоровья. В условиях неустойчивого развития экономики проблема здорового образа жизни населения приобретает особую социальную значимость. С учетом происходивших после 1998 г. неблагоприятных экономических перемен в условиях жизни различных групп населения особое внимание следует уделять социальной дифференциации и уровню экономического благосостояния в их влиянию на здоровье, вопросам питания и здоровья населения, состоянию питьевого водоснабжения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, условиям труда и здоровью работающих.

Во многом сохраняются последствия сложной экономической и социально-политической обстановки начала и последующих критических этапов осуществления радикальных мер экономической реформы в России. Эти последствия в 2001-2003 г. продолжали затрагивать практически все стороны жизни людей и проявили себя в низких показателях рождаемости, здоровья матери и детей, уровня и качества питания, особенно незащищенных слоев населения, в углублении социальной дифференциации.

Для существования развитой системы массового здравоохранения необходимо вполне определенное социально-экономическое развитие общества, т.е. необходим определенный технический и научный потенциал, а также определенная форма государственного регулирования и управления. Проблемы современного здравоохранения имеют на сегодня в первую очередь организационный характер.

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги и программы, реализуемые в системе здравоохранения, напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки полностью финансировать здравоохранение посредством государственного бюджета обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления.

В решении II Съезда Российского медицинского союза от 19 марта 2003 года отмечается, что «... динамика важнейших показателей здоровья населения свидетельствует о полной или почти полной исчерпанности резервов административного ресурса сохранения и управления здоровьем населения. Вовлечение самого населения в процессы оздоровления и формирования потребности в здоровом образе жизни, в процессы первичной профилактики заболеваний невозможно без активного участия общественных медицинских организаций и общественного компонента управления профессиональной медицинской деятельностью... ».

Вместе с тем опыт экономически развитых стран доказывает, что здравоохранение не может существовать только на принципах альтруизма и за счет государственного благосостояния. Изменения в экологии, психологии людей, состоянии общественного здоровья, макроэкономические тенденции не позволяют государству брать на себя полностью расходы по здравоохранению. Значительная часть как расходов, так и ответственности ложится на самих потребителей и страховые организации. При этом возникает свобода выбора, а значит – конкуренция.

Систему здравоохранения образуют лечебно-профилактические, научно-исследовательские, аптечные, образовательные и другие учреждения, предприятия по производству медицинской техники, лекарств и органы управления здравоохранением. Кроме государственного, развиваются муниципальное и частное здравоохранение.

Здравоохранение реформируется по линии более полного удовлетворения потребностей населения в качественной, доступной медицинской и лекарственной помощи, создания условий для здоровой, активной жизни людей, конкуренции лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности. Вводятся государственные минимальные стандарты медико-санитарной и лекарственной помощи, свободный выбор гражданами медицинского учреждения, многоканальное финансирование, рынок медицинских услуг.

Проведенное перераспределение полномочий между федеральными органами управления здравоохранением, субъектами РФ и муниципальными образованиями снизило управляемость системой, координирующую и регулирующую роль федеральных органов, что привело и ухудшению медико-демографической ситуации в стране. Поэтому необходимо принимать меры по повышению управляемости отрасли, упрочению позиций органов государственного управления. Актуальность темы дипломной работы обусловливается необходимостью формирования и государственного регулирования одного из основных компонентов социально ориентированной рыночной экономики – сферы здравоохранения. Учитывая возросшую активность региональных структур в самостоятельном регулировании хозяйственной деятельности на местах, изучение процесса становления и развития механизма государственного управления сферой здравоохранения определяет особую значимость дипломной работы.

Целью дипломной работы является исследование государственной политики на современном этапе в вопросе формирования государственно-общественной системы управления здравоохранением, рассмотрение путей ее реализации на примере Республики Марий Эл с целью выработки рекомендаций и предложений по совершенствованию государственного регулирования здравоохранения.

В связи с вышеизложенным, задачами данной дипломной работы являются:

исследование теоретических аспектов государственного регулирования сферы здравоохранения, рассмотрение структуры здравоохранения, ее влияния на развитие экономики;

критический анализ функционирования различных моделей массового здравоохранения и осмысления путей создания наиболее эффективной модели государственного управления такого здравоохранения;

оценка уровня развития массового здравоохранения в Республике Марий Эл, оценка достаточности бюджетного финансирования сферы здравоохранения;

анализ путей повышения эффективности государственной политики

преобразований, осуществляемых в сфере здравоохранения;

изучение перспектив развития и разработка государственных программ развития здравоохранения Республики Марий Эл.

Исследование в основном охватывает период с начала 90-х годов, когда назрела необходимость системной работы по созданию Кодекса законов об охране здоровья населения и начала формироваться нормативно-правовая база по вопросам функционирования здравоохранения, до настоящего времени.

Проблемам формирования и функционирования сферы здравоохранения в настоящее время уделяется много внимания. Основой исследования являются разработки отечественных и зарубежных авторов по теории функционирования и государственного регулирования сферы здравоохранения.

Нормативную базу дипломной работы составляют Конституция Российской Федерации, законодательные и нормативные акты Федеральных органов власти и субъектов РФ, Указы Президента, постановления Правительства Российской Федерации и Республики Марий Эл.

Результаты исследования подготовлены на базе данных государственной и отраслевой статистики, а также результатов научно-исследовательских работ и других документов, и являются обобщением ряда первичных докладов, статистических разработок, аналитических справок и рекомендаций.

Практическая значимость данного исследования заключается в том, что материалы о происходящих изменениях в состоянии здоровья населения и здравоохранения Республики Марий Эл могут быть широко использованы для разработки социально-экономической политики в области охраны здоровья граждан, для обоснования территориальных мероприятий и формирования программ по решению научно-практических проблем охраны, укрепления здоровья населения и развития здравоохранения.

## 1. Теоретические и нормативно-правовые основы государственного регулирования здравоохранения

## 1.1. Становление системы массового здравоохранения в мире

Развитие любой отрасли или дисциплины является отражением развития мирового сообщества. Установление и развитие капиталистической экономической формации в девятнадцатом веке приводит к бурному развитию промышленности и естествознания. Медицина, как и любая другая область человеческой жизнедеятельности, не осталась в стороне от этих процессов. Направления медицины, а также их развитие было обусловлено потребностями развивающегося общества и интересами определенных социальных групп.

Развитие массового здравоохранения за счет государства не получило широкого распространения. Вместо него активно развивалась платная медицина, основанная на различных моделях страхований. Страховые компании, превращали медико-профилактическую помощь в «особого рода услугу», но не в доступную для любого гражданина страны возможность.

Наличие на планете такого государства как Советская Россия, преобразования, происходящие в ней, не могли не касаться развития остального мира.

Таким образом, развитие широкой лечебно-профилактической сети в европейских странах и Соединенных штатах, стало насущной необходимостью. Необходимость эта диктовалась складывающейся экономической и политической ситуацией в Европе. Для большинства простых граждан европейских стран СССР виделся как государство, искренно заботящееся о своих гражданах, дающее гражданам все возможности для достойной жизни. А поэтому правительства этих стран, чтобы накаленная II Мировой войной обстановка в странах, не вышла из-под контроля, просто вынуждены были задуматься о повышении уровня жизни большинства своих граждан. Для упрощения решения задачи, была использована в различных модификациях существующая уже модель массового здравоохранения в СССР. Примером может быть послевоенная Англия, которая в существенных чертах повторила модель советского здравоохранения. Она вышла из войны одной из более разбогатевших стран, с сохраненным промышленным сектором, а потому могла позволить себе экономически обеспечить модель массового здравоохранения подобную советской.

Но далеко не все страны пошли по пути внедрения полностью или частично бесплатного массового здравоохранения. Во многих странах, исходя из того, что здоровье человека, прежде всего его личное дело, а потому и расходы на него должен нести он сам, а не общество, пошли в развитии массового здравоохранения иным путем, так появляются различные варианты страховой медицины.

Рассмотрим варианты моделей массового здравоохранения, сложившиеся в послевоенном мире.

Модель страховой медицины, регулируемой государством, предполагает следующее:

1) каждый работающий платит налог, либо специальный, либо в сумме подоходного налога, и имеет страховой медицинский полис, по которому получит определенный объем медицинской помощи, и определенный объем профилактических мероприятий,

2) контроль, за поступлением средств, их регулирование, распределение и т.д. производится правительственными учреждениями.

При «страховой» модели государство ведает так же и медицинскими институтами, и научными лабораториями. Экономические возможности для этого складываются из налоговых сборов в государственный бюджет. Система государственного медицинского страхования была разработана такими странами как ФРГ, Франция, Швеция.

Такая форма массового здравоохранения была безусловна прогрессивной в послевоенном мире, где в основном отсутствовали гарантии в обеспечении медико-профилактической помощью населения. Но, к сожалению, страховая медицина не способна 100% охватить граждан страны, т. к. она в принципе рассчитана на охват работающего населения и содержание необходимого для этого минимума медицинских кадров. А жесткое ограничение экономического финансирования не позволяет внедрять в широкую практику новейшие технологии лечения и обследования бесплатно. Например, в современной Германии бесплатная, вернее помощь по страховому полису включает в себя лишь скорую медпомощь, операции по жизненным показаниям и флюорографическое обследование; любые дополнительные манипуляции и лечения уже требуют дополнительной оплаты от пациента. Поэтому страны имеющие модель страховой государственной медицины в настоящее время пытаются отказаться от этой системы.

## 1.1.1. Система добровольного медицинского страхования

Другим видом широкого внедрения доступной медико-профилактической помощи является модель США. Массовая медицина в США изначально базируется на добровольном страховании граждан, т.е. каждый, у кого есть работа, открывает личный страховой медицинский счет, на который идут отчисления с его доходов, плюс к этому страховой полис-контракт, по которому оговаривается объем медицинской помощи, условия ее оказания, количество лиц, кто может пользоваться страховым медицинским счетом (члены семьи, подопечные и т.п.). По настоящему «бесплатной» медико-профилактическая помощь оказывается в США только военнослу-жащим, и их семьям. Деньги на это поступают с налогоплательщиков.

Подобная медико-профилактическая модель с одной стороны малозатратна для бюджета государства, но с другой - она не позволят на самом деле оказывать мед. помощь и проводить проф. осмотры всему населению страны. Потому что, кроме работающего населения, есть категории иждивенцев (дети, пенсионеры, инвалиды и т.д.), есть определенный процент безработных, есть люди не способные открыть медицинский счет с зарабатываемого дохода. Кроме того, возникают трудности с содержанием больниц и НИИ. Именно в США сохраняется два уровня медицинских учреждений: больницы на самофинансивании, когда больница содержит свой штат и мед. оборудывание за счет тех, кого лечит по страховым полисам; и система больниц «Красного креста», которые финансирует отчасти государство, отчасти благотворительные общества.

В системе Красного креста получают скорую медицинскую помощь все лица, у которых нет возможности лечится, где либо еще; лица, имеющие медполис в другом штате, иностранцы. Эти особенности не позволяют расширить объем медико-профилактической помощи и сеть лечебных заведений. Наоборот, только в период с 1971 г. по 1990 г. коечный фонд в США сократился в 1,5 раза. Именно в связи с финансово-экономической ситуацией в системе здравоохранения богатейшей страны мира, американцы все сильнее стремятся воссоздать у себя такую модель медико-профилактической помощи, какая была в СССР.

В ежегодном послании президента США за 2002 г. говорилось: «граждане Америки заслуживают всемирного улучшения медицинского обслуживания. Благодаря федеральной поддержке медицинских исследований, мы теперь на грани новых открытий в медицинской науке. Наша политика позволила снизить затраты на медицину в Америке - но угрожающе движется вниз также и качество медицинских услуг. Я думаю, что мы должны сказать каждому американцу: Вы должны иметь право знать все возможности медицинского выбора - не только самые дешевые. Если Вы нуждаетесь в специалисте, Вы должны иметь право воспользоваться им. Вы должны иметь право иметь доктора в течение всего периода лечения». Соответственно программе эти права были расширены на 85 миллионов американцев, обслуживаемых по системам Medicare и Medicaid. Из этой речи явственно следует, что администрация США осознает необходимость активного вмешательства и регулирования сферы здравоохранения для сохранения высокого уровня здоровья граждан.

## 1.1.2. Особая модель японского здравоохранения

В Японии массовое здравоохранения стало возможно после так назыаемого «японского чуда», в течение продолжительного периода экономического роста с 50-х по 80е годы, который поднял японскую экономику до уровня развития ведущих капиталистически стран мира. Возникновение широкой индустриальной сферы требовало большое количество здоровых, долго живущих рабочих кадров, в условиях высокого умственного и физического напряжения.

Богатая экономика, и особенности японского самосознания (когда владелец выступает в «роли отца всех сотрудников» данного предприятия, обязанного заботиться о «своих детях»), формируют уникальную модель массового здравоохранения. Суть ее заключается в том, что здравоохранение, его развитие целиком оплачивается гражданами. То есть, определенное предприятие содержит собственный медицинский штат (больницу, лаборатории, санитарно-профилактические учреждения), финансирование которых осуществляется за счет сотрудников предприятия. Причем с холостых работников взимается налог на «охрану здоровья» в таком же размере, как если бы они имели семью. Полученные таким образом финансы позволяют предприятию реализовывать программы поддержки своих пенсионеров, инвалидов, детей погибших на производстве сотрудников, проводить широкие медико-профилактические осмотры сотрудников предприятий, внедрять новые технические достижения.

Главный недостаток японской системы здравоохранения, который перечеркивает все достижения, это то, что все блага жизни, в том числе и медико-профилактическая помощь доступны только людям, имеющим работу и членам их семей. Но если человек по каким-либо причинам (кроме инвалидизации на производстве) теряет работу, то он теряет возможность не только лечиться, но и жить вообще. Потому что японское государство не предусматривает социальную защиту безработных, а так же лиц, не имеющих японского гражданства (или подданства).

## 1.1.3. Прочие варианты систем здравоохранения

В странах Аравийского полуострова, право на бесплатную медико-профилактическую помощь имеют все подданные в полном объеме (граждане, являющиеся коренными жителями), например, в Саудовской Аравии, Катар Бахрейн, Оман и т.п. Возможность так обеспечивать своих подданных у этих государств появилась после открытия нефтяных месторождений, и, следовательно, огромного экспорта нефти на мировой рынок.

Но все, кто не является коренными жителями этих стран (в некоторых государствах это доля составляет около 70% населения) полностью лишены каких-либо социальных благ и гарантий. Следовательно, такую систему нельзя считать системой массового здравоохранения.

## 1.1.4. Система здравоохранения в странах "третьего мира"

В Индии, странах Африки и Латинской Америки здравоохранение основано на деятельности миссионерских организациях, гуманитарной помощи, типа «Красного креста и Красного полумесяца». К сожалению, подобные формы благотворительности не способны охватить медико-профилактической помощью большинство жителей этих стран. Иллюстрации к состоянию здравоохранения есть в исследованиях по уровню заболеваемости, смертности, инвалидизации и т.п. в странах «третьего мира».

Несколько особняком стоит такая страна как Куба.

Кубинская модель здравоохранения

Здесь особенность заключается в том, что политический строй этого государства сохраняет подобие политического строя в СССР. И, следователь-но, система здравоохранения в этой стране тоже подобна системе, сущест-вовавшей в Советском Союзе. Картина медицинского обслуживания на Кубе в 1958 году была такой, какую можно ожидать от сравнительно бедной латиноамериканской страны. Статистика кубинского здравоохранения сегодня очень близка к показателям Великобритании, а по количеству докторов на душу населения Куба далеко обогнала последнюю.

Всемирная статистика здравоохранения показывает, что хотя здоровье людей и находится под сильным, влиянием их личных доходов и общего их уровня жизни в обществе, далеко неоднозначно «богатейший» означает «самый здоровый». Доказательством этого служит сравнительная характеристика результатов в здравоохранении Кубы и Англии. В 1958 году средняя продолжительность жизни на Кубе была 62 года, а в 1998 году - 75 лет (в Англии - 77). Младенческая смертность в 1958 году составляла 60 на 1000 рожденных живыми, а в 1998 году - 7 (в Англии - 6) Смертность при родах среди кубинских женщин в 1958 году была 170 на 100.000 рождений, а в 1998 - 27 (в Англии - 9).

Главными причинами смерти в 1958 году были недостаток питания, диарея, туберкулез, инфекционные болезни, а в 1998 году - болезни сердца, кровоизлияние и рак (такие же, как и в «развитой» Англии). Удельный вес валового национального продукта страны, потраченный на нужды здравоохранения: в 1958 году - менее 1%, в 1998 году - 8% (в Англии - 6%).

В некоторых областях медицины Куба занимает ведущую позицию в мире. Например, высоко развита здесь микрохирургия глаза, а так же эта страна является пионером в области лечения таких кожных заболеваний, как Витилиго и псориаз. Многое из этого базируется на прорывах в фармацевтических исследованиях и биотехнологии, приведших к выработке новых лекарств. Куба разработала вакцины против таких заболеваний, как гепатит Б и менингококковый менингит Б (единственная вакцина в мире!), которые теперь интенсивно используются в Латинской Америке.

В бедных странах, где многие умирают молодыми, ударение должно быть сделано на экономической и социальной трансформации. Именно это и сделала Куба. Кубинское правительство поставило здравоохранение вместе с образованием во главу угла в бюджетных расходах. Важно и рациональное использование ресурсов через планирование. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения сегодня в 44 раза превышают расходы 1958 года и предоставляют полную национальную бесплатную систему здравоохранения для всех (взимается только чисто символическая плата за некоторые лекарства). В результате, если в 1958 году на Кубе было 6000 врачей, то к 1998 году на Кубе было 63500 врачей - самое высокое процентное соотношение к числу жителей в мире. Общее число работников здравоохранения на Кубе - 350000 человек на население в 11 миллионов. Это представляет собой на 50% лучшее обеспечение кадрами, чем в британской национальной службе здравоохранения (NHS). Особое ударение делается на Кубе на предотвращение болезней, пропаганду здорового образа жизни, раннюю диагностику и раннее лечение. Центральным в этом подходе является система семейных врачей, которая имеет ряд серьезных отличий от той, которую пытаются внедрить в России.

Актуальные особенности в реформировании кубинской системы здравоохранения. Начиная с 1984 года, к 1998 году во всех уголках Кубы были размещены доктор и медсестра, живущие в самой общине и обслуживающие почти 600 человек. Производится систематический мониторинг пациентов из групп риска: стариков, беременных женщин, детей и больных такими заболеваниями, как астма, диабет, болезни сердца или психические заболевания. Семейные врачи существуют также на крупных предприятиях, в школах, детских садах и в домах престарелых. На предприятиях они отвечают за медосмотры всех работников, особенно на предмет профессиональных заболеваний, и работают вместе с профсоюзами и дирекцией в направлении уменьшения числа и предотвращения несчастных случаев и улучшения условий труда.

Экономический кризис 90-х годов прошлого столетия не пощадил ни одну страну мира. Например, в 1990 - е годы ВНП России упал на 40%, это сразу же отразилось на статистике здравоохранения России, где уровень смертности резко вырос, а продолжительность жизни для мужчин сократилась на десять лет. В отличие от России, на Кубе с 1959 по 2000 годы наблюдался только рост, с легкими заминками в самые тяжелые годы. Справиться с проблемой сохранения системы массового здравоохранения в условиях экономического кризиса Куба смогла путем введения карточной системы. Приоритет был отдан детям, беременным женщинам и старикам. Расходы на образование, здравоохранение и социальные услуги поддерживались на стабильном уровне, а позднее даже возросли. В то же время в мире правительства сильно сократили социальную сферу своих стран в течение последнего кризиса.

## 1.2. Современная модель Российского здравоохранения

Современная российская система массового здравоохранения унаследовала от Советского Союза всю структуру (больничную, поликлиническую сеть, сеть медицинских институтов и лабораторий и т.д.), все это требует соответственных экономических вложений, которые Россия не имеет возможности осуществить. Результатом сложившегося положения стало значительное ухудшение здоровья населения за последние годы. Свидетельством этого являются следующие данные: смертность населения с 1993 года стабильно превышает рождаемость. Нарастает естественная убыль населения, продолжительность жизни сократилась с 72 лет в 1990 г. до 54 в 2000 г. Особенно ярко проявляется неблагополучие в сфере работы первичного здравоохранения. Отмечена запоздалая диагностика на догоспитальном этапе при ряде распространенных заболеваний. Резко сократилась вакцинация детей, профилактика инфекций. В результате отмечен значительный рост дифтерии, кишечных инфекций.

В поисках спешного выхода из кризиса в системе российского здравоохранения предпринимаются попытки наложить на существующий остов какую-либо «прогрессивную» модель развитых капиталистических стран. В последнее десятилетие в здравоохранении нашей страны происходят значительные организационные изменения, ведется поиск рациональных путей и источников финансирования учреждений и служб здравоохранения. Одним из первых этапов перестройки в здравоохранении стал так называемый новый хозяйственный механизм. Накопленный опыт позволил перейти к следующему этапу - внедрению принципов бюджетно-страховой медицины. Однако, уже первый этап этой реформы выявил значительные недостатки модели и способствовал углублению кризиса здравоохранения. Попытки экономии расходования финансовых средств на пролеченного больного привели к сокращению показателей и сроков стационарного лечения, росту показателей летальности на дому, запоздалой диагностике острых заболеваний и т.д.

В существующей системе здравоохранения практический доктор не заинтересован в качестве оказываемых услуг. Что он пролечит 5 больных, что 150, все равно он получит в конце месяца 2500 рублей зарплаты. Аналогично и с борьбой за жизнь больного. Поэтому безнадежных больных часто выписывают, чтобы не испортить статистику. Так что же делать?

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин в своем послании к Федеральному собранию констатировал, что государственная собственность эксплуатируется врачами для получения личных доходов, что многие услуги недоступны (дефицит средств по этой программе - 30-40 процентов от потребности, и он покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг). На 2005 год он предложил создать новые медицинские законы, регулирующие отношение врача и пациента («задача этого года - создать законодательную базу для завершения перехода к страховому принципу оплаты медицинской помощи»).

Коротко суть реформ можно свести к тому, что на лечение определенной болезни у одного пациента страхования компания дает 1000 $. Чем быстрее и дешевле больница вылечит пациента, тем больше денег ей останется. Главное, чтобы при таком подходе еще больше не снизилось качество мед помощи. Между тем, именно такая задача на современном этапе представляется трудно реализуемой.

Стоимость наиболее популярных сейчас полисов амбулоторно-поликлинического обслуживания, прикрепляющих человека к конкретной ведомственной или частной поликлинике, может составлять 300-700$ в год, добавим сюда услуги стоматологии - и стоимость страхования возрастает в полтора - два раза, услуги «Скорой помощи» можно купить отдельно по цене 30-100$ в год. В условиях, когда средняя зарплата по стране едва превышает 100 долларов в месяц, такого рода «страхование» автоматически лишает большинство граждан, медицинского обслуживания.

Результаты реформ последнего десятилетия приводят к мысли, что эффективное реформирование прежней системы по «западным» образцам само по себе не возможно, потому что именно советская система массового здравоохранения являлась прообразом всех остальные варианты здравоохранения в мире, которые являются ее частными вариантами.

В условиях, когда современное Российское государство экономически не может содержать прежнюю советскую модель здравоохранения, доминирующей становится создание системы «врачей общей практики» (ВОП), внедрение так называемого «семейного доктора», как основной единицы по оказанию населению медико-профилактической помощи.

В настоящее время уже реализуются программы поэтапного перехода к организации первичной медицинской помощи ВОП (семейным врачом). Согласно приказу № 237 рекомендовано устанавливать численность обслуживающего контингента у ВОП не более 1500 человек, а с учетом детей до 1200 человек. Согласно упомянутому приказу эти цифры используются для расчетов штата медицинского персонала, а также материально-технического обеспечения. По опыту других стран количество обслуживаемого населения на участке значительно больше регламентированного приказом для России. Так например, в Финляндии за ВОП закрепляется 1500 - 2300 человек, в Дании, Великобритании более 1800, в США - 1800 - 2000.

Надо отметить, что в основе понятия «семейный доктор» лежит доземская форма здравоохранения, которая существовала в России до конца XIX века, когда подавляющее большинство населения не имело ни какой квалифицированной медицинской помощи, пользоваться услугами доктора до появления земских врачей могла только «элита» общества. В середине девятнадцатого века в России было около 8 тысяч докторов, из них 3 тыс. приходилось на армию и флот. Частнопрактикующие доктора обслуживали не более 3% населения. Именно земская реформа была призвана решить проблему оказания помощи населению России, земский врач являлся прообразом участкового терапевта. Замена централизованной медико-профилактической помощи населению на «семейного доктора», отбрасывает наше здравоохранение практически на 200 лет в прошлое.

Вопрос развития уже российского здравоохранения прямо связан с начавшимся в стране экономическим ростом. Чем более высоким и продолжительным он будет, тем отчетливее будет проявляться потребность в здоровых, долгоживущих квалифицированных специалистах, тем настойчивее будут стремиться как работодатели, так и сами работники к сохранению высокого уровня здоровья.

Российское государство, затрачивая 3 процента внутреннего валового продукта (ВВП) на лечение, пытается обеспечить всех доступной медицинской помощью.

США тратит на те же цели 20% Американского ВВП и доступность медпомощи в США невысока. Откуда Россия возьмет деньги на качественную медицину и достойную оплату труда врачей не понятно. Низкий единый социальный налог на граждан и организации не позволит пополнить бюджет здравоохранения, а потому, очевидно, все бремя оплаты за качественные медицинские услуги ляжет на граждан.

Из всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы. Доступность массовой медико-профилактической помощи на прямую зависит от экономического и социально-политического состояния государства. Состояние же государства, его социальное, промышленное, политическое и т.д. благополучие напрямую зависит от состояния здоровья его граждан.

Для осуществления масштабных задач, стоящих перед Россией необходимо соблюсти ряд условий:

1. Государству взять курс на приоритет здоровья.

2. Сделать медицину рентабельной отраслью экономики.

3. Увеличить процент отчислений из единого социального налога на нужды медицины.

Но без государственного регулирования, без государственного контроля, за деятельностью медицинской отрасли, без централизации основной финансовой базы, регламентирующих программы профилактики, лечения, обучения молодых докторов, возможность развивать отечественное здравоохранение крайне низка. Централизация доходов предприятий, налогов с гражданских лиц на медицинские услуги, позволяет планировать в условиях всей страны реальные программы оказания медико-профилактической помощи всем категориям граждан, независимо от их социально-экономического положения. Это в свою очередь дает возможность реализовывать широкие мероприятия по ликвидации развившихся за последнее десятилетие эпидемий.

Большое количество страховых медицинских компаний с огромным бюрократическим аппаратом не только не способно обеспечить реализацию долгосрочного развития российского здравоохранения, а напротив будет поглощать, и распылять финансовые средства, направляя их не на нужды здравоохранения, а на содержание свои штатных структур.

Решением проблемы должно стать сохранение системы массового здравоохранения в руках государства. Вместе с регулируемым и финансируем государством здравоохранением граждан РФ, может свободно развиваться и частная медицинская сеть, но она не должна подменять собой массового здравоохранения, а должна лишь дополнять его. Подобного рода конкуренция может пойти на пользу российской системе здравоохранения.

Несмотря на все недостатки, наиболее прогрессивной можно считать именно советскую систему массового здравоохранения. Не случайно все достоинства остальных моделей массового здравоохранения являются элементами советской модели.

## 1.3. Государственное регулирование системы здравоохранения

Развитие медицины и здравоохранения нельзя рассматривать отдельно от социально-экономического развития общества в целом. Как каждая новая эпоха в развитии человечества перекраивала заново географическую карту мира, так она же изменяла и соотношения людских потребностей и их реализацию. Так, произошедшая в 1917 году революция, изменив российское общество, изменила и медицину.

Можно привести множество примеров, как централизованное здравоохранение, стоимость которого была заложена в издержки производства, а значит в бюджет государства, способно решать проблемы охраны здоровья всех членов общества. Например, в период с 1918 по 1922 гг. в России сыпным и возвратным тифом переболело 35 млн. человек.28.10. 1919 руководством страны был принят декрет «О мероприятиях по сыпному тифу». Мобилизация всех средств и возможностей, имевшихся тогда у государства, позволили уже к концу 20-х гг. не только полностью ликвидировать тиф, но провести профилактическую вакцинацию всех детей и всего личного состава Красной Армии. Октябрьская революция сделала медицину действительно народной, т.е. доступной для всех и каждого. К концу 30-х гг. в стране были ликвидированы чума и холера, а 1932 год стал концом черной оспы и проказы. К началу Второй Мировой войны медицинские показатели социального неблагополучия в Советском Союзе (туберкулез, сифилис, педикулез) были самыми низкими в мире. Централизованное здравоохранение и фармацевтика позволили создать широкую сеть поликлиник, больниц, заводских и фабричных стационаров. Расширяя сеть медицинских училищ и институтов, здравоохранение могло готовить кадры для каждой деревни и села (хотя их нехватка и ощущалась).

В основу преобразований государственного здравоохранения была положена концепция Николая Александровича Семашко, который в 1918-1930 годах являлся народным комиссаром здравоохранения. Концепция заключалась в централизации управления системой здравоохранения и в обеспечении государственного финансирования системы. Преимущества советской медицины сделала очевидными Вторая Мировая война и послевоенный период. Так, за все время войны в СССР не было ни в тылу, ни на фронте какой-либо большой эпидемии, чего нельзя сказать о других воюющих странах.98% раненых Советской армии возвращались в строй и лишь 1% становились инвалидами. Несмотря на то, что здравоохранение социалистических стран несло в себе все черты перерождающегося, обюрокраченного государства (спец. больницы, спец. курорты и здравницы и т.д.), основное преимущество советского здравоохранения, а именно то, что оно не являлось бизнесом, а являлось общественной системой для сохранения здоровья - оставалось незыблемым.

В июле 1918 г. в России был учрежден Народный комиссариат здравоохранения, впервые в мире был создан высший государственный орган, объединивший в своем веденье все отрасли медико-санитарного дела. В 1918 г. в новой принятой руководящей партией программе содержался специальный раздел, посвященный здравоохранению, в котором подчеркивалось значение профилактического направления в медицине, проведение широких оздоровительных и санитарных мероприятий, имеющих целью предупреждения развития заболевания. Таким образом, врачебное искусство было включено в государственное регулирование.

Однако, для реализации программ необходима, прежде всего, экономическая база. В силу особенностей Советского государства, когда экономика страны не предусматривала наличие такого понятия как «частная собственность на средства производства», а значит, не предусматривала расход финансов на гигантские частные прибыли, весь доход (или большая доля) поступали в государственный бюджет. Отсюда, как бы не критиковали плановую экономику, но именно она позволяла, обеспечивать широкую лечебно-профилактическую программу, позволяла направлять большие средства на обучение молодых врачей. Появление государственного регулирования здравоохранения в России, подведение под него экономической, базы позволило превратить врача из отдельного дефицитного земского лекаря в доступного врача лечебно-профилактической сети.

Участково-территориальный принцип врачебной помощи был узаконен страховым обществом и Наркомздравом РСФСР еще в 1925 г., «Положение об организации врачебной помощи на дому» от 10 октября 1925 г. регламентировало участковый принцип врачебной помощи в городах. Таким образом, реализовывалась идея выделения врача, ответственного за здоровье семьи и каждого индивидуума. Одновременно с этим начиная с 1918 г. в стране формируется сеть диспансерных учреждений (туберкулезных, венерологических, онкологических и др.) т.е. специализированных служб, а также женских и детских консультаций. При таком положении вещей ситуация в отечественной медицине менялась быстрыми темпами, так в 1928 году больничных коек насчитывалось уже 247 тыс., а в 1940 году - 791тыс. Только в период с 1929 по 1938 г. было организовано 24 новых медицинских института, и как следствие численность врачей возросла с 70 тыс. в 1928г. до 155,3 тыс. в сороковом. Развитие технического потенциала медицины, внедрение в широкую практику экспресс-методов, таких как флюорография, общие лабораторные исследования подняли профилактическое направление в здравоохранении на значительную высоту.

Наиболее широкое развитие участковый принцип получил после объединения амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в послевоенный период. В 1948 году приказом Минздрава СССР в участковую службу включены, кроме терапевтов, педиатры, акушеры-гинекологи, фтизиатры, психиатры. Номенклатурой учреждений здравоохранения были предусмотрены специализированные диспансеры: противотуберкулезный, кожно-венерологический, онкологический, врачебно-физкультурный, трахоматозный, противоознобный. Таким образом, специализация медицины и появление узких профильных дисциплин усиленно внедрялись в первичное амбулаторное звено здравоохранения. Преобразования в здравоохранении проводились под лозунгом «Обеспечить советских людей доступной квалифицированной медицинской помощью». Государственные ресурсы позволяли реализовывать этот лозунг.

Сейчас принято всячески критиковать модель советской системы здравоохранения. Но именно Россия явилась первой страной в мире, где стало возможным дать каждому жителю страны бесплатную медицинскую помощь, охватить каждого гражданина медицинской профилактикой, т.е. создать модель массового здравоохранения.

Однако в результате ряда преобразований в последние три десятилетия существования Советского Союза, когда бюрократический аппарат страны в целом вырос до невероятных размеров, в государственном здравоохранении сформировалась исключительно громоздкая система амбулаторно-поликли-нической помощи, с раздутым штатом недостаточно квалифицированных специалистов.

Под здравоохранением понимается совокупность государственных и общественных мероприятий чисто медицинского характера предоставление медицинской помощи и лекарственных средств, лечение и отдых в здравницах. Сюда же относятся меры общего характера: повышение материального благосостояния, оздоровление окружающей среды в т.п. меры, направленные на сохранение и укрепление физического и психического здоровья людей, поддержание их долголетней активной жизни, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Важнейшие положения содержатся в ст.41 Конституции:

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом».

В ряде других статей Конституции содержатся положения о защите достоинства личности, о запрещении принудительного труда, о защите семьи, материнства и детства и др.

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья, принятых 22 июля 1993 г., определены организационные начала государственного, муниципального и частного здравоохранения, вопросы его финансирования; содержится раздел о правах граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, медицинской экспертизы; выделены разделы о правовой и социальной защите медицинских фармацевтических работников, об ответственности за причинение вреда здоровью граждан, за сохранение врачебной тайны и т.д.

Еще ранее, в декабре 1992 г., была принята Государственная программа «Здоровье населения России». В ней говорится, что здоровье - не просто отсутствие болезней, но полное физическое, духовное и социальное благополучие при максимальной продолжительности жизни. Здоровье человека зависит не только и даже не столько от усилий медиков. Экспертная оценка показывает, что на 55% здоровье зависит от образа жизни, ее качества, на 25% - от внешней среды, от экологии. Отсюда приоритеты программ, а именно здоровье матери и ребенка, экология, достаточное государственное финансирование, определение прожиточного минимума в соответствии со структурой потребления и обеспечения населения полноценным питанием, удешевление лекарств. Здравоохранение - это задача общества в целом, а не только медицинской отрасли.

Важное значение для организации работы органов управления в медицинских организаций имеет одобренная Правительством РФ 5 ноября 1997г. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Она имеет своей целью сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Медицина переходит на платное обслуживание, создается платная медицина, в которую включаются частные лечебно-профилактические учреждения и аптеки, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой. Свою деятельность они строят на основе законодательства о здравоохранении. Но медицинские услуги в частной системе здравоохранения дороги, а качество государством не обеспечивается.

Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями. Они осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Другое новое направление в области здравоохранения - оказание медицинской помощи на основании медицинского страхования граждан, осуществляемого в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г.

Цель медицинского страхования - сохранение в укрепление здоровья населения, создание экономической ответственности и заинтересованности в этом граждан, а также предприятий, учреждений, организаций, гарантирование гражданам квалифицированной помощи за счет накопленных средств и финансирования профилактических мероприятий. Медицинское страхование осуществляется на обязательной или добровольной основе.

Обязательное страхование является всеобщим и реализуется соответственно программам, гарантирующим установленный объем и условия оказания медицинской помощи. Добровольное страхование осуществляется на основе программ добровольного страхования и обеспечивает дополнительные медицинские услуги.

Субъекты медицинского страхования - граждане, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, для работающих - предприятия, учреждения и организации, предприниматели.

Страховым органом является юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование и имеющее государственное разрешение (лицензию), выданную Министерством финансов Российской Федерации или его органами. Объект страхования - риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Между страховой организацией и страхователем заключается договор.

Страховая медицинская организация является как бы посредником между лечебным учреждением и гражданином. Она выбирает медицинское учреждение, устанавливает тарифы на медицинские услуги и выполняет другие функции, вытекающие из устава и договора. Источниками финансирования страховой системы здравоохранения являются средства бюджетов, предприятий и граждан, доходы от ценных бумаг и кредиты.

Еще рано говорить об эффективности этой системы, но в ее основе лежит материальная заинтересованность. Так, если предприниматель платит за своих рабочих страховой взнос, значит, он заинтересован в снижении травматизма на производстве и в том, чтобы его работники и его близкие не болели. Следовательно, он будет заботиться об их здоровье, предупреждать болезнь, поскольку это самый выгодный способ поддерживать работников в работоспособном состоянии. Страховое общество платит за каждого больного медицинскому учреждению, которое лечит этого больного. Значит, страховая организация заинтересована в снижении заболеваемости и проведении профилактических мер среди граждан и на предприятиях. Тем не менее, государственная система здравоохранения остается основной по оказанию населению медицинской помощи.

Для организации управления в области здравоохранения характерно отсутствие единой системы органов управления. Кроме Министерства здравоохранения, управление осуществляют также другие федеральные органы исполнительной власти (министерства обороны, внутренних дел, путей сообщения, транспорта и др.). Участие в управлении принимают и общественные организации: профсоюзы, общество Красного Креста и Красного Полумесяца и др. В субъектах Федерации управление осуществляют соответствующие органы исполнительной власти.

Управляемыми объектами являются поликлиники, диспансеры, больницы, родильные дома, аптеки, консультации, санитарно-эпиде-миологические станции и другие учреждения. Эти учреждения подразделяются на государственные, муниципальные в частные. В свою очередь государственные учреждения могут быть федеральными или субъектов Федерации.

Разработка основ государственной политики в области здравоохранения является важнейшей задачей Министерства здравоохранения.

Свою деятельность Министерство здравоохранения осуществляет во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Российской академией медицинских наук, профессиональными медицинскими ассоциациями, общественными объединениями, а также другими организациями. В систему Министерства здравоохранения входят его территориальные органы (зональные управления специализированных санаториев), государственные лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические, аптечные предприятия и другие организации, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Федерации, районах и городах, учреждения, предприятия и другие организации государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ, службы материально-технического обеспечения, иные предприятия, учреждения и организации, подведомственные Министерству.

При этом Министерство руководствуется требованиями Указа Президента от 20 апреля 1993г. «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации», где сказано, что обеспечение здоровья населения следует считать приоритетным направлением формируемых социальных программ и проводимых мероприятий.

К системе государственного управления здравоохранением примыкает организация физической культуры, спорта, туризма.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим госу-дарственное управление, межотраслевую и межрегиональную координацию в сфере физической культуры, туризма, сохранения и развития курортного комплекса РФ, является Государственный комитет РФ по физической культуре и туризму. Его основными задачами, согласно Положению, утвержденному постановлением Правительства РФ от 27 апреля 1995 г., являются разработка основ государственной политики в сфере физической культуры, туризма, сохранения и развития курортного комплекса; разработка федеральных программ по оздоровлению населению средствами физической культуры и туризма, сохранению и развитию курортного комплекса, межотраслевая координация их выполнения.

Охрана здоровья населения - это совокупность мер политико-экономического, экологического, социально-культурного, правового, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Здравоохранение - это не только оказание квалифицированной медицинской помощи, а также комплекс профилактических, санитарно-гигиенических, эпидемиологических и других мер, т.е. специализированный вид деятельности в обеспечении охраны здоровья населения.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

1. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан.

3. Доступность медико-социальной помощи и оказание ее гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

5. Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством.

Организационно-правовые формы обеспечения охраны здоровья населения это:

1. Государственная система здравоохранения, в которую включаются специализированные органы государственного управления, предприятия, учреждения и организации.

2. Муниципальная система здравоохранения - муниципальные органы здравоохранения и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные и др. учреждения.

3. Частная система здравоохранения, к которой относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Конституция Российской Федерации (ст.7, 8, 41, 42, 74) закрепляет государственную, муниципальную и частную систему здравоохранения, право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, гарантии реализации этого права. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Несмотря на очевидную важность в жизни современного общества правового регулирования отношений, возникающих в сфере охраны здоровья, законодательное обеспечение прав человека на здоровье до 1990 г. в Российской Федерации было весьма ограниченным. Практически все законодательство исчерпывалось Основами законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении (1961 г) и законом РСФСР «О здравоохранении», принятом в 1971 г.

К середине 90-х годов назрела необходимость планомерной системной работы по созданию Кодекса законов об охране здоровья населения, который базируется на следующих принципах: защита прав человека в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан; доступность медико-социальной помощи населению; ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за обеспечение конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья.

Кодекс законов об охране здоровья включает в себя следующие блоки (рис.1.1).

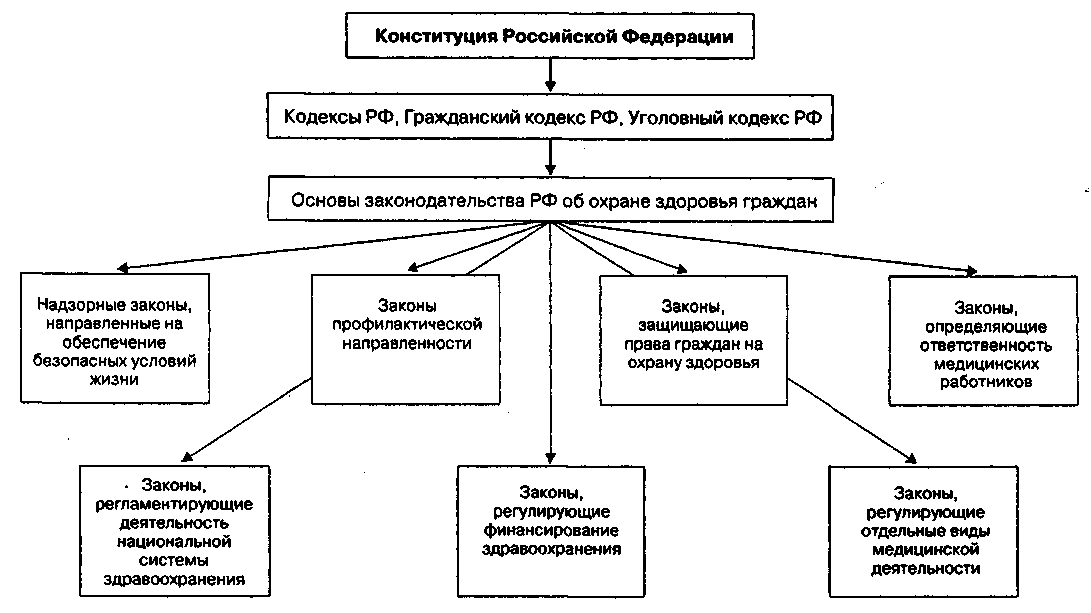


Рис.1.1. Законодательство в сфере охраны здоровья населения

К числу наиболее важных нормативных актов по вопросам здравоохранения относятся:

1. Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан», принятые 22 июля 1993 г. В Основах устанавливаются общие положения и задачи законодательства, компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации и ее субъектов, органов местного самоуправления, организация охраны здоровья, права граждан и гарантии их реализации в этой сфере, медицинская экспертиза, права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников, международное сотрудничество и ответственность за причинение вреда здоровью граждан.

2. Федеральные законы по основным направлениям деятельности в сфере охраны здоровья населения: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 19 апреля 1991 г., «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г., «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан; при ее оказании» от 2 июля 1992 г., «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" от 24 февраля 1995 г. и др.

3. Указы Президента РФ: «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» от 20 апреля 1993г., «О гарантиях прав граждан на охрану здоровья при распространении рекламы» от 17 февраля 1995г. и др.

4. Постановления Правительства РФ: «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации» от 6 июля 1994 г., «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф» и др. Особое место в системе правовых источников занимают, федеральные целевые программы по основным направлениям охраны здоровья населения, утверждаемые постановлениями Правительства Российской Федерации: «Здоровье населения России» (1992 г), «Вакцинопрофилактика» (1994 г), «Совершенствование оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации» (1994г), «Безопасное материнство» (1994 г) и др.

5. Нормативные акты Министерства Здравоохранения РФ, органов здравоохранения субъектов Федерации. В Республике Марий Эл приняты республиканские законы: «О республиканской целевой программе по противодействию распространения в Республике Марий Эл заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на 2003-2004 годы «Анти-ВИЧ/СПИД» от 12 марта 2003 г., «О республиканской целевой программе «О совершенствовании службы скорой медицинской по-мощи в Республике Марий Эл на 2003-2007 годы» от 11 октября 2003 г. и др.

6. Законы и нормативные правовые акты органов государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам развития здравоохранения на их территориях.

7. Нормативные правовые акты органов местного самоуправления.

Административное и административно-процессуальное законодательство развивает, дополняет и конкретизирует конституционные нормы об охране здоровья населения и здравоохранения; оно довольно обширно, а диапазон административно-правового регулирования отношений в этой сфере чрезвычайно широк.

Далее рассмотрим структуру, правовое положение и компетенцию органов управления в сфере здравоохранения.

1. Органы исполнительной власти общей компетенции - Президент РФ и Правительство РФ осуществляют общее руководство охраной здоровья населения и здравоохранением. В соответствии с п. «в» ч.1 ст.114 Конституции РФ Правительство РФ обеспечивает проведение в Российской Федерации единой государственной политики в области здравоохранения.

В Аппарате Правительства имеется Департамент труда, здравоохранения и социальной защиты населения, создана санитарно-противоэпидемическая комиссия Правительства РФ, задачей которой является координация мер профилактики массовых заболеваний и. отравлений населения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

2. Орган специальной компетенции - Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России). Оно является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в сфере здравоохранения, включая обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации и курортное дело, а также координирующим в случаях, установленных федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, деятельность в этой сфере иных федеральных органов исполнительной власти.

Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 29 апреля 2003 г. №284 об утверждении Положения Министерстве здравоохранения Российской Федерации, его основными задачами являются проведение государственной политики в сфере здравоохранения, включая обеспечение санитарно - эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, в целях создания необходимых условий для реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь; разработка и реализация в пределах его компетенции системы мер по охране здоровья населения, включая организацию профилактических мероприятий и оказание медицинской помощи населению.

Минздрав России осуществляет функции ориентирования, обеспечения и оперативного управления системой здравоохранения в следующих областях деятельности: комплексных проблем здравоохранения и медицинской промышленности; профилактики заболеваний, медицинской помощи, инвалидности, экспертизы; охраны семьи, материнства, отцовства и детства; медицинской статистики, бухгалтерского учета и информатизации; подготовки повышения квалификации кадров и научно-исследовательской деятельности; охраны труда, обеспечения социальных льгот и гарантий для работающих на подведомственных предприятиях, в учреждениях и организациях; оказания помощи при чрезвычайных ситуациях; финансово-экономической и инвестиционной политики, медицинского страхования.

3. В целях обеспечения эффективной экстренной лечебно-профилак-тической и санитарно-эпидемиологической помощи населению России при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями, катастрофами и эпидемиями, созданы Всероссийская служба медицины катастроф, Всероссийский и региональные центры медицины катастроф «Защита».

Силы, средства и медицинские формирования (отряды и бригады) созданы в соответствующих службах, Министерстве обороны, Министерстве чрезвычайных ситуаций и Минздрава России.

4. Отдельные функции государственного управления здравоохранением осуществляют через свои медицинские службы и учреждения некоторые федеральные органы исполнительной власти: МВД, Минобороны, Минобразование, ФСБ и другие ведомства.

5. На территориях субъектов Федерации задачи и функции управления здравоохранением осуществляют органы исполнительной власти - главы администраций (губернаторы), правительства, а также министерства, главные управления, управления, департаменты и отделы здравоохранения.

Органы исполнительной власти субъектов Федерации осуществляют реализацию федеральных и региональных программ по развитию здравоохранения и охране здоровья граждан, они координируют деятельность субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, обеспечивают профилактику заболеваний, оказание медицинской помощи населению, охрану семьи, материнства, отцовства и детства, развитие сети медицинских учреждений, осуществляют лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных комиссий и т.д.

К ведению органов местного самоуправления относятся:

1. Контроль за соблюдением законодательства и защита прав и свобод человека и гражданина в этой сфере.

2. Формирование органов управления муниципальной системы здраво-охранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной, других видов медико-социальной помощи, обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории.

3. Формирование собственного бюджета в части расходов на здраво-охранение, целевых фондов и осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан.

4. Координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в пределах своих полномочий.

5. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.

6. Реализация мер по охране семьи, материнства и отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения и др.

Административно-правовой статус медицинских учреждений определяется как общим законодательством, так и персонифицированными правовыми актами. Муниципальные и частные медицинские учреждения подконтрольны государственным органам управления здравоохранения.

Неотложные меры по обеспечению здоровья населения Российской Федерации и всех ее субъектов являются предметом глубокой проработки Правительства Российской Федерации.

В соответствии с указом Президента Российской Федерации в настоящее время продолжается реализация принятых документов по ряду неотложных мер, это:

развитие системы охраны здоровья населения,

снижение распространенности социально обусловленных заболеваний,

обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, необходимого уровня питания населения и меры по снижению преждевременной смертности,

разработка федеральных программ безопасного материнства и укрепления здоровья детей, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, программы улучшения условий труда, развития фармацевтической промышленности и улучшения лекарственного обеспечения, восстановления функционирования системы санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, развития службы врача общей практики (семейного врача).

## 2. Развитие системы здравоохранения в Республике Марий Эл

## 2.1. Основные направления работы органов и учреждений здравоохранения

В 2004 году Министерством здравоохранения Республики Марий Эл продолжалась работа по следующим основным направлениям:

- обеспечение государственных гарантий на охрану здоровья граждан;

- рациональное использование ассигнований и ресурсов здраво-охранения с проведением реструктуризации отрасли, повышением эффектив-ности деятельности лечебно-профилактических учреждений;

- разработка и реализация мер по снижению заболеваемости населения социально-значимыми заболеваниями.

На фоне сохраняющейся непростой медико-демографической ситуации, в республике в 2004 году отмечались и положительные тенденции.

За 2004 г. отмечается увеличение показателей рождаемости на 7,7% (с 9,1 до 9,8 на 1000 населения), родилось живыми на 503 новорожденных больше (в 2004 г. родилось 7337 детей против 6834 в 2003 г), однако смертность по-прежнему превышает рождаемость в 1,6 раза и составляет 16,1 (за 2003 г. - 15,1). Естественная убыль составляет 6,3 на 1000 населения (за 2003 г. - 6,0, по Российской Федерации - 6,5).

Таблица **2.1**

Демографические показатели по РМЭ за 2000-2004 годы

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | | 2000г. | 2001г. | 2002г. | 2003г. | 2004г. |
| Численность населения на начало года (тыс. чел) | РМЭ | 766,2 | 761,2 | 758,7 | 755,2 | 750.3 |
| в том числе дети до 14 лет (тыс. чел) | РМЭ | 169,3 | 161,5 | 153,8 | 146,2 | 137,3 |
| Рождаемость (на 1000 чел) | РФ | 8,76 | 8,64 | 8,88 | 9,04 |  |
| РМЭ | 8,7 | 8,6 | 8,9 | 9,1 | 9,8 |
| Общая смертность (на 1 000 чел) | РФ | 13,7 | 14,7 | 15,3 | 15,6 |  |
| РМЭ | 12,61 | 14,0 | 14,5 | 15,1 | 16.1 |
| Младенческая смертность (на 1 000 родившихся) | РФ | 16.5 | 16.5 | 15,3 | 14.7 |  |
| РМЭ | 14,90 | 14,35 | 12,56 | 12,76 | 13,66 |
| Естественный прирост | РФ | -4,8 | -6,3 | -6,6 | -6,5 |  |
| РМЭ | -3,85 | -5,36 | -5,62 | -6,0 | -6,3 |

Основными причинами смерти населения, как и в прошлые годы, являются болезни системы кровообращения, травмы и отравления, новообра-зования. Современный уровень смертности во всех возрастах предопределил снижение продолжительности жизни населения республики. Средняя продолжительность жизни в республике составляет у мужчин 61,35 (по РФ - 59,0), у женщин 72,3 (по РФ - 72,2 года). В 1985 г. - 1986 г. продолжительность жизни составляла: у мужчин - 64,1, женщин - 75,8 лет. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 11,7 лет ниже, чем продолжительность жизни женщин (по РФ - на 12 лет).

Основная причина сокращения продолжительности жизни заключается в высокой смертности населения трудоспособного возраста. Среди умерших в рабочих возрастах мужчины составляют около 80%. По причинам смерти в трудоспособном возрасте в 2004 г.51,3% составляют травмы и несчастные случаи, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы составляет 22,8%. Одной из основных причин сокращения продолжительности жизни является и продолжающийся процесс старения населения, доля лиц пенсионного возраста в республике составляет около 19%.

Сложившаяся демографическая ситуация в республике ставит перед Министерством здравоохранения, Управлением здравоохранения г. Йошкар-Олы ряд важнейших задач.

Оказывает влияние на низкую рождаемость уменьшение количества женщин фертильного возраста (количество женщин от 15 до 49 лет на начало текущего года - 210,0 тысяч), удельный вес женщин фертильного возраста сократился с 59,6% в 1995 г. до 52,8% в 2004 г. (по РФ - 53%).

Вызывает тревогу состояние здоровья беременных женщин. За последние 10 лет заболеваемость беременных анемией выросла в 6 раз и составила в 2003 г.48,0% из числа женщин, закончивших беременность. В 2004 г. в том числе и в результате лечения беременных противоанемическими препаратами и витаминизации беременных количество анемий у беременных снизилось до 45,6%, но все же остается на высоких цифрах (по РФ в 2002 г. - 43,9%). Анемии занимают первое место в структуре заболеваемости беременных, на втором - болезни мочеполовой системы. Возросло число заболеваний щитовидной железы у беременных в 1,6 раза. В то же время уменьшилось количество токсикозов беременных по сравнению с 2003 г. на 18%; количество кровотечений в послеродовом периоде - в 2,1 раза. Число нормальных родов в 2004 г. составило 37%, против 40,6% в 2000 г. (по РФ в 2002 г. -31,1%).

Непосредственное влияние на демографические показатели оказывает состояние младенческой смертности. При анализе динамики младенческой смертности отмечается снижение ее показателей с 1993 года. В 2004 г. показатель составил 13,66 на 1000 родившихся живыми (за 2003 г. по РФ - 14,7, Приволжскому федеральному округу - 13,6), против 19,3 в 1993 г, снижение в 1,4 раза. Хотя удельный вес смертности младенцев в общей структуре смертности населения составляет менее 1%, тем не менее, это тот показатель, который на 33% является управляемым. Сложившаяся тенденция снижения уровня младенческой смертности является достаточно оптимистическим признаком. Однако, темпы снижения показателей свидетельствуют о том, что до настоящего времени использованы не все возможные механизмы снижения младенческой смертности (рис.2.1).

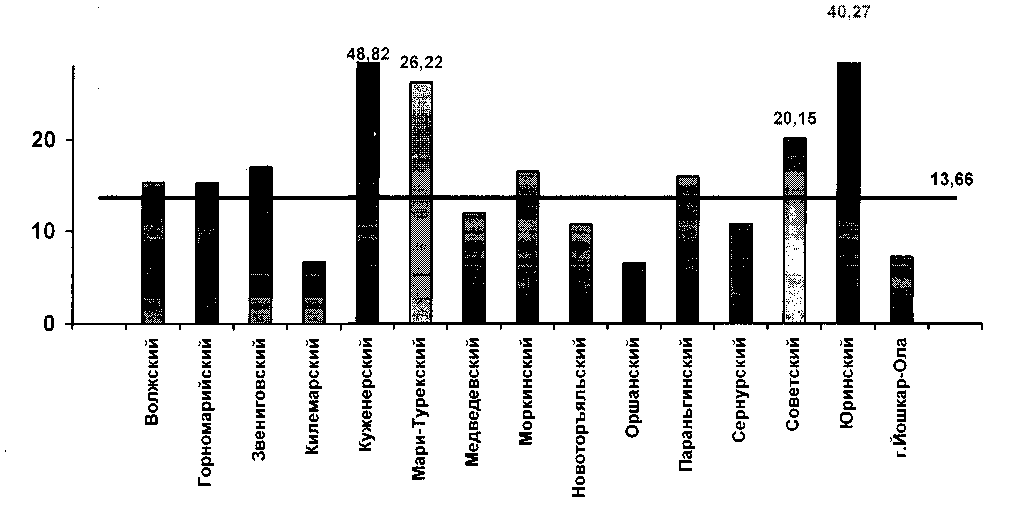


Рис.2.1. Младенческая смертность в 2004 году

Требует пристального внимания работа по совершенствованию организации медицинской помощи новорожденным и детям. В 2004 г. в республике зарегистрировано 1млн.80 тыс. случаев острыми и хроническими болезнями, из которых 610 тысяч с впервые установленным диагнозом. Общая заболеваемость населения снизилась на 1,3% и составила 1446,2 на 1000 населения (за 2003 год - 1464,9), по возрастным группам общая заболеваемость составила: у детей 2016,1 случаев на 1000; у подростков 1637,4 на 1000; у взрослых 1276,7 на 1000 соответствующего населения.

Таблица **2.2**

Динамика заболеваемости (на 1000 населения) в Республике Марий Эл

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заболеваемость по годам | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. | Среднегодовая заболеваемость |
| Всего по Республике Марий Эл | 704,1 | 739,9 | 806,7 | 791,3 | 812,9 | 790,3 |
| Всего по Российской Федерации | 666,1 | 704,5 | 730,3 | 720,5 | 786,4 | 682,7 |

При снижении общей заболеваемости, за прошедший год отмечается увеличение заболеваемости населения, с диагнозом установленным впервые в жизни, на 2,7%. Показатель заболеваемости на 1000 населения составил 812,9 (за 2003 год - 790,3), среднегодовой уровень заболеваемости в республике превышает показатели по Российской Федерации на 17%. Тем не менее, отмечается рост по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением на 14,4%, острым инфарктом миокарда - на 3%.

Впервые выявленная заболеваемость системы кровообращения увеличилась на 8,2%. Наибольшее увеличение наблюдалось при заболеваниях, с повышенным кровяным давлением (на 23%), цереброваскулярными болезнями (на 4%), острым инфарктом миокарда (на 3,3%). Имело место снижение заболеваемости стенокардией на 22%, эндартериитами на 23%. В структуре впервые выявленной заболеваемости среди взрослого населения по поводу болезней системы кровообращения ведущая роль принадлежит цереброваскулярным болезням, болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением, острому инфаркту миокарда, на долю которых в сумме приходится 42,6%.

Число больных с сердечно-сосудистой патологией, госпитализи-рованных в стационары осталось на уровне 2003 г. В 2004 г. показатель 311,1 на 10 тыс. населения (РФ - 366,7). При этом наиболее значительное увеличение показателей госпитализации произошли при таких заболеваниях как острый инфаркт миокарда, (2,9%), стенокардией (на 8,9%). Средняя дли-тельность пребывания в стационарах больных по данному классу болезней снизилась на 2,4%. Больничная летальность этого класса болезней на уровне 2003 г. и составляет 2,8%.

В 2004 году в Республике Марий Эл выявлено 1712 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (2003 г. - 1756). Показатель заболеваемости остался на уровне прошлого года и составил 22,8 на 10 тыс. населения (2003 г. - 22,9, по РФ - 31,3).

Наиболее серьезной проблемой остается развитие системы ранней диагностики злокачественных новообразований. С этой целью разработаны методические рекомендации по раннему выявлению онкозаболееваний у больных в стационарах; планируются регулярные выезды специалистов онкодиспансера для оказания консультативной, организационно-метод и плактической помощи лечебно-профилактических учреждений.

Сложной осталась ситуация с социально значимыми заболеваниями. В 2004 г. отмечается рост заболеваемости туберкулезом на 12,3%, т.е. с 45,9 до 51,5 на 100 тыс. населения. Заболеваемость бациллярными формами увеличилась на 11%. Рост показателей заболеваемости обусловлен улучшением профилактического выявления туберкулеза среди населения и групп риска всеми методами. Так, в 2004 году удельный вес больных, выявленных при профилактических осмотрах, увеличился с 35,8% в 2003 г. до 38,7% в 2004 г. Улучшилось выявление больных без фазы распада, о чем свидетельствует соотношение больных с бацилловыделением к больным с фазой распада. Туберкулинодиагностика возросла с 94,7% до 95,8%. Повысилось качество лечения больных; так клиническое излечение больных активным туберкулезом органов дыхания возросло с 44,6% в 2003 г. до 53,4%. Прекращение бацилловыделения так же возросло с 83,8% до 84,3%. Уменьшилось число рецидивов с 22,2% до 20,0%.

В 2004 г. удалось добиться снижения показателя смертности на 15% (10,1 на 100 тыс. населения против 11,9 в 2003 г., РФ - 20,0). Несмотря на то, что в 2004 г. отмечается стабилизация некоторых показателей, характеризующих эпидобстановку по туберкулезу, в целом ситуация с туберкулезом продолжает оставаться весьма напряженной. В 2004 г. взято на учет (по ф. № 33) 371 человек с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания (в т. ч.8 детей). Из них с фазой распада 150 человек, т.е.40,4%.

По данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД Минздрава Республике Марий Эл за период с 1999 г. по 1.01. 2004 г. зарегистрировано 359 случаев ВИЧ-инфицированных (на 1.01.03 на учете 325 человек), в т. ч.13 детей (из них 12 детей рождено от ВИЧ-инфицированных матерей). Умерло за этот период 8 человек (от СПИД - 2, прочие - 6). При этом до 80% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных являются внутривенными потребителями наркотиков. Быстро возрастает доля женщин среди ВИЧ-инфицированных и увеличилась с 9% в 2002 г. до 25% в 2004 году. В настоящее время в республике среди впервые выявленных случаев заражения ВИЧ соотношение между мужчинами и женщинами равно 4: 1 (2003 г. = 6: 1). Около 86% зараженных ВИЧ женщин находятся в детородном возрасте, что влечет за собой проблему распространения ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в 2004 году остается относительно спокойной. В результате проводимых организационных и профилактических мероприятий в 2004 году по сравнению с 2003 годом в республике отмечено снижение инфекционной заболеваемости на 11,5%.

Не зарегистрированы случаи групповых заболеваний и пищевых отравлений. По большинству нозологических форм кишечных инфекций отмечается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости, что на 24,8% ниже аналогичного периода прошлого года, в том числе среди детей до 14 лет - на 30,6%, Отмечено снижение заболеваемости сальмонеллёзом на 27,5%, бактериальной дизентерией - на 45,2%.

Зарегистрировано 405 случаев заболеваний сальмонеллёзом против 559 за аналогичный период прошлого года. Снижение заболеваемости отмечено в большинстве районов республики. Выше средне республиканских показателей заболеваемости сальмонеллёзом отмечены среди населения г. Йошкар-Ола в 1,7 раза, Оршанского в 1,62 раза и Медведевского района в 1,3 7 раза.

Эпидемиологическая обстановка по заболеваемости вирусным гепатитом А в 2004 году в целом по республике оставалась достаточно спокойной. Показатель на 100 тыс. населения составил 13,0 и был на 45% ниже уровня прошлого года, но следует отметить, что на 3-х территориях Горномарийский, Оршанский, Параньгинский районы отмечается рост заболеваемости от 2,5 до 4,6 раз, который имеет тенденцию к росту и будет влиять на эпидемиологическую ситуацию в целом по республике.

В 2004 году в республике продолжалась реализация комплекса мер по охране здоровья женщин и детей, которая в современной демографической ситуации приобретает особую медико-социальную значимость.

В Республике Марий Эл по состоянию на начало 2004 года проживает 397,9 тысяч женщин, что составляет 53% от числа всего населения республики. В течение 2004 года закончено перепрофилирование всех послеродовых коек в койки «мать и дитя». Функция родильных и гинекологических коек увеличилась (родильных с 242,0 в 2003 г. до 245,7 дней), гинекологических коек - с 329 до 343,6 дня). Увеличился процент раннего взятия на учет по беременности на 3,4% (с 79% до 82,4%). Количество недоношенных детей уменьшилось в 1,3 раза, показатель на 1000 родившихся в 2004 г. составил 3,6% (в 2003 г. - 4,5%). Заболеваемость новорожденных осталась на уровне прошлого года и составляет 232,7 на 1000 родившихся живыми.

Серьезную озабоченность вызывают выраженные изменения в состоянии здоровья девочек - подростков - будущих матерей, показатели заболеваемости среди которых на 10-15% выше, чем у юношей. На начало 2004 г. детей до 18 лет в республике - 181,5 тысяч (из них подростков - 44,1-тысячи, детей до 14 лет - 137,4 тысячи). Дети составляют 24% от всего населения (за последние 5 лет количество детей до 14 лет уменьшилось на 32 тысячи). Заболеваемость детей 1 года жизни в 2004 г. снизилась на 8% и составила 2123,4 на 1000 детского населения, в структуре: первое место - болезни органов дыхания (47,5%), второе место - отдельные состояния перинатального периода (12,6%), третье место - болезни крови и кроветворных органов (6,9%). Заболеваемость детей до 14 лет увеличилась на 7,9% и составила 1460,3 на 1000 детского населения (по РФ - 1462,9).

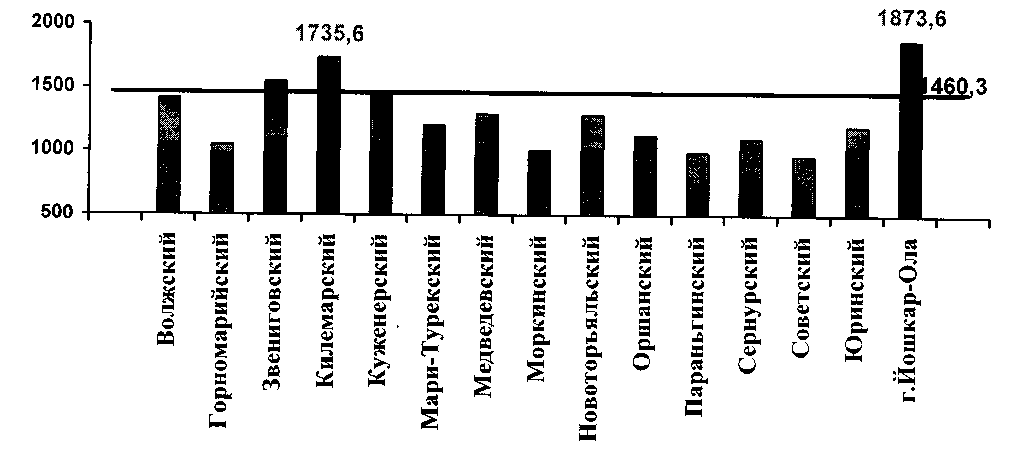


Рис.2.2. Заболеваемость детей на 1000 детского населения

Наиболее высокий уровень заболеваемости детского населения в г. Йошкар-Оле (показатель 1873,6) и Килемарском районе (показатель 1735,6 на 1000 детей). Заболеваемость подростков 15-17 лет в 2004 г. возросла на 1% и составила 1074 на 1000 подросткового населения (по РФ в 2003 г. - 934,3).

Структура заболеваемости подростков: первое место - болезни органов дыхания (45,5%), второе - травмы и отравления (9,4%), третье - болезни кожи и подкожной клетчатки (8,5%), четвертое место - костно-мышечной системы (6,6%). Заболеваемость подростков в 2004 г. по сравнению с 2003 г. увеличилась почти по всем классам заболеваний, снижение отмечается только по болезням органов дыхания и врожденным аномалиям развития.

Министерством здравоохранения Республики Марий Эл совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами был организован летний отдых детей. Всего на базах детских санаториев системы Минздрава оздоровлено 3785 детей, из них 424 - в возрасте от 15 до 18 лет с хроническими заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистой системы. На базе Республиканской больницы восстановительного лечения с детским санаторным отделением «Кичиер» организованы специализированные смены для детей с аллергическими заболеваниями. Впервые организованы смены для подростков с ортопедической и неврологической патологией и для детей-инвалидов с сахарным диабетом.

Совместно с Республиканским фондом социального страхования проведены две оздоровительные смены на базе профилактория «Кооператор» для детей с заболеваниями органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. В 2005 году эта работа будет продолжена.

Совместно с Министерством социальной защиты населения и труда Республики Марий Эл на базах семи лечебно-профилактических учреждений проведено оздоровление детей и подростков с хроническими заболеваниями; На базе Республиканского центра реабилитации детей-инвалидов «Таир» организована смена для детей-инвалидов с аллергическими заболеваниями.

В санаториях федерального подчинения оздоровлено 399 детей. Всего охвачено санаторным лечением и реабилитацией на базах санаториев, лечебно-профилактических учреждений 7758 ребенка (без учета летнего оздоровления детей в лагерях), что составляет 15,4% от диспансерной группы.

Важным разделом деятельности была работа по обеспечению населения амбулаторно-поликлинической помощью. Утвержденный норматив объемов амбулаторно-поликлинической помощи по Программе госгарантий на 2004 г. составляет 8924,5 посещений на 1000 жителей.

Всего за 2004 год зарегистрировано 6 млн**.4**59,4 тысяч врачебных посещений (в 2003 г. - 6 млн**.4**14,4 тыс. посещений).

Фактическое число посещений за 2004 год на 1000 жителей (за счет всех источников финансирования) составляет 8609,4 (или 8,6 на 1 жителя), что выше показателя 2003 г. - 8494,8. За счет бюджета и средств обязательного медицинского страхования число посещений к врачам за 2004 г. составляет 6092,0 тысяч или 8119,4 на 1000 жителей.

Утвержденный норматив объемов стационарной помощи по Программе госгарантий обеспечения граждан в Республике Марий Эл бесплатной медицинской помощью составляет на 2004 г.3140,7 койко-дней на 1000 жителей (при средней длительности госпитализации 14,3 дня).

Фактически показатель стационарной помощи в 2004 г. по Программе госгарантий составляет 3444,5 койко-дней на 1000 жителей (в 2003 г. - 3459,9), что превышает на 9,7% утвержденный норматив (в 2003 г. превышение составляло 10,2%). В то же время, в сравнении с 2003 годом, больными проведено на 28,2 тыс. койко-дней меньше, в 2004 г. - 2584,4 (2003 г. - 2612,6 тыс. койко-дней). Всего в учреждениях Минздрава республики было госпитализировано 194,4 тыс. больных (с койками сестринского ухода), без учета коек сестринского ухода - 192,8 тысячи больных. При этом уровень госпитализации населения в республике (без коек сестринского ухода и коек дневного пребывания) увеличился и составляет 256,9 на 1000 населения (в 2003 г. - 250,4, в 2002 г. - 252,7), что выше норматива на 17%.

Функция круглосуточных коек увеличилась и составила 327,6 дня в году (в 2003 г. - 316,4 дней, по РФ в 2003 г. - 315,4 дня), при нормативной 326 дней (рис.2.3).

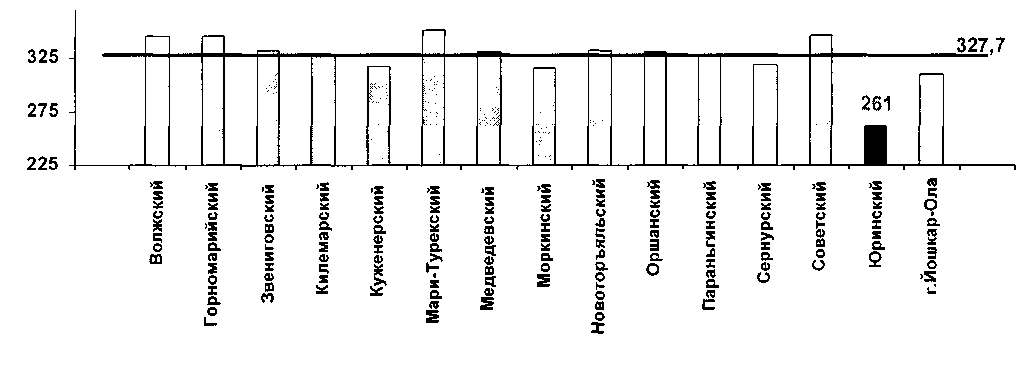


Рис.2.3. Число дней работы койки в круглосуточном стационаре

Средняя длительность лечения 1 больного в круглосуточных стационарах снизилась и составила 13,8 дня (в 2002 г. - 14,0 дней, по РФ в 2003 г. - 15,2 дня), при нормативной - 14,3 дня. Оборот койки составил 23,7 (за 2003 г. - 22,9).

Было пролечено 20,7 тыс. больных, что на 22% больше чем в 2003 г. (16,9 тысяч), по сравнению с 1999 г. (3,7 тысяч больных) рост в 5,6 раза. Число дней лечения в дневных стационарах увеличилось с 228,9 тысяч в 2003 г. до 290,1 тысяч дней. Функция коек дневного стационара увеличилась и составляет 265 дней (за 2003г. - 238 дней), но остается недостаточной.

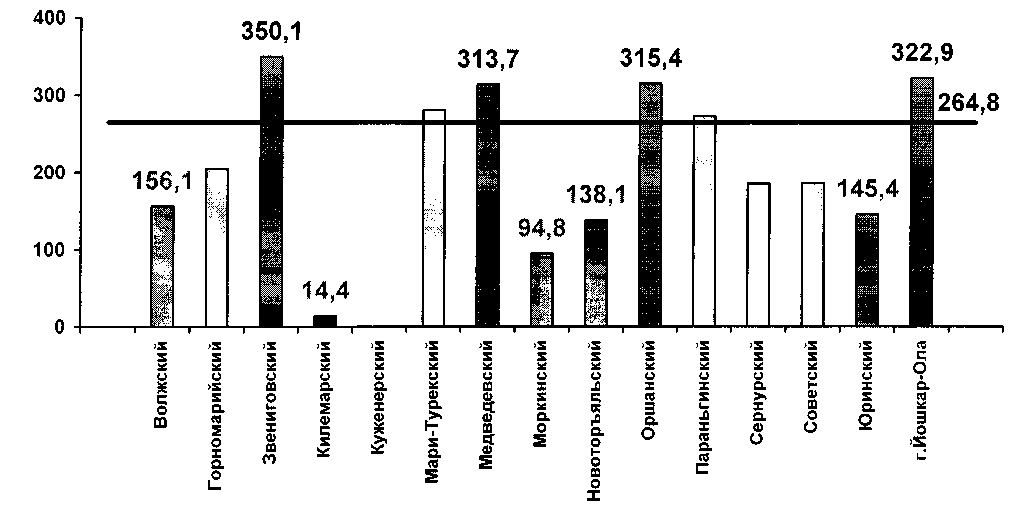


Рис.2.4. Число дней работы койки в дневном стационаре

Низкая в целом функция дневных коек определяется в большей степени функцией коек дневного пребывания в стационарах, функция которых составляет 243 дня (в 2003 г. - 136 дней). При этом необходимо отметить, что работа коек дневного стационара в поликлиниках, значительно выше и составляет 303 дня.

Средняя длительность лечения больных в дневных стационарах снизилась и составляет 14,0 дня (за 2003 г. - 14,7 дня). Оборот койки увеличился и составил 18,9 (за 2003 г. - 16,2). Увеличилась госпитализация сельских жителей в центральные районные больницы и республиканские учреждения здравоохранения. От общего числа пролеченных больных в стационарных учреждениях здравоохранения, сельские жители составляют 38% (за 2003 год - 37%, 2002г. -38%). Увеличилось количество выездов бригад республиканских учреждений здравоохранения в районные больницы, выездов бригад ЦРБ в сельские участковые больницы и амбулатории, для лечебной и консультативной работы.

В 2004 году планировалось сократить 65 неэффективно работающих коек в учреждениях здравоохранения, перепрофилировать в койки дневного пребывания 40 больничных коек, открыть дополнительно 17 коек дневного стационара и стационара на дому. В течение прошедшего года было сокращено 75 коек круглосуточного стационара, перепрофилировано в койки дневного стационара 47 больничных коек, открыто дополнительно 30 коек дневного стационара и стационара на дому.

Реорганизованы во врачебные амбулатории 3 участковые больницы, в фелъдшерско-акушерские пункты - 3 врачебные амбулатории. Сокращено 9 ФАПов. В результате продолжающейся оптимизации сети, в учреждениях здравоохранения республики по состоянию на начало 2004 г. функционирует 8049 больничных коек (на начало года было 8136 коек).

В данном разделе дипломной работы рассмотрены основные характеристики здоровья населения Республики Марий Эл, условия и факторы, влияющие на уровень здоровья.

В Республике Марий Эл в 2002-2004 гг. наиболее острыми проблемами здоровья населения явились низкий уровень рождаемости, рост показателей смертности, особенно в связи с травмами и отравлениями; высоким оставался отрицательный естественный прирост населения. Стабилизировалась на высоком уровне частота психических расстройств, алкогольных психозов, снизилась заболеваемость сифилисом и туберкулезом. Несмотря на трудности, удалось сохранить позитивные сдвиги в системе показателей, характеризующих здоровье матери и ребенка.

Функция коек дневного стационара увеличилась и составляет 265 дней (за 2003г. - 238 дней), но остается недостаточной. В республике в последние годы отмечается перераспределение объемов из стационарного сектора на стационарозамещающий уровень.

В сложных условиях экономического и социального развития республики не прекращается реальная угроза санитарно-эпидемиологическому благополучию населения. При значительном снижении заболеваемости корью, коклюшем, дизентерией, развитии мер по ликвидации полиомиелита продолжался рост заболеваемости дифтерией, гепатитом, ВИЧ-инфекцией. В настоящее время санитарно-эпидемиологическую обстановку в Республике Марий Эл следует оценивать как напряженную, в ее негативное влияние на здоровье население – как существенное.

## 2.2. Финансовое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения Республики Марий Эл

Анализ финансовой деятельности учреждений здравоохранения за 2002-2004 гг. проведен на основании данных, представленных учреждениями здравоохранения по формам оперативной отчетности и аналогичными данными за прошлый год. Вначале проведем анализ структуры доходов учреждений здравоохранения.

На финансирование учреждений здравоохранения, за счет средств бюджета и системы обязательного медицинского страхования (с учетом текущих поправок) планировалось направить 923,9 млн. руб., что составляет 65% от потребности. По оперативным данным за 2004 год финансирование за счет данных источников составило 995,7 млн. руб. (108%). Обеспеченность финансовыми средствами составляет 70% (2002г. - 48%, 2003г. - 60%). В 2004 году учреждениями здравоохранения получено средств в 1,7 раза больше, чем за соответствующий период прошлого года.

Таблица **2.3**

Финансирование учреждений здравоохранения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Предусмотрено | Получено | % |
| Бюджет | 672,6 | 684,9 | 102 |
| Средства ОМС | 251,3 | 310,8 | 124 |
| Всего | 923,9 | 995,7 | 108 |

Для обеспечения бесплатной медицинской помощью населения республики в расчете на 1 жителя (население РМЭ 750,3 тыс. чел): потребность составляет 1888 руб. предусмотрено 1231 руб. выделено 1327 руб. (рис.2.5).

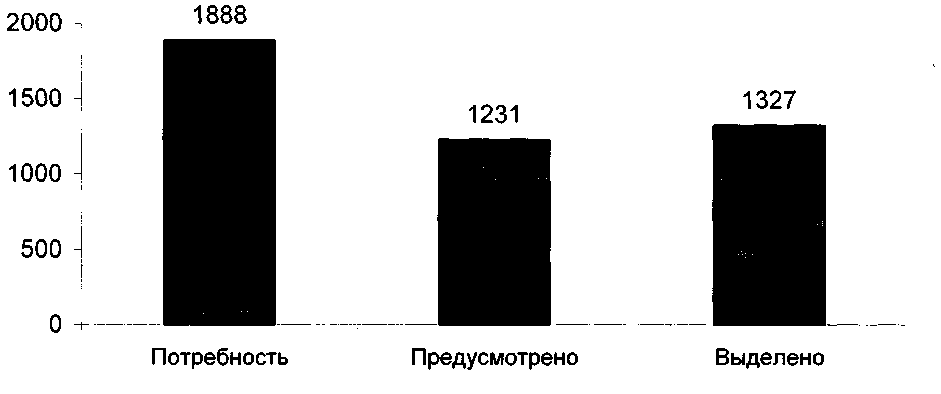


Рис.2.5. Обеспеченность средствами в расчете на 1 жителя в 2004 году, руб.

В структуре доходов учреждений здравоохранения бюджетные средства занимают 64%, средства обязательного медицинского страхования - 29% и прочие источники - 7% (рис.2.6).

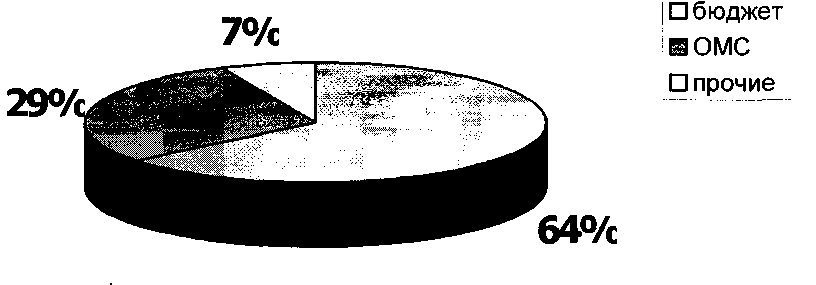


Рис.2.6. Структура доходов учреждений здравоохранения за счет всех источников финансирования за 2004 год

Динамика поступления средств из разных источников финансирования за 2004 год показана на рис.2.7.

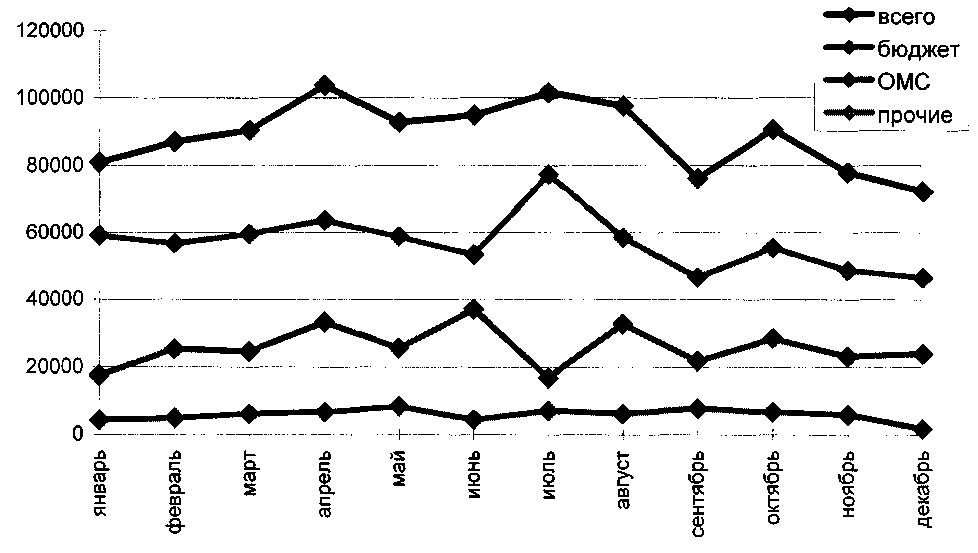


Рис.2.7. Динамика поступления средств из разных источников финансирования за 2004 год, тыс. руб.

Более равномерно в течение года поступали средства за счет оказания платных услуг. Из бюджета и Фонда обязательного медицинского страхования поступление средств не равномерно. В конце года наблюдается сокращение поступления средств за счет всех источников.

На 2004 год бюджет отрасли с учетом финансирования федеральных законов утвержден в сумме 641,7 млн. руб., с учетом поправок к концу года утвержденные ассигнования составляют 672,6 млн. руб., таким образом бюджетные ассигнования по отрасли в течение 2004 года увеличились на 30,9 млн. рублей. Уточнение бюджетных ассигнований в сторону увеличения произошло во всех районах. За счет средств бюджета получено 684,9 млн. рублей, что в 1,7 раза больше, чем в прошлом году (приложение 2).

Исполнение уточненных бюджетных назначений составило 102%, менее 100% освоение в Горномарийском и Юринском районах. Наибольший процент освоения годовых назначений: в Сернурском районе - 115%; в г. Козьмо-демьянске - 111%; в Мари-Турекском районе - 107%. Необходимо отметить районы с наибольшим процентом перефинансирования первоначально утвержденных кредитов: Оршанский район - 29%, Сернурский - 18%, г. Волжск - 21%, г. Козьмодемьянск - 15%, Звениговский район - 14%.

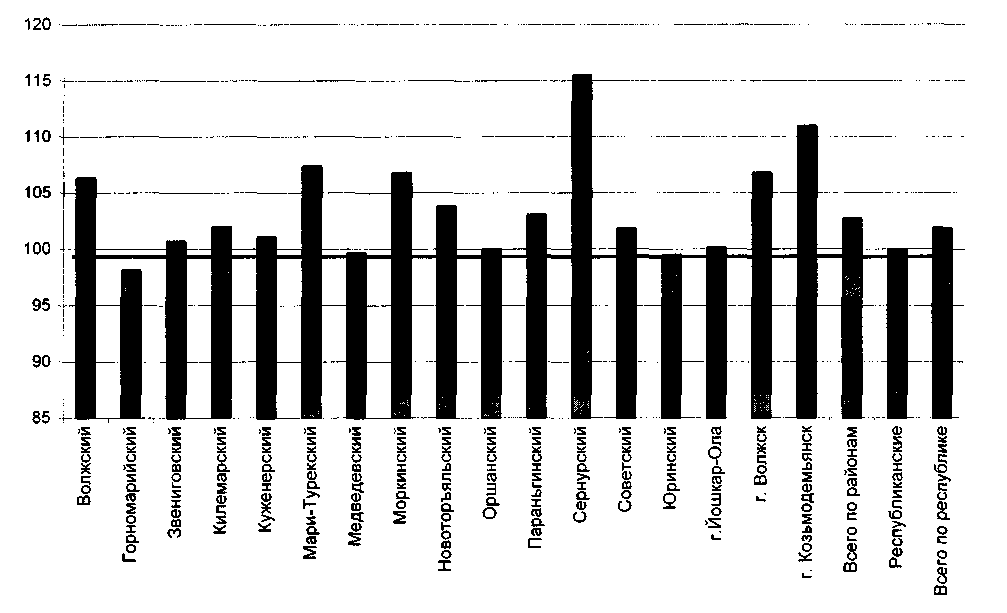


Рис.2.8. Исполнение уточненных бюджетных назначений по территориям за 2004 год,%

Структура расходов средств бюджета следующая: заработная плата и начисления на нее - 77%, медикаменты - 5%, питание - 3%, коммунальные услуги - 9%, текущий и капитальный ремонт зда-ний - 1%, приобретение оборудования - 1%, остальные статьи расходов - 4%.

В соответствии с бюджетом Республиканского Фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного на 2004 год, на финансирование учреждений здравоохранения предполагалось направить 145,7 млн. руб., в том числе за счет страхования неработающего населения - 50 млн. руб. В течение года бюджет Фонда ОМС был пересмотрен. За счет увеличения суммы сборов страховых взносов предприятий и организаций, а также страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения прогнозная сумма средств на финансирование учреждений здравоохранения составила 251,3 млн. руб., в том числе за счет страхования неработающего населения - 80 млн. руб. Фактически получено за счет средств системы обязательного медицинского страхования 310,8 млн. руб. или 124% от уточненного прогноза на год, в том числе: за выполненные медицинские услуги - 168,6 млн. руб., за счет страхования неработающего населения - 65,0 млн. руб., по целевым программам - 7,2 млн. руб., за счет нормированного страхового запаса и субвенций Федерального Фонда обязательного медицинского страхования - 69,9 млн. руб. (приложение 3).

Сумма средств, полученная учреждениями здравоохранения в 2004 году, увеличилась в 1,6 раза по сравнению с прошлым годом. Сумма финансовой помощи учреждениям здравоохранения за счет средств фонда обязательного медицинского страхования составила 25% в целом по отрасли, а по районам от 15% в Волжском районе до 32% в Советском и 37% в Параньгинском районах. Структура расходов средств обязательного медицинского страхования следующая: заработная плата и начисления на нее - 3%, медикаменты - 30%, питание - 14,5%, коммунальные услуги - 17,5%, текущий и капитальный ремонт зданий - 9%, приобретение оборудования - 16%, остальные статьи расходов - 10%.

За 2004 год поступление средств от оказания платных услуг, предоставляемых населению, составляет 61,5 млн. - руб., в том числе за счет добровольного медицинского страхования 4,1 млн. руб. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года доходы от оказания платных услуг увеличились на 17,8 млн. руб., но вместе с тем их доля в структуре доходов учреждений здравоохранения составляет 5,8%, что меньше уровня прошлого года (7,3%). За счет осуществления предпринимательской деятельности в 2004 году учреждениями здравоохранения перечислено налогов в бюджеты различных уровней на сумму 4,9 млн. руб.

Поступление средств на 1 жителя в 2004 году за счет оказания платных услуг населению составляет в среднем по республике 81,92 рубля с учетом республиканских учреждений, по территориям - в среднем 53,52 рубля.

Получено субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования на сумму 56 млн. руб. В динамике с 2002 года прослеживается увеличение привлеченных средств по федеральным целевым программам, на строительство объектов здравоохранения и по субвенциям федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Таблица ***2.4***

Привлечение средств за счет федеральных источников

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2002 год (млн. руб) | 2003 год (млн. руб) | 2004 год  (млн. руб) | Темп роста,%  2004г. к 2003г. |
| Федеральные программы | 14,6 | 17,3 | 19,5 | 112,7 |
| Строительство по непрограммной части федерального бюджета | 7,5 | 4,0 | 13,5 | 337,5 |
| Оборудование за счет средств Минздрава РФ | 2,7 | 50,0 | 7,7 | 15,4 |
| Оборудование по валютному займу | 7,2 | - | - | - |
| Гуманитарная помощь | 2,7 | 4,9 | 0,7 | 14,3 |
| в том числе: оборудование | 2,7 | 2,5 | - | - |
| медикаменты | - | 0,4 | - | - |
| питание | - | 2,0 | 0,7 | 35,0 |
| Субвенции федерального фонда | 34,0 | 53,0 | 56,0 | 105,7 |
| Всего | 68,7 | 129,2 | 97,4 | 75,4 |

Хотя по сравнению с 2003 г. сумма привлеченных средств уменьшилась в 1,3 раза, увеличились средства, полученные по федеральным целевым программам в 1,1 раза, на строительство объектов по непрограммной части федерального бюджета - в 3,4 раза и по субвенциям Федерального фонда ОМС - в 1,1 раза. Общее сокращение произошло в связи с тем, что в 2003 году республика получила дорогостоящее оборудование (компьютерный томограф стоимостью 50 млн. руб)

В прошедшем году пристальное внимание уделялось лекарственному обеспечению лечебно-профилактических учреждений и населения. На приоб-ретение медикаментов учреждениями направлено 114,3 млн. руб., в том числе за счет средств бюджета - 20,4 млн. руб., за счет средств обязательного меди-цинского страхования - 93,9 млн. руб. Анализ динамики расходов на меди-каменты показывает, что в течение последних двух лет удается планомерно увеличивать расходы на данные цели. По отношению к 2002 году на приоб-ретение медикаментов в 2004 году направлено средств в 1,9 раза больше.

Таблица 2.5.

Динамика расходов на медикаменты за 2002-2004 годы (тыс. руб)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2002  год | Рост к прошлому году (раз) | 2003  год | Рост к прошлому году (раз) | 2004  год | Рост к  прошлому году (раз) |
| Кассовые расходы, всего | 59596 | 1,0 | 83786 | 1,4 | 114325 | 1,4 |
| в том числе |  |  |  |  |  |  |
| бюджет | 17355 | -1,2 | 10377 | -1,7 | 20435 | 2,0 |
| ОМС | 42241 | 1,1 | 73409 | 1,7 | 93890 | 1,3 |

Если до 2003 года увеличение происходило в основном благодаря средствам обязательного медицинского страхования, а средства бюджета сокращались, то в 2004 году средства бюджета также были увеличены, хотя увеличение произошло за счет средств республиканского бюджета.

Бюджеты муниципальных учреждений на приобретение медикаментов 2004 году сократились от первоначально утвержденных сумм в целом по республике на 1,4 млн. руб. Сокращение произошло практически во всех районах, за исключением Волжского и Мари-Турекского, Параньгинского и Оршанском, в котором кредиты увеличены (приложение 4).

В 2002-2004 гг. продолжено бесплатное и льготное обеспечение отдельных групп населения и категорий больных. Расходы на данные цели остались на уровне прошлого года. Но в сравнении с 2002 годом кредиты увеличены в 1,7 раза, финансирование в 3 раза, фактические расходы в 1,9 раза (табл.2.6). В тоже время улучшение обеспечения бесплатными и льготными медикаментами обусловлено в основном выделением целевых средств федерального бюджета по законам «О ветеранах», «О социальной защите инвалидов».

Таблица **2.6**

Динамика финансового обеспечения бесплатного и

льготного отпуска медикаментов 2002 - 2004 годы, млн. руб.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2002 год | | | 2003 год | | | 2004 год | | |
| Пре-дусм. | Выде-лено | Факт.  расходы | Пре-дусм. | Выде-лено | Факт.  расходы | Пре-дусм. | Выде-лено | Факт.  расходы |
| Всего | 7,5 | 4,3 | 6,8 | 13,7 | 13,4 | 14,6 | 13,1 | 13,2 | 13,0 |
| Закон "О ветеранах" | - | - | - | 3,9 | 2,7 | 2,8 | 2,4 | 2,6 | 2,3 |
| Закон "О соц. защите инвалидов" | - | - | - | 7,6 | 8,1 | 8,9 | 7,1 | 7,2 | 7,4 |
| Прочие  категории | - | - | - | 2,2 | 2,6 | 2,9 | 3,6 | 3,6 | 3,3 |

Фактические расходы по обеспечению бесплатными льготными медикаментами составили 13,0 млн. руб. или в расчете на 1 льготника в среднем по республике 87 рублей (приложение 5). В 2004 году на обеспечение бесплатными и льготными медикаментами категорий граждан, имеющих льготы, предусмотрено 13,1 млн. руб., в том числе за счет финансирования из федерального бюджета 9,5 млн. руб., средств местных бюджетов - 3,6 млн. руб. По итогам года бесплатный льготный отпуск медикаментов по закону «О ветеранах» профинансирован на 98%, по закону «О социальной защите инвалидов» на 102%. Низкий% освоения средств по законам «О ветеранах» в Моркинском районе - 69%, в Советском - 57%, в Сернурском - 78%.

Наиболее высокий уровень фактических расходов на бесплатные льготные медикаменты на 1 льготника в Юринском районе (140,7 руб), в г. Йошкар-Оле (102,2 руб), Мари-Турекском районе (86,8 руб), Новоторъяльском (70,0 руб), наиболее низкие уровни - в Моркинском (29,9 руб), Килемарском (33,0 руб), Параньгинском (38,3 руб) районах. В этих районах практически не выделяются средства на бесплатный и льготный отпуск медикаментов прочим категориям льготников, финансирование которых должно осуществляться за счет местных бюджетов.

В прошедшем году во всех территориях республики было организовано бесплатное питание детям в возрасте до 1 или 2 лет, фактические расходы на эти цели составили 7,2 млн. руб. (приложение 6). Учитывая дефицит бюджетных средств обеспеченность детей питанием в различных территориях отличается. Если в среднем по республике на 1 ребенка израсходовано 511,5 руб., то в Килемарском 60 руб., в Советском - 71руб, Новоторьяльском - 136 тыс. руб. В г. Йошкар-Оле на 1 ребенка израсходовано 1009 руб., в г. Волжске - 454 руб., в г. Козьмодемьянске - 589 руб.

Таблица **2.7**

Расходы на детское питание в динамике за 2002 - 2004 годы, тыс. руб.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 2002 год | 2003 год | 2004 год |
| Фактические расходы | 5734 | 6783 | 7221 |
| Кассовые расходы | 4756 | 7376 | 7061 |

Динамика расходов на детское питание показывает, что расходы на эти цели ежегодно увеличиваются, однако в 2004 году финансирование уменьшилось на 315 тыс. руб. Выделяемые средства недостаточны даже для обеспечения питанием детей первого года жизни. Потребность в средствах на эти цели, рассчитанная в соответствии с нормативами, составляет 56,7 млн. руб., в том числе для детей первого года жизни - 37,9млн. руб., то есть обеспеченность средствами остается на уровне 13%.

Обобщая представленные данные следует отметить, что при анализе структуры доходов учреждений здравоохранения Республики Марий Эл финансирование за 2004 год за счет средств бюджета и системы обязательного медицинского страхования было совершено в полном размере и составило 995,7 млн. руб., однако данный объем составляет 65% от потребности. Положительно оценивается тот факт, что в 2004 году учреждениями здра-воохранения было получено средств в 1,7 раза больше, чем за прошлый год.

В структуре доходов учреждений здравоохранения основную долю (64%) составляют бюджетные средства. Бюджет отрасли был исполнен в 2004 году на 107% к утвержденным показателям. В структуре расходов средств бюджета основную часть (77%) составляет заработная плата и начисления на нее, а также медикаменты (5%), питание (3%), коммунальные услуги (9%).

Фактически получено за счет средств системы обязательного медицинского страхования 310,8 млн. руб. или 124% от уточненного прогноза на год. Следует также отметить, что сумма средств, полученная учреждениями здравоохранения в 2004 году, увеличилась в 1,6 раза по сравнению с прошлым годом.

Анализ динамики расходов на медикаменты показывает, что в течение 2002-2003 гг. увеличены расходы на данные цели. По отношению к 2002 году на приобретение медикаментов в 2004 году направлено средств в 1,9 раза больше. В прошедшем году во всех территориях республики было организовано бесплатное питание детям в возрасте до 1 или 2 лет, фактические расходы на эти цели составили 7,2 млн. руб.

Таким образом, анализ финансовой деятельности учреждений здравоохранения Республики Марий Эл показал, что факторами, сдерживающими развитие здравоохранения, доступность медицинской помощи, обеспечение ее качества, по-прежнему являются недостаток финансирования, трудности приобретения лекарственных средств населением и лечебно-профилактическими учреждениями, сложности в освоении перспективных технологий и координации развития здравоохранения.

Недостаточный объем ассигнований, выделяемых на здравоохранение, отрицательно сказывается на развитии отрасли; несмотря на успехи региона, остаются медленными темпы укрепления и обновления материально-технической базы учреждений здравоохранения, их оснащения современным оборудованием; учреждения здравоохранения не в полной мере обеспечены медикаментами, перевязочными средствами и медицинскими изделиями.

## 2.3. Результаты деятельности органов и учреждений здравоохранения Республики Марий Эл

Основополагающим документом, определяющим обязательства государственной системы здравоохранения перед обществом, является «Программа государственных гарантий оказания гражданам в Республике Марий Эл бесплатной медицинской помощи», которая финансируется за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования. Она рассчитывается на основании объёмных показателей работы органов и учреждений здравоохранения Республики Марий Эл (табл**.2.8**).

Важным разделом деятельности была работа по обеспечению населения амбулаторно-поликлинической помощью. Утвержденный норматив объемов амбулаторно-поликлинической помощи по Программе госгарантий на 2004 г. составляет 8924,5 посещений на 1000 жителей.

Несмотря на то, что функция врачебной должности на поликлиническом приеме увеличилась на 559,6 посещения на 1 врача за год и составляет в среднем по республике 4785,6 посещений на 1 занятую врачебную должность, мы не смогли достигнуть нормативного показателя. За счет бюджета и обязательного медицинского страхования число посещений к врачам за 2004 г. составляет 8119,4 на 1000 жителей или ниже норматива на 9%, что связано и с недостаточной обеспеченностью врачебными кадрами которая на 30% ниже, чем в среднем по РФ. Недовыполнение норматива посещений к врачам поликлиник приводит к дополнительной нагрузке на службу скорой помощи.

Таблица 2.8

Выполнение Программы государственных гарантий

обеспечения граждан в Республике Марий Эл бесплатной

медицинской помощью за 2004 г. (по объемам медицинской помощи)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Виды  медицинской  помощи | Утвержденные нормативы объемов медицинской помощи на 2004 г. | Фактические показатели за 2004 год | Отношение фактических объемов медпомощи к плановым пока-зателям в% |
| Число вызовов на 1000 жителей | 318,0 | 331,5 | 104,2 |
| В абс. числах. | 240122 | 248718 | 103,6 |
| Количество посещений на 1000 жителей в год | 8924,5 | 8119,4 | 91,0 |
| В абс. числах (тысяч) | 6738,9 | 6092,0 | 90,4 |
| Число койкодней на 1000 жителей | 3140,7 | 3444,5 | 109,7 |
| В абс. числах (тысяч) | 2371,5 | 2584,4 | 109,0 |
| Уровень госпитализации (число госпитализированных на 1 000 жителей) | 219,6 | 256,9 | 117,0 |
| Средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре | 14,3 | 13,8 | 96,5 |
| Количество дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания на 1000 жителей | 499,0 | 386,7 | 77,5 |
| В абс. числах (тысяч) | 376,8 | 290,1 | 77,0 |

Утвержденный норматив объемов скорой медицинской помощи по Программе госгарантий на 2004 г. составляет 318,0 вызовов на 1000 человек.

Фактически число вызовов скорой помощи составило 331,5 на 1000 населения (по РФ - 330,0). За 2004 год число вызовов увеличилось на 2,2%. Прирост количества вызовов скорой помощи произошел исключительно за счет вызовов в сельской местности, в том числе и в связи с открытием дополнительных пунктов скорой помощи при реорганизации участковых больниц во врачебные амбулатории.

Число лиц, из сельской местности, которым была оказана скорая медицинская помощь, увеличилось с 48,6 тысяч в 2003 г. до 53,4 тысяч в 2004 году.

Таблица **2.9**

Работа скорой медицинской помощи в Республике Марий Эл

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 2000г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. |
| Выездов скорой помощи (в абсолютных числах) | 241268 | 234235 | 242958 | 244990 | 248718 |
| Число лиц, которым оказана медицинская помощь | 243042 | 235250 | 244265 | 246233 | 249769 |
| в том числе в сельских населенных пунктах местности | 42111 | 41926 | 43941 | 48575 | 53430 |
| % сельских жителей | 17,3% | 17,8% | 18,0% | 19,7% | 21,5% |
| Число бригад скорой помощи | 234 | 245 | 234 | 250 | 248 |
| в том числе: врачебных бригад | 74 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| из них: специализированных бригад | 16 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Фельдшерских бригад | 160 | 154 | 143 | 159 | 157 |
| Выполнено вызовов отделениями |  |  |  |  |  |
| скорой медпомощи (на 1000 нас) | 316,2 | 307,7 | 320,2 | 324,4 | 331,5 |
| в т. ч. по поводу хронич. заболеваний | 116,2 | 76,4 | 80,1 | 84,3 | 82,2 |
| Удельный вес вызовов по поводу |  |  |  |  |  |
| хронич. заболеваний (%) | 36,7% | 24,8% | 25,0% | 26,0% | 24,8% |

Утвержденный норматив объемов стационарной помощи по Программе госгарантий обеспечения граждан в Республике Марий Эл бесплатной медицинской помощью составляет на 2004 г.3140,7 койко-дней на 1000 жителей (при средней длительности госпитализации 14,3 дня).

Фактически показатель стационарной помощи в 2004 г. составил 3444,5 койко-дней на 1000 жителей, что превышает на 9,7% утвержденный норматив (в 2003 г. превышение составляло 10,2%). При этом уровень госпитализации населения в республике (без коек сестринского ухода и коек дневного пребывания) увеличился и составляет 256,9 на 1000 населения (в 2003 г. - 250,4), что выше норматива на 17%. Более интенсивно стала работать каждая койка. Функция койки составила 327,6 дня в году (в 2003 г. - 316,4 дней).

Средняя длительность лечения 1 больного в круглосуточных стационарах снизилась и составила 13,8 дня. Это и позволило пролечить в стационаре 192 тысячи 800 больных (в 2003 году - 189,9 тыс). Около 2 тысяч больных пролечивается на койках сестринского ухода.

Таблица **2.1**0

Среднегодовое количество посещений врачей, вызовов скорой

помощи, пролеченных больных в дневных стационарах по РМЭ

за 1999-2004 годы

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 1999г. | 2000г. | 2001г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. | Среднегодовое |
| Общее число посещений врачей (тысяч) | 6090,3 | 6338,3 | 6436,9 | 6475,7 | 6483,1 | 6499,4 | 6387,3 |
| в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |
| на амбулаторно-поликлиническом приеме | 5728,5 | 6011,0 | 6103,7 | 6137,2 | 6150,5 | 6171,7 | 6050,4 |
| на дому | 361,8 | 327,3 | 333,2 | 338,5 | 332,6 | 327,7 | 336,7 |
| Число посещений фельдшерско-акушерских пунктов (тысяч) | 1324,1 | 1292,7 | 1264,3 | 1318,7 | 1368,5 | 1309,6 | 1313,0 |
| Число выполненных вызовов скорой медицинской помощи (тысяч) | 243,7 | 241,3 | 234,3 | 243,0 | 245,0 | 249,8 | 242,9 |
| Пролечено больных в дневных стационарах | 3685 | 5134 | 7558 | 11121 | 16926 | 20795 | 10870 |
| Средняя длительность лечения в дневных стационарах (дней) | 17,3 | 17,2 | 16,3 | 16,3 | 14,7 | 14,0 | 15,1 |
| Число дней лечения в дневных стационарах (тысяч) | 63,75 | 88,3 | 123,4 | 170,3 | 249,3 | 291,1 | 164,4 |

Неэффективно работающие койки сокращались на протяжении последних лет, но нормативных показателей мы не достигли и, хотя возможности для оптимизации еще есть, дальнейшее сокращение коек в Республике должно происходить параллельно с уменьшением уровня госпитализации.

Уменьшая объёмы медицинской помощи в круглосуточных стационарах, мы должны наращивать стационарозамещающие виды, как наиболее экономически эффективные.

Утвержденный норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому по Программе госгарантий на 2004 г. составляет 499,0 на 1000 жителей.

Объемы оказания медицинской помощи в дневных стационарах в 2004 году по Программе госгарантий увеличились на 28% и составили 386,7 дня на 1000 населения (в 2003 г. - 303,1), но остаются ниже нормативных.

Было пролечено 20,7 тыс. больных, что на 22% больше чем в 2003 г.

Средняя длительность лечения больных в дневных стационарах снизилась и составляет 14,0 дня (за 2003 г. - 14,7 дня). Функция коек дневного стационара составляет 265 дней (за 2003 г. - 238 дней).

Таким образом, хотя в республике в последние годы и отмечается перераспределение объемов из стационарного сектора на стационарозамещающий уровень, 2004 нам предстоит продолжить работу в этом направлении.

Планомерная работа по оптимизации существующей сети Министерством здравоохранения Республики Марий Эл ведется, начиная с 1999 года.

За последние 7 лет количество коек круглосуточного стационара уменьшилось на 1309 коек, количество коек в дневных стационарах и стационарах на дому увеличилось на 871 койку (табл.2.11).

Таблица 2.11

Коечная сеть учреждений здравоохранения Республики Марий Эл

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 1999 г. | 2000г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. |
| Количество коек - всего | 9473 | 9271 | 9027 | 8713 | 8276 | 8154 |
| в том числе: по городу | 8278 | 8166 | 7937 | 7553 | 7368 | 7311 |
| по селу | 1195 | 1105 | 1090 | 1035 | 908 | 843 |
| Обеспеченность койками, ед.  всего | 124,8 | 122,7 | 118,9 | 115,4 | 109,6 | 108,7 |
| в том числе: по городу | 175,9 | 175,2 | 169,9 | 160,4 | 158,3 | 157,1 |
| по селу | 41,2 | 37,9 | 37,7 | 33,7 | 31,4 | 29,1 |

Примечание: с койками сестринского ухода и без учета коек дневного пребывания в стационарах.

Реорганизованы во врачебные амбулатории с дневными стационарами в 2004 г.3 участковые больницы, а всего за период с 1999 года в республике реорганизованы во врачебные амбулатории 14 участковых больниц.

Таблица 2.12

Оптимизация коечной сети учреждений здравоохранения

Минздрава РМЭ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 1999г. | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. |
| Количество коек круглосуточного стационара | 9473 | 9271 | 9027 | 8713 | 8276 | 8154 |
| Сокращено и перепрофилировано коек |  | -202 | -244 | -314 | -437 | -122 |
| Койки дневного стационара (включая койки дневного пребывания в стационарах) | 241 | 364 | 539 | 801 | 1035 | 1112 |
| Увеличение количества коек дневного стационара |  | + 123 | +175 | +262 | +234 | +77 |

На финансирование программы госгарантий на 2004 год было необходимо 1 млрд.416,3 млн. рублей. Учреждениям здравоохранения направлено 995,7 млн. рублей, в том числе за счет средств бюджета - 684,9 млн. рублей (что составляет 102% от годового плана), за счет средств системы обязательного медицинского образования - 310,8 млн. рублей (124% от уточненного прогноза на год).

В среднем на одного жителя поступления составили 1327 рублей на год, при потребности 1888 рублей. Бюджетные поступления за 2004 г. по сравнению с прошлым годом увеличились в 1,7 раза, поступления за счет средств Фонда обязательного медицинского образования - в 1,6 раза.

В сравнении с 2002 годом обеспеченность программы госгарантий финансовыми средствами увеличилась с 47,9% до 70,3%. Если за счет средств собираемых в республике получено в 2002 году 122,9 млн. рублей, в 2003 году - 138,7, то в 2004 году - 254,8 млн. рублей. Следует отметить, что эта динамика говорит о стабилизации экономики в республике.

Кроме средств республики, в рамках реализации Соглашения о взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Правительством Республики Марий Эл на финансирование федеральных целевых программ по республике предусматривалось получить 19,5 млн. рублей, за 2004 год получено, с учетом оборудования по централизованным поставкам 27,2 млн. рублей.

На капитальное строительство за счет средств федерального бюджета по непрограмной части получено 13,5 млн. рублей. Получено субвенций Федерального Фонда обязательного медицинского образования на сумму 56 млн. рублей. Всего привлечено федеральных средств, оборудования, медикаментов на сумму 97,4 млн. рублей.

За счет предпринимательской деятельности (это и платные медицинские услуги, гостиничные услуги, фармацевтическая и торгово-закупочная деятельность) учреждениями здравоохранения получено 61,5 млн. рублей, что в среднем на одного жителя составило 81 рубль 92 копеек за год. За счет осуществления предпринимательской деятельности в бюджеты различных уровней нашими учреждениями перечислено налогов в сумме 4,9 млн. рублей.

За 2004 год фактические расходы медицинских учреждений составили 1 млрд.34,2 млн. рублей. В здравоохранении продолжается положительная тенденция, наметившаяся в 2003 году. На протяжении ряда лет наращиваются долги. В 2002 году расходы превышали доходы на 54,7 млн. рублей, в 2003 году наоборот расходы были меньше доходов на 1 млн. рублей, а в 2004 году уже на 32 млн. рублей. Благодаря этому удалось снизить кредиторскую задолженность учреждений здравоохранения на 27% или 63,6 млн. рублей.

Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и здоровья населения за 2000-2004 гг. в сравнении с данными по Российской Федерации приведены в приложении 1. Анализ данных, представленных в данном разделе работы и приложении, показывает, что по обеспеченности врачами на 10 тыс. населения Республика Марий Эл значительно отстает от уровня по РФ, однако по показателю обеспеченности средними медицинскими работниками превышает среднероссийский уровень.

Число обращений к врачам на 1 жителя РМЭ в год составляет 8,7 против 9,1 по Российской Федерации. Обеспеченность койками (без коек дневного пребывания) на 10 тыс. населения республики Марий Эл равна обеспеченности по стране в целом.

Положительно оценивается превышение среднероссийского уровня обеспеченности койками дневного стационара на 10 тыс. населения в нашей республике почти в 2 раза. Одновременно происходят оптимизация коечного фонда и смещение части его деятельности на внебольничную помощь.

Общая заболеваемость на 1000 населения в 2004 году составляет 813 случаев против 791 случая в 2003 году и 720 случаев по Российской Федерации.

Далее обобщим выводы по всей 2-й главе дипломной работы.

Здоровье населения - один из важнейших элементов социального, культурного и экономического развития. Именно поэтому Правительство Республики Марий Эл выделяет вопросы здоровья населения и развитие здравоохранение как одни из важнейших приоритетов своей деятельности.

Основополагающим документом, определяющим обязательства государственной системы здравоохранения перед обществом, является Программа государственных гарантий оказания гражданам в Республике Марий Эл бесплатной медицинской помощи. Стоимость Программы государственных гарантий обеспечения населения Республики Марий Эл бесплатной медицинской помощью составляет 1416,3 млн. руб.

Объемы помощи в круглосуточных стационарах, в соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, в 2004 г. несколько снизились.

Утвержденный норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому по Программе госгарантий на 2004 г. составляет 499,0 на 1000 жителей. Реализуются меры по усилению доступности медицинской помощи сельскому населению. С целью рационального использования ресурсов, продолжалась работа по оптимизации сети учреждений здравоохранения республики, которая позволила приблизить объемы оказываемой медицинской помощи к утвержденным нормативам.

В условиях дефицита финансовых средств, с целью сохранения объема медицинской помощи, Министерством здравоохранения республики проводится работа по привлечению средств за счет федеральных источников. Дополнительно привлечено 97,4 млн. рублей, в том числе, в рамках реализации мероприятий федеральных целевых программ и централизованных поставок оборудования - 27,2 млн. рублей.

В динамике с 2002 года прослеживается увеличение привлеченных средств по федеральным целевым программам, на строительство объектов здравоохранения и по субвенциям федерального фонда обязательного медицинского страхования.

По итогам 2004 года бесплатный льготный отпуск медикаментов по закону «О ветеранах» профинансирован на 98%, по закону «О социальной защите инвалидов» на 102%. Динамика расходов на детское питание показывает, что расходы на эти цели ежегодно увеличиваются.

Данные постоянной системы наблюдения за здоровьем населения и развитием исследовательских работ по оценке и более глубокому анализу процессов формирования и укрепления здоровья населения должные оказывать существенное влияние на совершенствование охраны здоровья населения Республики Марий Эл.

## 3. Основные направления совершенствования государственного регулирования здравоохранения в Республике Марий Эл

## 3.1. Разработка и реализация республиканских программ по охране и укреплению здоровья населения

В «Основных направлениях развития охраны здоровья населения» указано, что обеспечение широких мер социальной профилактики должно строиться через различного типа государственные и региональные программы по охране и укреплению здоровья. Основными принципами реализации программ «Здоровье» должны быть их государственных характер, т.е. научное и практическое решение проблемы укрепления здоровья населения должно считаться приоритетной государственной задачей; структурирование по уровням (федеральные, региональные, местные и т.д.) программы; оптимизация финансирования; поиск ресурсов подразумевает сотрудничество, целевое финансирование из различных источников.

Вопрос методологии формирования программ «Здоровье» должны учитывать такой важный аспект эффективности данных программ, как механизм их реализации, финансирование. В основу республиканских программ должен быть положен принцип комплексного использования различных форм и методов оздоровления населения, а также их разумного и правильного сочетания.

Рассмотрим последовательно республиканские программы по охране и укреплению здоровья населения Республики Марий Эл, во всех них особое значение имеют организационные принципы, то есть обеспечение систематичности, непрерывности и преемственности при реализации предложений и мероприятий программы, а также строгое соответствие форм и методов оздоровления населения текущему состоянию здоровья человека, целям и задачам программ в целом. .

Закон Республики Марий Эл «О республиканской целевой программе «Здоровый образ жизни» на 2003-2005 годы» подготовлен в целях укрепления здоровья населения Республики Марий Эл за счет реализации мер, направленных на формирование у граждан приоритетного отношения к проблемам здоровья и создания предпосылок для здорового образа жизни, повышения санитарно-гигиенической и физической культуры населения, снижения заболеваемости и увеличения продолжительности жизни граждан.

В настоящее время в Российской Федерации и Республике Марий Эл наблюдаются устойчивые процессы ухудшения здоровья граждан, в первую очередь детей и молодежи, снижения продолжительности жизни, увеличения числа потребителей психоактивных веществ и роста социально обусловленных заболеваний.

Республиканская целевая программа «Здоровый образ жизни» на 2003-2005 годы призвана создать нормативно-правовую и научно-методическую основу для решения на государственном уровне этих и других острейших проблем путем объединения усилий органов исполнительной власти, скоординировать и направить их работу на все социальные и возрастные группы, семью как главную ячейку общества. Предусматривается создание единой государственной политики в области формирования здорового образа жизни граждан в Республике Марий Эл, и соответствующая этой политике государственная система формирования здорового образа жизни, способная консолидировать и координировать эту работу.

Разработка данной программы обусловлена сложившейся устойчивой тенденцией к ухудшению здоровья населения, увеличению хронических заболеваний, росту количества людей с отклонениями в физическом и психическом развитии.

Основной целью программы «Здоровый образ жизни» является создание условий для стабилизации здоровья населения Республики Марий Эл посредством реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни людей, формирования у них приоритетного отношения к проблемам здоровья, ориентированного на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье, обеспечения комплексного подхода к решению проблем охраны и укрепления здоровья населения.

Программа реализуется за счет средств федерального бюджета, республиканского бюджета республики Марий Эл, бюджетов муниципальных образований Республики Марий Эл.

Министерством здравоохранения Республики Марий Эл в 2003-2003 гг. была реализована республиканская целевая программа «Охрана репродуктивного здоровья женщин и выхаживание новорожденных в Республике Марий Эл».

Система мероприятий Программы была направлена на решение конкретных задач по охране репродуктивного здоровья женщин, первичной реанимации и выхаживания новорожденных и предусматривала:

- оснащение родовспомогательных и детских учреждений современной лечебно-диагностической аппаратурой;

- обеспечение лекарственными препаратами для лечения и реабилитации нарушений репродуктивной функции женщин, патологии беременности, родов, заболеваний плода и новорожденного, витаминизацию беременных;

- повышение квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, реаниматологов.

Финансирование мероприятий Программы осуществлялось за счет средств бюджета Республики Марий Эл и обязательного медицинского страхования. За 2003-2003 гг. из всех источников направлено 34666,7 тыс. рублей.

На эти денежные средства для родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений республики приобретены: наркозно-дыхательные аппараты, инкубаторы интенсивной терапии, аппараты искусственной вентиляции легких для новорожденных, лампы фототерапии; для Перинатального центра - ультразвуковой аппарат и передвижная рентгеновская установка. Закупленное медицинское оборудование улучшило качество ультразвуковых исследований беременным и позволило усовершенствовать интенсивную терапию детям с респираторным дистресс-синдромом, конъюгационной желтухой, гемолитической болезнью, улучшило процесс выхаживания новорожденных с тяжелой патологией, недоношенных с экстремально низкой массой тела, обеспечивая им длительную искусственную вентиляцию легких и полноценную реанимацию.

В результате проведенных мероприятий количество недоношенных детей в 2004 г. уменьшилось в 1,3 раза, показатель на 1000 родившихся составил 3,6% (в 2003 г. - 4,5%).

Результатом витаминизации беременных явилось снижение количества анемий с 48% в 2003 г. до 45,6% в 2004 г., но все же остается на высоких цифрах. Количество преждевременных родов уменьшилось на 1,5%, кровотечений в родах - на 1,7%, тяжелых гестозов - на 2%.

Министерством здравоохранения Республики Марий Эл будут продолжены мероприятия по витаминизации и обеспечению йодсодержащими препаратами беременных женщин; по закупке аппаратуры для реанимации и интенсивной терапии новорожденных и детей раннего возраста в республиканской целевой программе «Здоровый ребенок» на 2003-2006 гг., которая будет функционировать в рамках одноименной федеральной программы.

В Республике Марий Эл в последние годы продолжается реализация комплекса мер по охране здоровья женщин и детей. Ключевой задачей стало сохранение основного потенциала службы охраны материнства и детства, адаптации ее к новым экономическим условиям и доступности для всех женщин и детей.

Современная демографическая ситуация в Республике Марий Эл, как и в целом по России, характеризуется снижением рождаемости, высокой общей смертностью населения, ухудшением качества здоровья. В условиях неустойчивого развития экономики охрана здоровья женщин и детей приобретает особую медико-социальную значимость.

В связи с этим разработана республиканская целевая программа «Здоровый ребенок» на 2003-2004 годы на основании постановления Правительства Российской Федерации от 3 октября 2003 г. № 732, которая была утверждена Законом республики Марий Эл 27 июня 2003 г. №20-З.

Основные цели программы:

социальная поддержка материнства и детства;

создание условий для охраны здоровья матери и рождения здоровых детей;

охрана репродуктивного здоровья;

предупреждение и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности;

улучшение питания детей раннего возраста; укрепление здоровья детей и подростков.

Основные задачи программы:

обеспечение профилактики осложнений беременности и родов; скрининговое обследование беременных женщин группы риска на внутриутробную патологию;

создание условий для проведения профилактики и лечения невынашивания беременности;

совершенствование технологий выхаживания недоношенных детей; проведение неонатального скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз;

укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства путем оснащения лечебно-диагностической аппаратурой;

внедрение современных диагностических, реабилитационных и лечебных технологий медицинской помощи матерям и детям;

своевременное и качественное оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным и детям раннего возраста;

повышение качества профилактической работы среди детей в амбулаторно-поликлинических и образовательных учреждениях;

отработка новых организационных форм медицинского обслуживания детей и подростков, современных медико-психолого-педагогических технологий оздоровления детей на базах лечебно-профилактических и образовательных учреждений;

совершенствование организации питания детей раннего возраста;

улучшение материально-технической базы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений;

повышение квалификации кадров, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка.

Перечень основных мероприятий программы:

охрана здоровья матери и создание условий для рождения здоровых детей;

профилактика детской заболеваемости и инвалидности;

предупреждение и снижение младенческой смертности;

сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, совершенствование системы подготовки подростков к трудовой деятельности; организация питания детей раннего возраста;

укрепление материально-технической базы детских и родовспомогательных лечебно-профилактических учреждений;

совершенствование системы подготовки медицинских кадров;

организационно-методическая работа в области охраны здоровья матери и ребенка.

Источники финансирования: всего 97,7 млн. рублей, в том числе:

в 2003 г. - 43,6 млн. рублей,

в 2004 г. - 54,1 млн. рублей;

в том числе:

республиканский бюджет Республики Марий Эл - 54,9 млн. рублей;

в 2003 г. - 24,5 млн. рублей,

в 2004 г. - 30,4 млн. рублей;

территориальный фонд ОМС - 42,8 тыс. рублей,

в 2003 г. - 19,1 млн. рублей,

в 2004 г. - 23,7 млн. рублей.

Ожидаемые конечные результаты реализации программы –

усовершенствование нормативно - правовой базы деятельности лечебно - профилактических учреждений по сохранению и укреплению здоровья матерей и детей;

снижение показателей материнской смертности до 40 на 100000 родившихся живыми;

снижение показателей заболеваемости женщин на 2-3 процента;

снижение показателей младенческой смертности до 13 на 1000 родившихся живыми, детской смертности - на 15 процентов;

повышение удельного веса здоровых детей к концу обучения в школе до 30 процентов;

усовершенствование системы организации акушерской помощи, внедрение новых технологий профилактики и лечения невынашивания и осложнений беременности, родов, обследования беременных на внутриутробную патологию;

внедрение современных технологий реанимации новорожденных, ранней диагностики болезней и реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями, а также детей-инвалидов;

повышение уровня социальной адаптации и интеграции детей и подростков в современных условиях; укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений службы родовспоможения и детства.

Мероприятия программы реализуются за счет средств республиканского бюджета Республики Марий Эл и внебюджетных источников.

Служба скорой медицинской помощи является важнейшей частью системы здравоохранения.

Организация, уровень и качество оказания скорой медицинской помощи в Республике Марий Эл не соответствуют современным требованиям и нуждаются в коренном улучшении. Учреждения скорой медицинской помощи значительной части районов республики имеют материально-техническое обеспечение ниже 50 процентов от установленных нормативов.

Обеспеченность службы скорой медицинской помощи республики санитарными автомашинами недостаточна. С учетом износа потребность в автомобилях скорой медицинской помощи составляет 8-10 единиц в год.

Ежегодно возрастающая интенсивность движения транспортных средств на автомагистралях, железных дорогах и воздушных трассах требует нового организационного подхода к спасательным работам при дорожно-транспортных происшествиях. В результате дорожно-транспортных происшествий на дорогах Республики Марий Эл ежегодно получают травмы более 830 человек, из которых погибают более 170 человек. Все вышеизложенное свидетельствует о большой социальной значимости проблемы, решение которой заложено в республиканскую целевую программу «О совершенствовании службы скорой медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2003-2007 годы».

Основной целью данной Программы является совершенствование и эффективная организация скорой медицинской помощи населению Республики Марий Эл, а именно повышение качества и оперативности оказания скорой медицинской помощи и на этой основе снижение смертности и инвалидизации населения от несчастных случаев и острых внезапных заболеваний.

Для достижения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

развитие сети и материально-технической базы станций и отделений скорой медицинской помощи;

разработка и утверждение республиканских стандартов оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе;

обучение основам оказания первой медицинской само - и взаимопомощи работников государственной инспекции по безопасности дорожного движения, пожарной охраны, муниципальной милиции;

оптимизация использования имеющихся ресурсов амбулаторно-поликлинических учреждений в целях освобождения службы скорой медицинской помощи от несвойственных ей функций.

При реализации Программы необходимо укомплектовать службу скорой медицинской помощи достаточным количеством автомобилей скорой медицинской помощи, современными видами радиосвязи и портативной лечебно-диагностической аппаратурой.

Реализация данной программы позволит:

оптимизировать коечную сеть лечебно-профилактических учреждений Республики Марий Эл;

снизить смертность на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи населению;

сократить количество дней временной нетрудоспособности, и как следствие, уменьшить экономический ущерб от острых заболеваний, производственного, дорожно-транспортного и других видов травматизма (затраты на лечение, выплату пособий по больничным листам и инвалидности);

уменьшить инвалидизацию населения.

Достижение главной цели системы обязательного медицинского страхования на современном этапе - реализации государственной политики по безусловному обеспечению гарантий населению на бесплатную медицинскую помощь за счет эффективного использования имеющихся ресурсов при одновременном расширении доступности и повышении качества медицинского обслуживания возможно только при условии широкого внедрения новых ресурсосберегающих медицинских технологий и механизмов финансирования, сложность внедрения которых заключается в необходимости сбора и обработки больших массивов медико-экономической информации, используемой при анализе, прогнозировании и оптимизации расходов на медицинскую помощь населению. Очевидно, что без организации единого информационного пространства здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования, автоматизации процессов сбора и обработки информации решить эти задачи невозможно.

Информационное обеспечение системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения должно соответствовать требованиям настоящего этапа развития здравоохранения в Республике Марий Эл и Российской Федерации, служить основой новых эффективных схем управления отраслью, которые сегодня невозможно реализовать без использования современных и постоянно развивающихся информационных технологий. Для этого требуется формирование и осуществление новой политики информатизации. Одним из ее элементов явилась республиканская целевая программа «Автоматизированная система управления ресурсами здравоохранения Республики Марий Эл на 2002-2003 годы».

Программа составлена с учетом нормативно-методических материалов Федерального фонда обязательного медицинского страхования - Концепции информатизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на 2001-2005 годы и прочими рекомендациями Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Цели программы - внедрение информационных технологий, обеспечивающих повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения; улучшение качества управления системой обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл.

Перечень основных мероприятий программы:

разработка (приобретение) информационного и программного обеспечения Единой информационной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл для всех участников системы Республики Марий Эл, обеспечивающей:

введение единого полиса обязательного медицинского страхования на территории Республики Марий Эл, формирование электронного регистра граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования;

реализацию системы оперативного контроля и анализа экономических показателей и структуры цен предоставляемых объёмов медицинской помощи в каждом лечебно-профилактическом учреждении и по здравоохранению в целом, создание республиканской базы данных структурно-экономических паспортов лечебно-профилактических учреждений; реализацию системы финансирования лечебно-профилактических учреждений в части стационарной и стационаро-замещающей помощи на основе реестров (счетов) за пролеченных пациентов и в части амбулаторно-поликлинической - по подушевому нормативу; создание республиканской персонифицированной базы данных оказанных медицинских услуг с возможностями последующего медико-экономического и статистического анализа информации для подсистемы управления финансовыми ресурсами системы здравоохранения, а также для оценки текущего состояния здоровья населения, сравнительного анализа медико-демографических показателей и прогнозирования их изменений; компьютерное обеспечение функционирования Единой информационной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл;

развитие телекоммуникационной сети здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования на выделенных и коммутируемых линиях связи на базе региональной сети «Марнет»;

создание на основе web-технологий общедоступной информационно-справочной системы (сайта) здравоохранения и обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл;

подготовку квалифицированных кадров, обеспечивающих работоспособность автоматизированной системы управления.

Общий объем финансирования - 1,1 млн. рублей (в ценах 2003 года), в том числе на 2003 год - 0,7 млн. рублей.

Ожидаемые результаты программы:

повышение эффективности управления ресурсами здравоохранения, системы обязательного медицинского страхования; обеспечение устойчивого финансирования лечебно-профилактических учреждений за счет организации единого информационного пространства, высокой оперативности сбора и обработки информации, применения расчетно-аналитических и оптимизационных методов и моделей, создания интегрированной информационно-аналитической системы, комплексного использования информационных ресурсов органами управления здравоохранением, системой обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл, органами исполнительной власти на всех уровнях.

Проблема кадрового обеспечения в современных условиях является решающим фактором успешной реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 16 ноября 1997 г. №1387.

Основанием для разработки республиканской целевой программы «Медицинские кадры» на 2003-2007 годы является поручение Президента Республики Марий Эл, изложенное в его Послании государственному Собранию Республики Марий Эл, и сложившаяся критическая ситуация с обеспечением медицинскими кадрами системы здравоохранения республики.

Основные цели и задачи программы - доведение обеспеченности врачебными кадрами учреждений здравоохранения до уровня социальных нормативов, повышение их квалификации, создание условий для закрепления врачебных кадров в республике; совершенствование учета студентов, обучающихся в медицинских вузах, прогнозирование и мониторинг использования медицинских кадров; обеспечение кадрами средних медицинских работников по недостающем специальностям «Фармация» и «Зубной врач», улучшение качества подготовки средних медицинских работников.

Основные направления и механизмы реализации программы - создание системы отбора и учета учащихся образовательных школ, обучающихся в специализированных классах с углубленным изучением предметов медицинского профиля, и их профессиональной ориентации;

разработка порядка об организации приема на целевые места в медицинские вузы;

мониторинг студентов, обучающихся в медицинских вузах, и финансовых затрат, произведенных на их подготовку; учет и мониторинг врачей и средних медицинских работников в республике;

организация и проведение циклов повышения квалификации медицинских работников;

обеспечение жильем и выделение субсидий на строительство и приобретение жилья для медицинских работников;

открытие отделений по специальностям «Фармация» и «Зубной врач» в Йошкар-Олинском базовом медицинском колледже, оснащение колледжа по этим специальностям учебно-наглядными пособиями;

улучшение материальной базы средних медицинских учебных заведений для повышения качества подготовки средних медицинских работников.

Объемы финансирования составляют: 81211,4 тыс. рублей, в том числе:

2003 г.15194,0 тыс. рублей;

2004 г. - 15830,8 тыс. рублей;

2005 г. - 17035,5 тыс. рублей;

2006 г. - 16517,6 тыс. рублей;

2007 г. - 16633,5 тыс. рублей.

Перечень основных мероприятий программы - создание и техническое оснащение системы учета подготовки и рационального трудоустройства медицинских работников; организация довузовской подготовки и профессиональной ориентации молодежи;

подготовка специалистов в медицинских вузах, организация и проведение производственной практики, интернатуры и последипломной подготовки специалистов;

укрепление материально-технической базы медицинских образовательных учреждений для подготовки и повышения квалификации медицинских кадров

Ожидаемые результаты реализации программы - укомплектование учреждений здравоохранения медицинскими кадрами не ниже среднего показателя обеспеченности по Российской Федерации: врачами - 35,0 и средними медицинскими работниками - 105,0 на 10 тыс. населения; обеспечение потребности медицинских кадров в повышении профессионального уровня подготовки и переподготовки не реже 1 раза в 5 лет; решение основных социально-экономических проблем и повышение общественного статуса медицинских работников.

Республиканская целевая программа по противодействию распространению в Республике Марий Эл заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2003-2004 годы «Анти-ВИЧ/СПИД» разработана в порядке преемственности к республиканской целевой программе по предупреждению распространения в Республике Марий Эл заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1997-2001 годы «Анти-ВИЧ/СПИД», утвержденной постановлением Правительства Республики Марий Эл от 19 июня 1997 г. № 260. Стремительность нарастания масштабов пандемии ВИЧ-инфекции в мире, резкий рост числа инфицированных среди лиц, употребляющих психоактивные вещества внутривенно в молодом возрасте от 15 до 29 лет, отсутствие надежных средств профилактики и лечения позволяют отнести эту проблему к самым острым вопросам современности.

В Республике Марий Эл начиная с 1997 года и по состоянию на 1 января 2003 г. зарегистрировано 229 ВИЧ - инфицированных, 87,8 процента из которых заразились при внутривенном употреблении наркотиков. Возрастной состав инфицированных от 17 до 30 лет. В системе УИНа Минюста России по Республике Марий Эл отбывают наказание 78 ВИЧ - инфицированных. От ВИЧ - инфицированных матерей родилось трое детей. Темпы роста числа ВИЧ инфицированных ежегодно возрастают. По анализу ситуации, вирус иммунодефицита человека попал в среду наркоманов, и прогноз по распространению инфекции среди указанной категории населения расценивается как неблагоприятный.

Принятые меры по пресечению распространения инфекции при медицинских манипуляциях дали положительные результаты и в республике случаев инфицирования в лечебных учреждениях не зарегистрировано.

В условиях массового распространения ВИЧ-инфекции требуется: совершенствование системы информирования населения, особенно молодежи, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции во взаимодействии со средствами массовой информации; улучшение материально-технического обеспечения лабораторной базы, осуществляющей диагностику; решение вопросов по открытию дневного стационара для оказания помощи ВИЧ - инфицированным, в том числе при переходе заболевания в стадию СПИДа; реабилитация инфицированных и социальная защита.

Следствием распространения ВИЧ-инфекции является не только урон, наносимый здоровью граждан, но и значительные экономические потери, связанные с лечением больных, утратой ими трудоспособности, воспитанием сирот умерших от СПИДа родителей. Проблема распространения ВИЧ-инфекции в Республике Марий Эл требует участия в ее разрешении органов исполнительной власти республики, государственных и общественных организаций и должна решаться в рамках данной программы, обеспеченной финансовыми и материальными ресурсами.

Основной целью данной программы является ограничение распространения в Республике Марий Эл заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), и стабилизация эпидемиологической обстановки.

Для достижения поставленной цели предусматривается решение следующих задач:

правовое обеспечение мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией;

создание постоянно действующей системы информирования населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции;

совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции, государственного контроля за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий;

обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови, биологических жидкостей, органов и тканей;

обеспечение современного уровня диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИД - ассоциированных заболеваний;

подготовка кадров по вопросам диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции;

социальная защита ВИЧ - инфицированных, членов их семей и лиц, подвергшихся риску заражения при исполнении ими служебных обязанностей.

Реализация указанных задач позволит в определенной степени ограничить возможные пути и факторы распространения ВИЧ-инфекции.

Перечень основных мероприятий программы:

правовое обеспечение мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией;

создание системы информирования населения о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции;

обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови, медицинских иммунобиологических препаратов, биологических жидкостей, органов и тканей;

совершенствование диагностики и лечение ВИЧ-инфекции;

подготовка кадров по вопросам диагностики, клиники, лечения, эпидемиологии и профилактики ВИЧ-инфекции;

социальная защита ВИЧ-инфицированных, членов их семей и лиц, подвергшихся риску заражения при исполнении ими служебных обязанностей.

Для решения комплекса вопросов, обеспечивающих высокое качество жизни больных сахарным диабетом, требуется поддержка со стороны правительства Республики Марий Эл, в связи с этим, была разработана региональная целевая программа «Сахарный диабет» до 2005 года.

Цели и задачи программы:

повышение продолжительности и улучшение жизни больных сахарным диабетом;

снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения Марийской республики от сахарного диабета и его осложнений;

организация диабетологической службы Марийской республики; организация системы профилактики сахарного диабета и его осложнений;

обеспечение современного эффективного лечения больных сахарным диабетом;

развитие отечественного производства продуктов питания для больных сахарным диабетом.

Перечень основных мероприятий:

организация диабетологической службы, в том числе:

организация школ обучения больных сахарным диабетом;

создание и обеспечение функционирования государственного регистра больных сахарным диабетом;

подготовка кадров;

обеспечение лекарственными средствами и средствами контроля диабета;

профилактика сахарного диабета;

развитие санаторно-реабилитационной помощи больным сахарным диабетом;

организация производства диетических продуктов питания.

Ожидаемые результатами реализации данной программы должны явиться снижение случаев осложнений, возникших вследствие заболевания диабетом, повышение качества жизни больных диабетом.

Республиканская целевая программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Республике Марий Эл на 2003 - 2004 годы» разработана во исполнение Федерального закона от 18 июня 2002 года № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и постановления Правительства Российской Федерации от 11 июня 1998 года № 582 «О федеральной целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 годы».

Проблема борьбы с туберкулезом требует комплексного подхода к ее решению, привлечения целевых средств из республиканского бюджета Республики Марий Эл, что возможно осуществить только в рамках данной программы.

Цели программы:

стабилизация эпидемиологической ситуации: снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Марий Эл с 54,7 до 50,0; смертности - с 12,1 до 10,0; заболеваемости детей - с 7,8 до 6,0 на 100 тыс. населения; развитие материально-технической базы противотуберкулезной службы; повышение квалификации врачей-фтизиатров и средних медицинских работников противотуберкулезных учреждений.

Ожидаемые результаты реализации программы:

стабилизация эпидемиологической результаты ситуации, связанной с туберкулезом: реализации снижение заболеваемости туберкулезом - до 50,0; смертности - до 10,0; заболеваемости детей - до 6,0 на 100 тыс. населения; снижение заболеваемости туберкулезом среди лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы; выявление при профилактических осмотрах не менее 35-40 процентов впервые заболевших туберкулезом; излечение впервые выявленных больных туберкулезом: прекращение бацилловыделения до 90 процентов, закрытие полостей распада до 85 процентов; сокращение расходов на стационарное лечение до 60 процентов.

Перечень основных мероприятий программы:

развитие материально-технической базы противотуберкулезной службы;

дооснащение Республиканского противотуберкулезного диспансера и туберкулезных отделений центральных районных больниц современным оборудованием и медикаментами для проведения лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, территориальных центров госсаннадзора передвижными дезинфекционными камерами;

совершенствование лечебно-диагностических мероприятий по раннему выявлению и лечению туберкулеза среди населения и в учреждениях уголовно-исполнительной системы среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, больных туберкулезом;

профилактика заболеваний туберкулезом среди сельскохозяйственных животных.

Объемы и источники финансирования - 46336,1 тыс. рублей из средств республиканского бюджета Республики Марий Эл, в том числе Министерство здравоохранения Республики Марий Эл - 41708,9 тыс. рублей.

Большинство стран мира имеют национальные программы по борьбе с артериальной гипертонией. Возникла настоятельная необходимость создания и принятия программы по профилактике и лечению артериальной гипертонии как в России, так и в Республике Марий Эл. Население республики мало информировано о последствиях повышения артериального давления, не проявляет заинтересованности в уменьшении факторов риска и движения к здоровому образу жизни. Проблема артериальной гипертонии является национальной проблемой и требует комплексного подхода к разработке программы.

Республиканская целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Республике Марий Эл на 2001-2010 годы» утверждена постановлением правительства Республики Марий Эл от 6 апреля 2001 г. №132. Основными целями и задачами данной программы являются:

снижение заболеваемости населения артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сосудистыми поражениями мозга, снижение смертности от осложнений артериальной гипертонии, повышение продолжительности и качества жизни больных сердечнососудистыми заболеваниями;

пропаганда здорового образа жизни;

укрепление первичного звена здравоохранения кадрами и ресурсами, необходимыми для проведения медико-санитарного просвещения среди населения;

выявление больных гипертонией, профилактика артериальной гипертонии и её осложнений;

обеспечение эффективной диагностической, лечебной, реабилитационной помощи больным артериальной гипертонией и ее осложнениями.

Перечень основных мероприятий:

создание и реализация на республиканском уровне постоянно действующей информационно-образовательной системы формирования здорового образа жизни; укрепление первичной медицинской помощи и расширение ее функций с целью реализации профилактики и лечения артериальной гипертонии и ее осложнений;

выполнение программы повышения профессиональной квалификации медицинских работников различных звеньев;

оказание населению высококвалифицированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях в специализированных учреждениях кардиологического, реабилитационного профиля.

Объем финансирования программы: Республиканский бюджет Республики Марий Эл – 10617 тыс. руб., бюджеты городов и районов Республики Марий Эл – 2708 тыс. руб.

Практическая реализация этой программы позволит существенно снизить заболеваемость, первичный выход на инвалидность и смертность в основном от ишемической болезни сердца и инсульта.

Внедрение в жизнь планируемых мероприятий будет способствовать воспитанию здорового образа жизни, снижению факторов риска артериальной гипертонии, улучшению качества жизни пациентов и, как следствие этого, снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний улучшению демографических показателей в республике.

Республиканская целевая программа «Онкология» на 2003-2007 годы разработана во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 20 апреля 1993 года № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации», решения Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 февраля 1998 г. «О проекте федеральной целевой программы «Онкология» и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 сентября 1997 г. № 270 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации».

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Марий Эл, как и в России в целом, имеет тенденцию к неуклонному росту, и в 2003 году ее уровень составил 233 на 100 000 населения против 208 в 1997 году. За последние 5 лет число больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз злокачественного новообразования, возросло на 11 процентов и достигло в 2003 году 1728 человек.

В целом смертность населения от злокачественных новообразований в Республике Марий Эл занимает 3 место в структуре ее причин.

Сложившееся положение с онкологической заболеваемостью в Республике Марий Эл обусловлено, с одной стороны, ухудшением социально-экономических условий и экологической ситуации, снижением жизненного уровня населения, недостаточной осведомленностью населения о мерах профилактики и начальных признаках новообразования, распространением вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания), с другой - недостатками в организации и качестве профилактической и лечебно-диагностической работы учреждений здравоохранения.

Основной проблемой остается позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях, обусловленное недостаточным использованием современных методов ранней диагностики заболеваний, несовершенством и неэффективностью профилактических осмотров населения, диспансерного наблюдения за больными с хроническими и предопухолевыми заболеваниями, недостаточной онкологической настороженностью врачей основных клинических специальностей.

Недостаточное финансирование онкологической службы не позволяет в необходимом объеме обеспечить больных химиотерапевтическими и радиофармацевтическим и препаратами. Неудовлетворительная материально-техническая база онкологического диспансера не позволяет организовать лечебно-диагностический процесс на современном уровне. Отсутствуют возможности для организации специализированных онкологических отделений.

Высокий уровень инвалидизации и смертности населения Республики Марий Эл от злокачественных новообразований и наносимый государству экономический ущерб ставят онкологию в ряд социально-значимых проблем, решение которых возможно только при государственной поддержке и координации мероприятий ряда министерств и ведомств. Одной из форм объединения их деятельности является республиканская целевая программа «Онкология» на 2003-2007 годы.

Целями данной программы являются:

обеспечение стабилизации ситуации, связанной с повышением онкологической заболеваемости в республике;

снижение преждевременной смертности, инвалидизации населения;

увеличение продолжительности и качества жизни больных с онкологическими заболеваниями.

Приоритетные направления программы:

профилактика злокачественных новообразований;

раннее выявление и повышение эффективности лечения больных;

внедрение в практику прикладных научных исследований, современных лекарственных препаратов и медицинской техники.

Достижение указанных целей обеспечивается поэтапным решением следующих задач:

профилактика, ранняя диагностика и лечение онкологических заболеваний;

укрепление материально-технической базы онкологической службы;

повышение квалификации медицинских работников онкологической службы;

совершенствование организационно-методической работы.

Программа предусматривает поэтапное решение научных, организационных, кадровых, социально-правовых и материально-технических задач, направленных на укрепление и развитие онкологической службы Республики Марий Эл.

Республиканская программа «Профилактика заболеваний, связанных с дефицитом йода в Республике Марий Эл, на 2001-2005 годы» разработана в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 октября 2001 г. № 1119 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода».

Проблема дефицита йода в почве, воде, продуктах питания в высшей степени характерна для нашей республики, поэтому она относится к эндемичным районам по содержанию этого микроэлемента, что является причиной заболеваемости населения, связанной с дисфункцией щитовидной железы.

В Республике Марий Эл за последние 5 лет более 20000 человек имеют увеличенную щитовидную железу, среди них более 500 человек страдают токсическим зобом, более 400 человек - гипотиреозом, т.е. эти лица ежедневно должны получать заместительную терапию, без которой невозможно быть полноценным и трудоспособным человеком. Более 600 человек в республике имеют узловые формы зоба, который чаще всего заканчивается оперативным лечением. Положение усугубляется негативными тенденциями в структуре питания населения, особенно социально незащищенных групп, характеризующимися резким снижением потребления богатых йодом рыбы и морепродуктов.

Реализация профилактических мер не требует больших финансовых затрат. Характерным для профилактики йод-дефицитных состояний является то, что они довольно быстро поддаются корректировке, т.е. болезненные изменения в организме исчезают при поступлении йода.

Целью республиканской программы «Профилактика заболеваний, связанных с дефицитом йода в Республике Марий Эл, на 2001-2005 годы» является снижение и профилактика заболеваемости населения, связанной с дефицитом йода.

Задачи программы:

рациональное питание и обогащение пищевых продуктов препаратами йода;

широкомасштабная программа здорового образа жизни и медицинское просвещение средствами радио, телевидения и прессы;

проведение эпидемиологических исследований распространенности йодного дефицита среди населения Республики Марий Эл;

на основании полученных данных определение потребности населения в модных препаратах и обеспечение больных наиболее эффективными лекарствами по доступным ценам;

разработка системы мониторинга обеспечения населения йодом;

проведение социологических исследований различных групп населения.

Ожидаемыми конечными результатами программы являются ликвидация существующего дефицита йода в РМЭ, снижение заболеваемости щитовидной железы и нарушения обмена веществ, повышение уровня здоровья и продолжительности жизни населения.

Главным направлением в снижении общей заболеваемости населения Республики Марий Эл является использование средств специфической профилактики. Рост инфекционных заболеваний приводит к значительным экономическим потерям и к ухудшению экономической обстановки в республике.

Для реализации организационных, профилактических и медицинских мероприятий разработана республиканская целевая программа «Вакцинопрофилактика на 2001-2004 годы».

Программные мероприятия носят медико-социальный и экономический характер. Реализация данной программы позволит добиться стабильного охвата профилактическими прививками детского населения в пределах 90-95 процентов, расширить иммунизацию контингентов против вирусного гепатита В, внедрить в практику здравоохранения новые вакцины против краснухи.

Внедрение современных методов, в том числе экспресс-методов диагностики кори, краснухи, коклюша, эпидемического паротита, позволят обеспечить более раннюю и качественную диагностику этих заболеваний и своевременное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В результате будут решены многие проблемы здоровья детского населения, а именно: ликвидация паралитического полиомиелита и врожденной краснухи, снижение заболеваемости корью, дифтерией, краснухой до единичных случаев, коклюшем - до уровня 1-3 на 100 тыс. населения, эпидемическим паротитом - до уровня 5 на 100 тыс. населения, вирусным гепатитом В - до 10 на 100 тыс. населения.

Реализация программы позволит также снизить смертность от инфекционных заболеваний, предупредить возникновение инвалидности у детей, расширить возможности эпидемиологического надзора за детскими инфекциями.

Таким образом, целевое структурирование республиканских программ позволило охватить практически все аспекты охраны здоровья населения Республики Марий Эл, конкретизировано осуществлять меры социальной и медицинской профилактики в данной административно-территориальной единице, охватывая все контингенты населения, ведя целенаправленную борьбу с заболеваниями.

С целью совершенствования работы по профилактике заболеваний Министерство здравоохранения республики участвует во всех целевых программах в области здравоохранения, которые приняты на уровне Российской Федерации.

Кроме того, на уровне республики реализовывалась программа «Автоматизированная система управления ресурсами здравоохранения Республики Марий Эл», основная доля финансирования которой была предусмотрена за счет средств Республиканского Фонда обязательного медицинского страхования.

Проводимая в Республике Марий Эл работа и опыт диктуют настоятельную необходимость разработки и внедрения и в дальнейшем в практику республиканских целевых программ «Здоровье».

Таким образом, основными задачами государственной политики в области здравоохранения Республики Марий Эл на 2005 год являются:

Продолжение оптимизации сети учреждений отросли. В 2005 году необходимо там, где это целесообразно и возможно ФАПы и амбулатории перевести в школы и другие здания содержащиеся на бюджете.

Реализация республиканской целевой программы «Медицинские кадры». Хотя эта программа перспективная, заниматься этой проблемой необходимо в настоящее время. Несмотря на большой дефицит врачей, необходимо улучшать квалификацию фельдшеров, поручая им часть врачебных функций по выявлению социально-значимых заболеваний и проведению диспансеризации, необходимо готовить врачей общей практики для районов республики;

Совершенствование оплаты лечебно-профилактических учреждений за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования. Переход к муниципальному заказу и оплате амбулаторно-поликлинической помощи «по законченному случаю»;

Привлечение дополнительных средств за счет прочих источников, в том числе федерального бюджета;

Развитие практики закупки товаров на конкурсной основе, централизованных поставок оборудования и медикаментов. В 2005 году планируется централизованная поставка физиотерапевтического и стоматологического оборудования;

Обеспечить в полном объеме: предоставление льгот по коммунальным услугам специалистам, проживающим и работающим в сельской местности, специальное питание работникам работающих во вредных условиях.

В 2005 году из всех целевых программ наибольший упор планируется сделать на реализацию программы «Скорая помощь»;

обеспечение государственных гарантий на охрану здоровья граждан;

разработка и реализация мер по снижению заболеваемости населения, особенно социально-значимыми заболеваниями;

улучшение медицинской помощи сельскому населению.

В заключение необходимо отметить, что благодаря заинтересованности и поддержке Правительства Республики Марий Эл, за 2003 год удалось сохранить на необходимом уровне объемы лечебно-профилактической помощи населению, внедрить ряд новейших медицинских технологий, улучшить лекарственное обеспечение стационарных учреждений здравоохранения.

## 3.2. Программа совершенствования лекарственного обеспечения в Республике Марий Эл

В 2001-2004 гг. серьезное внимание уделялось лекарственному обеспечению населения. Проводится работа по организации оптовой поставки медикаментов, в рамках системы госзаказа на важнейшие и жизненно-необходимые лекарственные препараты. Кассовые расходы на медикаменты за 2004 год увеличились в 1,4 раза в сравнении с прошлым годом и составили 114,3 млн. рублей. Только за счет централизованных закупок приобретено медикаментов на сумму 36,6 млн. рублей.

Функции государственного контроля за фармацевтической деятельностью в аптечных организациях и учреждениях здравоохранения республики возложены на Управление лекарственного обеспечения Республики Марий Эл.

Управление лекарственного обеспечения Республики Марий Эл выполняет следующие задачи

- проведение государственной политики в сфере лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений;

- координация и контроль за деятельностью фармацевтических организаций независимо от организационно-правовых форм;

- осуществление контроля за качеством лекарственных средств, изделий медицинского назначения и другой медицинской продукции, реализуемой через фармацевтические организации;

- организация работы по повышению квалификации работников фармацевтических организаций;

- информационное обеспечение отрасли.

Лекарственное обеспечение населения и учреждений здравоохранения Республики Марий Эл осуществляет фармацевтический комплекс, который по состоянию на 01.01. 2004 года представлен организациями различных форм собственности и ведомственной подчиненности, государственная форма собственности составляет 39% от их общего количества.

Удельный вес объектов розничной торговли составляет 92% (630 объектов), из них: доля аптек - 8%, доля аптечных пунктов - 74. Развитие аптечной сети республики осуществляется, в основном, за счет открытия таких видов аптечных учреждений, как аптеки и аптечные пункты.

Ценообразование на лекарственные средства в республике регламен-тируется постановлением Правительства Республики Марий Эл от 04.02. 2003 г. № 33 "Об установлении предельных размеров торговых надбавок при формировании цен на лекарственные, средства и изделия медицинского назначения, реализуемые на территории Республики Марий Эл". Данным постановлением утвержден суммарный предельный уровень торговых надбавок в размере не более 35%, применяемый к фактической отпускной цене предприятия - изготовителя лекарственных средств. Средний показатель розничной надбавки в государственных унитарных аптечных предприятиях составил 23%. При анализе цен на лекарственные средства, включенные в перечень лекарственных средств, подлежащих мониторингу по линии НИИ Фармации, установлено, что рост оптовых цен за период с декабря 2003 года по сентябрь 2004 года составил 5,13%. Рост розничных цен за период с декабря 2003 года по сентябрь 2004 года составил 3,94%. Особое место в системе лекарственного обеспечения занимает организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных средств.

На сегодняшний день в республике льготами по бесплатному и льготному отпуску лекарственных средств пользуются 176 тысяч человек, или каждый четвертый житель республики, в т. ч.: по ФЗ «О ветеранах» - 42,4%; по ФЗ «О социальной защите инвалидов» - 24%; дети первых 3-х лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет - 15%; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие Чернобыльской катастрофы - 0,6%; по нозологическим заболеваниям - 18%.

Годовые кредиты на бесплатный и льготный отпуск по статье «Медикаменты» на 2004 год предусмотрены в сумме 13 448 т. р., в том числе

по ФЗ «О ветеранах» - 2635 тыс. руб.;

по ФЗ «О социальной защите инвалидов» - 6982 тыс. руб.;

прочие категории льготников - 3831 тыс. руб.

Правительством Республики Марий Эл принято постановление от 19.08. 2002 г. № 267 «О совершенствовании лекарственной помощи гражданам, имеющим льготы в обеспечении лекарственными средствами в Республике Марий Эл». Во исполнение данного постановления в Республике Марий Эл на территориях муниципальных образований «Город Йошкар-Ола», «Город Козьмодемьянск» и «Оршанский район» в порядке эксперимента вводится пилотный проект по организации адресной лекарственной помощи льготным и другим категориям населения, реализуемой на основе страхования лекарственного обеспечения.

Одной из функций Управления лекарственного обеспечения Республики Марий Эл является осуществление контроля качества лекарственных средств, ввозимых и реализуемых на территории республики. Непосредственно контролем занимается контрольно-аналитическая лаборатория Управления лекарственного обеспечения.

За 9 месяцев 2004 года контрольно-аналитической лабораторией было проверено входным контролем 82 520 наименований лекарственных средств, ввозимых на территорию Республики Марий Эл, проведено 637 полных химических анализов. Обнаружено 22 случая (или 0,026% от общего количества анализов) фальсифицированных препаратов, в том числе при вход-номконтроле - 17, в ЛПУ - 2, в аптечных организациях - 2. Забраковано 2,64% лекарственных средств, прошедших полный химический анализ.

Низкий, по сравнению со среднероссийским показателем, процент обнаружения фальсифицированных препаратов объясняется тем, что республика работает с небольшим количеством постоянных, хорошо проверенных поставщиков и все поступающие в республику препараты в обязательном порядке направляются на входной контроль на контрольно-аналитическую лабораторию УЛО.

В последнее время лаборатория оснащается необходимым современным оборудованием, приобретены устройства по проверке таблеток на распадаемость и на растворимость, электронные весы, установлен газовый хроматограф «Кристалл - 2000 М».

В целях осуществления государственной политики в области лекарственного обеспечения в Республике Марий Эл необходимо предусмотреть следующие мероприятия:

1) продолжить работу по разработке республиканских стандартов на аптечные учреждения розничной торговли; принять меры по внедрению в практику требований стандарта по предприятиям оптовой торговли;

2) внедрить проект по организации адресной лекарственной помощи льготным и другим категориям населения, реализуемой на основе страхования лекарственного обеспечения, на территории всей республики;

3) продолжить работу, направленную на повышение уровня качества и безопасности лекарственных средств, реализуемых в республике;

4) с целью рационального использования бюджетных средств увеличить объемы централизованных закупок лекарственных средств, расширить перечень лекарственных средств, закупаемых централизованно, с учетом изменений в новом Перечне жизненно важных и необходимых лекарственных средств.

Далее рассмотрим основные направления совершенствования организации централизованных закупок медикаментов в республике.

Как показала практика, оптимальным является разумное сочетание централизованного обеспечения жизненно важными и необходимыми медикаментами и самостоятельных закупок необходимых медикаментов лечебно-профилактическими учреждениями.

На современном этапе по комплексу причин не представляется возможным сделать закупки лекарственных средств и изделий медицинского назначения максимально централизованными. Между тем, идея централизации этого процесса представляется весьма разумной, поскольку доказывает свою эффективность: с одной стороны, экономятся средства, а с другой, в медучреждениях образуется запас наиболее употребляемых медикаментов.

Закупки лекарственных средств для централизованных поставок в лечебно-профилактических учреждениях проводятся Министерством здравоохранения Республики Марий Эл и территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом № 97 от 7 апреля 2000 года и с Указом Президента Республики Марий Эл от 1 июля 2002 г. «Об организации закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд». Положением определены правила закупок товаров, стоимость которых превышает 100 минимальных размеров оплаты труда. Без проведения конкурсов, методом запроса ценовых котировок можно производить закупки на сумму не более 10 тыс. рублей.

В бюджете Республики Марий Эл по отрасли «Здравоохранение» предусмотрен централизованный фонд, средства которого используются для централизованных закупок медикаментов. Кроме того, постановлением Правительства Республики Марий Эл от 11 июля 2002 г. утверждено Положение об организации централизованного лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения за счет средств обязательного медицинского страхования. В соответствии с ним предельный размер средств, направляемых на централизованную закупку, не может превысить 50% от суммы годовых расходов учреждений здравоохранения на приобретение лекарственных средств, расходных материалов и изделий медицинского назначения.

При централизованных закупках за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования каждое лечебно-профилактическое учреждение само формирует заявку из имеющегося списка, указывая наименования и объем нужных медикаментов на выделенную фондом долю средств. Их распределение осуществляется согласно поступившим заявкам. В 2003 году централизованно в ЛПУ поставлялось 30% от общего объема используемых лекарственных средств. Проведен один открытый конкурс, 10 закупок способом запроса котировочной цены. В 2004 году централизованные закупки медикаментов проводятся по перечню, утвержденному приказом Минздрава республики, в него входят 179 международных непатентованных наименований лекарственных средств, включенных в приказ МЗ РФ от 26 января 2001г. № 30 и в республиканскую Программу государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на 2004 г. В итоге за 9 месяцев текущего года для централизованных поставок закуплено лекарственных средств на сумму, составляющую 35% от фактических расходов на медикаменты, экономия средств в среднем 15%. Способом запроса котировочной цены проведено 17 закупок. Состоялись 4 открытых конкурса:

- на определение держателя квоты на закупку спирта этилового для медицинских нужд на 2004 год;

- на годовую поставку 157 международных непатентованных наименований лекарственных средств;

- на годовую поставку рентгеноконтрастных лекарственных средств;

- на определение уполномоченного склада по поставке лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд.

Дня проведения централизованных закупок медикаментов в Республике Марий Эл необходимо руководствоваться следующей разработанной схемой:

- Главными специалистами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл готовится перечень жизненно важных и необходимых лекарственных средств для централизованных закупок;

- Министерство здравоохранения Республики Марий Эл проводит конкурс по централизованной закупке медикаментов, вошедших в перечень;

- С победителем конкурса Министерство здравоохранения Республики Марий Эл и Фонд обязательного медицинского страхования по Республике Марий Эл заключают договор о поставке медикаментов в лечебно-профилактические учреждения;

- Поставщик поставляет медикаменты в лечебно-профилактические учреждения через посредника - уполномоченный склад, имеющий право сделать наценку на поставляемые медикаменты не выше процента, определенного конкурсом на уполномоченный склад;

- Далее медикаменты поступают в лечебно-профилактические учреждения. Ряд лечебно-профилактических учреждений республики имеют собственные больничные аптеки, которые занимаются хранением поступивших медикаментов и выдачей их по требованиям отделений. Другие лечебно-профилактические учреждения, не имеющие собственных аптек, вынуждены заключать договора на ответственное хранение аптеками, находящимися рядом с лечебно-профилактическим учреждением, выплачивая этим аптекам определенный процент от стоимости хранимых медикаментов (не более 3%). Что касается целевых программ, то за 9 месяцев 2004 г. ЛПУ получили лекарственные средства по следующим программам: федеральные целевые – «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Лечение и профилактика артериальной гипертонии в Российской Федерации»; республиканские целевые – «Охрана репродуктивного здоровья женщин и выхаживание новорожденных» (в том числе закуплены и выдаются бесплатно всем беременным, стоящим на учете, препараты «Гендевит», «Фолиевая кислота», «Фенюльс»), «Вакцинопрофилактика», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Безопасное материнство», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом», «Сахарный диабет», «Дети-инвалиды», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», «Артериальная гипертония». Распределением медикаментов, полученных по целевым программам, пропорционально количеству больных занимаются главные специалисты Минздрава республики.

Следовательно, представленная практика централизованного снабжения медикаментами во многом оправдывает себя и после анализа ее применения, необходима дальнейшая корректировка в этой области.

Таким образом, важной задачей является совершенствование системы льготного и бесплатного обеспечения пациентов медикаментами, в том числе расширение практики работы с Пенсионным фондом.

## 3.3. Совершенствование финансирования сферы здравоохранения

Финансовые ресурсы, выделяемые Минздраву Республики Марий Эл, не соответствуют потребностям отрасли, а определяются лишь экономическими возможностями страны. Тем не менее, имеющиеся средства нужно расходовать рационально.

Источниками финансирования охраны здоровья граждан должны стать:

средства бюджетов всех уровней;

средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;

средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;

средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;

доходы от ценных бумаг;

кредиты банков и других кредиторов;

безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;

иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Объемы финансирования по федеральным целевым программам по Республике Марий Эл отражены в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Реализация федеральных целевых программ по РМЭ, тыс. руб.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Программы | План | Фактически профинан-сировано | За счет средств федерального бюджета | |
| Профинансировано за I полу-годие 2004 г. | Всего на 2004 г. |
| Здоровый ребенок | 19745,1 | 11411,6 | 14,8 | 785,6 |
| О мерах по развитию онкологической помощи населению РФ | 2620,8 | 741,0 | 1000,0 | 1000,0 |
| Анти-ВИЧ/СПИД | 2667,3 | 1147,9 | 216,9 | 295,0 |
| Сахарный диабет (1997-2005 гг.) | 6416,0 | 2559,4 | - | 1384,0 |
| Вакцинопрофилактика (2001-2005 гг.) | 1807,5 | 901,2 | 2978,0 | 5220,0 |
| Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России 1998-2004 гг. | 6266,0 | 4874,0 | 3485,8 | 6300,0 |
| Профилактика и лечение артериальной гипертонии | 3500,0 | 6088,2 | 24,3 | 100,0 |
| Всего: |  |  | 7719,8 | 15084,6 |

Данные таблицы свидетельствуют, что полностью профинансирована только реализация программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», по остальным идет недофинансирование объемов средств из федерального и местного бюджетов.

По итогам первого полугодия 2004 г. полностью профинансирована программа «О мерах по развитию онкологической помощи населению РФ». Недостаточно идет финансирование за счет средств федерального бюджета целевых программ «Здоровый ребенок», «Сахарный диабет», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии».

В 2003 год отрасль здравоохранения РМЭ вошла с достаточно большими долгами - 244,5 млн. рублей, из них 40,3 млн. - долги по зарплате. При этом бюджет отрасли утвердили в сумме 367 млн. рублей.

Причем следует учесть, что в здравоохранении фактически не существует «незащищенных» статей расходов: если получают средства по так называемым «защищенным» статьям (зарплата, начисления на нее, медикаменты, питание), но не будет тепла и электричества для больных. Между тем лечебно-профилактические учреждения почти 5 лет не оплачивали коммунальные услуги, сейчас почти все ЛПУ текущие платежи осуществляют своевременно. Более того, направлено на погашение долгов прошлых лет 3,5 млн. рублей.

Оплату коммунальных услуг, которая занимает пятую часть всех расходов, удалось сократить за счет следующих направлений. Во-первых, рациональное использование тепло - и электроэнергии (установка счетчиков, замена электрокотлов на газовые, подключение автономного электропитания и прочее), во-вторых, сокращение нерационально используемых больничных коек и закрытие ветхих участковых больниц и ФАПов. Всего за год сокращено 229 коек в стационарах и 191 койка реорганизована в койки дневного стационара, закрыты 9 ФАПов. За счет реорганизации удалось уменьшить расходы ЛПУ на 535 тысяч рублей.

Несмотря на уменьшение количества коек, в прошлом году в ста-ционарах пролечено на 1,5 тысячи человек больше, чем в 2002 году. Причем лекарствами они были обеспечены значительно лучше: в 2003 году потрачено на приобретение медикаментов для стационарных и амбулаторных больных на 20 млн. руб. больше, чем в прежние годы. Важными проблемами являются обеспечение детей до двух лет жизни бесплатным питанием и обеспечение льготными, бесплатными медикаментами для амбулаторного лечения.

Если рождаемость увеличилась на 7,7%, то кассовые расходы на обеспечение бесплатного питания детей в 2004 году уменьшились на 4,3%. В сравнении с 2002 годом расходы увеличились в 1,5 раза, однако при потребности в 56,7 млн. рублей, на эти цели в 2004 году направлено 7 млн.61 тыс. рублей, то есть 13% от потребности.

Аналогичная ситуация по бесплатным и льготным медикаментам. Финансирование расходов в сравнении с 2002 годом увеличилось в 3 раза, но и сегодня сумма на одного льготника в год составляет лишь 87 рублей.

Расходы на бесплатные и льготные медикаменты в прошлом году выросли в 2 раза, но, поскольку льготами пользуется в республике огромное число людей - свыше 170 тысяч человек, эта проблема остается. На текущий год уменьшается объем финансирования по федеральным законам «О ветеранах» и «О социальных гарантиях инвалидам», так что большая забота ляжет на наши плечи, на плечи глав районных и городских администраций. В 2004 году направить 8 млн. рублей на бесплатное слухо - и зубопротезирование для инвалидов и ветеранов войны.

Сократились долги медучреждений перед государственными аптеками. Если на 1 января 2003 года задолженность ЛПУ составляла более 4,5 млн. рублей, то сейчас долг уменьшился более чем наполовину. Это позволило аптекам увеличить объем продаж на 12% и получить доход в 2 раза больше.

Улучшение обеспеченности стационарных и амбулаторных больных медикаментами происходит за счет централизованных закупок. В 2004 году централизованно закупали медпрепараты 50 наименований, прежде всего - спирт, средства для наркоза, наркотики, более десятка видов антибиотиков. С этими препаратами в ЛПУ практически не было перебоев. Причем все закупки (медикаментов, оборудования, продуктов питания) осуществлялись после проведения конкурсных торгов.

Актуальная проблема изношенного оборудования и автотранспорта. За период с 1996 по 2002 годы было приобретено только 33 санитарных автомашины. В 2003 году приобретено 27 единиц автотранспорта, за 2004 год для учреждений здравоохранения приобретено 42 санитарных автомобиля, в том числе для сельских учреждений здравоохранения - 22 санитарных автомобиля. Однако для своевременного текущего обновления необходимо приобретать по 100 - 120 автомобилей ежегодно. В 2005 году необходимо приобрести для перевозки детей санатория «Юность» автобус ПАЗ.

В 2004 году необходимо поставить задачу в первую очередь обеспечить отделения реанимации и интенсивной терапии. В 2004 году были провены конкурсные торги и закуплено 11 пульсоксиметров, 13 кардиомониторов, 16 наркозно-дыхательных аппаратов. Приобрели для Республиканской больницы импортный наркозно-дыхательный аппарат стоимостью 1 млн.223 тыс. рублей для больных, длительно находящихся на искусственной вентиляции легких, купили 25 единиц автотранспорта - не только за счет средств республиканского бюджета, но и за счет местных бюджетов.

В 2004 году впервые фонду обязательного медицинского страхования совместно с главами администраций городов и районов удалось получить страховых взносов на неработающее население 103% от запланированного. Направлены дополнительно финансовые средства из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере 53 млн. руб., и в результате финансирование по ОМС составило 170% от первоначального плана. Кроме того, финансирование по консолидированному бюджету в течение года увеличилось на 26 млн. руб. Если в предыдущие годы бюджет редко исполнялся, то за 2003 год его исполнение составило 103%. Помимо этого, из федерального бюджета привлечен 71 млн. рублей, на 5 млн. руб. получено гуманитарной помощи, и более 40 млн. руб. медучреждения зара-ботали на платных медицинских услугах и добровольном медицинском стра-ховании, то есть дополнительно привлечено в отрасль более 170 млн. руб.

В соответствии с республиканской адресной инвестиционной программой в 2004 году велось строительство 10 объектов здравоохранения, в том числе с привлечением средств федерального бюджета 5 объектов. Введена первая очередь поликлиники на 1000 посещений в смену в Йошкар-Оле. Продолжалось строительство хирургического корпуса на 120 коек г. Йошкар-Оле; инфекционного корпуса Мари-Турекской центральной районной больницы, которые будут сданы в 2004 году; терапевтического корпуса на 120 коек Республиканского противотуберкулезного диспансера; участковой больницы в с. Еласы Горномарийского района. Стоимость основных фондов лечебно-профилактических учреждений нарастает уже второй год. За 2004 год прирост составил 58,8 млн. рублей. За 2004 год фактические расходы лечебно-профилактических учреждений республики на приобретение оборудования увеличились в сравнении с прошлым годом в 2,1 раза и составили 62,7 млн. руб. Централизованно приобретено оборудования на 15,7 млн. рублей, которые распределены в республиканские ЛПУ - 31,3%, городские ЛПУ - 33,5%, районные учреждений здравоохранения - 35,2%.

В 2004 году централизованно приобретались: мониторы прикроватные, пульсоксиметры, стерилизаторы, энцефалографы, стоматологическое оборудование, рентгеновские трубки, рентгенологические материалы.

Только через учреждение «Медтехника» в лечебно-профилактических учреждениях республики поставлено оборудования на сумму 34,3 млн. рублей. Однако положение с обеспечением больниц медицинским оборудованием остаётся крайне тяжёлым. Хотя в 2004 году впервые суммарный износ оборудования за год не увеличился, а уменьшился на 3%, износ его составляет 85%.

Проанализировав итоги финансово-хозяйственной деятельности учреждений можно сделать вывод, что на 2004 год, как для Министерства здравоохранения, так и для каждого учреждения должна быть приоритетной работа по следующим направлениям:

1. Сокращение дефицита финансовых средств:

- привлечение средств за счет прочих источников (федеральные программы, муниципальные целевые программы, участие в различных проектах на федеральном уровне)

- совершенствование работы по предпринимательской деятельности

2. Рациональное использование выделенных финансовых ресурсов:

- В каждом учреждении необходимо проанализировать финансово-хозяйственную деятельность не только с целью выявления недостатков, а выявить причины, которые способствовали сложившейся ситуации, и наметить стратегию работы на текущий год. В первую очередь должны быть определены зоны нерационального использования средств и по возможности приняты меры по их устранению.

- Проанализировать кредиторскую и дебиторскую задолженность и провести ее реструктуризацию.

- Пересмотреть договоры по коммунальным услугам, в первую очередь на предмет соответствия предъявляемых объемов потребляемой теплоэнергии и водоснабжения.

- Следить за потреблением теплоэнергии и электроэнергии и принять меры для того, чтобы укладываться в лимиты, утвержденные постановлениями Правительства и Глав местных администраций.

- Не допускать нецелевого расходования выделяемых финансовых средств, в первую очередь средств системы обязательного медицинского страхования.

3. Сохранение и укрепление страховых принципов оплаты медицинской помощи, завершение перехода на страховой принцип оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.

4. Контроль за фактическими расходами учреждений с целью недопущения их превышения над доходами.

5. Совершенствование системы учета и использования средств.

Для эффективного использования финансовых средств также необходимо:

- финансирование высокотехнологических видов медицинской помощи на основе государственного заказа;

- внесение корректив в законодательную базу о бесплатном медицинском обслуживании населения;

- введение единой системы ценообразования в рамках Программы государственных гарантий;

- обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных медицинских учреждений.

## 

## Заключение

Здоровье населения всегда было в центре внимания государственных структур и широкой общественности. Широкому обсуждению в настоящее время подвергаются материалы реализации Концепции развития здравоохранения, структурной перестройки и научного обеспечения реформы здравоохранения с преимущественным укреплением первичной медико-санитарной помощи, созданием службы врача общей практики.

Вместе с тем, сохраняется низкий уровень производства лекарственных средств, выпуска медицинской техники, слабо осуществляются реконструкция и техническое перевооружение действующих предприятий, а также ввод в эксплуатацию новых объектов. Существенное влияние на эти процессы оказали трудности социально-экономических преобразований, недостаточный уровень расходов на здравоохранение, медицинскую науку и физическую культуру в государственном бюджете. Несмотря на развитие новых механизмов управления, активизацию деятельности системы обязательного медицинского страхования, одним из сдерживающих факторов повышения качества медицинской помощи в отдельных регионах остается устаревший механизм экономических взаимоотношений внутри отрасли, связанный не с финансированием объема и качества предоставляемых медицинских услуг, а с обезличенным финансированием по мощности медицинских учреждений и числу занятого в них медицинского персонала.

Ряд мер по совершенствованию управления, интеграции здравоохранения, укреплению единой системы охраны здоровья граждан страны, активная разработка местных нормативных актов, программ неотложного характера, совершенствование обязательного медицинского страхования расширили материальную и правовую базу, реализация которой создает условия для стабилизации процессов формирования здоровья населения, осуществления действенной концепции в области здравоохранения и ее поддержки со стороны программ социально-экономического характера.

Научная систематизация социального опыта мировым сообществом давно привела к пониманию здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия. На индивидуальном уровне здоровье рассматривается сейчас в качестве необходимого условия самореализации личности, а на популяционном - как показатель развития общества. Укрепление здоровья представляет собой многоплановый всеобъемлющий социальный и политический процесс, так как ответственность за здоровье населения законодательно возложена на федеральные органы государственной власти, органы власти субъектов федерации и местного самоуправления. Однако, имеющийся в их распоряжении арсенал методов и средств реально не позволяет решать проблему охраны общественного здоровья в полном объеме.

В условиях внедрения в российскую экономику рыночных отношений и развития федеративных принципов государственного устройства решение многих проблем здравоохранения осуществляется на региональном уровне. Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», «О медицинском страховании граждан РФ», «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и другие нормативные акты открыли возможность для формирования территориальных и муниципальных систем здравоохранения. В условиях реформирования здравоохранения проведение профилактики заболеваний возложено, в первую очередь, на муниципальную систему здравоохранения, в том числе на муниципальные органы самоуправления, муниципальные лечебно-профилактические и аптечные учреждения. Вместе с тем, ведомственная разобщенность, специализированные задачи и интересы не позволяют этим учреждениям системно заниматься профилактической работой.

Одним из путей улучшения системы оказания медицинской помощи населению является дальнейшая проработка организационного плана и программ реализации одобренной Правительством РФ Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, укрепление бюджетно-страховой формы финансирования, развитие договорных отношений на всех уровнях управления в здравоохранении. Вместе с тем потребуется определенное время для развития инфраструктуры более гибкой системы управления и координации деятельности на ее отдельных уровнях, отработки взаимоотношений всех субъектов, участвующих в обязательном медицинском страховании, достижения необходимого уровня финансирования здравоохранения из ряда источников, близких к охране здоровья населения.

В конце марта 2003 г. Министерство здравоохранения РФ утвердило два важнейших документа: «Концепцию охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» и отраслевую программу «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы». Наконец-то в основу концепции положена здоровье - центристская модель системы здравоохранения, а само здоровье рассматривается в качестве системы, способной к адаптации. Приоритетами программы провозглашены: доступность, непрерывность, многоуровневый подход, консолидация и комплексность.

Объединенные усилия медиков, педагогов, общественных организаций, СМИ, самого населения направлены еще и на привлечение внимания представителей республиканских, областных и городских органов власти, администрации районных центров регионов к проблемам социальной защиты больных. Многие из этих мероприятий проводятся в рамках федеральных и территориальных целевых долгосрочных программ по профилактике как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, утвержденных местными органами власти.

Известные в настоящее время межведомственные комплексные медико-социальные программы, существующие в Республике Марий Эл («Анти-ВИЧ/СПИД», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РМЭ», «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в РМЭ», «Здоровый образ жизни», «Профилактика заболеваний, связанных с дефицитом йода в РМЭ», «Онкология») являются приоритетными для здравоохранения данной территории и предназначены для решения ряда проблем охраны и укрепления здоровья населения Республики Марий Эл. Работа по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни в республике немыслима без осознанного и заинтересованного партнерства работников службы медицинской профилактики, организаторов здравоохранения и медицинских работников разных специальностей.

Государственное регулирование в области здравоохранения осуществляется в направлении гарантии обеспечения прав граждан в области здравоохранения. Опыт Республики Марий Эл свидетельствует о необходимости его широкого использования в укреплении охраны здоровья населения даже при существующих возможностях здравоохранения.

На основе проведенного в дипломной работе исследования определены стратегические направления развития государственной политики здравоохранения в Республике Марий Эл:

1. Формирование единого правового пространства системы здравоохранения;

2. Разработка и внедрение стандартизованных технологий оказания медицинской помощи;

3. Разработка и внедрение эффективной системы первичной медицинской помощи;

4. Научное обеспечение преобразований в здравоохранении;

5. Совершенствование кадрового обеспечения отрасли;

6. Развитие сотрудничества с профессиональными объединениями и ассоциациями;

7. Развитие сестринского дела - важнейшего ресурса повышения эффективности медицинской помощи;

8. Разработка проблем экономики здравоохранения и оптимизация финансирования отрасли;

9. Совершенствование управления отраслью на территориальном уровне.

Охрана здоровья не должна ограничиваться диагностикой и лечением болезней или внедрением новых медицинских технологий. Необходимо осуществлять социально-гигиенический мониторинг и на его основе создавать региональные оздоровительные программы.

Успех работы определяется эффективными партнерскими отношениями между территориальными органами управления здравоохранения, страховой и частной медицины, а также профессиональными ассоциациями. Сегодня ведущая роль во всех областях совершенствования отечественного здравоохранения принадлежит не только органам государственного управления, но и медицинской общественности.

Приоритетами деятельности профессиональных и общественных медицинских объединений в области здравоохранения Республики Марий Эл являются: увеличение объема мероприятий медицинской профилактики в деятельности всех структур здравоохранения, кардинальное повышение эффективности сельского здравоохранения, проведение реформ в сфере охраны здоровья матери и ребенка, совершенствование государственного заказа и распределения выпускников медицинских учебных заведений страны, внедрение более совершенной системы оплаты труда медицинских работников. Как следствие чрезмерной децентрализации сужаются возможности органов управления здравоохранением субъектов Федерации по проведению целенаправленной политики в области охраны здоровья. Исходя из анализа, очевидно, что в последние годы нарушилась устойчивость отдельных характеристик, свидетельствовавших в предыдущие годы о возможности стабилизации в области здоровья населения, и путем только ведомственных усилий Минздрава Республики Марий Эл назревшие проблемы здоровья населения республики не решить, поскольку они являются комплексными, межведомственными и зависят от стабилизации и развития экономической ситуации в Российской Федерации.

## Список библиографических источников

1. Конституция Российской Федерации. // РГ. –1993. – 25 дек. - №237.
2. Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 19.04. 1991 г. // Ведомости. – 1991. – №20. – Ст.641.
3. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г. // ВВС РСФСР. – 1991. – 327. – Ст.920.
4. Федеральный закон «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» от 24.12 1996 г. // СЗ РФ. – 1996. – №49. – Ст.5491.
5. Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06. 1991 г. // Ведомости. – 1991. – 327. – Ст.920.
6. Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утверждено постановлением Правительства РФ от 29.04. 2003 г. №284.
7. Положение о Всероссийской службе медицинских катастроф, утверждено постановлением Правительства от 28.02. 1996 г. // СЗ РФ. – 1996. – №10. – Ст.946.
8. Положение о порядке установления ВТЭК степени утраты трудоспособности, утвержденное постановлением Правительства от 23.04. 1994 г. // СЗ РФ. – 1994. – №2. – Ст.101.
9. Указ Президента от 20.04. 1993 г. «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» // САПП. – 1993. - №17. – Ст.1447.
10. Указ Президента «О гарантиях прав граждан на охрану здоровья при распространении рекламы» от 17.02. 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №8. – Ст.659.
11. Постановление «О неотложных мерах по обеспечению населения и учреждений здравоохранения Российской Федерации лекарственными средствами в 1992 году и развитию фармацевтической промышленности в 1992-1995 годах», принято Правительством РФ 26.12. 1991 г.
12. Постановление «О государственной поддержке развития медицинской промышленности улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», принято Правительством РФ 30.07. 1994 г. // СЗ РФ. – 1994. – №15. – Ст.1791.
13. Постановление «О мерах по увеличению в 1995-1997 годах производства лекарственных средств и современной медицинской техники», принято Правительством РФ 20.11. 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №48. – Ст.4676.
14. Постановление Правительства РФ от 23 января 2003 г. №44 О Федеральной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2003-2004 годы».
15. Постановление Правительства РФ от 13 ноября 2002 г. №790 О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2003-2006 годы».
16. Постановление Правительства РФ от 29 января 2003 г. №70 О Федеральной целевой программе «Старшее поколение на 2003-2004 годы».
17. Постановление Правительства РФ от 17 июля 2002 г. №540 О Федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации».
18. Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1998 г. №1391 О Федеральной целевой программе «Медицина высоких технологий на 2000-2007 годы».
19. Концепция социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2005 года; Прогноз социально-экономического развития на 1996-2001 годы и на период до 2005 года. - М.: Правительство РФ, 1996. – 156 с.
20. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобрена Правительством РФ 5.11. 1997 г. // СЗ РФ. – 1997. – №46. – Ст.5312.
21. «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2001 года», утверждены Указом Президента от 14.09. 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №38. – Ст.3669.
22. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, приняты 22.07. 1993 г. // Ведомости. – 1993. - №33. – Ст.1318.
23. Основы законодательства Российской Федерации о физической культуре и спорте, приняты 27.04. 1993 г. // ВВС. – 1993. – №22. – Ст.784.
24. Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утверждены Постановлением Правительства от 13.01. 1996 г. // СЗ РФ. – 1996. – №3. – Ст. 194.
25. Приказ №93 от 11.03. 2003 г. РФ Об отраслевой программе «Скорая медицинская помощь».
26. Президентская программа «Дети России» на 1996-1997 гг., утверждена Указом президента от 1902. 1996 г. // СЗ РФ. – 1996. – №9. – Ст.799.
27. Федеральная целевая программа «Безопасное материнство» на 1995-1997 гг., утверждена Правительством 14.10. 1994г. // СЗ РФ. – 1994. – №28. – Ст.2990.
28. Федеральная целевая программа «Совершенствование оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации на 1995-1996 годы», утверждена постановлением Правительства от 30.07. 1994 г. // СЗ РФ. – 1994. – №18. – Ст. 2078.
29. Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 годы)", принята Правительством 20.04. 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №18. – Ст.1665.
30. Федеральная целевая программа «Вакцинопрофилактика» на 1993-1997 годы, утверждена постановлением Правительства от 5.06. 1994 г. // СЗ РФ. – 1994. – №9. – Ст.1004.
31. Федеральная целевая программа по охране территории Российской Федерации от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний людей, животных и растений, а также токсичных веществ на 1994 - 1997 годы, утверждена постановлением Правительства от 5.06. 1994 г. // СЗ РФ. – 1994. – №9. – Ст.1005.
32. Федеральная целевая программа по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваний, вызываемых вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на 1996-1997 годы и на период до 2001 года «Анти-ВИЧ-СПИД», утверждена постановлением Правительства от 1.05. 1996 г. // СЗ РФ. – 1996. – №19. – Ст.2302.
33. Федеральная целевая программа «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф на 1997-2002 годы», утверждена поста-новлением Правительства от 22.01. 1997 г. // СЗ РФ. – 1997. – №5. – Ст.678.
34. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболевания-ми социального характера на 2003-2006 годы» от 13 ноября 2002 г. №790.
35. Федеральная целевая программа «Дети России», утверждена поста-новлением Правительства РФ от 3.10. 2003 г. №732.
36. Подпрограмма «Здоровый ребенок» Федеральной целевой программы «Дети России» на 2003-2006 годы.
37. Закон Республики Марий Эл О государственной программе Республики Марий Эл по усилению борьбы с преступностью на 2002-2003 годы «Правопорядок - 2003» от 19 сентября 2002 г. №323.
38. Закон Республики Марий Эл «О республиканской целевой программе по противодействию распространения в Республике Марий Эл заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на 2003-2004 годы «Анти-ВИЧ/СПИД» от 12 марта 2003 г.
39. Закон Республики Марий Эл О республиканской целевой программе «О совершенствовании службы скорой медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2003-2007 годы» от 11 октября 2003 г.
40. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 17 января 2003 г. №11 О республиканской целевой программе «Медицинские кадры на 2003-2007 годы».
41. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 19 марта 2003 г. №64 О республиканской целевой программе «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на 2003-2004 годы».
42. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 6 августа 2003 г. №256 О проекте Закона Республики Марий Эл О республиканской целевой программе «Здоровый образ жизни на 2003-2005 годы».
43. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 13 сентября 2003 г. №285 О проекте закона Республики Марий Эл «О республиканской целевой программе «О совершенствовании службы скорой медицинской помощи Республики Марий Эл на 2003-2007 годы».
44. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 16 декабря 2001 г. №409 О республиканской целевой программе «Снижение рисков и смягчение последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера Республики Марий Эл до 2005 года».
45. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 8 ноября 2002 г. №373 О республиканской целевой программе «Старшее поколение на 2003-2004 годы».
46. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 25 декабря 2003 г. №414 О республиканской целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в республике Марий Эл на 2003-2004 годы».
47. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 27 октября 2000 г. №440 О республиканской целевой программе «Вакцинопрофилактика на 2001-2004 годы».
48. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 3 августа 2001 г. №232 О республиканской целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2001-2005 годы».
49. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 11 июля 1997 г. №252 О региональной целевой программе «Сахарный диабет».
50. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 6 апреля 2001 г. №132 О республиканской целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Республике Марий Эл на 2001-2010 годы».
51. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 15 июня 2003 г. №186 О проекте Закона республики Марий Эл «О республиканской целевой программе «Онкология на 2003-2007 годы».
52. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 31 августа 2001 г. №324 О республиканской программе «Профилактика заболеваний, связанных с дефицитом йода в Республике Марий Эл на 2001-2005 годы».
53. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 12 сентября 2001 г. №336 О республиканской целевой программе по противодействию потребления наркотиков и их незаконному обороту на 2002-2003 годы.
54. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 5 февраля 2000 г. №51 О республиканской целевой программе «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи населению Республики Марий Эл на 2000-2002 годы».
55. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 26 июля 2002 г. №268 О республиканской целевой программе «Автоматизированная система управления ресурсами здравоохранения Республики Марий Эл на 2002-2003 годы».
56. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 25 июля 2002 г. №264 О республиканской целевой программе «Дети-инвалиды на 2002-2003 годы».
57. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 17 мая 1998 г. №170 О республиканской целевой программе «Совершенствование службы медицины катастроф Республики Марий Эл на 1998-2002 годы».
58. Постановление Правительства Республики Марий Эл от 25 марта 2003 г. №75 о внесении изменений в № 139 от 17.04.01 г. «Охрана репродуктивного здоровья женщин и выхаживание новорожденных в Республике Марий Эл на 2002-2003 годы» в новой редакции.
59. Распоряжение Республики Марий Эл от 21 апреля 2003 г. №150-р. О проекте закона Республики Марий Эл О республиканской целевой программе «Здоровый ребенок на 2003-2004 годы».
60. Александров, Н.А. Здоровье человека – бесценное богатство. / Н.А. Александров, С.Г. Мочалов. – Йошкар-Ола: Периодика Марий Эл, 1998. – 255 с.
61. Бабич, А.М. Государственные и муниципальные финансы: Учебник для вузов / А.М. Бабич, Л.Н. Павлова. – М.: Финансы, ЮНИТИ, 2001. – 687 с.
62. Боханов, С.Ю. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении / С.Ю. Боханов // Маркетинг в России и за рубежом. – 2003. – №2. – С.45-51.
63. Венедиктов, Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления / Д.Д. Венедиктов. - Медицина, 2000. – 387 с.
64. Вялков, А.И. Управление здравоохранением на уровне региона в условиях рыночных отношений/ А.И. Вялков // Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - №5. - C.3-4.
65. Государственное регулирование и местное самоуправление: социальная ориентация: Сборник тезисов и докладов на международной конференции 26-27 ноября 1996 г. / В.Я. Ельмеев, В.Н. Иванова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1996. – 208 с.
66. Долгопятова, Т. Поведение предприятий в условиях жестких финансовых ограничений / Т. Д.олгопятова // Российский экономический журнал. - 2000. - №12. - С.50-56.
67. Ефимова, И.А. Актуальные вопросы кадрового обеспечения здраво-охранения / И.А. Ефимова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - № 1. – С.15-16.
68. Закирова, С.А. Модель цены медицинских услуг / С.А. Закирова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2000. - № 5. - С.25-28.
69. Закирова, С.А. Маркетинг в здравоохранении / С.А. Закирова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - № 1. – С.17-22.
70. Здравоохранение: реальность и перспективы // Марийская правда. –2003. – 25 июня. - С.4.
71. Казнин, В.М. Служба медицинской профилактики регионов Приволжского федерального округа, ее успехи и проблемы / В.М. Казнин, В.А. Минченко // Ремедиум. Приволжье. –2003. – июнь. – С.7-9.
72. Карабенюк, В. Проблемы и пути оптимизации лекарственного обеспечения деятельности ЛПУ / В. Карабенюк // Ремедиум. Приволжье. –2003. – март-апрель. – С.13-14.
73. Кислицын, В.А., Кураков Л.П. Концепция социально-экономического развития Республики Марий Эл / В.А. Кислицын, Л.П. Кураков. - М.: Пресс-сервис, 2000. - 212 с.
74. Кислицын, В.А. Концепция социально-экономического развития Республики Марий Эл / В.А. Кислицын, Л.П. Кураков. - Йошкар-Ола, 2000. - 180 с.
75. Клименко, В.Ф. Территориальный фонд и лекарственное обеспечение граждан / В.Ф. Клименко // Ремедиум. Приложение. – 2003. – март-апрель. – С.12.
76. Местное самоуправление: проблемы методологии и организации / В.Я. Ельмеев, В.Н. Иванова. – СПб: Изд-во СПбГУ, 1997. – 352 с.
77. Муниципальное экономическое развитие. Муниципальные экономические программы городов Нижний Новгород, Саратов, Ярославль. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2000. – 383с.
78. Муниципальный менеджмент / Т.Г. Морозова. - М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1997. - 263с.
79. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2002-2005 годы и на период до 2010 г. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: 2002. – 79 с.
80. Образ жизни и здоровье человека: Материалы научно-практической конференции. – Воронеж, 2000. – 128 с.
81. Онищенко, Г.Г. Окружающая среда и состояние здоровья населения российской Федерации / Г.Г. Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - № 2. – С.25-27.
82. Подгорбунских, И.И. Государственное регулирование лекарственного обеспечения населения и учреждений здравоохранения РФ / И.И. Подгорбунских, Е.В. Толстова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - № 7. - С.28-32.
83. Преображенская, B. C. Структура и функции органов здравоохранения в условиях перехода на бюджетно-страховое финансирование / В.С. Преображенская, В.С. Васюкова // Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашкo. - М.: 1992. - №1. - С.23-28.
84. Семьдесят лет советского здравоохранения. 1917-1987. М.: 1987. – 216 с.
85. Социально-экономические проблемы местного самоуправления: Сборник тезисов докладов конференции 25 октября 1996 г. / Л.М. Чистов. – СПб.: РИО ИСЭП РАН, 1996. – 156 с.
86. Сухина, В.А. Фармацевтический бизнес в нормативных документах: Справочное пособие / В.А. Сухина. – М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1998. – 352 с.
87. Телемедицина в системе практического здравоохранения // Марийская правда. –2003. - 27 июня. – С.4.
88. Токарев, О. Непроторенная дорога, или кое-что о медицинском праве / О. Токарев // Медицинская газета. - 2001. - № 57. – С.12.
89. Шейман, И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения: Основные характеристики и методы построения / И.М. Шейман. - Можайск, 1998. - 128 с.
90. Шиган, Е.Н. Целевые комплексные программы в здравоохранении / Е.Н. Шиган, С.Ф. Остапюк. – М., 2000. – 238 с.