## Воронежская Государственная Медицинская Академия

***им. Н. Н. Бурденко.***

Институт сестринского образования.

Факультет высшего сестринского образования.

Кафедра философии и гуманитарной подготовки.

*Контрольная работа*

 ***«Социальная политика государства и здравоохранение».***

**Выполнила студентка III курса**

**301 группа**

**Мельникова Валентина Васильевна**

**Проверил:**

Воронеж – 2007 год

План

I. Основные этапы реформирования российского здравоохранения в

80-90-х годах:

1.1. Эксперименты по интенсификации использования коечного фонда.

1.2. Новый хозяйственный механизм.

1.3. Обязательное медицинское страхование.

II. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в начале 21 века:

2.1. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской

Федерации бесплатной медицинской помощи.

2.2. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период

до 2005 г.

2.3. Концепция модернизации системы обязательного медицинского

страхования в Российской Федерации.

2.4. Создание нового министерства

III. Основные направления реформирования здравоохранения в настоящее время:

3.1. Приоритетный национальный проект "Здоровье".

3.2. Цели и задачи приоритетного национального проекта.

3.3. Соответствие основных направлений приоритетного национального

проекта задачам решения системных проблем здравоохранения.

3.4. О ходе реализации национального проекта «Здоровье» на территории Новохоперского района.

IV. Заключение.

# **I. Основные этапы реформирования российского здравоохранения в 80-90-х годах.**

С конца 1980-х гг. российское здравоохранение переживает серию непрерывных реформаторских преобразований. Фундаментальные проблемы здравоохранения, наметившиеся в 1980-е гг. и получившие развитие в последующий период, не нашли своего разрешения. На фоне социально-политического кризиса и экономического спада продолжало ухудшаться здоровье населения. Особую тревогу стала вызывать неблагоприятная демографическая ситуация, превратившаяся в важный политический и социально-экономический фактор дальнейшего развития и безопасности Российского государства.

Основные идеи реформирования здравоохранения в нашей стране были сформулированы еще в конце 1980-х гг., когда стала очевидной бесперспективность развития отрасли. Стимулом поиска новых путей развития стала неблагоприятная ситуация в области охраны здоровья населения на фоне неэффективного использования выделяемых на эти цели финансовых и материальных ресурсов.

Это было время масштабных перемен. Страна стояла перед выбором своего дальнейшего исторического пути. Существовала возможность эволюционного развития событий с постепенным реформированием сложившейся социально-экономической системы и революционного пути, полного слома прежней системы и строительства нового государства.

Россия выбрала второй путь. Экономическая политика предопределила направление реформ в здравоохранении на основе развития товарно-денежных отношений. По мнению реформаторов тех лет, только рыночные механизмы способны были повысить эффективность медицинского обслуживания населения.

Стратегическим направлением развития отечественного здравоохранения стало введение системы ОМС. В соответствии с законом РФ от 28.06.1991 N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" планировалось создание рыночного механизма взаимодействия между субъектами медицинского страхования с элементами конкуренции. Предполагалось, что производители медицинских услуг и страховые компании будут экономически заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и эффективном использовании финансовых средств. Однако этого не произошло. Реформаторы не учли сложившейся социально-экономической и политической ситуации в стране. Введение ОМС проходило в период продолжающегося экономического кризиса в условиях недостаточного финансирования, когда прописанные в законе экономические принципы не работают. Система ОМС не стала дополнительным источником финансовых средств. В условиях хронического недофинансирования всех бюджетополучателей ассигнования на здравоохранение повсеместно уменьшались на величину получаемых средств по линии ОМС.

Пятнадцатилетие реформ не привело к достижению изначально поставленных целей. До сих пор недостаточное финансирование здравоохранения сочетается с низкой эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры оказания медицинской помощи. Наблюдается нарушение декларируемых принципов социальной справедливости в вопросах доступности медпомощи, а уровень качества и культуры медицинского обслуживания населения не отвечает современным требованиям. Основной упор на совершенствование финансово-экономических отношений в здравоохранении сопровождался игнорированием или недооценкой многих других проблем организации медицинского обслуживания.

Амбулаторно-поликлиническая служба оказалась не в состоянии обеспечить население доступным и квалифицированным медицинским обслуживанием на уровне первичного звена, где начинают и заканчивают обследование и лечение до 80% населения, обращающегося за медицинской помощью. Стали очевидными недостатки ее организации. Существенные диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (соответственно, 20-30 и 70-80% всех расходов на здравоохранение) ограничивают возможность развития материально-технической базы и внедрения современных ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах, что приводит к расширению показаний к стационарному лечению и удорожанию медицинской помощи в целом.

Отсутствует экономическая мотивация развития стационарозамещающих видов помощи, утрачиваются комплексный подход к здоровью пациента и преемственность между врачами в обследовании и лечении, что отрицательно влияет на экономичность и результативность медицинского обслуживания. Требует совершенствования система ОМС, имеющая ряд серьезных системных недостатков, включая несбалансированность программ ОМС по видам и объемам медицинской помощи с размерами финансирования, невыполнение субъектами РФ своих обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме, отсутствие механизмов реализации этих обязательств, низкая управляемость системы ОМС.

Сложившаяся модель ОМС не смогла существенно повлиять на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Нереализованными оказались ожидания в отношении конкуренции страховщиков как фактора более эффективного взаимодействия с медицинскими организациями в интересах застрахованных. Население практически не может выбрать страховщика. Кроме того, страховщики не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи и поэтому не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи застрахованным.

Состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) оставляет желать лучшего. Средний износ зданий составляет свыше 60%. Многие из них требуют капитального ремонта и реконструкции. Износ оборудования составляет 80 и боле %.

# **Эксперименты по интенсификации использования коечного фонда.**

Первой и весьма скромной попыткой реформирования здравоохранения были эксперименты по повышению интенсивности использования коечного фонда ЛПУ за счет совершенствования лечебно-диагностического процесса в 1982-1986 гг. В их основе лежало расширение прав руководителей лечебных учреждений по изменению штатного расписания, нормативов трудовой нагрузки персонала и его материальному стимулированию, для чего в ЛПУ создавались соответствующие фонды. Повышение интенсивности использования коечного фонда осуществлялось путем материального стимулирования персонала без изменений существующего финансово-экономического механизма, поэтому данные нововведения нельзя рассматривать как прообраз реформы здравоохранения. В условиях эксперимента пребывание пациентов в стационаре сократилось на 1,5 дня, оборот койки возрос более чем на 5%. В целом итоги эксперимента были признаны Министерством здравоохранения СССР положительными.

Далее был сделан второй, более серьезный шаг - введен новый хозяйственный механизм (НХМ). Именно тогда была впервые отчетливо сформулирована необходимость оплачивать не развернутую медицинскую сеть, а конечные результаты деятельности ЛПУ.

# **Новый хозяйственный механизм.**

Концепция НХМ была разработана на основе принципов децентрализации и экономических методов управления, что создавало предпосылки для коренных изменений в планировании и финансировании здравоохранения. Переход на экономические методы управления предполагал изменение системы показателей деятельности служб здравоохранения с переходом преимущественно к оценкам по конечным результатам (сохранение и укрепление здоровья, качество трудового потенциала, эффективность использования ресурсов, социальная удовлетворенность и др.). Требования к деятельности ЛПУ и их подразделений выражались в виде нормативных значений моделей конечных результатов.

Система новых хозяйственных отношений опиралась на экономическую самостоятельность трудовых коллективов с приданием учреждениям здравоохранения статуса основного хозяйственного звена. Сущность НХМ заключалась в использовании экономических методов управления, позволяющих органам здравоохранения активно изыскивать внутренние резервы и наиболее рационально расходовать финансовые средства. Переход к экономической самостоятельности ЛПУ предполагал развитие нового для советского здравоохранения производственно-экономического отношения - состязательности.

Финансирование на территориальном уровне в условиях НХМ осуществлялось по нормативу в расчете на одного жителя в год, а учреждения здравоохранения получали средства в расчете на единицу объема деятельности: больницы - на 1 пролеченного больного, поликлиники - на 1 прикрепленного жителя, служба скорой медицинской помощи - на 1 вызов и т.д. Величина норматива бюджетного финансирования по территориям должна была определяться дифференцированно, с учетом потребностей населения в медицинской помощи. В условиях НХМ большое значение для учреждений здравоохранения начало приобретать привлечение внебюджетных денежных поступлений. Наряду с ассигнованиями из государственного бюджета источником финансирования могли служить средства за оказание платных медицинских услуг населению и выполнение работ по договорам с предприятиями, учреждениями и организациями на предоставление медицинской помощи сверх установленных норм. При этом особо подчеркивалось, что использование хозрасчетных принципов в здравоохранении должно быть направлено в первую очередь на более полное удовлетворение потребности населения в медицинской помощи и лишь затем на получение дополнительных доходов.

В новых условиях хозяйствования держателем основных финансовых средств являлась амбулаторно-поликлиническая служба, которая расплачивалась с другими медицинскими учреждениями за стационарное лечение, консультации, скорую и иные виды медицинской помощи. В таких условиях поликлиника была заинтересована в оказании качественной медицинской помощи в максимальном объеме собственными силами. Предполагалось, что произойдет изменение структуры сети медицинских учреждений с преимущественным развитием внебольничных форм деятельности как наиболее массовых, многофункциональных и экономически эффективных.

Вместе с тем порядок финансирования медицинских учреждений носил достаточно спорный характер. Например, в новых условиях финансирование стационаров стало осуществляться исходя из стоимости одного койко-дня и средней длительности пребывания больного в стационаре, рассчитанной для разных профилей коек. При этом стоимость койко-дня бралась эмпирически, с учетом имеющихся, но никак не требующихся ресурсов.

При внедрении НХМ особое значение приобрела оценка экономической эффективности деятельности ЛПУ, их структурных подразделений и здравоохранения в целом. Прямое администрирование должно было уступить место договорным отношениям между органами управления и учреждениями здравоохранения. Передача права распоряжения частью финансовых ресурсов поликлиникам путем взаиморасчетов со стационарами, службами скорой помощи и специализированными центрами должна была обеспечить реструктуризацию отрасли, привести сеть здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи. Однако НХМ не получил должного развития. Его слабые стороны были использованы для дискредитации реформы, а накопленный положительный опыт был незаслуженно забыт.

Специфика переходного периода к новой экономической модели в здравоохранении определялась быстро меняющейся и очень сложной социально-экономической ситуацией в стране. Отношение населения и медицинских работников к НХМ было неоднозначно и противоречиво. Медико-социальные характеристики не позволяли говорить о каком-либо влиянии НХМ на здоровье населения. Разноречивость суждений была представлена и в средствах массовой информации, и в научной литературе. Диапазон мнений - от горячей поддержки до полного неприятия. Однако было немало критических замечаний, с которыми согласились и сторонники, и противники экономической реформы отрасли. Не вызывало сомнения, что не удалось реализовать все потенциальные возможности НХМ в здравоохранении. За рамками реформ остался важнейший вопрос - устранение остаточного принципа финансирования отрасли. Размер ассигнований по нормативу в расчете на одного жителя определялся ограниченными возможностями бюджета, а не реальными потребностями в средствах на оказание квалифицированной медицинской помощи населению.

Отсутствие единых методологических подходов к ценообразованию, финансированию, оценке деятельности медицинских работников и лечебных учреждений привело к необходимости на каждой территории разрабатывать свои критерии качества медицинской помощи, конечных результатов, стандарты ведения больных по профилям отделений и нозологическим формам. Использование аналогов клинико-статистических групп (КСГ) с внедрением массовых расчетов между ЛПУ и их структурными подразделениями при слабой экономической службе привело к существенному увеличению документооборота и снижению контроля над обоснованностью оплаты счетов.

НХМ в числе одной из основных задач предполагал приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Дальнейшим продолжением этого направления реформирования здравоохранения планировался постепенный переход на систему врачей общей практики (семейных врачей). Однако до сих пор нет полной уверенности, что семейный врач будет лучше вести всех членов семьи: детей начиная с периода новорожденности, беременных женщин и женщин с гинекологической патологией, лиц пожилого возраста - по сравнению со специально подготовленными для этих целей специалистами.

В условиях развития новых форм хозяйствования не получил должного развития мотивационный механизм трудовой деятельности медицинских работников. Не всегда материальное стимулирование было связано с результатами труда, особенно в стационарах, где финансирование осуществлялось в расчете на пролеченного больного, а контроль качества медицинской помощи достаточно субъективен. Потребность в изменении системы оплаты труда медицинских работников существовала давно. Требовалась гибкая система, позволяющая лучше оплачивая лучший труд, удерживать хороших специалистов и стимулировать достижение определенных показателей. В связи с этим приказом Минздрава СССР от 31.08.1989 N 504 все отраслевые нормативные акты по труду были признаны рекомендательными. Руководителям учреждений здравоохранения было предоставлено право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки работников в зависимости от местных условий. Однако исключение административного регулирования труда медицинских работников часто приводило к необоснованному отказу от использования централизованно разработанных нормативов даже как ориентировочных и рекомендательных. Трудовые нормативы зачастую переставали быть основой планирования, организации, контроля и мотивации труда медицинских работников.

В новых условиях хозяйствования требовали своего совершенствования критерии оценки деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, их структурных подразделений, медицинских работников. Для успеха экономического управления медицинской помощью необходимо, чтобы применяемые финансовые стимулы пользовались доверием врачей и способствовали улучшению результатов лечения и оптимальному использованию ресурсов. Множественность плановых и оценочных показателей может способствовать экономической безответственности медицинских учреждений и ущемлению интересов пациентов.

Особую тревогу вызывало то, что центр тяжести деятельности учреждений здравоохранения в новых условиях хозяйствования стал перемещаться преимущественно в экономическую сферу. Проблема с конфликтом интересов состояла в том, что, как правило, никто, кроме самого врача, не может решить, стоит ли направлять пациента к специалисту, нужно ли назначить его на новый прием и т.д. В результате открывается широкое поле для злоупотреблений.

НХМ нацеливал медицинских работников в первую очередь на зарабатывание денег. Основные силы были направлены на совершенствование механизма финансирования, а не организацию медицинской помощи. По-прежнему здравоохранение ориентировалось на лечебную, а не на профилактическую деятельность.

# **1.3. Обязательное медицинское страхование.**

 В 1993 г. начался новый этап реформирования здравоохранения - введение обязательного медицинского страхования (ОМС), направленного на обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. За достаточно короткий период была создана система ОМС, являющаяся принципиально новой моделью финансирования здравоохранения через специально сформированную структуру государственных внебюджетных фондов.

 Практически с самого начала для ОМС были характерны низкие тарифы страховых взносов, несовершенный учет и нестабильное финансовое положение плательщиков страховых взносов, неполное поступление в территориальные фонды платежей от органов исполнительной власти за страхование неработающего населения, использование средств ОМС для покрытия бюджетного дефицита и другие нецелевые расходы. Приращения объемов финансирования не произошло. Наоборот, финансовые органы сокращали бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые планировали собрать фонды ОМС. Результатом стало формирование в обществе и медицинской среде весьма критического отношения к медицинскому страхованию (Щепин О.П., Таранов А.М., 2000).

 Внедрение ОМС с самого начала проходило в условиях все большего разбалансирования между экономической и социальной системами общества, что, несомненно, способствовало снижению ожидаемого социально-экономического эффекта. С одной стороны, был заложен реальный механизм реформирования и государственного регулирования здравоохранения в условиях перехода к рынку, а с другой, на всех уровнях управления обнаружились явные проблемы и недостатки законодательного, организационного, технологического и психологического характера, тормозящие ход реформы (Решетников А.В., 2001).

 Необходимо сделать особый акцент на несовершенстве законодательной базы при определении источника оплаты медицинской помощи неработающему населению. Те, кто по каким-либо причинам не работает, составляют более 60% населения страны, а потребляют 2/3 всей медицинской помощи. В Законе "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" обозначен только плательщик взносов на страхование неработающих граждан, однако не определен размер взносов, не расписан механизм уплаты, не обозначена мера ответственности за неуплату этих взносов. Т.е. имеются все предпосылки для того, чтобы закон в этой части можно было не исполнять или делать видимость его исполнения.

 Выбранная модель бюджетно-страховой медицины оказалась сложной и дорогостоящей. Недостаточная координация со стороны федеральных органов власти привела к значительному разнообразию подходов к реализации Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" на местах. Произошло частичное дублирование функций фондов ОМС и органов управления здравоохранением. Финансовые средства двигались по удлиненной цепочке, что не всегда способствовало их доведению до пациентов в полном объеме. Значительные финансовые средства шли на содержание фондов и страховых компаний. Кроме того, в системе ОМС отсутствовали два важнейших звена, формирующих здоровье людей, - профилактика заболеваний и реабилитация после перенесенного заболевания.

 Сложившийся симбиоз 2 источников финансирования медицинских учреждений (из бюджета и из средств ОМС) нельзя назвать оптимальным. Разные принципы финансирования учреждений затрудняли планирование расходов на здравоохранение, размывали экономическую и юридическую ответственность за оказание конкретных видов медицинской помощи населению, способствовали финансированию излишних мощностей ЛПУ вне зависимости от реальных объемов работы.

 24 апреля 2001 г. Коллегия Минздрава России рассмотрела вопрос о деятельности системы обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации и мерах по введению в стране обязательного медико-социального страхования и отметила в своем решении своевременность введения ОМС, позволившего сохранить государственный характер здравоохранения.

 Вместе с тем было констатировано, что в сложившейся системе ОМС из-за недостаточной уплаты органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления взносов на страхование неработающего населения отсутствуют действенные механизмы выравнивания условий финансирования здравоохранения, как по отдельным субъектам РФ, так и в пределах каждого из них. Значительная часть бюджетных средств поступает в здравоохранение, минуя систему ОМС, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает совершенствование методов оплаты труда за конечный результат.

Низкий уровень финансового обеспечения системы ОМС поставил под угрозу реализацию Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, так как более 80% всего объема гарантируемой помощи по Программе приходится на ОМС, в то время как финансовые средства ОМС составляют только 35% от фактических расходов на здравоохранение.

Тарифы на медицинскую помощь являются главным инструментом экономического управления здравоохранением. В современных социально-экономических условиях медицинская услуга становится товаром. Для оценки потребности ЛПУ в финансовых средствах и формирования планового объема медицинской помощи и ее структуры требуется проведение расчетов стоимости отдельных медицинских услуг, а также стоимости лечения больных в соответствии с технологией их лечения. С этой целью была подготовлена "Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная)", утвержденная совместным приказом Минздрава России N 01-23/4-10 и РАМН N 01-02/41 от 10.11.1999.

Расчет тарифов всегда представлял собой довольно сложную проблему не только в силу недостаточной методологической проработанности вопроса, но из-за многообразия медицинских служб и соответствующих видов услуг, требующих проведения большого объема расчетной работы. Вместе с тем даже для такой социально-ориентированной отрасли как здравоохранение в условиях тотального дефицита финансовых средств правильно примененный механизм ценообразования дает возможность проводить структурные преобразования в отрасли.

Тарифы на медицинские услуги зависят от выбранного метода оплаты, что вносит разночтение и субъективизм в оценку экономической эффективности деятельности ЛПУ. В частности, оплата стационарной медицинской помощи могла осуществляться в рамках пяти возможных вариантов:

- финансирование по смете расходов на основе договора под согласованные объемы помощи (количество пролеченных больных, количество операций и т.д.);

- оплата фактических расходов за госпитализацию каждого пациента (на основе детальной калькуляции по фактически оказанным услугам);

- оплата услуг стационара по числу фактически проведенных пациентом койко-дней в отделении стационара (возможно раздельное финансирование койко-дня и не вошедших в его стоимость операций, сложных исследований, манипуляций);

- оплата услуг стационара по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;

- оплата услуг стационара за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с принятой классификацией (клинико-статистические группы, медико-экономические стандарты и т.п.).

Анализ каждого из этих способов показывал, что ни один из них не отвечает таким современным требованиям, как:

- усиление материальной заинтересованности ЛПУ в качественном оказании медицинской помощи;

- минимизация затрат на госпитализацию при сохранении должного современного уровня оказания медицинской помощи (принцип необходимой достаточности);

- экономическое стимулирование сокращения сроков госпитализации и, соответственно, уменьшение стоимости стационарной медицинской помощи;

- унификация тарифов с целью обеспечения возможности автоматизированной обработки счетов и планирования деятельности медицинских учреждений и органов управления здравоохранением.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи также осуществлялась несколькими способами:

- оплата медицинских услуг (посещений врача, выписки рецептов, лабораторных исследований, процедур) по согласованным тарифам;

- оплата медицинских услуг, выраженных в баллах, по единой системе тарифов;

- оплата законченных случаев лечения, заранее классифицированных по некоторым признакам (трудозатраты, тяжесть случая, общие расходы);

- финансирование по подушевому принципу на одного прикрепившегося с учетом половозрастной структуры и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи.

Ни один из приведенных способов оплаты амбулаторной помощи не отвечал одновременно таким требованиям, как:

- повышение заинтересованности ЛПУ и медицинских работников в оказании оптимального объема амбулаторной медицинской помощи и обеспечении ее качества при сокращении сроков лечения;

- усиление профилактической направленности работы;

- возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи;

- рациональное использование и контроль за потреблением ресурсов;

- формирование механизма материальной заинтересованности медицинских работников.

Финансирование ЛПУ являлось основной, но не единственной функцией системы ОМС. Помимо обеспечения эффективности использования финансовых средств важнейшей задачей ОМС являлась защита прав и интересов граждан на получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи.

Для повышения уровня социальной защиты населения предлагалось введение системы обязательного медико-социального страхования. По мнению разработчиков, объединение социального и медицинского страхования приблизило бы переход к принципам страхования здоровья, однако эти идеи не получили своего дальнейшего развития.

# **II. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в начале 21 века.**

В 1997 г. Правительство РФ одобрило разработанную Минздравом России и Российской академией медицинских наук Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, которая становится стратегическим ориентиром реформирования отрасли.

В Концепции было отмечено, что в последние годы произошло ухудшение состояния здоровья населения. Кризис деятельности медицинских учреждений приблизился к той черте, за которой следует распад всей системы здравоохранения. Размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств ОМС не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи.

В связи с этим необходима стратегия реформирования здравоохранения, целью которой является сохранение и улучшение здоровья людей, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

- активизация деятельности по профилактике заболеваний;

- сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;

- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Концепция основана на принципах, близких основам советского здравоохранения. Это всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению, профилактическая направленность, экономическая эффективность, единство медицинской науки и практики, активное участие населения в вопросах здравоохранения, повышение ответственности за свое собственное здоровье и здоровье своих детей.

В Концепции были рассмотрены основные направления развития российского здравоохранения, включающие:

- совершенствование организации медицинской помощи;

- совершенствование системы финансирования здравоохранения;

- задачи организации здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;

- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;

- государственные гарантии по предоставлению бесплатной медицинской помощи и защита прав пациентов;

- развитие медицинской науки;

- совершенствование медицинского образования и кадровой политики;

- совершенствование лекарственного обеспечения;

- расширение социальной базы здравоохранения.

Концепция не только обозначила основные пути реформирования отрасли, но и наполнила их конкретным содержанием. На ее основе были разработаны нормативно-правовые документы по многим направлениям развития российского здравоохранения, включая совершенствование отраслевых финансово-экономических отношений.

# **2.1. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.**

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи Правительство РФ приняло постановление от 11.09.1998 N 1096 "Об утверждении государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи"C:\Documents and Settings\Moris\Local Settings\нацпроект\Основные этапы и перспективы реформирования российского здравоохранения.rtf - sub\_2#sub\_2.

Программа включала в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу ОМС, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи. Финансирование программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений.

Программа была разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов ОМС. На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывали и утверждали соответствующие территориальные программы, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов РФ.

Однако программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, ежегодно утверждаемая Правительством РФ, в абсолютном большинстве регионов обеспечивается финансовыми ресурсами с дефицитом в 30-40% от потребности, что влечет за собой снижение качества медицинского обслуживания и вынужденные расходы населения на оплату медицинских услуг и лекарств.

Эффективное использование ресурсов для финансового обеспечения программы возможно только при реструктуризации системы оказания медицинской помощи. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации предусматривает приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического звена и перераспределение стационарных объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический уровень. С этой целью 60-65% финансовых ресурсов должны быть переведены на оказание амбулаторной помощи, 30-35% должны направляться на оказание медицинской помощи в стационарах, 7-10% - на организацию скорой медицинской помощи.

Согласно Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на квалифицированную бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Конкретного же определения этой помощи (что она в себя включает и в каких условиях должна оказываться) не существовало. Программа ответила на эти вопросы и, самое главное, разъяснила, за счет каких средств эта медицинская помощь будет предоставляться.

Таким образом, программа государственных гарантий предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматривает создание единых подходов к планированию расходов на здравоохранение из бюджетов всех уровней и за счет средств ОМС и повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения. В связи с этим программа существенно повысила роль стратегического и текущего планирования в отрасли. Определение расходов медицинских учреждений должно ориентироваться на финансирование гарантированных объемов медицинской помощи, а не на ресурсы, необходимые для содержания медицинских учреждений. При этом объемы конкретных видов медицинской помощи определяются с учетом реальной потребности населения, проживающего на данной территории, а не на основе нормативов коечного фонда, обеспеченности врачебными должностями и т.д.

# **2.2. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.**

В 2000 г. Правительство РФ одобрило Концепцию охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г., разработанную Минздравом России и РАМН.

В Концепции было отмечено, что ***охрана здоровья населения является одним из приоритетных направлений социальной политики государства*** в период реформирования экономики и социальной сферы. Учитывая, что здоровье человека во многом определяется образом жизни, из всего комплекса мер, направленных на охрану здоровья, Концепция предусматривала в качестве одного из приоритетных направлений деятельности формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры, что не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Мировой опыт свидетельствует, что эффективность такой профилактической деятельности среди населения исключительно высока.

Концепция стала основой для разработки комплекса мероприятий в области обеспечения охраны здоровья населения, предусматривающих объединение усилий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан.

Целью Концепции провозглашалась стабилизация показателей здоровья населения путем реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни людей, формирование у них приоритетного отношения к проблеме здоровья, ориентированного на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье.

В документе отмечалась необходимость проведения структурных преобразований в системе здравоохранения и изменения функций ряда медицинских служб с целью усиления мероприятий, направленных на охрану здоровья населения и профилактику заболеваний. Отмечалась необходимость увеличения финансирования первичного звена здравоохранения - амбулаторно-поликлинических учреждений с целью усиления профилактической направленности их работы и укрепления нормативной и финансовой базы деятельности врача общей практики.

 Существенного влияния на процессы реформирования системы здравоохранения указанная Концепция не оказала.

# **2.3. Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.**

В 2003 г. Минэкономразвития и торговли России разработало Концепцию модернизации системы ОМС. В документе констатировалось, что введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде ОМС в начале 1990-х гг. происходило в условиях экономического спада и стагнации экономики страны. В целом это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими. Не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования.

Опыт Российской Федерации, а также международный опыт подтверждает, что введение страховых механизмов, в частности ОМС, в неподготовленную и неэффективную систему не позволяет в полной мере реализовать преимущества страховых принципов организации финансирования здравоохранения. В результате в отрасли сохранились прежние принципы организации предоставления медицинской помощи и содержания сети ЛПУ при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами.

В соответствии с Концепцией целью модернизации ОМС провозглашалось обеспечение условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Для достижения поставленной цели предлагалось решить следующие задачи:

- обеспечение сбалансированности доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;

- обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования финансовых средств всеми субъектами системы ОМС;

- устранение недостатков, накопившихся в системе, за период ее существования;

- гармонизация правовых и организационно-экономических механизмов взаимодействия ОМС, здравоохранения и граждан.

Прямого воздействия на процессы реформирования экономической системы здравоохранения Концепция модернизации системы ОМС, разработанная в недрах Министерства экономического развития и торговли Российской Федерации, в то время не оказала.

# **2.4. Создание нового министерства**

9 марта 2004 г. Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Указ "О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти". Было создано Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Министром был назначен Михаил Зурабов.

Несколько позже вице-премьер Александр Жуков отклонил уже согласованный со всеми ведомствами законопроект об ОМС. Возможно, что документам, которые разрабатывались во времена Касьянова, требовалась переработка и адаптация к новым условиям управления. Практика показывает, что никакая реформа не может быть осуществлена, если ее разрабатывают одни люди, а осуществляют другие.

# III. Основные направления реформирования здравоохранения в настоящее время:

Целью реформирования системы здравоохранения является улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности ЛПУ и формирования здорового образа жизни при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли.

В настоящее время основными направлениями реформирования отрасли являются совершенствование нормативно-правовой базы и финансово-экономического механизма, научная организация оказания медицинской помощи, включающая использование принципов доказательной медицины и математическое моделирование деятельности ЛПУ, формирование личностных установок людей в пользу здорового образа жизни и восприятия здоровья как важнейшей жизненной ценности.

Таким образом, системное реформирование здравоохранения должно включать в себя как минимум три обязательные составляющие:

- финансово-экономическую реформу, включая проведение реструктуризации отрасли;

- повышение качества управления здравоохранением на основе научно обоснованных технологиях современного менеджмента;

- развитие медицинской практики, основанной на принципах доказательной медицины и результатах клинико-экономического анализа.

Суть реформы финансово-экономической системы здравоохранения состоит в переходе от управления расходами (бюджетными средствами и средствами ОМС) к управлению результатами. Основой формирования и расходов финансовых средств должны быть четко обозначенные цели и количественно измеряемые результаты деятельности, а также планируемые и согласованные со всеми заинтересованными сторонами объемы работы ЛПУ.

Необходим переход от сметного и бюджетно-страхового принципа финансирования медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, к одноканальному финансированию по страховому принципу с оплатой всех расходов по полному тарифу на основе стандартов оказания медицинской помощи.

В Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу отдельный раздел посвящен реформе здравоохранения, целью которой является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Этой цели соответствуют следующие основные направления и конкретные мероприятия реформы:

1. Законодательное закрепление государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, которые не конкретизируются в законодательных актах, что существенно ограничивает возможности их реализации. Эти гарантии не увязываются с имеющимися финансовыми ресурсами. В результате нарастает платность медицинской помощи, ее доступность снижается, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные граждане. Гарантируемые объемы медицинской помощи должны конкретизироваться на основе стандартизации медицинских технологий. Для каждого вида заболеваний на федеральном уровне должны быть разработаны и утверждены клинические протоколы, включающие перечни медицинских услуг и лекарственных средств, а также алгоритмы выполнения медицинских услуг. Клинические протоколы для всей страны должны быть едины. На основе клинических протоколов субъекты РФ разрабатывают клинико-экономические стандарты, конкретизирующие требования клинических протоколов и содержащие оценку стоимости оказания медицинской помощи.

2. Модернизация системы обязательного медицинского страхования, не обеспечивающей эффективность использования ресурсов здравоохранения. Главным изъяном является несбалансированность программ ОМС с размерами страховых платежей. Система ОМС аккумулирует лишь около 40% совокупного объема государственного финансирования здравоохранения. Эта проблема порождена, прежде всего, невыполнением субъектами РФ обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме.

В рамках действующего законодательства отсутствуют механизмы реализации этих обязательств. Кроме того, сложившаяся модель ОМС не смогла существенно повлиять на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Нереализованными оказались ожидания в отношении конкуренции страховщиков как факторе более эффективного взаимодействия с медицинскими организациям в интересах застрахованных. Устранению этих недостатков должен способствовать новый закон "Об обязательном медицинском страховании". Дополнительными задачами являются формирование единой системы управления и финансирования ОМС с целью обеспечить равенство прав застрахованных граждан и его финансовую устойчивость. Планируется разработка базовой программы для застрахованных граждан в субъектах Российской Федерации, формируемой на основе единых федеральных требований, и федеральных, и территориальных программ дополнительного медицинского страхования, принимаемых соответственно на федеральном и региональном уровнях.

Для обеспечения единого уровня гарантируемой государством медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации закладываемые в расчет стоимости базовой программы ОМС в субъекте РФ затраты не могут быть ниже нормативов финансовых затрат на единицу гарантируемых видов медицинской помощи, устанавливаемых Правительством РФ. Утверждаемые на региональном уровне тарифы на медицинскую помощь не могут быть менее величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов.

3. Проведение реструктуризации системы оказания медицинской помощи:

- перемещение части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап;

- сокращение части излишних мощностей больниц, использование их для оказания медико-социальной помощи;

- обеспечение первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи; - --

- осуществление широкой программы развития общих врачебных практик;

- обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов медицинской помощи;

- переход к новым методам оплаты труда медицинских работников;

- преобразование значительной части медицинских учреждений в альтернативные организационно-правовые формы государственных (муниципальных) автономных учреждений и автономных некоммерческих организаций, обладающие большей самостоятельностью в использовании ресурсов и получающие эти ресурсы за результаты своей деятельности.

# **3.1. Приоритетный национальный проект "Здоровье".**

С каждым днем становится все более очевидным, что та реформа здравоохранения, о которой 10 лет подряд говорилось на всех уровнях, благополучно "ушла в песок". Статус государственного приоритета здравоохранение получило только с принятием национального проекта "Здоровье", инициированного самим президентом России. И сразу все начало делаться планомерно, последовательно и, самое главное, - результативно.

 Проект «Здоровье» стартовал с 1 января 2006 года. Проект получил название «национального приоритетного проекта» и был разработан для реализации предложений Президента РФ Путина В.В. по совершенствованию медицинской помощи в Российской Федерации. Основная задача проекта - улучшение ситуации в здравоохранении и создание условий для его последующей модернизации.

 В рамках реализации национального проекта «Здоровье» можно выделить три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Основное внимание планируется уделить укреплению первичного медицинского звена (муниципальные поликлиники, участковые больницы) — увеличению зарплаты участковым врачам и медсестрам, оснащению этих медучреждений необходимым оборудованием, переобучению врачей общей практики, введению родовых сертификатов.

# **3.2. Цели и задачи приоритетного национального проекта.**

 Национальный проект "Здоровье" направлен на модернизацию отдельных, четко определенных сегментов системы медицинской помощи в Российской Федерации:

1) ***развитие первичной медицинской помощи***, включая:

- денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам и медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи;

- подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых терапевтов и участковых педиатров;

- оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием;

- оснащение учреждений скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом, в том числе реанимобилями;

2) ***профилактические мероприятия***, включая:

- проведение иммунизации населения в рамках национального календаря прививок;

- выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С;

- обследование новорожденных детей;

- проведение диспансеризации работающего населения;

3) ***обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью***, включая:

- увеличение к 2008 году объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 4 раза;

- строительство центров тиражирования высоких медицинских технологий.

Как видно из представленных направлений при реализации Национального проекта, основной вектор определен в сторону укрепления и развития первичной медико-санитарной помощи. Согласно действующему законодательству (Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ) организация первичной медико-санитарной помощи закреплена за муниципальными образованиями (городским округом и муниципальным районом).

Однако, как отметил В.В. Путин 5 сентября 2005 года, "муниципальная сеть здравоохранения находится сейчас в плачевном состоянии". Предложенные меры направлены именно на укрепление муниципального звена медицинской помощи. Развитие сети федеральных медицинских учреждений, по мнению Президента, необходимо в силу низкой доступности высокотехнологичной медицинской помощи для граждан России, особенно для детей. Поэтому строительство данных центров запланировано в территориях с развитой транспортной системой и городской инфраструктурой.

Реализация проекта "Здоровье" является, безусловно, важным, но далеко не единственным шагом на пути модернизации здравоохранения.

В связи с реализацией национального проекта Правительство РФ 30.12.2005 своим постановлением N 856 изложило раздел IV Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.07.2005 N 461 в следующей редакции: "Дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей (семейной) практики, медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей (семейной) практики учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), предусматривающая динамическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг; проведение диспансеризации неработающих граждан; проведение иммунизации населения; проведение мероприятий по раннему выявлению социально значимых заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также дополнительная медицинская помощь, предусматривающая, в том числе обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, предоставляемая в соответствии с главой 2 Федерального закона "О государственной социальной помощи".

Средства на оплату услуг, предусмотренных национальным проектом, не учитываются при выделении средств учреждениям из бюджетов всех уровней и иных источников, в том числе средств, выделяемых на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

Ряд направлений находится в дальнейшей разработке - развитие высокотехнологичной медицинской помощи планируется осуществить посредством строительства соответствующих центров, а также модернизации медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Национальный проект "Здоровье" направлен на развитие первичной медико-социальной помощи и профилактического направления медицины, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, а также на повышение уровня оплаты труда медработникам.

Можно сказать, что основные цели национального проекта в здравоохранении заключаются в следующем:

- 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 высокотехнологичных видах медицинской помощи.

- Меры по решению основных проблем здравоохранения предполагают оптимизацию расходования бюджетных средств, смещение акцента оказания медицинской помощи в первичное звено (догоспитальный этап), профилактическую направленность здравоохранения.

# **3.3. Соответствие основных направлений приоритетного национального проекта задачам решения системных проблем здравоохранения.**

Основные направления приоритетного проекта, по мнению многих авторов, лишь частично содействуют решению основных проблем здравоохранения, а именно:

- усилению первичного звена здравоохранения;

- усилению профилактической направленности отрасли;

- улучшению возможностей оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Вместе с тем, как указывается в ряде публикаций, остаются без внимания такие важнейшие проблемы, как:

- объем государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- изменение организации оказания медицинской помощи;

- реструктуризация сети учреждений здравоохранения;

- реформирование системы финансирования здравоохранения (в т.ч. системы обязательного медицинского страхования);

- рационализация использования ресурсов отрасли.

Как правило, решение этих задач увязывается не непосредственно с приоритетным проектом, а с принятием известного пакета законопроектов, для которых, по мнению многих специалистов, приоритетный проект готовит необходимую почву.

Одним из важных мероприятий приоритетного национального проекта "Здоровье" является дополнительная диспансеризация граждан в возрасте 35-55 лет, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях и дополнительные периодические медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами.

Дополнительная диспансеризация работающих направлена, прежде всего на то, чтобы можно было оценить состояние этой категории людей. Составить паспорт здоровья работающего гражданина, осуществлять мониторинг здоровья и в конечном итоге сделать возможным прогнозирование затрат, которые несет государство по лечению и реабилитации этих людей.

**3.3. О ходе реализации национального проекта «Здоровье» на территории Новохоперского района.**

С начала 2006г. на территории Новохоперского района реализуется приоритетный

национальный проект «ЗДОРОВЬЕ», который направлен на повышение доступности, качества и эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи населению района.

 Включает в себя:

- подготовку кадрового потенциала,

- улучшение материально-технической базы ЦРБ,

- улучшение оказания медицинской помощи женщинам Новохоперского района в период беременности и родов,

- улучшение здоровья детского населения района,

- профилактику и лечение наиболее значимых заболеваний.

***Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых.***

В 2006году прошли профессиональную переподготовку 12 врачей общей практики, еще 5 врачей закончат обучение по специальности «врач общей практики» (ВОП) во втором полугодии 2007 года.

С целью обеспечения территориальной доступности, улучшения качества медицинской помощи произошло разукрупнение сельских врачебных участков, 3 ФАП преобразовались во врачебные амбулатории и в настоящий момент в районе функционируют 10 офисов ВОП (на начало 2006г. их было 4.)

 Коэффициент совместительства среди работников первичного звена снизился до 1,1. В целях привлечения врачебных кадров в ЦРБ с 2003 года в районе действует целевая Программа «О кадрах учреждения здравоохранения Новохоперского района». Ежегодно проводятся дни сотруднечества с ВГМА, работает образовательный центр факультета довузовской подготовки и профессиональной ориентации. В настоящий момент в Воронежской медицинской академии обучается 29 студентов по целевому набору, которые вольются в ряды Новохоперских медиков в ближайшие годы.

***Осуществление денежных выплат врачам общей (семейной) практики, врачам - терапевтам участковым, врачам- педиатрам участковым и медицинским сестрам врачей- терапевтов участковых, врачей- педиатров участковых, медицинским сестрам общей (семейной) практики с учетом объема результатов их деятельности.***

Заключены дополнительные соглашения к трудовым договорам и сформирован Регистр медицинских работников первичного звена, который обновляется ежемесячно.

24 врача и 30 средних медицинских работников ежемесячно получают федеральные выплаты. В целом средняя заработная плата данных категорий работников увеличилась на 108% в сравнение с 2005 годом

***Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу ФАП, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам «Скорой медицинской помощи».***

На территории Новохоперского района 27 ФАП. Все ФАП укомплектованы физическими лицами.31 сотрудник ФАП и 26 работников скорой медицинской помощи получают дополнительные денежные выплаты. В целом заработная плата работников ФАП и скорой медицинской помощи выросла в 2 раза. Несмотря на дополнительные выплаты, осуществляемые работникам скорой медицинской помощи, острым остается вопрос укомплектования бригад скорой помощи врачами.

***Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения».***

В соответствии с Приказом МЗ и социального развития от 28.11.2005г. №701 «О родовом сертификате», Постановлением Правительства РФ от 30.12.2006г. «О порядке финансирования в 2007г. расходов, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов» в 2007г было выдано 167 родовых сертификатов в женской консультации и 149 в родильном отделении.

 Денежные средства, полученные при реализации данного направления, позволили

значительно укрепить материально-техническую базу родильного отделения и женской консультации.

 В женскую консультацию поступило оборудования на сумму 69814 рублей 70 копеек.

В родильное отделение приобретено оборудования на сумму 361910 рублей.

Затрачено на медикаменты, изделия медицинского назначения, усиленное питание беременных и кормящих женщин 293191 рублей 37 копеек.

Затраты на медикаменты в сравнении с 2005 годом возросли в 2 раза. И поделились следующим образом 85,1% из средств полученных по родовым сертификатам и 14,9% из средств ОМС.

 Средняя заработная плата работников родильного отделения и женской консультации увеличилась по сравнению с 2005 годом в 2,3 раза.

***Обследование новорожденных детей на галактоземию и адреногенитальный синдром.***

 Количество детей, родившихся живыми в районе по состоянию на 01.07.07г. - 160 чел. Все новорожденные обследованы на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз на 4-е сутки жизни.

***Диспансеризация детей первого года жизни.***

 В ходе реализации направления национального проекта «Диспансеризация детей первого года жизни» на 20. 08. 2007г. осмотрено 62 ребенка. Заполнено 20 сертификатов.

***Оснащение диагностическим оборудованием ЛПУ».***

В 2006 году в МУЗ «Новохоперская ЦРБ» приобретено диагностического оборудования на сумму 11731299. рублей. По национальному Проекту «Здоровье» оснащены оборудованием:

 *поликлиника ЦРБ*

- стационарный цифровой флюорограф;

- рентгеновский аппарат для проведения маммографии;

- многоканальный аппарат ЭКГ;

 *поликлиника Елань- Коленовской районной больницы*

- рентгендиагностический аппарат на 2 рабочих места;

- стационарный цифровой флюорограф;

- портативный ультразвуковой аппарат;

- многоканальный аппарат ЭКГ;

В 2007 году поставлено следующее оборудование:

- система ультразвуковая VIVID 3;

- автоматический гематологический анализатор;

- полуавтоматический анализатор глюкозы;

- полуавтоматический анализатор мочи;

- коагулятор полуавтоматический;

- эзафагогастродуоденоскоп;

- цистоуретроскоп;

- гитероскоп;

- фетальный монитор.

***Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи.***

В 2006г. было получено 3 автомобиля Скорой медицинской помощи, оснащенных медицинским оборудованием на сумму 2080382,92руб., что позволило значительно ускорить и повысить уровень качества оказания неотложной помощи населению Новохоперского района. В октябре 2007 года получено еще два автомобиля класса В.

***Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией.***

На территории Новохоперского района проживают 9 человек ВИЧ-инфицированных.2человека получают антиретровирусную терапию ГУЗ **«**Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями**».**

Контроль над лечением осуществляется ежемесячно. Обследования на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С производятся ГУЗ **«**Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями**».** Обследовано с 01.01.2007г. 3027 человек (78% от плана), выявлен 1 ВИЧ-инфицированный.

Проводятся профилактические мероприятия среди населения района по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов: читаются лекции, проводятся беседы, выпускаются санитарные бюллетени. В школах проводится учеба по профилактики ВИЧ инфекции, половому воспитанию и воспитанию здорового образа жизни. Прочитано 4 радиолекции, помещена статья в районную газету «Вести».

***Иммунизация населения в рамках национального календаря прививок.***

 В текущем году в район выделено 8000 доз вакцины против ВГВ, 1820 доз вакцины против краснухи и 141 доза инактивированной полиовакцины. Общая стоимость выделенных району в рамках проекта вакцин составила 471367,54 руб.

 При плане иммунизации населения Новохоперского района против вирусного гепатита В - 3959 человек, из них в стадии вакцинации V1 - 3959, V2 -1983, V3 – 322.

 Коревая краснуха, план- 2166 человек, привито 1964 человека.

Иммунизация детей полиомиелитной инактивированной вакциной при плане 47 чел выполнена на стадии вакцинации:

- V1 - 100 %

- V2 - 85%

- V3 - 42,5%

 Высокий уровень охвата прививками в рамках дополнительной программы иммунизации позволил существенно снизить уровень заболеваемости целевыми «вакциноуправляемыми» инфекциями. В 2007 году не зарегистрирована заболеваемость краснухой, ликвидирован полиомиелит, нет случаев вакцинозависимого полиомиелита, последовательно снижается заболеваемость вирусными гепатитами.

***Дополнительная диспансеризация (ДД) работающего населения.***

 На территории района продолжается Дополнительная Диспансеризация работников государственных и муниципальных учреждений образования, здравоохранения, социальной сферы, культуры, физической культуры , спорта, научных учреждений. Заключен договор №17 от 24.01.2007г на проведение ДД между МУЗ «Новохоперская ЦРБ» и ТФОМС. Выполнение плана составляет 78 %.

 Всего выявлено 119 человек с различными заболеваниями :

- болезни эндокринной системы - 21 чел, в том числе впервые выявлены 3 человека с

сахарным диабетом;

- болезни нервной системы - 5 человек;

- болезни глаз - 27 человек;

- болезни системы кровообращения - 33, в том числе болезни характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 24;

- болезни органов пищеварения-3;

- болезни мочеполовой системы-21;

- новообразования - 3;

- болезни костно-мышечной системы - 6.

***Углубленные медицинские осмотры (УМО) лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.***

 Заключены договора с организациями на проведениеуглубленных медицинских осмотров лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

 Выявлено 63 человека со следующими заболеваниями:

- болезни эндокринной системы-19, в том числе впервые выявлен 1человек с сахарным диабетом;

- болезни нервной системы – 1;

- болезни глаз – 21;

- болезни системы кровообращения – 22, в том числе болезни характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 22;

- болезни уха и сосцевидного отростка - 1.

 Реализация Национального проекта здоровья по направлениям Дополнительная Диспансеризация работников бюджетной сферы и Углубленные медицинские осмотры лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами привело к увеличению заработной платы узких специалистов в среднем в 1,5 раза.

 С момента реализации национального Проекта значительно увеличивается рост заработной платы медицинских работников участвующих в оказании медицинской помощи.

 Наряду с этим из муниципального бюджета и областного бюджетов направляются средства для улучшения условий и качества оказания медицинской помощи в целом.

Так 2006 год проведен текущий ремонт в ЛПУ района на сумму – 1,140 мл. рублей, куда вошли: подготовка 4 новых рентгеновских кабинетов под установку рентгеновского оборудования, поставленного по национальному проекту «Здоровье», ремонт детской поликлиники, текущий ремонт хирургического отделения ЦРБ.

 В 2007г введена в строй и полностью оснащена Ярковская амбулатория, открыто отделение неотложной помощи, получен автомобиль для оказания неотложной помощи жителям Ярковского врачебного участка.

 Таким образом, реализация приоритетных направлений национального Проекта в сфере здравоохранения позволяет улучшить не только доступность, но и качество оказания медицинской помощи населению Новохоперского района.

1. **Заключение.**

Реформирование здравоохранения должно рассматриваться в общем контексте социально-экономических и политических преобразований в стране. Экономический спад и политическая нестабильность были не лучшим временем для преобразований. Проводимые реформы не улучшили качество и культуру оказания медицинской помощи населению, показатели общественного здоровья, эффективность использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов, материальное положение медицинских работников.

Основными причинами низкой эффективности реформирования здравоохранения стали сложная социально-экономическая и политическая ситуация в стране, недостаточное финансирование, неудовлетворительная материально-техническая база ЛПУ, отсутствие заинтересованности медицинских работников и руководителей органов управления и учреждений здравоохранения в преобразованиях, негативный опыт прошлых перемен, низкий уровень научно-методического, информационного и социально-психологического обеспечения процессов реформирования, не отвечающий современным требованиям уровень управления отраслью.

Тем не менее, несмотря на все недостатки и упущения, начатые преобразования обладают большими потенциальными возможностями повышения социально-экономической эффективности здравоохранения. Необходимо использование современных методов стратегического менеджмента, системного и ситуационного подходов. Реальная реформа отрасли предполагает изменение внутренних переменных системы здравоохранения (приоритетность целей, задачи, структура, технологии, человеческий фактор) и модификацию взаимоотношений с внешними системами.

# ***Отношение к проекту населения.***

Судя по публикациям, приоритетные проекты вызвали большой интерес у населения. Проект "Здоровье" волнует все социальные слои населения без исключения, но наиболее важным он оказался для самих сотрудников учреждений здравоохранения. В то же время, подчеркивают эксперты, население опасается, что выделенные на реализацию приоритетных национальных проектов деньги могут быть потрачены неэффективно или незаконно. Поэтому на сегодняшний день востребована система контроля реализации национальных проектов, которая бы не только оценивала степень эффективности освоения выделенных средств на каждом этапе, но и дала возможность составить представление о том, есть ли необходимость дополнительного вложения бюджетных денег для успешной реализации проектов.

Материалы публикаций не позволяют однозначно заключить, что население реально почувствовало положительные результаты реализации проекта. Обычно это связывается с тем, что для получения ощутимых положительных результатов потребуется достаточно продолжительное время.

Используемая литература:

1. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 ноября 2005 г. N 701 «О родовом сертификате».

2. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.03.2006 г № 188 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждений».

3. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. №99 « О порядке утверждения федерального регистра врачей – терапевтов участковых, врачей – педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер участковых врачей – терапевтов участковых, медицинских сестер участковых врачей – педиатров участковых медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

4. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2006 г. № 27 о внесении изменений в приложение № 1 к приказу Минздрава России от 27 июня 2001 года №229"О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям".

5. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от от 10 января 2006 г. № 5 «О порядке и условиях оплаты труда государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов».

6. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2005 г. № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».

7. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2005 г. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией».

8. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 декабря 2005 г. № 752 «Об оснащении санитарного транспорта».

**9. Постановление правительства Российской федерации от 31 декабря 2005 г. № 867** «**Об обеспечении в 2006 году диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи».**

**10. Постановление правительства Российской федерации от 31 декабря 2005 г. № 870 «Об обеспечении государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2006 году за счет средств федерального бюджета диагностическими средствами и антиретровирусными препаратами в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, оборудованием, расходными материалами для неонатального скрининга».**

**11. Постановление правительства Российской федерации от 31 декабря 2005 г. № 871 «Об обеспечении в 2006 году машинами скорой медицинской помощи и реанимобилями учреждений скорой медицинской помощи и санитарной авиации».**

12. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.12.2005г. № 816 «Об утверждении Методические рекомендации по оформлению в 2006 году трудовых отношений между 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 и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации)».

13. Методические рекомендации по оформлению в 2006 году трудовых отношений между 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 и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации).

14. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2005г. № 133 «Об утверждении Порядка предоставления субвенций территориальным фондам обязательного медицинского страхования на финансирование выполнения учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи и Бюджетных заявок на перечисление средств на оплату дополнительной медицинской помощи.

15. Приказ Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области «О мерах по реализации постановления Правительства РФ от 31.12.2005г. № 874».

16. Постановление Правительства РФ от 30.12.2005г. № 851 «О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи».

17. Постановление Правительства РФ от 31.12.2005г. № 868 « О порядке предоставления в 2006 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий, на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно исследовательских учреждениях».

18. Постановление Правительства РФ от 31.12.2005г. № 874 « Об утверждении правил предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования».

19. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2005г. № 876 «О порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования Российской Федерации».

20. «Основные этапы и перспективы реформирования российского здравоохранения», М.А. Татарников, д.м.н., руководитель отдела стратегий управления здравоохранением НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова, "Главврач", № 12, декабрь 2006 г.

21. «Первые итоги реализации национального проекта "Здоровье", Н. Фролова, директор Финансово-экономического департамента Министерства здравоохранения и социального развития РФ, доктор экономических наук, профессор, "Бюджет", N 7, июль 2006 г.

22. «Национальный проект "Здоровье" и разграничение полномочий – начало модернизации системы здравоохранения», Н.Н. Карякин, кандидат медицинских наук, "Советник бухгалтера в здравоохранении", N 3, апрель-май 2006 г.

23. «Национальный проект "Здоровье" и новые задачи в управлении кадровыми ресурсами на этапе первичной медико-санитарной помощи», "Менеджер здравоохранения", № 2, февраль 2006 г.