**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1 Теоретические проблемы функционирования здравоохранения в системе национальной экономики

1.1 Здравоохранение как отрасль непроизводственной сферы: сущность, модели развития.

1.2 Источники и механизмы финансирования здравоохранения в современных условиях

2 Проблемы совершенствования финансирования здравоохранения в России в современных условиях.

2.1 Концепция развития здравоохранения и проблемы оптимизации его финансирования

2.2 Анализ и результаты реализации национального пилотного проекта «Здоровье» и пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области»

Заключение

Список литературы

Приложение А Анализ фондодержания за первый квартал 2009 года

**Введение**

Здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой и специфической отраслью народного хозяйства, призвано обеспечить реализацию важнейшего социального принципа – сохранение и улучшение здоровья граждан, оказания им высококвалифицированной, специализированной лечебно-профилактической помощи.

С конца 80-х годов предпринимаются попытки реформирования отечественной системы здравоохранения. Главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. В 1988-1990 годах происходило внедрение в ряде регионов так называемого нового механизма хозяйствования, менявшего порядок финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и их хозяйственной деятельности. С 1991 года начался процесс введения новой системы финансирования здравоохранения – системы обязательного медицинского страхования, и был дан старт развитию добровольного медицинского страхования. Нужно заметить, что здравоохранение оказалось единственной из отраслей социально-культурной сферы, где произошли реальные масштабные преобразования. Они сильно изменили организацию медицинского обслуживания. Появились новые источники и каналы финансирования, новые субъекты – фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, новые формы финансирования лечебно-профилактических учреждений. Новые введения потребовали новых знаний. Поэтому реформа финансирования здравоохранения открыла новое направление экономических исследований в нашей стране – экономику здравоохранения. Накоплено уже достаточно эмпирического материала, выполнено немало прикладных разработок, и сейчас уже пришло время для обобщающего анализа итогов реформы и ее перспектив. Но работ, целью исследования в которых являются именно эти проблемы, явно не хватает. Данная работа посвящена анализу реализации национальных и пилотных проектов, поиску решений дальнейшего реформирования здравоохранения и оптимизации финансовых потоков. Из выше сказанного вытекает актуальность данной работы.

Исходя из актуальности, основной целью работы является анализ финансовых потоков, являющихся базой развития здравоохранения в современных условиях. Для достижения цели необходимо было:

- рассмотреть место здравоохранения в национальной экономике;

- сделать анализ источников и механизмов финансирования здравоохранения в современных условиях;

- изучить направления совершенствования финансирования здравоохранения (на примере реализации «Пилотного проекта» в Томской области).

Теоретической базой послужили модели финансирования здравоохранения, концепция развития здравоохранения, предложенная министерством социального развития в 2008 году [19] и нормативные документы национальных и пилотных проектов. Практической базой послужили отчёты департамента здравоохранения Томской области (ТО) о реализации национальных и пилотных проектов.

**1 Теоретические проблемы функционирования здравоохранения в системе национальной экономики**

**1.1 Здравоохранение как отрасль непроизводственной сферы: сущность, модели развития**

Система здравоохранения становится органическим элементом обобществленного экономического пространства. Одновременно здравоохранение становится отраслью, которая потребляет огромное количество материальных и трудовых ресурсов. Причем объемы потребления этих ресурсов увеличиваются достаточно высокими темпами.

В обществе, с одной стороны, значительно возрастают объемы оказываемых населению медико-профилактических услуг, с другой, - усиливается роль и значение системы здравоохранения как крупной отрасли экономического пространства, имеющей множественные связи и отношения в общей производственно-социальной структуре государства.

Сегодня более 30 отраслей общественного хозяйства прямо или косвенно связаны со сферой здравоохранения. Это, к примеру, медицинская промышленность, капитальное строительство, фармацевтическая промышленность, приборостроение, специальные отрасли текстильной, пищевой промышленности, машиностроение, транспорт и др [7].

В процессе перехода России к рыночной экономике сформировалась новая отраслевая экономика здравоохранения. Возникновение новой научной дисциплины — экономики здравоохранения обусловлено:

* формированием здравоохранения как крупнейшей отрасли народного хозяйства, что связано с ростом спроса на медицинские услуги;
* необходимостью рационального планирования и эффективного использования материальных, трудовых и финансовых средств здравоохранения, как ресурсоемкой отрасли народного хозяйства;
* особым местом здравоохранения в системе общественного производства как ресурсосберегающей отрасли;
* повышением экономической значимости системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения, что приносит огромный экономический эффект.

Цель экономики здравоохранения — изучение экономических отношений, хозяйственных (производственных) контактов, складывающихся между людьми в процессе обеспечения медицинской деятельности.

Объектом исследований экономики здравоохранения являются экономические отношения в сфере здравоохранения.

Основные задачи экономики здравоохранения:

* определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства;
* расчет объема экономических ресурсов здравоохранения и их эффективное использование;

— изучение тенденций в изменении структуры здравоохранения;

—расчет и оценка экономической эффективности лечебно диагностической и профилактической работы учреждений здравоохранения;

* оценка экономической эффективности новых организационных форм обеспечения медицинской помощи населению (стационарозамещающие технологии, диагностические центры и др.);
* экономическое обоснование новых организационных форм медицинской деятельности;
* разработка и оценка эффективных форм оплаты труда медицинских работников;
* расчет нормативов деятельности специалистов, включая определение оптимального соотношения медицинских работников (врач и средний медицинский работник, врачи и работники немедицинских специальностей);
* подготовка врачей в области экономики и формирования системы подготовки экономистов в сфере здравоохранения.

Экономика здравоохранения, использует следующие методы, для анализа экономических взаимоотношений в здравоохранении:

* математически-статистический метод, позволяющий оценить количественную и качественную связь между медико-диагностическими и профилактическими процессами;
* балансовый метод, обеспечивающий оптимальное соотношение между лечебными, диагностическими и реабилитационными процессами;
* экспериментальный метод, позволяющий отработать наиболее эффективные меры по улучшению качества здоровья населения и хозяйствования органов и учреждений здравоохранения.

Экономика здравоохранения тесно связана с экономикой страны в целом[3]. Существует тесная взаимосвязь здравоохранения со всеми отраслями народного хозяйства. Это взаимодействие, прежде всего, касается:

* влияния здоровья населения и здравоохранения на развитие народного хозяйства в целом и отдельных его отраслей;
* влияния экономики отдельных отраслей на здоровье населения.

Это значит, что экономика здравоохранения — отраслевая экономическая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства, формирование, распределение и использование в здравоохранении материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

Здравоохранение влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности, особенно в трудоспособном возрасте, младенческой и повозрастной смертности детей, заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни).

Важнейшие направления развития экономики здравоохранения:

* определение видов, объемов медицинских услуг с организационно-правовым обеспечением;
* экономическая оценка эффективности использования ресурсов здравоохранения;

—финансовое обеспечение деятельности ЛПУ с экономическим его обоснованием;

—экономическая оценка профессиональной деятельности

работников здравоохранения;

—отработка экономических методов хозяйствования с учетом особенностей здравоохранения;

—разработка системы менеджмента и маркетинга, включая отработки действенных форм пропаганды новых методов лечебно-профилактической деятельности.

Целесообразно выделять три основных организационно-экономических варианта формирования национальных систем охраны здоровья: частное здравоохранение (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи), государственная (бюджетная) модель и модель здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании. Следует заметить, что различия в подходах к финансированию отрасли являются основным, но не достаточным критерием типологизации мировых систем здравоохранения.

Первая модель – платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования [5].

Для неё характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Таким образом, масштабы государственного сектора малы. Наиболее ярко данная модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicade» и пенсионеров «Medicare». Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда - системой частного страхования[7]

Вторая модель – государственная медицина с бюджетной системой финансирования [11], характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Государство является главным гарантом защиты доходов медицинских работников от инфляции (минимальная заработная плата, пенсионное обеспечение, отпуска и т.д.).

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон, поскольку такая система обеспечивает высокую степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, проведения строгого государственного контроля за условиями оказания медицинской помощи. Другими преимуществами этой системы является ее высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций.

Государственная система здравоохранения в значительной степени представлена в таких странах, как Великобритания, Италия, Куба, Россия и других.

Третью модель (система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования) [2] определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины и механизма социальной защиты ее работников[1].

Такая модель типична для большинства экономически развитых стран. Наиболее ярко она представляется здравоохранением Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В третью модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Поэтому масштабы государственного сектора в странах, использующих данную модель, значительно различаются. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, и в них государственному сектору отводится важная роль.

В таблице 1 приведены расходы на здравоохранение для различных стран. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) финансирование медицины должно быть не менее 5 % от ВВП.

Таблица 1

Доля расходов ВВП на здравоохранение

|  |  |
| --- | --- |
| Страна | % от ВВП |
| США | 13,4 |
| Германия | 10,9 |
| Франция | 10,5 |
| Бельгия | 10,1 |
| Греция | 10 |
| Великобритания | 8,3 |
| Венгрия | 8,3 |
| Испания | 8,1 |
| Япония | 5,9 |
| Россия | 3,1 |

Описанные ранее модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения, более того именно он и определяет масштабы государственного сектора в каждой модели.

Различия в механизме функционирования данных моделей предопределяются неявным контрактом.

В случае платной медицины пациент платит за визит к врачу. Это обстоятельство ставит производителя медицинских услуг в двойственное положение - долгое безуспешное лечение ведёт к росту его доходов, но одновременно подрывает его репутацию и вызывает снижение доходов в долгосрочной перспективе. Содержание контракта, таким образом, предусматривает «переплату» клиентом за дополнительные услуги; ключевой рутиной, обуславливающей функционирование платной медицины, является расширение практики (в сущности, привлечение новой клиентуры, как больных, так и здоровых людей)[6].

Содержание контракта предполагает сетевые децентрализованные контакты между врачами (клиниками), министерство здравоохранения может повлиять на врачебную корпорацию только косвенно. Существенной является репутация врача не только среди пациентов, но и среди коллег - это сопровождается увеличением доходов и статуса. Особенностью данной системы является взаимодействие между врачебной корпорацией и производителями лекарств и медицинского оборудования - методов прямого воздействия у последних на врачей и клиники практически нет, поэтому здесь постоянно проводятся семинары, конференции, где осуществляется презентация лекарств, оборудования, новых методик лечения. В то же время контроль качества и стоимости лечения осуществляется внутри врачебной корпорации каждым производителем самостоятельно [10].

В случае страховой медицины производителю услуг оплачивается стоимость лечения болезни, в то время как пациент оплачивает страховку от случая заболеть. Разница между стоимостью лечения и страховкой представляет собой конфликт интересов между клиникой и страховой фирмой; при этом возникает конфликт интересов и внутри врачебной корпорации: одни лечат, другие - эксперты страховых фирм - оценивают правильность лечения (с точки зрения качества и стоимости). Двойственность интересов, присущая положению производителя медицинских услуг в рыночной модели, здесь устраняется, снижаются и переплаты; в связи с чем данная модель рекомендована Всемирной организацией здравоохранения к распространению. В данной модели увеличивается и роль государства, внедряющего стандарты деятельности страховых организаций и клиник (особенно в части, касающейся обязательного медицинского страхования). Механизмы мотивации, внедрения инноваций, высококачественных услуг здесь аналогичны платной медицине[12].

В бюджетной медицине стоимость услуг приравнивается к какому-либо нормативному показателю (показателям). В отечественном здравоохранении таким показателем - ключевой фактором финансового планирования является койко-место в лечебно-профилактическом учреждении. На основе данных показателей рассчитывается стоимость содержания бюджетной сети здравоохранения, к которой привязывается и количество врачей, и стоимость медикаментов, и другие статьи затрат. При этом нормативные показатели взаимосвязаны: скажем, больницы на N количество коек строятся в расчёте на 10000 человек согласно строительным нормам и правилам, поэтому замена одного нормативного показателя (койки) на другой показатель (подушевой норматив) на ситуацию влияет незначительно. С точки зрения менеджмента выстраивается жёсткая вертикальная структура: министерство здравоохранения – областные органы здравоохранения[4].

Платные услуги расширяют возможности оказания тех услуг, которые бюджетные учреждения не могут предоставить за счет налоговых средств, и в этой роли они способны повышать качество медицинской помощи. Платные услуги являются источником дополнительных средств для укрепления материально-технической базы учреждения, они учитываются в составе его бюджета и могут распределяться на выполнение уставных задач учреждения, а также стимулирование деятельности персонала. Но на практике влияние платных услуг на локальную эффективность определяется уровнем тарифов и порядком распределения средств полученных от платных услуг. Если тариф занижен, а персонал не получает адекватного вознаграждения (в большинстве российских регионов фонд оплаты труда планируется на уровне 20-25% и менее от цены платных услуг), то мотивация к оказанию платных услуг снижается. А, следовательно, не происходит реального повышения отдачи от вложенных ресурсов[8].

Между тем в мировой практике главной формой прямой оплаты медицинских услуг из личных средств являются формальные соплатежи населения (далее – соплатежи), то есть установленная законом оплата части стоимости посещения врача, госпитализации. Основная часть затрат покрывается из государственных средств, а пациент доплачивает определенную сумму. Иными словами, соплатеж – это форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Необходимо отметить высокую медико-экономическая результативность этой системы финансирования.

В последние 10-15 лет во многих странах Восточной Европы отмечается повышенный интерес к соплатежам как форме привлечения дополнительных средств в сферу здравоохранения. Некоторые страны уже ввели соплатежи (Эстония, Венгрия, Польша, Болгария, Кыргызстан и проч.), другие рассматривают такую возможность (Таджикистан, Армения). В России этот вопрос обсуждается в контексте задачи формирования новой системы государственных гарантий медицинской помощи [5].

Переход от одной модели к другой требует изменения как ключевых факторов, определяющих специфику каждой модели, так и соответствующих методов управления, взаимодействия с пациентами и населением, с общественным мнением, с производителями лекарств и медицинского оборудования.

**1.2 Источники и механизмы финансирования здравоохранения в современных условиях**

Целесообразно выделять три основных организационно-экономических варианта формирования национальных систем охраны здоровья: государственная (бюджетная), частное здравоохранение (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи), система здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании. Следует заметить, что различия в подходах к финансированию отрасли являются основным, но не достаточным критерием типологизации мировых систем здравоохранения.

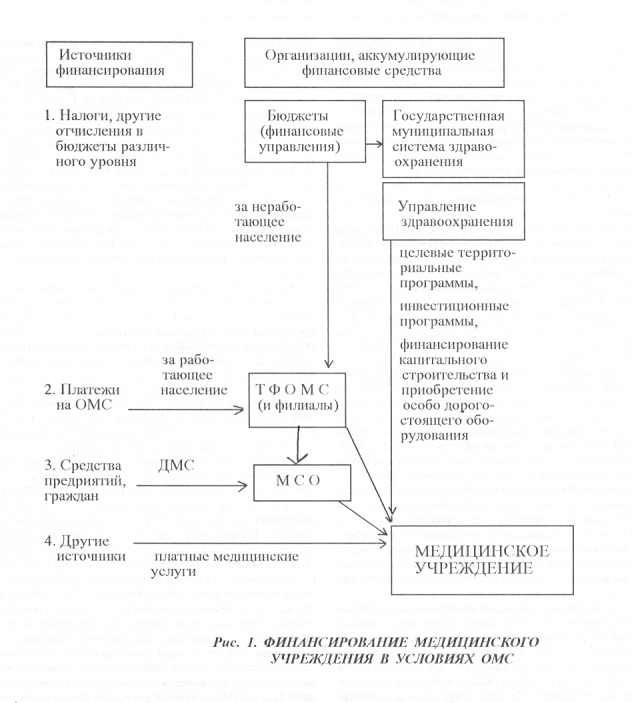


Рисунок 1- Источники финансирования медицинского учреждения

Исторически государственная система здравоохранения являлась преемницей так называемой благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения. Для данной системы характерны следующие принципы:

1. основным источником финансирования здравоохранения являются государственные налоги;
2. структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, выступают бюджеты различного уровня;
3. преимущественно структурный принцип финансирования медицинской помощи (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг);
4. медицинские учреждения, как правило, имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями социального заказа, напрямую подчиняясь государственным финансовым правилам;
5. принцип экономии при использовании ресурсов;
6. централизованное (унитарное) планирование и управление системой;
7. тарифный способ оплаты труда врачей;
8. правила найма и оплаты труда диктуются государством;
9. административный контроль качества оказания медицинской помощи.

Общие расходы государства на здравоохранение складываются из нескольких источников-расходов: бюджетов разных уровней, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов ОМС. На федеральный бюджет приходится около 8,7 процентов всех расходов на здравоохранение, бюджеты территорий — 64,3, средства фондов обязательного медицинского страхования (налоговые платежи) — 27 процентов, в том числе средства Федерального фонда ОМС — 1,5 процента.

В таблице 2 представлена структура финансирования системы здравоохранения к ВВП и направления расходов. Даная таблица показывает, что основная часть финансирования лежит на власти местного самоуправления, это составляет 2.2 % от ВВП.

Таблица 2

Источники финансового обеспечения здравоохранения и направления расходов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В % к итоry | В % к ВВП |
| **Государственное финансирование,** | 53,7 | 3,1 |
| в том числе: |  |  |
| Федеральный бюджет | 3,6 | 0,2 |
| Территориальные бюджеты | 37,4 | 2,2 |
| Взносы работодателей на ОМС | 12,7 | 0,7 |
| **Расходы населения** на медицинские нужды, | 44,3 | 2,5 |
| в том числе: |  |  |
| Расходы на медицинскую помощь | 20,6 | 1,2 |
| Расходы на приобретение лекарств | 23,6 | 1,3 |
| Расходы на добровольное медицинское страхование | 0,1 | 0,07 |
| Расходы ведомств и предприятий на содержание ведомственных ЛПУ | 2,0 | 0.1 |

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон, поскольку такая система обеспечивает высокую степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, проведения строгого государственного контроля за условиями оказания медицинской помощи. Другими преимуществами этой системы является ее высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства фонда обязательного медицинского страхования образуются за счет части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации, части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере, страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение, иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Федеральным законом РФ от 29 декабря 2006 года N 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 1 января 2008 года конкретизирован список видов медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках государственных гарантий. Теперь он включает в себя первичную медико-санитарную помощь, неотложную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь, в том числе и специализированную (санитарно-авиационную), специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную [9].

За счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с Базовой программой ОМС оказывается первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая, в том числе, обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации при всех заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита).

За счет средств Федерального бюджета финансируются:

* специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти;
* высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
* медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
* осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) в соответствии с законодательством Российской Федерации;
* дополнительная бесплатная медицинская помощь, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации. Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется ФОМС за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включенных в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи;
* медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации в соответствии с федеральными законами, устанавливающими особенности организации местного самоуправления;
* дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта РФ);

Необходимо отметить, что оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам осуществляется за счет средств федерального бюджета в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом уполномоченным Правительством РФ органом исполнительной власти в любых, независимо от формы собственности и уровня подчиненности, специализированных медицинских организациях. Кроме того, медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказывается независимо от разграничения полномочий в сфере здравоохранения. В Законе появилась также новая запись о том, что медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий (ЗАТО), связанных с вредными условиями производства, будет гарантирована не только гражданам, занятым на предприятиях с вредными для здоровья условиями труда, но и всему населению территории и является полномочием Российской Федерации[4].

Расходы бюджетов субъектов РФ включают в себя:

* специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь;
* специализированную медицинскую помощь, оказываемую в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации;
* медицинскую помощь, предусмотренную законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан;

Кроме того, законодатель не определяет категории граждан и виды медицинской помощи, которые будут оказываться в медицинском учреждении за счет средств субъекта Федерации. Таким образом, субъект Российской Федерации может сам устанавливать эти параметры.

В порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта РФ, осуществляется финансирование расходов по оплате лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет средств местных бюджетов (за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти) оказывается:

* скорая медицинская помощь (за исключением специализированной санитарно-авиационной);
* первичная медико-санитарная помощь, в том числе при заболеваниях, передающимся половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, наркологических заболеваниях;
* неотложная медицинская помощь;
* медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов, и детям при отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы всех бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами. Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и других услуг в медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

Средствами обязательного медицинского страхования управляют Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС, которые созданы на основании "Положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования" и "Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования", утвержденных Постановлением Верховного Совета Российской Федерации № 4543-1 от 24.02.93 года.

В основе положений о фондах обязательного медицинского страхования лежит правовая конструкция, учитывающая мировой опыт наиболее эффективной защиты общественных средств от нецелевого их использования. Создание фондов ОМС позволяет обеспечить финансовые условия для сохранения бесплатной для граждан медицинской помощи.

В отличие от государственных финансовых органов, которые решают множество проблем, возникающих в национальном хозяйстве страны и отдельных ее регионов, и при необходимости используют средства бюджета здравоохранения на другие нужды, фонды ОМС занимаются финансированием медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС, тем самым гарантируют целевое их использование. При этом территориальные фонды ОМС аккумулируют страховые взносы и обеспечивают их использование на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам в рамках территориальных программ ОМС. Федеральный фонд ОМС обеспечивает единство системы обязательного медицинского страхования в России, выравнивает финансовые условия оказания медицинской помощи застрахованным гражданам всей территории Российской Федерации. Федеральный фонд ОМС осуществляет также сбор и анализ информации о финансовых ресурсах системы ОМС, проводит методическую работу по совершенствованию ее деятельности. Следует подчеркнуть, что фонды ОМС — это некоммерческие финансово-кредитные учреждения[4].

Согласно статье 56 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", утвержденных ВС РФ 22.07.1993 №5487-1 (Основы) частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Кроме того, право оказывать платные услуги имеют и медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, при условии наличия права на занятие предпринимательской деятельностью, к числу которых относится оказание платных услуг. Данное право должно быть зафиксировано в уставе медицинского учреждения.

На платной основе осуществляется оказание медицинских услуг вместо традиционно предусмотренных - альтернативными методами, обладающими дополнительными потребительными свойствами, но не обеспеченными финансированием в рамках программы ОМС или из бюджета (сложные методики лечения традиционных заболеваний, требующие дополнительных затрат - эндоскопические методы и т.д.). Сюда же можно отнести продление пребывания в стационаре по желанию пациента после завершения курса лечения вместо предполагаемого завершения лечения в амбулаторных условиях;

Платная медицинская помощь оказывается также:

* по видам услуг, сверх предусмотренных стандартами лечения;
* по видам специализированной помощи, которые не являются обязательными для данного медицинского учреждения с учетом его специализации и уровня (например, эндоскопические операции, баротерапия);
* при анонимном лечении (за исключением обследования на СПИД);
* без очереди.

Предоставление платных медицинских услуг частными клиниками, частнопрактикующими врачами, а также медицинскими учреждениями оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон[11].

Договор на оказание платной медицинской помощи относится к виду договоров возмездного оказания услуг, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги (статья 779 Гражданского кодекса ).

Порядок заключения договоров (выдвижение предложения от одной стороны и последующее поступление согласия с ним от другой стороны) предполагает, что предложение на заключение договора может исходить не только от медицинского учреждения, но и от самого пациента. Это означает, что в качестве договора может выступать и письменное заявление пациента, в котором указывается желание получить конкретную медицинскую помощь по конкретной цене на определенных условиях. В этом случае письменная форма договора также считается соблюденной.

С декабря 2007 года началась реализация «пилотного» проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования. Целью реализации поэтапного перехода учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования является:

1. обеспечение финансирования медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанных на основе стандартов медицинской помощи, и учетом оценки качества оказания медицинской помощи,
2. реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда,
3. обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества.

Схема реализации «пилотного» проекта разрабатывалась с такими условиями, чтобы не было нарушений Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», по возможности сохранить положительный накопленный опыт за прошедшие годы в части контроля за качеством оказываемых медицинских услуг, целевым использованием средств. Важным в разработке данного проекта было, чтобы уменьшение «бумажной» работы для лечебно-профилактических учреждений.

С 1 апреля 2008 года был введен расширенный тариф, состоящий из базового тарифа и тарифа на текущее содержание лечебно-профилактических учреждений, для возмещения затрат лечебно-профилактических учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования.

В состав базового тарифа включаются расходы по 5-ти статьям экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации: заработная плата с начислениями, медикаменты, питание и мягкий инвентарь.

В состав тарифа на текущее содержание лечебно-профилактических учреждений включаются расходы по остальным статьям экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, за исключением коммунальных расходов, капитального строительства и ремонта, приобретения дорогостоящего оборудования свыше 100 тыс. рублей и налогов на землю и имущество.

Тарифы на текущее содержание лечебно профилактические учреждения (ЛПУ) рассчитаны исходя из средств, передаваемых в бюджет территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС) из областного бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с заключенными соглашениями о совместной деятельности, направленной на реализацию пилотного проекта, с учетом:

- объемов медицинской помощи, утвержденных по ЛПУ на 2008 год, в соответствии с муниципальным заказом;

- удельного веса затрат в разрезе видов медицинской помощи;

- удельного веса затрат в разрезе профилей койки и видов помощи.

Подводя первые итоги работы в условиях преимущественно одноканального финансирования, можно сделать следующие выводы:

- во-первых, такая система финансирования по расширенному тарифу позволяет главным врачам маневрировать заработанными за оказанную медицинскую помощь средствами, и, в случае необходимости, направлять их на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку недорогого оборудования, повышения квалификации медицинских работников и т.д.,

- во-вторых, преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения позволяет оптимизировать организацию медицинской помощи и развивать приоритетные направления: совершенствовать амбулаторно-поликлиническую помощь, оказание медицинской помощи по принципу врача общей практики, внедрять и расширять стационарозамещающие технологии, сокращать дорогостоящую стационарную базу.

Таким образом, внедрение преимущественно одноканальной системы финансирования приводит к включению механизма экономической заинтересованности в расширении ресурсосберегающих технологий и рациональном использовании имеющихся финансовых средств в самом хозяйствующем субъекте. **Перевод учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования позволит:**

* исключить неэффективное использование финансовых средств и ресурсов;
* внедрить механизм финансирования лечебных учреждений за объемы оказанной медицинской помощи с учетом конечных результатов и избавиться от порочной системы содержания учреждений вне зависимости от объемов и качества оказанной медицинской помощи. В свою очередь внедрение принципа «деньги идут за пациентом» подтолкнет лечебные учреждения к повышению качества медицинской помощи, внедрению современных эффективных технологий диагностики и лечения заболеваний, повышению структурной эффективности здравоохранения путем реструктуризации подразделений и учреждений здравоохранения для расширения востребованных объемов медицинской помощи и пр.;
* наделить главного врача учреждения здравоохранения правами единственного распорядителя финансовых средств и самостоятельного принятия управленческих решений в учреждении.

Переход к преимущественно одноканальной форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения предполагает уменьшение доли средств, направляемых из бюджета на непосредственное финансирование ЛПУ. Основные средства на финансирование ЛПУ в этом случае должны поступать в медицинские учреждения из системы ОМС. В распоряжении органов здравоохранения остаются средства на управление здравоохранением, целевые программы и капитальные вложения. Кроме того, в ряде территорий пока продолжится финансирование из муниципального бюджета расходов на коммунальное обслуживание муниципальных ЛПУ. Остается актуальной задача освежения основных фондов здравоохранения, которые не только успели сильно износиться, но и вообще скорость старения современного медицинского оборудования составляет около 5 лет. В 2006 году благодаря средствам национального проекта была значительно улучшена материально-техническая база амбулаторно-поликлинических учреждений за счет их оснащения современным медицинским оборудованием.

Существенной проблемой является использование максимально полных тарифов на оказание медицинской помощи, обеспечивающих адекватное покрытие затрат медицинского учреждения в соответствии с объемом и качеством оказанной помощи.

В конце 80-х начале 90-х годов одноканальное финансирование ЛПУ в полной форме предусматривалось в "новом хозяйственном механизме" практически только за счет бюджетных средств.

Предусматривался переход от выделения средств для ЛПУ из бюджета не по отдельным статьям расходов, а финансирование по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждения. Также предусматривалось установление тесной зависимости размеров фондов производственного и социального развития учреждений здравоохранения и оплаты труда каждого работника от конечных результатов деятельности учреждения или его подразделения, объема, качества и эффективности труда.

Нормативы бюджетного финансирования выполняют функции цены (тарифа) на услуги (работы), оказываемые учреждением здравоохранения, и устанавливаются по показателям, характеризующим конечные результаты деятельности учреждений здравоохранения (медицинская помощь и услуги в расчете на одного жителя в год; лечение одного больного различных профилей заболеваний и категорий сложности; оказание различных видов медицинских и других услуг).

В новом хозяйственном механизме предполагалось использование различных форм хозяйствования, включая внутрисистемные арендные отношения, гибкие режимы труда и др. Также предусматривалась реорганизация амбулаторно-поликлинического звена и перепрофилизация коечного фонда в рамках пересмотра организационной структуры сети, органов и учреждений здравоохранения с формированием территориальных медицинских объединений (ТМО). Перечень учреждений, включаемых в состав ТМО, определялся исходя из медико-организационных и экономических аспектов и местных особенностей территорий. ТМО на основании утвержденных нормативов и выполненного объема медицинской помощи оплачивал деятельность своих структурных подразделений. Оказание медицинской помощи вне данного ТМО оплачивается тем ТМО, к которому прикреплен житель по нормативу (цене) учреждения, предоставляющего эту помощь. Предполагалось, в частности, что учреждения областного (городского) подчинения и другие самостоятельные лечебно-профилактические учреждения могли содержаться за счет денежных средств, поступающих от ТМО за оказание медицинской помощи прикрепленному к ним населению.

Принцип полного фондодержания: по аналогии с "новым хозяйственным механизмом" предполагает, что первичное звено (врач или учреждение первичной помощи) "держит" фонды на стационарную и скорую помощь. В настоящее время представляется преждевременным, чтобы индивидуальный врач (участковый или семейный) фактически являлся распорядителем средств на стационарную помощь вместо органов управления здравоохранением (не говоря уже о проблеме учета и бухгалтерии в современных условиях). В новом хозяйственном механизме таким держателем являлось районное территориальное медицинское объединение, созданное на базе ЦРБ с ведущей ролью поликлинического звена.

Частичное (или полное) фондодержание часто определяют как метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена (юридического лица - ЛПУ, территориального объединения) за каждого прикрепившегося, при котором в подушевом нормативе предусматривается оплата не только собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена, но и услуг других ЛПУ. При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всего объема медицинских услуг, оказываемых за пределами учреждения. При частичном фондодержании имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи).

Использование фондодержания в той или иной форме тесно связано с системой взаиморасчетов:

– "внутренние" взаиморасчеты (внутримуниципальные взаиморасчеты) - взаиморасчеты внутри поликлиники между участковым звеном и узкими специалистами поликлиники, специалистами параклинических служб;

– "горизонтальные" взаиморасчеты (межмуниципальные взаиморасчеты) - расчеты ЛПУ с другими учреждениями и межрайонными центрами, оказывающими специализированную консультационную и лечебную помощь (в частности, в соответствии с выделенными квотами), которые не могут быть оказаны в данном ЛПУ;

– "вертикальные" взаиморасчеты - расчеты за помощь, оказываемую областными (республиканскими, городскими, федеральными) медицинскими учреждениями за консультативно-лечебные услуги, за высотехнологичные виды помощи.

Внутренние тарифы используются как для определения, учета финансового вклада доли различных служб в общий объем деятельности ЛПУ, так и при использовании в той или иной форме частичного (или иногда фактически "условного") фондодержания первичного звена внутри ЛПУ с внедрением внутренних взаиморасчетов. При этом могут использоваться различные формы учета объемов помощи и их стоимости между службами, в том числе, система ведения субсчетов внутри учреждения, внутренние тарифы на медицинские услуги и т.д.

Для финансовой возможности реального проведения горизонтальных и вертикальных взаиморасчетов в соответствующие подушевые нормативы закладываются финансовые средства для оплаты медицинской помощи в учреждениях, оказывающих помощь на межрайонном и областном уровне.

В частности, на первом этапе внедрения вертикальных взаиморасчетов, учреждения здравоохранения, имеющие прикрепленное население, застрахованное по ОМС, непосредственно рассчитываются с областными медицинскими учреждениями за оказанные по направлению муниципальных учреждений консультативно-диагностические услуги. На последующих этапах внедрения частичного фондодержания во взаиморасчеты включается и оплата за стационарное лечение направленных больных. Стоимость медицинских услуг областных ЛПУ может закладываться у их основных потребителей - муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь[26].

В общем случае могут быть выделены, например, такие варианты финансирования первичной медицинской помощи:

- финансирование за счет фиксированной доли средств бюджета и ОМС, выделенных на амбулаторно-поликлиническую службу;

- финансирование за счет фиксированной доли подушевого норматива;

- финансирование на объем и виды амбулаторной помощи, оказываемой врачом первичного звена;

- финансирование за объем оказанных детальных услуг;

- финансирование по числу пролеченных больных (по случаям поликлинического обслуживания);

- финансирование с частичным учетом средств, выделяемых на другие службы и виды помощи (например, на специализированную амбулаторную помощь, на долю стационарной помощи, которая может быть оказана путем использования стационарозамещающих технологий и т.д.);

- финансирование на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу, включающую стационарную (или ее долю) и/или скорую медицинскую помощь прикрепленному населению;

- смешанные формы финансирования.

Представляется целесообразным использовать оплату всей медицинской помощи (больничной и внебольничной) муниципального образования (не включающих в себя крупных и средних городских образований) на основании установленного для данного муниципального образования подушевого норматива, а собственно оплату стационарной помощи по количеству пролеченных больных, но с учетом оговоренного в соответствующем заказе объема медицинской помощи.

Фондодержание предполагает, что:

- поликлиника получает средства на оказание всего объема амбулаторной помощи прикрепленному населению;

- если сама поликлиника не может оказать какие-то виды помощи, то она покупает их в других учреждениях за счет полученных средств;

- такое положение распространяется и на некоторые виды стационарной помощи;

- необязательно, что все средства поступят на расчетный счет поликлиники;

- средства могут аккумулироваться на специальном счете плательщика, который может их использовать только по указанию поликлиники;

- важным условием частичного фондодержания является предоставление прав поликлиники распоряжаться частью средств, предназначенной для оплаты стационарной помощи;

- при этом должны быть определены тарифы на услуги стационара, которые будут стимулировать врачей поликлиник не направлять легких больных в стационар и оказывать им помощь собственными силами;

- не исключена возможность направления больных на краткосрочную госпитализацию для проведения специфических обследований и уточнения диагноза и методов лечения;

- право направления пациента на госпитализацию должно принадлежать только врачам поликлиники;

- им должно принадлежать право наблюдения за ходом лечения в стационаре и возможность предложения выписки больного для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

К недостаткам фондодержания можно отнести: возможность сдерживания больных и ограничения их доступа в больницы и другие учреждения здравоохранения с целью увеличения ПМП собственных доходов; оказание собственными силами видов медицинской помощи, которые в соответствии с современными лечебно-диагностическими технологиями должны оказываться только в стационаре; необходимость жесткого контроля плательщиков и органов управления здравоохранением с целью пресечения таких действий ПМП; необходимость дополнительных финансовых вложений для организации фондодержания.

Но при этом в механизме фондодержания выделяют следующие преимущества: стимулирует интенсивность труда; повышает качество медицинской помощи в первичном звене; создает конкурентную среду в стационарной помощи, поскольку договоры заключаются не только с управлениями здравоохранением, но и с ВОП; в первичное звено передаются лишь те средства, которые врачи общей практики могут реально контролировать (15% средств региона на оказание стационарной помощи - плановых хирургических операций).

**2 Проблемы совершенствования финансирования здравоохранения в России в современных условиях**

**2.1 Концепция развития здравоохранения и проблемы оптимизации его финансирования**

Демографическая ситуация в Российской Федерации пока еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Однако темпы уменьшения численности населения в последние годы существенно снизились – с 700 тыс. человек ежегодно в период 2000–2005 годов до 213 тысяч человек в 2007 году. За 10 месяцев 2008 года коэффициент естественной убыли населения составил 2,7 на 1000 населения, в то время как за соответствующий период 2007 года он составлял – 3,4.

По состоянию на 1 октября 2008 года численность постоянного населенияРоссийской Федерации составила 141,9 млн. человек, что на 116,6 тысяч человек меньше, чем на соответствующую дату 2007 года.

Снижение темпов сокращения численности населения обеспечено главным образом увеличением рождаемости и снижением смертности. В 2007 году родились 1602 тыс. детей, что на 8,3% больше чем в 2006 году. Рост рождаемости за 10 месяцев 2008 года составил 7,7%. Коэффициент смертности (на 1000 населения) снизился в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, на 3,3%. За 10 месяцев 2008 года коэффициент смертности по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года не увеличился.

В 2006 году, впервые за последние 7 лет, начала увеличиваться ожидаемая продолжительность жизни населения Российской Федерации. По сравнению с 2005 годом этот показатель вырос на 1,3 года – с 65,3 лет до 66,6 лет. В 2007 году ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 67,65 лет. Тем не менее, продолжительность жизни в России остается низкой — на 6,5 лет меньше, чем в «новых» странах ЕС (европейские страны, вошедшие в ЕС после мая 2004 года), и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (европейские страны, входившие в ЕС до мая 2004 года). Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается очень высокой и составляет 13 лет. Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни населения Российской Федерации играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая по сравнению с 1990 годом возросла более чем на 40%.

*Цели, задачи и основные направления концепции развития здравоохранения до 2020 года*

Целями развития здравоохранения являются:

* прекращение к 2011 году убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;
* увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
* снижение общего коэффициента смертности до 10 (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);
* снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся
* повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

В соответствии с результатами анализа состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также для достижения поставленных целей предлагаются мероприятия по следующим направлениям:

*Формирование здорового образа жизни*

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

Для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы следующих государственных: совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования. В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье; создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.), включающей просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции, и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры; создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан; создание системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни; профилактика факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

В целях формирования здорового образа жизни будут решены следующие задачи:

* проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы;
* обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма (включая организацию деятельности федерального ресурсного центра);
* разработка современных подходов и обеспечение условий для обучения специалистов, совершенствование учебных программ, развитие инфраструктуры федеральных научных, образовательных учреждений;
* организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;
* организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также учреждений первичной медико-санитарной помощи;
* разработка и реализация федеральных информационных и коммуникационных кампаний;
* организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;
* организация школ здоровья по основным факторам риска;
* развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, будут осуществляться в два этапа.

На первом этапе (2009 – 2015 гг.) будет разработана система оценки здоровья, определены базовые индикативные показатели, такие как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни. Также обеспечена их стабилизация за счет постепенного наращивания объемов финансирования конкретных мероприятий, в том числе направленных, учитывая уровень распространенности вредных привычек в стране, на снижение потребления табака и алкоголя, на оказание медико-профилактической помощи населению на основе разработанных методик и стандартов с учетом групп риска и этапов внедрения отдельных медико-профилактических технологий (сначала «пилотные» регионы, затем тиражирование на всю территорию Российской Федерации).

На втором этапе (2016 – 2020 гг.) планируется выйти на необходимый, с точки зрения эффективности, объем мероприятий для постепенного увеличения (по отношению к базовым показателям, установленным на первом этапе) потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%. При этом уровень распространенности употребления табака и объемов потребления алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в стране за весь период должен снизиться в 2 раза.

При этом, с 2009 по 2012 год финансовым обеспечением для мероприятий по формированию здорового образа жизни будет выступать приоритетный национальный проект «Здоровье», в котором будет предусмотрено 3,8 млрд. рублей. В целом предполагается выделять бюджетные ассигнования федерального бюджета в общей сумме не менее 13,8 млрд. рублей на период 2009-2020. Также финансовое обеспечение мероприятий должно производиться из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов. Кроме того, создание механизмов мотивирования и усиление разъяснительной работы привлечет инвестиции частного сектора экономики в оздоровительную инфраструктуру.

Реализация мероприятий в рамках Национального календаря профилактических прививок позволит снизить уровень заболеваемости гепатитом В до 2,8 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году, до 2,7 случаев в 2012 году, краснухой до 10 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году и до 8 случаев – в 2012 году, корью до 1 случая на 1 млн. населения в 2010 году, 0,8 случаев в 2012 году. К 2020 году реализация указанных мероприятийпозволит обеспечить сохранение статуса страны, как территории свободной от полиомиелита; снизить заболеваемость острым вирусным гепатитом В до 1 случая на 100 тысяч населения, ликвидировать заболеваемость вирусным гепатитом В у новорожденных, реализовать программу элиминация кори в Российской Федерации, снизить заболеваемость краснухой до 1**–**5 случаев на 100 тысяч населения и ликвидировать ее на 40% территорий страны.

В период с 2008 по 2020 гг. ежегодно планируется обследование не менее 22 млн. человек (в среднем, 15% от всего населения Российской Федерации), этот уровень сохранится в течение последних 10 лет.

Учитывая, что за последние 5 лет имел место ежегодный прирост числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в количестве 35**–**40 тысяч, который сохранится, по прогнозным данным, до 2020 года, увеличится и количество лиц, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Лечением будут охвачены вновь выявленные ВИЧ-инфицированные, а также лица, находящиеся на лечении, прекратившие получать лечение ранее или ушедшие с диспансерного наблюдения и вновь вернувшиеся.

В целях выполнения задачи по сохранению здоровья молодого поколения и трудового потенциала нации, а также, учитывая ограниченные финансовые возможности Проекта в области лечения больных вирусными гепатитами, необходимо дополнительно сосредоточить усилия проекта на лечении хронических вирусных гепатитов у детей, подростков, молодежи до 25 лет. Планируется проводить дальнейшее лечение против вирусных гепатитов В и С лицам, имеющим ВИЧ-инфекцию, а также лицам, нуждающимся в лечении и имеющим хорошую приверженность лечению.

Осуществление единой кадровой политики

Современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли.

Целью кадровой политики является подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала, а также устранение диспропорций в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения.

Организация кадровой политики должна быть согласована с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования, а также направлена на стимулирование мотивации медицинских работников к повышению профессиональной квалификации.

Основными критериями эффективности кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациента.

Перспективное кадровое планирование возможно лишь при условии наличия достоверной информации о количестве медицинских работников (врачей разного профиля и среднего медицинского персонала) в каждом субъекте Российской Федерации.

Еще одним направлением развития системы оказания медицинской помощи населению и залогом повышения ее эффективности является создание условий для мотивированного труда медицинского персонала. Механизмом регулирования должно стать создание системы профессионального самоуправления и корпоративной ответственности в коллективе каждого лечебно-профилактического учреждения.

Внедрение врачебного самоуправления позволит «изнутри» регулировать медицинскую деятельность каждого врача и каждого медицинского коллектива, гибко используя экономические и морально-нравственные рычаги. Важными компонентами развития системы врачебного самоуправления являются:

* формирование системы корпоративной ответственности за качество оказываемой медицинской помощи;
* рейтинговая оценка результатов работы каждого члена медицинского коллектива в зависимости от эффективности и результативности его работы;
* корпоративное распределение финансовых средств за оказанные медицинские услуги (переход на новые формы оплаты труда).
* формирование системы персональных допусков к видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности;
* повышение мотивации медицинских работников к непрерывному профессиональному образованию и приобретению допусков к новым видам медицинской деятельности в рамках основной специальности или смежных областей медицины.

Для определения персонального вклада каждого медицинского работника в результат работы медицинского учреждения необходимо обновление классификации всех видов медицинской помощи ранжированной по медицинским специальностям, уровню сложности и технологичности, требуемой квалификации медицинского работника.

Внедрение принципов врачебного самоуправления и корпоративной ответственности позволит эффективно использовать материальное и моральное стимулирование в повышении мотивации каждого члена медицинской коллектива к непрерывному профессиональному совершенствованию, что приведет к значительному повышению качества как его персональной работы, так и всего лечебно-профилактического учреждения.

*Инновационное развитие здравоохранения*

Совершенствование медицинской помощи населению возможно лишь при условии инновационного развития здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств в медицинскую практику. Непрерывный поступательный процесс обновления медицинских технологий и лечебных субстанций, обеспечивающий повышение эффективности лечения и профилактики, требует формирования и адекватного финансового обеспечения целевых научных программ по приоритетным направлениям развития медицины и здравоохранения.

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает тесное взаимодействие системы здравоохранения и медицинской науки, планирование научных медицинских исследований в зависимости от потребностей здравоохранения, активное внедрение научных результатов в медицинскую практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение научных достижений.

Для обеспечения перехода здравоохранения на инновационный путь развития необходимо повысить уровень оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, уровень подготовки и повышения квалификации медицинских кадров; создать условия для эффективного внедрения в медицинскую практику результатов научно-технической деятельности; обеспечить переход практического здравоохранения на стандарты оказания медицинской помощи населению, на новые формы организации и финансирования деятельности медицинских организаций.

Для этого необходимы, с одной стороны, концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов медицинской науки на решении приоритетных задач отечественного здравоохранения, с другой – модернизация и переоборудование учреждений здравоохранения и подготовка квалифицированных специалистов. Таким образом, будут созданы условия для внедрения в практику новых форм организации медицинской помощи населению, для перехода всех уровней системы здравоохранения к стандартизации медицинской помощи, а также создания конкурентного рынка медицинских услуг на основе внедрения в практику здравоохранения конкурентоспособных результатов медицинских научных исследований.

Развитие медицинской науки как основы обеспечения улучшения здоровья населения и демографических показателей является национальной стратегической целью.

Модернизация отечественного здравоохранения, направленная на повышение эффективности деятельности первичного звена, эффективное использование коечного фонда, внедрение ресурсосберегающих технологий и развитие новых организационно-правовых форм медицинских организаций, требуют разработки научно-обоснованных подходов к формированию стандартов ведения больных по различным видам медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

Постановка «на поток» высокотехнологичных медицинских услуг, создание новых медицинских центров, которые позволят сократить сроки ожидания и обеспечат доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам независимо от их места жительства, требуют научного обоснования подходов к формированию клинических протоколов ведения больных по высокотехнологичным видам медицинской помощи.

Формирование государственного задания медицинской науке на разработку стандартов и порядков оказания медицинской помощи населению, новых форм и механизмов деятельности системы здравоохранения и медико-социальной реабилитации, новых методов диагностики, современных технологий лечения и реабилитации больных, профилактики социально обусловленных и инфекционных заболеваний, новых лекарственных средств и медицинских изделий, активизация работы по формированию здорового образа жизни населения, а также формирование целевых межведомственных научно-исследовательских программ, направленных на создание «прорывных» медицинских технологий, – основные задачи на ближайшие годы.

Для перехода на инновационный путь развития здравоохранения необходимо осуществление следующих мероприятий:

* создание условий для развития фундаментальных и прикладных биомедицинских научных исследований;
* концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов на приоритетных и инновационных направлениях развития медицинской науки;
* формирование государственного задания на разработку стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов;
* формирование государственного задания на разработку новых медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации больных, обоснование объемов их реализации, алгоритмов внедрения и контроля за применением;
* разработка научных программ фундаментальных исследований, направленных на расширение и углубление новых знаний о природе и человеке, этиологии, пато- и морфогенезе основных наиболее распространенных заболеваний человека, выполняемых на основе межведомственного взаимодействия научных коллективов;
* укрепление отраслевого научного потенциала.
* развитие системы планирования и прогнозирования биомедицинских научных исследований:
* планирование научных исследований в соответствии с перечнем приоритетных направлений, характеризующихся научной новизной, высокой практической значимостью и конкурентоспособностью, и критических технологий, которые могут стать для российского здравоохранения и медицинской науки «прорывными» и нуждаются в рисковом финансировании;
* создание системы внедрения результатов научно-технической деятельности в практику здравоохранения с использованием различным форм государственно-частного партнерства, поддержка малого и среднего бизнеса в медицинской науке.

Создание условий для развития инновационной деятельности:

* создание на базе достижений фармацевтики, биотехнологии и нанотехнологий принципиально новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, лекарственных средств, диагностических препаратов и медицинских изделий нового поколения, средств генной терапии и адресных транспортных систем лекарственных препаратов;
* формирование инновационной инфраструктуры медицинской науки, развитие коммерциализации результатов научно-технической деятельности;
* формирование рынка научных медицинских услуг на основе конкуренции научных организаций всех форм собственности**.**

Инновационное развитие потребует привлечения значительного количества бюджетных средств, вместе с тем, внедрение результатов научных исследований в практическое здравоохранение даст сильный импульс для повышения качества медицинской помощи. Для его обеспечения необходимо выделение средств федерального бюджета в 2010 году в сумме 12,4 млрд. рублей с увеличением к 2020 году до 355,5 млрд. рублей.

*Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи*

Оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет:

1. федерального бюджета;
2. бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;
3. бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Скорая медицинская помощь, за исключением санитарной авиации, будет поэтапно включена в систему ОМС при обязательном соблюдении условия – оказания и оплаты ее вне зависимости от наличия у пациента полиса ОМС и его места проживания.

Необходимо учитывать, что учреждения и подразделения скорой медицинской помощи работают в «режиме ожидания», поэтому должны быть предусмотрены способы оплаты данного вида медицинской помощи с учетом этой специфики.

Включение инвестиций в тариф ОМС может быть осуществлено после проведения полной инвентаризации и паспортизации действующей сети учреждений здравоохранения, установления необходимого объема ресурсов на основе стандартизации.

За счет ассигнований из федерального бюджета оказывается:

* специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;
* первичная медико-санитарная и скорая медицинская помощь работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда;
* первичная медико-санитарная и скорая медицинская помощь населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами;
* специальные программы, направленные на развитие отдельных направлений медицинской помощи.

За счет ассигнований из бюджетов субъектов Российской Федерации оказывается:

* специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;
* специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях;
* специальные программы, направленные на развитие отдельных направлений медицинской помощи, в субъекте.

За счет ассигнований из местных бюджетов оказывается:

* первичная медико-санитарная помощь, включая неотложную медицинскую помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.

За счет ассигнований из соответствующих бюджетов в установленном порядкеобеспечивается оказание медицинской помощи и предоставление медицинских и иных услуг в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах медицинской профилактики, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах профессиональной патологии, санаториях (включая детские и санатории для детей с родителями), бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, станциях переливания крови, центрах крови, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, домах ребенка (включая специализированные), хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и не участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Основными источниками доходов системы ОМС будут являться:

* страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работающего населения;
* страховые взносы субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
* межбюджетные трансферты на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Страховые взносы работодателей будут установлены в размере 5,1% от фонда оплаты труда, при этом будет установлено предельное значение годового фонда оплаты труда, сверх которого уплата страховых взносов производиться не будет. Указанное предельное значение в 2010 году составит 415 000 рублей, и оно будет подлежать ежегодному увеличению в соответствии с прогнозируемым темпом роста заработной платы.

Страховые взносы работодателей будут распределяться в пропорции: 4% – в бюджеты территориальных фондов ОМС и 1,1% – в бюджет Федерального фонда ОМС.

Субъекты Российской Федерации будут уплачивать взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в зависимости от платежей работодателей на работающее население с учетом коэффициентов удорожания/удешевления медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры неработающего населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

При этом порядок расчета взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения будет определен федеральным законом и являться единым для всех субъектов Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации будут уплачивать взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в зависимости от платежей работодателей на работающее население с учетом коэффициентов удорожания/удешевления медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры неработающего населения на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

В 2010 году доходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования от страховых взносов работодателей составят 495 млрд. рублей. Платежи субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения при применении указанного способа расчета в 2010 году должны будут составить 715 млрд. рублей.

С учетом увеличения размера страховых взносов, минимальный подушевой норматив финансового обеспечения программы государственных гарантий может быть обеспечен в объеме около 9 400 рублей на человека в год в 2010 году, и 30 400 рублей в 2020 году (в ценах соответствующих лет).

Указанное увеличение позволит:

* повысить средний уровень заработной платы медицинского персонала не менее чем до среднего уровня заработной платы по Российской Федерации;
* увеличить расходы на медикаменты и перевязочные средства в круглосуточных стационарах в 2–10 раз, в зависимости от заболевания;
* увеличить расходы на медикаменты и перевязочные средства более чем в 10 раз при оказании скорой медицинской помощи;
* увеличить расходы на питание больных в круглосуточных стационарах более чем в 2 раза;
* увеличить траты на расходные материалы при оказании медицинской помощи в 3–5 раз.

Внедрение принципа одноканального финансирования медицинской помощи через систему ОМС, а также конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должны сопровождаться созданием системы выравнивания финансовых условий реализации территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации в части базовых программ ОМС.

Основой для выравнивания условий базовых программ ОМС должен выступать минимальный подушевой норматив, установленный Правительством Российской Федерации. При этом для определения объема средств, необходимых для конкретного субъекта Российской Федерации, расходы на базовую программу ОМС, рассчитанные, на основе численности населения и минимального подушевого норматива, должны сопоставляться с доходами системы ОМС в части страхового взноса работодателей на обязательное медицинское страхование работников и страхового взноса субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

В рамках первого этапа реализации Концепции также будут осуществлены подготовительные мероприятия для последующего перехода на новую систему организации медицинской помощи, включая создание системы контроля качества медицинской помощи с ее последующей интеграцией в систему управления качеством, проведена модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения, сформирована и начнет реализовываться система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике, а также будут определены приоритеты для инновационного развития здравоохранения, сформированы межведомственные целевые научные программы по разработке и внедрению новых высокоэффективных технологий профилактики, диагностики и лечения социально-значимых заболеваний и патологических состояний.

Кроме того, на первом этапе будет продолжена реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» по следующим направлениям:

* формирование здорового образа жизни;
* развитие первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики;
* совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях, включая сердечно-сосудистые, онкологические, кобинированные травмы при дорожно-транспортных происшествиях;
* развитие службы крови;
* совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

На втором этапе реализации Концепции (2016–2020) предполагаются поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданных инфраструктуры и кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения, включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, интеграция бюджетных инвестиций в тарифы на медицинскую помощь, создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

В целом, реализация всех направлений Концепции обеспечит к 2020 году формирование здорового образа жизни населения Российской Федерации, а также создаст систему здравоохранения, позволяющую оказывать доступную и качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации в долгосрочной перспективе[30].

**2.2 Анализ и результаты работы национального пилотного проекта «Здоровье» и пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области»**

Состояние здоровья населения в 2006 году характеризовалось низким уровнем рождаемости (10,2 случая на 1 000 населения), высоким уровнем общей смертности (16,1 случая на 1 000 населения), особенно среди мужчин трудоспособного возраста.

Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 200 млн. различных заболеваний; основными из них являются болезни органов дыхания (26%), болезни системы кровообращения (14%), органов пищеварения (8%). В 2005 году впервые признаны инвалидами 1,8 млн. человек.

**Таблица 3**

Естественное движение населения (тыс. человек)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Родившиеся | Умершие | Естественный прирост, (убыль) | Умершие в возрасте до одного года |
| 1992 | 1587,6 | 1807,4 | -219,8 | 29,2 |
| 1995 | 1363,8 | 2203,8 | -840 | 24,8 |
| 2000 | 1266,8 | 2225,3 | -958,5 | 19,3 |
| 2001 | 1311,6 | 2254,9 | -943,3 | 19,1 |
| 2002 | 1397 | 2332,3 | -935,3 | 18,4 |
| 2003 | 1477,3 | 2365,8 | -888,5 | 18,1 |
| 2004 | 1502,5 | 2295,4 | -792,9 | 17,3 |
| 2005 | 1457,4 | 2303,9 | -846,5 | 16,1 |
| 2006 | 1479,6 | 2166,7 | -687,1 | 15,1 |
| 2007 | 1610,1 | 2080,4 | -470,3 | 14,9 |

Проведение в 2006-2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы во всех субъектах Российской Федерации показало, что из них только 41% являются здоровыми и имеют риск развития тех или иных заболеваний[21].

Показатели здоровья отрицательно сказываются на продолжительности жизни населения, которая в 2006 году составила 65,3 года, в том числе у мужчин – 58,9 лет, у женщин – 72,3 года. По продолжительности жизни мужчин Россия занимает в мире 134-е место, по продолжительности жизни женщин – 100-е.

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в состоянии здоровья населения наметился ряд положительных тенденций. В 2007 году смертность в России снизилась на 138 тыс. человек, а за четыре месяца 2008 года по сравнению с аналогичным периодом 2007 года - более чем на 52 тыс. человек. Число родившихся увеличилось с 1215 тыс. детей в 2007 году до 1476 тыс. детей в 2008 году. В 2008 году рождаемость составляла 10,6 случая на 1000 человек[29].

Основной целью приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является:

* Укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности.
* Повышение доступности и качества медицинской помощи.
* Укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе.
* Развитие профилактической направленности здравоохранения.
* Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

*Задачи, решаемые в 2008-2009 годах*

* повышение уровня квалификации врачей участковой службы ;
* снижение коэффициента совместительства в учреждениях;
* сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках;
* обновление парка санитарного автотранспорта службы скорой медицинской помощи;
* снижение числа заразившихся ВИЧ – инфекцией;
* снижение заболеваемости – гепатитом В и С не менее чем в 3 раза, краснухой не менее чем в 10 раз, в том числе ликвидация врожденной краснухи, а также гриппом в период эпидемии и снижение выраженности его проявления у заболевших;
* обследование не менее 95% новорожденных детей с целью выявления наследственных заболеваний;
* снижение материнской смертности ;
* повышение уровня обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи;

Ориентация отечественного здравоохранения на развитие стационарной медицинской помощи привела к недофинансированию первичной медико-санитарной помощи, в том числе к недостаточной обеспеченности участковыми врачами, низкой оснащенности поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь. Следствие этого – рост хронических и запущенных заболеваний, что, в свою очередь, приводит к высокому уровню госпитализации и вызовов скорой медицинской помощи.

Принципиально новый подход применен Правительством РФ в части повышения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов – введение системы родовых сертификатов. Региональным отделением Фонда социального страхования за январь-ноябрь 2008 года оплачено родовых сертификатов на сумму 95,1 млн. рублей. Данная система позволяет беременной женщине осуществлять право выбора учреждения родовспоможения, тем самым, способствуя созданию здоровой конкуренции между медицинскими учреждениями, что положительным образом сказывается на качестве медицинской помощи. Средства, вырученные за родовые сертификаты, учреждения родовспоможения, помимо повышения оплаты труда медицинских работников, направляли на закупку современных расходных материалов, реактивов, лекарственных средств и др. Система родовых сертификатов, стимулирующая развитие конкурентных отношений между учреждениями, оказывающими данный вид помощи, незамедлительно сказались на качестве и эффективности оказания медицинских услуг женщинам в период беременности и родов[18].

Важной составляющей национального проекта “Здоровье” являлось проведение дополнительной диспансеризации различных групп населения. Идеология проведения дополнительной диспансеризации направлена на раннее выявление наиболее социально значимых заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкология, эндокринология, туберкулез), являющихся основными причинами инвалидизации и смертности населения РФ. Участие в проведение дополнительной диспансеризации является дополнительным источником доходом для узких специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений, что позволило повысить социальную защищенность и престиж этой категории медицинских работников.

Продолжающаяся реализация национального проекта “Здоровье” позволяет ожидать дальнейшее повышение качества и доступности медицинской помощи что, безусловно, благоприятно скажется на демографической ситуации в регионе. Национальный проект «Здоровье» продолжит свое существование до 2012 года.

Проведём анализ реализации данного проекта на территории Томской области. Конечно, пока преждевременно говорить о значимых изменениях демографической ситуации, тем не менее, первые положительные сдвиги присутствуют. Наметилась четкая тенденция к увеличению рождаемости. Коэффициент рождаемости в 2008 составил 12,0 детей на 1000 населения, что выше уровня 2006 года на 8,1%. Коэффициент смертности в 2008 году снизился на 2% и составил 14,8 на 1000 населения[25].

Одной из задач проекта было повышение качества предлагаемого медицинского обслуживания, но это невозможно сделать без заинтересованности врачебного персонала, особенно врачей первичного звена. По этому правительством было принято решение о дополнительных выплатах врачам-терапевтам.

В 2007 году выделялись денежные средства на дополнительную (в размере 25%) оплату первичной медико-санитарной помощи медицинским учреждениям на сумму 3,8 млн. рублей.

В течение 2008 года производились ежемесячные денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и медицинским сестрам:

• из средств федерального бюджета на сумму 121,2 млн. руб. (10 тыс. рублей для врачей и 5 тыс. рублей для медсестер),

• из средств системы ОМС – 11,4 млн. руб. (доплаты лицам, по каким-либо причинам не включенным в Федеральный регистр; выплаты отпускных).

Уже за первый квартал 2009 года на дополнительные выплаты в бюджет Томской области перечислено 48, 44 млн. рублей

Динамика роста заработной платы медицинских работников участковой службы: врачей: 11 890 руб. – на 01.01.2006, 23 610 – на 01.01.2008, среднего медицинского персонала - 5 694 руб. – на 01.01.2006, 12 851 – на 01.01.2008 (рисунок 2).



Рисунок 2 – Динамика роста заработной платы медицинских работников участковой службы

Таким образом, отмечается рост заработной платы по сравнению с 2006 г. более чем в 2 раза, это привело к резкой популяризации статуса участкового врача

Среди основных направлений реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», иммунизация населения занимает особо важное место, ведь по статистике различными инфекциями ежегодно заражаются около 30 миллионов россиян. При этом опасны не только сами заболевания, но и вызываемые ими осложнения.

Значительные финансовые ресурсы были направлены на проведение дополнительной иммунизации населения Томской области против гепатита В (97 223 человека - 70% от запланированного), гриппа (138 758 человек - 98%), краснухи (46 277 - 77%), полиомиелита (182 человека - 101%).

Продолжается дополнительная диспансеризация населения. Ее проходят работники государственных и муниципальных учреждений, сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, науки в возрасте 35-55 лет, а также люди, занятые на производстве с вредными или опасными условиями труда - всего около 7,5 млн. человек.

Данная работа продолжается в 2009 году, на таблице 4 показаны мероприятия и план их выполнения.

Таблица 4 - План мероприятия, направленные на иммунизацию населения и их фактическое выполнение.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Мероприятия, направленные на иммунизацию населения | Плановый показатель на 2009 г. по Томской области | Выполнено за 1 кв.  2009 г. | % от годового плана |
| против полиомиелита, в том числе | 40316 | 9665 | 24,0 |
| дети до 1 года - инактивированной полиомиелитной вакциной | 10398 | 2907 | 28,0 |
| против краснухи - детей до 14 лет, лиц до 25 лет, не привитых ранее | 34964 | 7244 | 20,7 |

Не менее важной задачей являются медицинские осмотры, которые призваны выявить на ранних стадиях или предупредить такие социально значимые заболевания, как сахарный диабет, туберкулез, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, болезни опорно-двигательного аппарата. Именно они являются основными причинами смертности населения России[23].

В 2008 году проведены дополнительные медицинские осмотры 28 446 работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на сумму 16,5 млн. рублей за счет средств федерального бюджета (рисунок 3).



Рисунок 3 – Распределение по группам здоровья работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

По данным этого осмотра было выявлено, что около трети от всех заболеваний связанны с системой кровообращения (рисунок 4), стрессовые ситуации провоцируют дополнительные нагрузки на сердце.



Рисунок 4 – Структура заболеваемости

Проведена дополнительная диспансеризация 25632 работников бюджетной сферы в возрасте 35-55 лет на сумму 13,8 млн. рублей за счет средств федерального бюджета (рисунок 5).



Рисунок 5 – Распределение по группам здоровья граждан, работающих в бюджетной сфере

После данного осмотра взято на диспансерное наблюдение 2182 человека и нуждается в санитарно-курортном лечении 2005 человек.

Благодаря диспансеризации уже сформирован персонифицированный банк данных оказанной медпомощи россиянам, изучена маршрутизация пациентов в ЛПУ, составлен паспорт здоровья работающего населения. Но модель диспансеризации постепенно будет меняться: обследование станет более качественным и тщательным. Минздравсоцразвития отработает эту систему в большинстве регионов России уже в следующем году. Предпринимаемые меры позволят добиться раннего выявления болезней, серьезного снижения заболеваемости и первичной инвалидизации, а в целом - увеличения продолжительности жизни россиян[14].

Весомым стимулом для улучшения демографической ситуации стал новый подход, примененный Правительством РФ в части повышения качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов – введение системы родовых сертификатов. За 2008 год выдано родовых сертификатов – 11 825 шт., что составляет 35,5 млн. руб. Данная система позволяет беременной женщине осуществлять право выбора учреждения родовспоможения, тем самым, способствуя созданию здоровой конкуренции между медицинскими учреждениями, что положительным образом сказывается на качестве медицинской помощи. Средства, вырученные за родовые сертификаты, учреждения родовспоможения, помимо повышения оплаты труда медицинских работников, направляются на закупку современных расходных материалов, реактивов, лекарственных средств и др[24].

Система родовых сертификатов, стимулирующая развитие конкурентных отношений между учреждениями, оказывающими данный вид помощи, незамедлительно сказалась на качестве и эффективности оказания медицинских услуг женщинам в период беременности и родов. По сравнению с 2006 г., в Томской области выросли показатели ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель), охват беременных женщин перинатальным скринингом, среднее количество посещений беременными женских консультаций, объем оказания стационарзамещающей помощи беременным, активный патронаж беременных на дому, удельный вес нормальных родов. Снизилось число органоуносящих операций, заболеваемость рожениц и родильниц, летальность новорожденных с массой тела до 1000г.

Региональным отделением Фонда социального страхования оплачено родовых сертификатов на сумму 35.5 млн. рублей.

Ещё одним существенным результатом проекта явилось укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений первичного звена здравоохранения, в том числе и в районах области. Так, в течение 2008 года в область поступило 149 единиц медицинского оборудования (рентгенологические аппараты - 22 единицы; ЭКГ - 31 единица; эндоскопическое оборудование - 55 единиц; эхографическое - 19 единиц; ультразвуковое - 10 единиц; лабораторное оборудование - 12 комплексов) на общую сумму 112,3 млн. рублей.

Произошло оснащение автомобилями скорой медицинской помощи. В Томскую область поставлено 46 единиц санитарного автотранспорта (включая, 1 реанимобиль для новорожденных, 3 реанимобиля для взрослых,2 снегоболотохода).

К достоинствам нового оборудования следует отнести снижение трудозатрат персонала (автоматизация труда медицинских работников), современные технические характеристики и высокую информативность результатов.

На территории Томской области в течение 2008-2010 гг. реализуется пилотный проект «Модернизация системы здравоохранения Томской области»[32], который, по сути, представляет собой первый, начальный этап становления новых организационных и финансово-экономических отношений в системе предоставления медицинских услуг гражданам Российской Федерации на территории Томской области.

В ходе подготовки Пилотного проекта система здравоохранения Томской области была подвергнута серьезной ревизии, дана оценка всем основным ее составляющим параметрам: структурной организации; кадрового потенциала; показателей материально-технической обеспеченности; финансовых ресурсов; экономических и медико-организационных условий предоставления гражданам медицинской помощи и ряд других[17].

Система здравоохранения была оценена не только со стороны специалистов-медиков, но и широкой общественности Томской области (Парламентские слушания, утверждение Пилотного проекта на заседании Государственной Думы Томской области, публикации в СМИ и др.). Кроме того, пилотный проект подвергался неоднократной корректировке со стороны Администрации Президента России, Министерства здравоохранения и социального развития России, Фонда обязательного медицинского страхования.

Пилотный проект отражает реальные процессы в системе здравоохранения Томской области, адекватные общему направлению социально-экономического развития России и Томской области. Пилотный проект сбалансирован по медико-организационным и финансово-экономическим ресурсам и исходит из лучших традиций Российского здравоохранения. В то же время, перечень конкретных мероприятий, составляющих суть пилотного проекта, направлен на совершенствование качества и доступности оказания медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между производителями медицинских услуг.

Поставленные задачи перед проектом

1. Введение подушевого норматива расчетов страховых медицинских компаний с первичным звеном (поликлиника, общая врачебная практика, семейный врач) на прикрепленное население, включающего все затраты медицинского учреждения на оказание медицинской помощи, независимо от его организационно-правовой формы.
2. Перевод первичного звена на новый уровень финансовых отношений на рынке медицинских услуг: завершение постепенного перехода на полное фондодержание.

3. Обеспечить постепенный переход на новые формы организации медицинской помощи (более широкое внедрение идеологии медицинских округов, консультативно-диагностических центров, приближение врачебной медицинской помощи к населению, приоритет первичного звена и профилактической направленности в его деятельности и др.), позволяющих добиться уровня качества медицинской помощи соответствующего современным требованиям.

4. Обеспечить уровень качества медицинской помощи адекватного уровню финансовых возможностей системы здравоохранения, имея в виду все источники финансирования (бюджетные, внебюджетные, платные, ДМС и др.); обеспечить инвестиционную привлекательность здравоохранения Томской области.

5. Обеспечить объем медицинской помощи соответствующий социальному статусу гражданина, его реальным возможностям и потребностям: с одной стороны, не потерять социальной направленности деятельности медицинских организаций, с другой – предоставить возможность выбора гражданину условий и порядка предоставления медицинских услуг.

Организационные основы модернизации здравоохранения базируются на организации медицинской деятельности в условиях обязательного медицинского страхования с приоритетом развития первичного звена здравоохранения. Подходы к реализации основных направлений модернизации здравоохранения, предусмотренные Пилотным проектом, составляют сущность концепций развития здравоохранения муниципальных образований Томской области.

Финансовую основу модернизации здравоохранения в рамках настоящего Пилотного проекта составляет подушевой норматив на медицинскую услугу, включающий все затраты медицинской организации, участвующей в реализации Пилотного проекта, на обеспечение полного спектра медицинских услуг прикрепленному населению.

Финансовое обеспечение программных мероприятий осуществляется за счет ресурсов Томской области, Минздравсоцразвития РФ, Фонда обязательного медицинского страхования, других внебюджетных источников финансирования, платных, в т.ч. на основе ДМС, медицинских услуг, инвестиционных проектов, реализуемых в системе здравоохранения Томской области.

Для целей реализации Пилотного проекта и Приоритетного национального проекта «Здоровье» был разработан специальный программный продукт «ИСКУС», который предоставляет пользователям полный спектр государственной медицинской статистической отчетности, а так же возможность иметь большой объем необходимого аналитического материала. С помощью этой программы на территории области функционирует единое информационное пространство, включающее медицинские организации, страховые медицинские организации, Фонд ОМС, врача общей врачебной практики, что позволяет им обмениваться информацией в оперативном режиме и в едином формате данных.

Стоит отметить правильность выбранных направлений проекта «Здоровье». Согласно этому проекту, будет решаться целый комплекс задач как остростоящих (уменьшение детской смертности, вакцинация, и т.п.), так и улучшение состояния здоровья нации в целом. Быстрых существенных результатов не будет, но те которые уже есть, показывают положительную тенденцию, которая с течением времени будет только нарастать, но и позволит ожидать дальнейшее повышение качества и доступности медицинской помощи жителям Томской области, что, безусловно, благоприятно скажется на демографической ситуации в регионе.

Тем не менее, основные параметры, предусмотренные Пилотным проектом, достигнуты:

* введено преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС;
* введен полный тариф;
* внедрена система частичного фондодержания;
* развивается сеть общих врачебных (семейных) практик.

По данным (табл. 1, приложение А), полученным от страховой кампании «Медика-Томск», можно провести анализ фондодержания по всем ЛПУ ТО:

Анализируя расходы ЛПУ можно сказать, что львиную долю занимают расходы на стационар. Особенно это проявляется для центральных районных больниц (ЦРБ). Так для Кривошеинской ЦРБ 66,1% всех средств направлены на оплату стационара. Поэтому руководителям ЛПУ необходимо проводить профилактику болезней и лечить больных на ранней стадии болезни, когда ещё не требуется серьёзного вмешательства. Данные действия выгодны как самому ЛПУ (оно не будет расходовать деньги на стационар и сможет направить на другие статьи расходов), так и населению (происходит профилактика болезней и лечение на ранней стадии).

По результатам реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области» можно сделать следующие выводы: сохранилась финансовая стабильность медицинских учреждений, работающих в системе ОМС; произошло упорядочение маршрутизации больных; отмечается становление реальной качественной и количественной потребности в специализированной консультативно-диагностической помощи; имеет место организация института общих врачебных (семейных) практик в Томской области; сохраняется качество и доступность медицинской помощи для жителей Томской области.

**Заключение**

Анализ вопросов финансирования здравоохранения в РФ показывает наличие фундаментальных проблем, требующих принятия осмысленных, принципиальных решений о дальнейших шагах государства. Имеющиеся ресурсы системы здравоохранения использовались не эффективно из-за неупорядоченности многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней. С декабря 2007 года началась реализация «пилотного» проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

Одноканальная система финансирования позволяет использовать механизм экономической заинтересованности медицинских работников в расширении ресурсосберегающих технологий и рациональном использовании имеющихся возможностей. Врачам поликлиник экономически выгодно, чтобы снижался уровень круглосуточной госпитализации. В таком случае финансовые средства будут перераспределяться на оказание первичной медико-санитарной помощи, что, в свою очередь должно привести к улучшению качества догоспитальной помощи, в том числе, увеличению количества профосмотров, выявлению заболеваний на ранней стадии и т.д. А это уже в интересах государства – иметь здоровую нацию.

В данной дипломной работе были рассмотрены национальные и пилотные проекты, применяемые на территории Томской области.

Основной целью национально проекта «Здоровье» явилось укрепление здоровья населения России и снижение уровня смертности. К основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения относятся развитие первичной медико-санитарной помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. Особым достижением следует считать снижение смертности по классам “болезни системы кровообращения” и “ травмы, отравления”, являющимся основными причинами смертности населения Томской области. Проследив динамику заработной платы врачей, можно увидеть рост заработной платы по сравнению с 2006 г. более чем в 2 раза, что привело к резкой популяризации статуса участкового врача. Благодаря национальному проекту «Здоровье» проводились медицинские осмотры, которые призваны выявить на ранних стадиях или предупредить такие социально значимые заболевания, как сахарный диабет, туберкулез, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, болезни опорно-двигательного аппарата. Именно они являются основными причинами смертности населения России. Ещё одним существенным результатом проекта явилось укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений первичного звена здравоохранения, в том числе и в районах области. Так, в течение 2008 года в область поступило 149 единиц медицинского оборудования (рентгенологические аппараты - 22 единицы; ЭКГ - 31 единица; эндоскопическое оборудование - 55 единиц; эхографическое - 19 единиц; ультразвуковое - 10 единиц; лабораторное оборудование - 12 комплексов) на общую сумму 112,3 млн. рублей.

Пилотный проект «Модернизация здравоохранения Томской области», проводимый с 2007 года тоже дал свои плоды. В ходе реализации данного проекта достигнуты следующие результаты: введено преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС; введен полный тариф; внедрена система частичного фондодержания; развивается сеть общих врачебных (семейных) практик.

По результатам реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области» можно сделать следующие выводы:

* Сохранилась финансовая стабильность медицинских учреждений, работающих в системе ОМС;
* Произошло упорядочение маршрутизации больных;
* Отмечается становление реальной качественной и количественной потребности в специализированной консультативно-диагностической помощи;
* Имеет место организация института общих врачебных (семейных) практик в Томской области;
* Сохраняется качество и доступность медицинской помощи для жителей Томской области.

В то же время, остались нерешенными ряд проблем и появились новые условия, которые оказывают влияние на дальнейшее развитие системы организации достойной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Томской области и оптимизации финансовых потоков в ЛПУ. Среди них:

* не завершен переход на полное фондодержание;
* только в первой стадии своего развития находится институт общих врачебных (семейных) практик; врач общей практики пока не стал настоящим специалистом, способным полностью реализовать свой потенциал;
* необходимо разобраться и внести коррективы в качество обслуживания пациентов в медицинских организациях, в первую очередь – первичного звена;
* необходимо четкое понимание финансового состояния медицинских организаций, определение реальных возможностей их развития в соответствии с идеологией пилотного проекта;
* необходим Закон Томской области, охватывающий весь спектр деятельности медицинских организаций, действующих на территории Томской области: закон «О здравоохранении Томской области».

Таким образом, система здравоохранения получила импульс к дальнейшему развитию, совершенствованию оказания медицинских услуг населению и улучшению демографической ситуации региона. В ходе выполнения проектов осуществлено реформирование финансирования ЛПУ и проведен мониторинг состояния здоровья работников различных сфер Дополнительная диспансеризация позволит выявить заболевания на ранних стадиях, что значительно сократит финансовые затраты на стационарную помощь, что в последствии позволит оптимизировать расходы на здравоохранение. Главным условием для эффективного использования финансовых ресурсов на уровне ЛПУ является возможность самостоятельного принятия оперативных финансовых решений и получение доходов в соответствии с объемами и качеством медицинской помощи.

**Список литературы**

1. Конституция Российской Федерации 1993
2. Бюджетная система России: учеб.для вузов/Под ред.Г.Б.Поляка. – М.: ЮНИТИ – Дана, 2008 г., с.190
3. Беловодова Е.В. Проблемы нефинансируемых мандатов // Финансы. – 2008. - № 8.- с.10-16
4. Гехт И.А. О некоторых проблемах внедрения медицинского страхования // Здравоохранение - 2007. - №4. – с.15-25
5. Гришин В.В. Федеральный фонд ОМС. // Здравоохранение. – 2008. - №4.- с.15
6. Заседание президиума Государственного совета №28 «О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». Приложение к докладу.-2апреля 2003 года //http://www.kremlin.ru/.
7. Зурабов М. Первые итоги национального проекта “Здоровье”: ответы на вопросы к Интернет-конференции // Менеджер здравоохранения. - 2007. – № 2. – С. 4-16.
8. Иванова М.С. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт // Адвокат / 2003, № 12, С.5-11.
9. Колосницына М.Г., Шишкин С.В., Шейман И.М., Засимова Л.С., Ракута Н.В., Хоркина Н.А., Кпицын Н.А., Окушко Н.Б. Экономика здравоохранения. – М: Издательский дом ГУ-ВШЭ.– 2008. – 479 с.
10. Коко С. Фондодержание: развитие, принципы, зарубежный опыт / С. Коко; пер. Е. Шейбака // Менеджер здравоохранения. - 2007. - N 2. – С. 45-47.
11. Мурзаков А.П. Предпринимательская деятельность бюджетных учреждений // Финансы. - 2007. - № 1. – С. 14–19.
12. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М: Гэотар Медицина.–2000.– 323 с.
13. Трагакес Э., Лесссоф С. Системы здравоохранения: время перемен. Россия 2003/ – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения. - Копенгаген: ВОЗ.– 2007. – 180 с.
14. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/ Под ред. Моссиалоса Э., Диксон А., Фигераса Дж., Кутцина Д. – М: Весь мир, 2002. – 332 с.
15. Фролова Н.К. К вопросу о межбюджетных отношениях в России // Финансы. – 2000. - № 1. - с. 6-9
16. Хальфин Р.А. Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования. // Экономика здравоохранения. – 2002. – №1. – С. 10-14.
17. Царегородцев А.Д Оптимизация работы учреждений здравоохранения.// Экономика здравоохранения. – 2002. – №2. – С. 35 – 41.
18. Чернец В.А., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации. В кн.: Здоровье России. Атлас / Под ред. Бокерия Л.А. – изд. 4-е. – НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. – C. 184—2008.
19. Шевский В.И., Шейман И.М. Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации. // Здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 10-14.
20. Шевский В.И., Шишкин С.В., Шейман И.М. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы. Концепция Государственного университета. – Высшей школы экономики. 2008. –52 с.
21. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ВШЭ. – 2003.– 105 с.
22. Экономика здравоохранения. учеб. пособие / Под ред. И.М. Шеймана. М.: ТЕИС, 2004. –280 с.
23. Адамян А.Т. Итоги реализации Пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области» 2006-2008 гг. (Проект доклада) [Электронный ресурс] URL: http://zdrav.tomsk.ru/export/sites/ru.tomsk.zdrav/ofic/prezentacii/adamyan\_pp.pdf (дата обращения 10.05.2009)
24. Банин С.А. Итоги реализации ПНП "Здоровье" на территории Томской области за I квартал 2009 г. [Электронный ресурс] URL: http://zdrav.tomsk.ru/export/sites/ru.tomsk.zdrav/ofic/prezentacii/nacproekt\_2009.pdf (дата обращения 10.05.2009)
25. Проблемы интегрирования национальных систем здравоохранения в условиях глобализации [электронный ресурс] // Русский медицинский сервер URL:http://www.rusmedserv.com (дата обращения 20.04.2009)
26. Сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, [Электронный ресурс] URL: http://www.minzdravsoc.ru/health/guarantee (дата обращения 21.04.2009)
27. Сайт посвящённый медицинскому страхования в РФ г [Электронный ресурс] URL: www.rosmedstrah.ru (дата обращения 21.04.2009
28. Закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации Федеральный закон N 1499-1 от 28 июня 1991 года (в ред. Закона РФ от 02.04.93 N 4741-1; Указа Президента РФ от 24.12.93 N 2288; Федерального закона от 01.07.94 N 9-ФЗ) [Электронный ресурс] // URL: http://www.medlinks.ru/article.php?sid=90 (дата обращения 15.05.2009)
29. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.) / Библиотека сайта www.medlinks.ru.– [Электронный ресурс] URL: http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=90 (дата обращения 15.04.2009)
30. Модернизация системы здравоохранения Томской области: Постановление Администрации Томской области от 01.07.2007№ 71а/1 “Об утверждении пилотного проекта // Электронный ресурс] URL: http://www.cadres-of-russia.ru/toma%20foto/tom%209/065-071.pdf (дата обращения 15.05.2009)
31. Мониторинг Пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс] URL: http://www.regina.mednet.ru/open/index.php (дата обращения 10.05.2009)
32. О методике определения подушевых нормативов: Постановление Губернатора Томской области от 12.01.2006 №3 [Электронный ресурс] URL:http://www.tomsk.gov.ru/tomsk?print&nd=951818531&start=260 (дата обращения 15.05.2009)
33. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I // [Электронный ресурс] URL:http://zonazakona.ru/zakon/index.php?zakon=zakon\_medstrah&go=index (дата обращения 15.05.2009)
34. О предоставлении бюджетам муниципальных образований субвенций на организацию общих врачебных практик на территории Томской области: Закон Томской области от 01.09.2006 № 181-ОЗ // [Электронный ресурс] URL: http://www.tomsk.gov.ru/tomsk?doc&nd=951816970&nh=0&spack=110listid%3D010000000100%26listpos%3D23%26lsz%3D134%26nd%3D951801443%26nh%3D1%26start%3D20%26 (дата обращения 15.05.2009)
35. Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта: Распоряжение Губернатора ТО от 15.02.2008 N 77-ра // URL: http://www.tomsk.gov.ru/ru/documents/?document=49881 (дата обращения 15.05.2009)

**Приложение А – Анализ фондодержания за первый квартал 2009 года**

Таблица 1 – Анализ фондодержания за первый квартал 2009 года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЛПУ | Расчет АПП по подушевому нормативу, руб. Всего | | Внешние услуги оплаченные фондодержанием, руб. | | | | | | | Оставшиеся средства на собственную деятельность, руб. | | Средства направленные на внешние услуги, % | | | | |
| Стацио-нар | | Дн. стационар | | Пол-ка услуги | | АВП | Стацио-нар | Дн. стационар | Пол-ка услуги | АВП | Всего |
| (не указано) | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Александровская ЦРБ | 6725670,48 | | 2372547,20 | | 481937,30 | | 44522,82 | | 0,00 | 3826663,16 | | 35,30 | 7,20 | 0,70 | 0,00 | 43,20 |
| Асиновская ЦРБ | 5018303,37 | | 1333745,30 | | 625026,00 | | 96163,25 | | 0,00 | 2963368,82 | | 26,60 | 12,50 | 1,90 | 0,00 | 41,00 |
| Бакчарская ЦРБ | 9594481,37 | | 4091422,20 | | 438876,60 | | 435368,96 | | 0,00 | 4628813,61 | | 42,60 | 4,60 | 4,50 | 0,00 | 51,70 |
| Верхнекетская ЦРБ | 3493822,70 | | 1174041,70 | | 193844,20 | | 96108,02 | | 0,00 | 2029828,78 | | 33,60 | 5,50 | 2,80 | 0,00 | 41,90 |
| ГБ 2 | 1712531,72 | | 896945,30 | | 146722,40 | | 37453,21 | | 0,00 | 631410,81 | | 52,40 | 8,60 | 2,20 | 0,00 | 63,20 |
| ГБ 3 | 6267884,80 | | 2375335,00 | | 64086,10 | | 120578,94 | | 20815,00 | 3687069,76 | | 37,90 | 1,00 | 1,90 | 0,30 | 41,10 |
| ГСП 1 | 925053,54 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 925053,54 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ГСП 2 | 748987,80 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 748987,80 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ГСП 3 | 1023942,14 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 1023942,14 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ДБ 1 | 107603,10 | | 63218,90 | | 0,00 | | 1745,77 | | 0,00 | 42638,43 | | 58,80 | 0,00 | 1,60 | 0,00 | 60,40 |
| ДБ 2 | 334256,93 | | 94796,90 | | 3405,40 | | 7762,84 | | 0,00 | 228291,79 | | 28,40 | 1,00 | 2,30 | 0,00 | 31,70 |
| ДЕТ. ПОЛ-КА 3 | 125670,40 | | 55037,90 | | 6252,20 | | 6232,13 | | 0,00 | 58148,17 | | 43,80 | 5,00 | 5,00 | 0,00 | 53,80 |
| ДСП 1 | 8560,17 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 8560,17 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ДСП 2 | 5527,81 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 5527,81 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Зырянская ЦРБ | 2365879,29 | | 1004841,40 | | 205823,20 | | 134747,61 | | 0,00 | 1020467,08 | | 42,50 | 8,70 | 5,70 | 0,00 | 56,90 |
| Каргасокская ЦРБ | 15334369,35 | | 4651377,60 | | 2283680,70 | | 255953,66 | | 0,00 | 8143357,39 | | 30,30 | 14,90 | 1,70 | 0,00 | 46,90 |
| Клиники ТВМИ | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Кожевниковская ЦРБ | 3186134,34 | | 1459146,60 | | 922830,30 | | 186964,16 | | 0,00 | 617193,28 | | 45,80 | 29,00 | 5,90 | 0,00 | 80,70 |
| Колпашевская ЦРБ | 29474579,04 | | 13779752,40 | | 2782364,40 | | 583719,41 | | 0,00 | 12328742,83 | | 46,80 | 9,40 | 2,00 | 0,00 | 58,20 |
| Кривошеинская РБ | 9970745,86 | | 6588858,00 | | 425366,60 | | 571593,69 | | 0,00 | 2384927,57 | | 66,10 | 4,30 | 5,70 | 0,00 | 76,10 |
| Лоскутовская ЦРП | 2577827,49 | | 443168,40 | | 131586,10 | | 104113,50 | | 0,00 | 1898959,49 | | 17,20 | 5,10 | 4,00 | 0,00 | 26,30 |
| МСЧ 1 | 409788,92 | | 55317,10 | | 16268,80 | | 12464,64 | | 0,00 | 325738,38 | | 13,50 | 4,00 | 3,00 | 0,00 | 20,50 |
| МСЧ 2 | 7592115,30 | | 1838627,30 | | 120793,00 | | 144672,77 | | 13951,70 | 5474070,53 | | 24,20 | 1,60 | 1,90 | 0,20 | 27,90 |
| МСЧ 3 | 1870186,87 | | 242493,00 | | 1889,40 | | 49142,90 | | 0,00 | 1576661,57 | | 13,00 | 0,10 | 2,60 | 0,00 | 15,70 |
| МСЧ УВД ТО | 670498,53 | | 371194,40 | | 0,00 | | 7757,32 | | 14346,80 | 277200,01 | | 55,40 | 0,00 | 1,20 | 2,10 | 58,70 |
| МСЧ г.Кедровый | 3041194,40 | | 1920490,20 | | 322007,40 | | 189194,16 | | 0,00 | 609502,64 | | 63,10 | 10,60 | 6,20 | 0,00 | 79,90 |
| Межвузовская больн. | 804766,20 | 786338,10 | | 109964,00 | | 32028,97 | | 6863,30 | | | -130428,17 | 97,70 | 13,70 | 4,00 | 0,90 | 116,30 |
| Молчановская ЦРБ | 9594834,17 | 4575539,40 | | 761272,00 | | 361606,51 | | 0,00 | | | 3896416,26 | 47,70 | 7,90 | 3,80 | 0,00 | 59,40 |
| Моряковская МУЗ | 517947,40 | 287899,80 | | 44769,50 | | 7748,90 | | 0,00 | | | 177529,20 | 55,60 | 8,60 | 1,50 | 0,00 | 65,70 |
| Октябрьская РБ | 1248256,84 | 350530,70 | | 89594,20 | | 70090,65 | | 0,00 | | | 738041,29 | 28,10 | 7,20 | 5,60 | 0,00 | 40,90 |
| ПОЛ-КА 1 | 2972967,90 | 651415,10 | | 109610,70 | | 98896,84 | | 7088,40 | | | 2105956,86 | 21,90 | 3,70 | 3,30 | 0,20 | 29,10 |
| ПОЛ-КА 10 | 6375899,66 | 1525582,00 | | 367107,20 | | 165971,93 | | 42420,20 | | | 4274818,33 | 23,90 | 5,80 | 2,60 | 0,70 | 33,00 |
| ПОЛ-КА 2 | 2711687,52 | 512272,50 | | 171998,80 | | 117309,23 | | 28693,60 | | | 1881413,39 | 18,90 | 6,30 | 4,30 | 1,10 | 30,60 |
| ПОЛ-КА 3 | 3679824,33 | 1206076,40 | | 12987,70 | | 132648,19 | | 0,00 | | | 2328112,04 | 32,80 | 0,40 | 3,60 | 0,00 | 36,80 |
| ПОЛ-КА 4 | 3859937,97 | 1051527,20 | | 101696,40 | | 192184,24 | | 6863,30 | | | 2507666,83 | 27,20 | 2,60 | 5,00 | 0,20 | 35,00 |
| ПОЛ-КА 5 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ПОЛ-КА 6 | 3341184,96 | 747431,60 | | 74507,00 | | 92831,68 | | 28693,60 | | | 2397721,08 | 22,40 | 2,20 | 2,80 | 0,90 | 28,30 |
| ПОЛ-КА 8 | 2144610,82 | 566018,80 | | 202764,20 | | 72212,28 | | 21210,10 | | | 1282405,44 | 26,40 | 9,50 | 3,40 | 1,00 | 40,30 |
| ПОЛ-КА ТНЦ | 1607622,44 | 359086,10 | | 82546,40 | | 36165,63 | | 28298,50 | | | 1101525,81 | 22,30 | 5,10 | 2,20 | 1,80 | 31,40 |
| Парабельская ЦРБ | 8363892,76 | 2770155,30 | | 383874,60 | | 162747,83 | | 0,00 | | | 5047115,03 | 33,10 | 4,60 | 1,90 | 0,00 | 39,60 |
| Первомайская ЦРБ | 554272,88 | 69800,70 | | 22938,30 | | 12802,96 | | 0,00 | | | 448730,92 | 12,60 | 4,10 | 2,30 | 0,00 | 19,00 |
| РОДДОМ 1 | 859453,44 | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | 859453,44 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| РОДДОМ 2 | 817227,18 | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | 817227,18 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| РОДДОМ 3 | 1210296,15 | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | 1210296,15 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| РОДДОМ 4 | 1325312,04 | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | 1325312,04 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Светлинская РБ-1 | 2966734,70 | 1027361,80 | | 162324,50 | | 97729,22 | | 13726,60 | | | 1665592,58 | 34,60 | 5,50 | 3,30 | 0,50 | 43,90 |
| Стрежевская ГБ | 25907376,17 | 11227271,70 | | 2174886,50 | | 40655,64 | | 172123,40 | | | 12292438,93 | 43,30 | 8,40 | 0,20 | 0,70 | 52,60 |
| ТБ ФГУ "СОМЦ РЗ" | 610701,65 | 177623,10 | | 123447,60 | | 19425,55 | | 14346,80 | | | 275858,60 | 29,10 | 20,20 | 3,20 | 2,30 | 54,80 |
| Тегульдетская ЦРБ | 1439587,89 | 620387,90 | | 58586,00 | | 56110,62 | | 0,00 | | | 704503,37 | 43,10 | 4,10 | 3,90 | 0,00 | 51,10 |
| Томская ЦРБ | 3635372,18 | 1196747,50 | | 299310,00 | | 143058,15 | | 14551,60 | | | 1981704,93 | 32,90 | 8,20 | 3,90 | 0,40 | 45,40 |
| ФГУЗ ЦМСЧ-81 ФМБА РФ | 4002573,22 | 773422,30 | | 237484,80 | | 4907,70 | | 28323,80 | | | 2958434,62 | 19,30 | 5,90 | 0,10 | 0,70 | 26,00 |
| ЦСМ | 2443533,92 | 256933,40 | | 114208,80 | | 41154,68 | | 0,00 | | | 2031237,04 | 10,50 | 4,70 | 1,70 | 0,00 | 16,90 |
| Чаинская ЦРБ | 9807986,84 | 5115321,90 | | 779788,30 | | 246817,96 | | 0,00 | | | 3666058,68 | 52,20 | 8,00 | 2,50 | 0,00 | 62,70 |
| Шегарская ЦРБ | 2780180,18 | 1358407,10 | | 265507,20 | | 137177,99 | | 0,00 | | | 1019087,89 | 48,90 | 9,50 | 4,90 | 0,00 | 63,30 |