

ЛЕКЦИЯ
**«Реформирование в
здравоохранении»**
Красноярск 2006

Цель лекции:

Ознакомить студентов с принципами и реальной составляющей процессов реформирования в мире, РФ и Красноярском крае.

План лекции:

1. Актуальность.
2. Основные термины и понятия.
3. Основные подходы к реформированию здравоохранения.
4. История Реформирования Российского здравоохранения.
5. Современный этап реформирования Российского здравоохранения.
6. Финансирование процесса реформирования Российского здравоохранения.
7. Современный этап реформирования здравоохранения Красноярского края.

Выступление В.В. Путина на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета



Что у нас произошло в 1991 году? Мы формально и окончательно передали в муниципалитеты вот это самое первичное звено. Но там не было ни умения **самостоятельно решать ряд важнейших вопросов**, не было и до сих пор отсутствует правовая база, и, самое главное, там не было и до сих пор нет нужного количества денег. Только сейчас мы с вами говорим **о разделении полномочий в рамках здравого смысла** и с обеспечением необходимым финансированием. И то до сих пор эту работу не довели до конца.

5 сентября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



И вот в результате такого положения дел из года в год ситуация в первичном звене здравоохранения постепенно, но уверенно ухудшалась. И нужно прямо признать, что муниципальная сеть здравоохранения находится сейчас в плачевном состоянии. И предлагаю сегодня говорить о проблемах не в общем виде, а предельно конкретно.

5 сентября 2005 года

Выступление В.В. Путина на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



Сразу отмечу: это не только вопрос
отраслевой политики. Это **ключевое
условие** повышения качества жизни, а в
конечном итоге – повышения их деловой и
общественной активности. Я вообще
думаю, что **это просто укрепление страны.**
Нам необходимо кардинальное
обновление всей системы. Рассчитываю,
что серьезным стимулом к этому станут
первоочередные меры одного из
заявленных нами **национальных проектов.**

11 октября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



**Особое внимание считаю
необходимым уделить развитию первичного
медицинского звена, первичной медицинской
помощи, профилактике заболеваний,
включая вакцинацию и эффективную
диспансеризацию населения. Мы обязаны
существенно снизить распространенность
инфекционных заболеваний, в том числе
ВИЧ-инфекции и других,**

5 сентября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



**Говоря совсем конкретно, предстоит
снизить заболеваемость гепатитом в три
раза, уменьшить число заразившихся ВИЧ-
инфекцией на 1000 человек в год,
например, краснухой – в 10 раз, а у детей
предотвратить развитие врожденных
пороков, связанных с этой инфекционной
болезнью.**

11 октября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



Рассчитываю также, что уже в следующем году в разы вырастет число тех, кому за бюджетный счет будут оказываться высокотехнологичные медицинские услуги. При этом должна сократиться длительность ожидания пациентами диагностических исследований, увеличиться оперативность приезда машин скорой медицинской помощи. Больше станет и врачей общей практики, что особенно важно на селе.

11 октября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами
Правительства, руководством Федерального Собрания
и членами президиума Государственного совета



Вместе с тем проблемы здравоохранения не могут быть решены только за счет новых финансовых вливаний. Нам нужны решительные продуманные шаги по системной модернизации отрасли, и здесь нужно вести продуктивный диалог, в том числе с медицинским сообществом.

5 сентября 2005 года

Основные термины и понятия

РЕФОРМА (франц. reforme, от лат. reformo - преобразовываю), преобразование, изменение, переустройство какой-либо стороны общественной жизни (порядков, институтов, учреждений); формально - нововведение любого содержания, однако реформами обычно называют более или менее прогрессивное преобразование.

Концепция - система взглядов, единый замысел.

Основные термины и понятия



**Либертарная
идеология**

**Солидарная
идеология**

Основные подходы к реформированию здравоохранения

Теоретические основы и научно-практических рекомендаций по управлению процессом РЗ в современных условиях.

Основные подходы к реформированию здравоохранения

Здравоохранение является открытой системой, деятельность которой зависит от внутренних факторов и от внешнего окружения.

В этих условиях необходимо отчетливо видеть связь между социально-экономическими процессами в обществе и системой охраны здоровья населения.

Основные подходы к реформированию здравоохранения

Требуется изучение РЗ как процесса, подчиненного общим законам развития систем и в то же время обладающего определенными особенностями, связанными со спецификой здравоохранения.

Основные подходы к реформированию здравоохранения

РЗ основывается на следующих взаимосвязанных принципах:

- 1. единство теории и практики РЗ;**
- 2. системный подход;**
- 3. ситуационный подход;**
- 4. процессуальный подход;**
- 5. единство РЗ на микро- и макроуровне;**

Основные подходы к реформированию здравоохранения

6. **использование социально-психологических методов управления;**
7. **информационный подход;**
8. **использование апробированных методов и технологий современного менеджмента;**
9. **сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения;**
10. **расширение прав общественных организаций.**

Основные подходы к реформированию здравоохранения

Использование указанных принципов в практической деятельности является важным фактором эффективного управления процессами РЗ.

1. Единство теории и практики РЗ.

Научное обоснование - необходимое условие успешного РЗ. В свою очередь практика дает необходимую информацию для научного анализа и ставит задачи исследований, приобретающих прикладной характер.

2. Системный подход.

Объективная необходимость применения системного подхода при РЗ определяется увеличением и усложнением внешних и внутренних связей здравоохранения и динамичностью окружающей социально-экономической среды.

2. Системный подход.

В основе традиционного подхода к управлению лежала уверенность в том, что для эффективного руководства достаточно располагать информацией о состоянии здоровья населения и основных влияющих на него факторах: материальных, финансовых и кадровых ресурсах отрасли; показателях деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

2. Системный подход.

При системном подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей.

2. Системный подход.

Таким образом, здравоохранение рассматривается как единая система, состоящая из отдельных взаимосвязанных подсистем, и как часть системы более высокого уровня, в качестве которой можно рассматривать социально-экономическую систему страны, которая в свою очередь является частью мировой системы.

2. Системный подход.

Интеграционные процессы, глобализация экономики, миграция населения, загрязнение окружающей среды, бедность и низкий уровень здравоохранения многих развивающихся стран, войны, национальные и политические конфликты, изменения духовной среды и образа жизни самым непосредственным образом затронули здравоохранение.

3. Ситуационный подход.

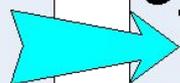
Тесно связанный с системным подходом, ситуационный подход позволяет выделять наиболее важные внешние и внутренние факторы, влияющие на здравоохранение в конкретный промежуток времени. Необходимо объективно оценивать социально-экономическую и политическую обстановку на местах.

3. Ситуационный подход.

Методы управления отраслью должны быть адаптированы к меняющейся обстановке. Основная цель здравоохранения - сохранение и укрепление здоровья населения - остается без изменений, при этом возможна расстановка несколько иных акцентов при ее достижении.

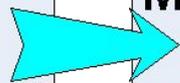
3. Ситуационный подход.

Сильные стороны



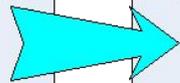
Существует и опробован программно-целевой подход в реализации социальных программ

Слабые стороны



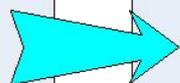
Межведомственные противоречия и слабая координация

Благоприятные возможности



Высокий политический интерес к проблеме наркопотребления

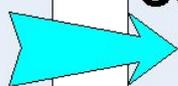
Угрозы



Рост числа социальных проблем и невозможность дополнительной социальной нагрузки на бюджет

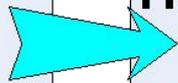
3. Ситуационный подход.

Сильные стороны



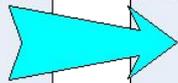
Сформирована основная региональная нормативная база, необходимая для организации профилактической работы

Слабые стороны



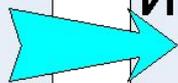
Недостаточные людские ресурсы (качество и количество)

Благоприятные возможности



Можно получить доступ к дополнительным ресурсам

Угрозы



Инфляционные процессы в экономике

3. Ситуационный подход.

Суть ситуационного подхода заключается в том, что закономерности РЗ действуют неоднозначно в различных социально-экономических и политических условиях на разных территориях в различные периоды времени.

4. Процессуальный подход.

В рамках данного подхода РЗ рассматривается как непрерывный процесс.

4. Процессуальный подход.

Во-первых, это обусловлено тем, что здравоохранение как общественный институт будет, скорее всего, существовать столь долго, сколько будет существовать человечество. А это значит, что попытки улучшить систему охраны здоровья населения будут предприниматься всегда.

4. Процессуальный подход.

Во-вторых, ускорение темпов развития цивилизации ставит новые задачи перед здравоохранением.

4. Процессуальный подход.

В третьих, само по себе управление РЗ является непрерывным процессом и включает в себя взаимосвязанные действия по планированию, организации, мотивации и контролю, называемые функциями менеджмента, и связующие процессы, включающие в себя обмен информацией и принятие решений.

5. Единство РЗ на микро- и макроуровне.

Указанный принцип за прошедшее десятилетие нарушался особенно часто. В соответствии с Федеральным законом № 154 ФЗ от 28.08.95 "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" к вопросам местного ведения отнесены организация и развитие муниципальных ЛПУ. Многие территории стали разрабатывать собственные модели здравоохранения, особенно в области ОМС. В результате были нарушены целостность системы охраны здоровья населения и единство политики РЗ.

5. Единство РЗ на микро- и макроуровне.

Объективная необходимость координации мероприятий по РЗ на федеральном, региональном и муниципальном уровнях определяется различием задач и возможностей на каждом уровне. На федеральном уровне формируется стратегия развития здравоохранения, определяются пути его реформирования, параметры бюджета и государственных фондов ОМС, разрабатываются методологические подходы решения наиболее актуальных проблем охраны здоровья населения.

5. Единство РЗ на микро- и макроуровне.

На уровне субъекта федерации происходит адаптация основных направлений развития здравоохранения к региональным условиям. В последнее время для осуществления согласованных действий по реализации государственной политики в области здравоохранения особое значение приобрела практика заключения трехсторонних договоров между Минздравом РФ, Федеральным фондом ОМС и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

5. Единство РЗ на микро- и макроуровне.

Практическая реализация реформ происходит прежде всего на местном уровне в муниципальных ЛПУ и их структурных подразделениях. Здесь на первый план выходят вопросы создания и совершенствования мотивационного механизма РЗ, включающего в себя экономические и социально-психологические аспекты.

6. Использование социально-психологических методов управления.

Это один из важнейших, но слабо используемых и недостаточно разработанных принципов управления. Так как основное внимание в процессе РЗ уделяется экономическим вопросам, проблемы социально-психологического обеспечения реформ отошли на второй план.

6. Использование социально-психологических методов управления.

Однако даже грамотно спланированная стратегия РЗ при продуманной организации может потерпеть поражение на стадии реализации в результате недостаточной мотивации и внутреннего сопротивления со стороны медицинских работников. Использование современных социально-психологических методов управления позволяет избежать многих неприятностей, возникающих при любых реформаторских преобразованиях.

7. Информационный подход.

В основе эффективного управления процессом РЗ лежат достоверная информация и количественные методы ее обработки. Источниками релевантных данных служат материалы официальной статистики, результаты научных исследований, социально-экономического и социологического мониторинга. Необходимо создание постоянно действующей системы отслеживания, анализа, оценки и прогноза результатов реформ, включающей в себя сбор, хранение, обработку и систематизацию данных на основе современных компьютерных технологий.

7. Информационный подход.

Информационное обеспечение необходимо при реализации всех функций управления процессом РЗ, включая планирование, организацию, мотивацию и контроль. Основными принципами информационного обеспечения РЗ должны стать достоверность, актуальность, полнота, комплексность, доступность, единые унифицированные подходы к сбору, обработке, анализу и распространению информации.

ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ К ИНДИКАТОРАМ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Однозначность трактовки

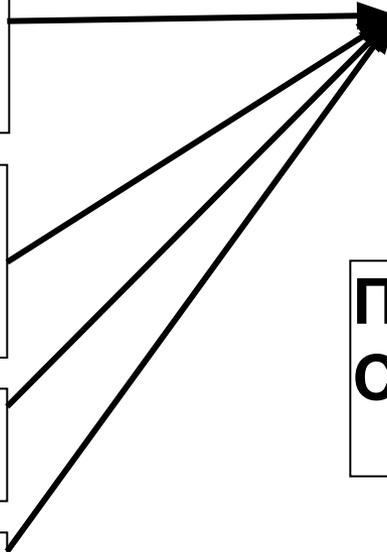
Влияние (связь) со здоровьем

Достоверность

Управляемость

Информативность

**Пополняемость
Сопоставимость**



7. Информационный подход.

Основными задачами информационной обеспечения РЗ являются:

- обеспечение лиц, принимающих решения, достоверной и актуальной информацией в необходимом объеме (пирамида стратегий);
- проведение системного анализа данных, выявление факторов, оказывающих наибольшее влияние на РЗ, прогноз развития реформ;
- формирование фонда апробированных методов и технологий РЗ и соответствующего программного обеспечения;
- информирование органов государственной власти и общественности о целях, задачах, путях и проблемах РЗ.

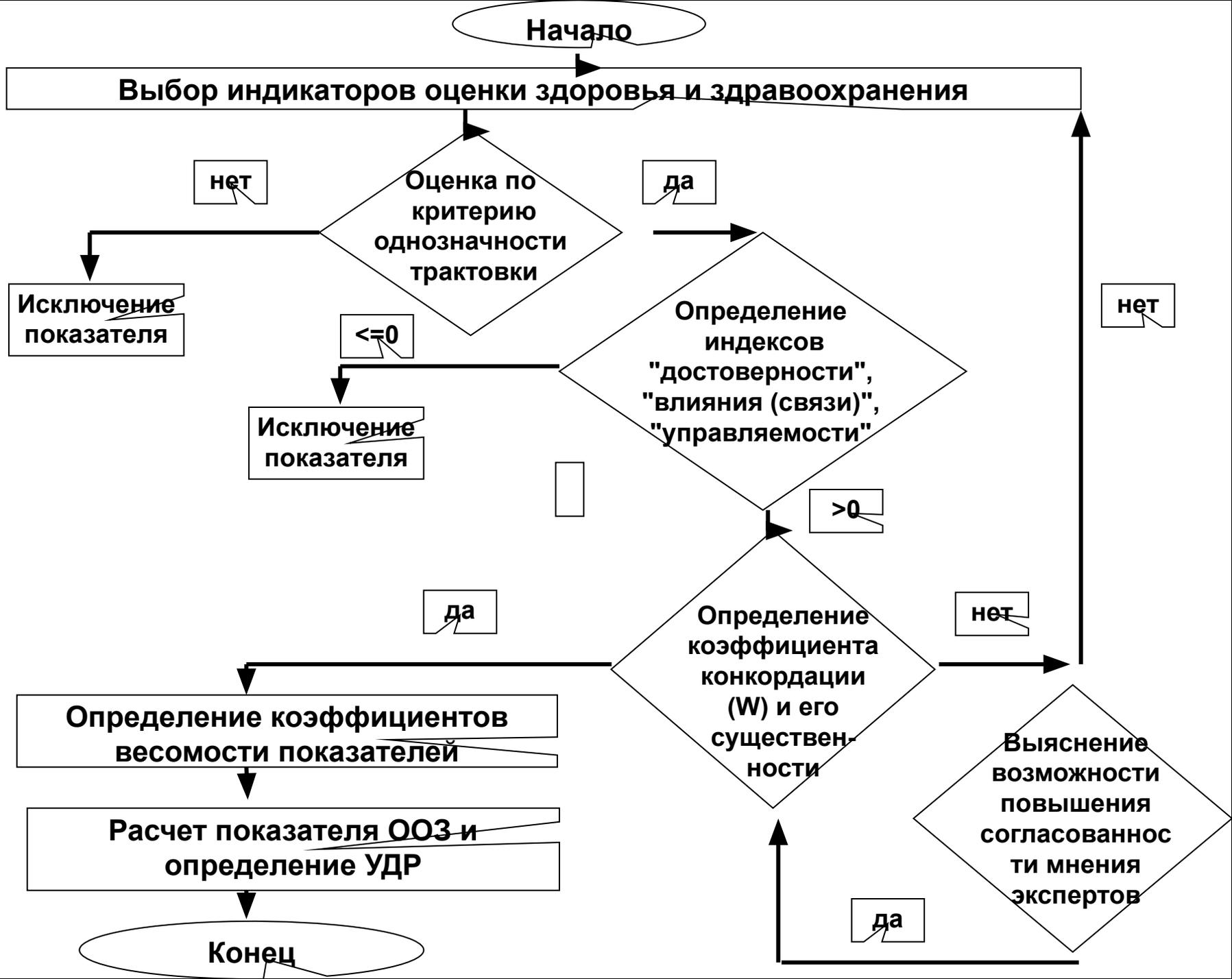
8. Использование методов и технологий современного менеджмента.

Успешные реформы в отрасли невозможны без повышения качества управления, принципы и методы, которого носят универсальный характер, требуют адаптации к российской действительности. К сожалению, приходится констатировать, что достижения в области менеджмента в практике управления здравоохранением во многом остаются невостребованными.

8. Использование методов и технологий современного менеджмента.

В настоящее время только начинается использование методов стратегического и проектного управления, организационного проектирования, статистических методов контроля качества, инновационного менеджмента и др.

**АЛГОРИТМ ОТБОРА ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АДМИНИСТРАТИВНО-
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИИХ
ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ
ОБОБЩЕННОЙ ОЦЕНКИ.**



Индикаторы оценки деятельности здравоохранения и состояния здоровья населения АТО	Коеф-ты весомости
Абацилирование больных туберкулезом легких	5,9
Догодичная летальность онкологических больных	6,5
Запущенность онкологических заболеваний	6,6
Доля детей, находящихся на грудном вскармливании от 3 мес. до года	6,4
Доля новорожденных с весом при рождении менее 2500гр.	7,0
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	7,0
Охват детей профилактическими прививками от кори (%)	7,2
Распространенность абортсв (на 1000 женщин фертильного возраста)	6,5
Соотношение числа инсультов к числу зарегистрированных больных артериальной гипертонией всего	6,6
Соотношение числа экстренных операций к плановым при грыжах	6,2
Удельный вес беременных, взятых на учет до 12-ти недель	6,4
Число экстренных госпитализаций с диагнозом бронхиальная астма на 100000 жителей	7,0
Число экстренных госпитализаций с диагнозом гипертоническая болезнь на 100000 жителей	6,9
Число экстренных госпитализаций с диагнозом сахарный диабет на 100000 жителей	7,1
Смертность от болезней системы кровообращения	6,7

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АТО
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПО
ИНДИКАТОРАМ СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

ИНДИКАТОРЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИМЕЮЩИЕ НАИБОЛЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ РАССОГЛАСОВАННОСТИ ДЛЯ ПАРТИЗАНСКОГО РАЙОНА.

Наименование показателя	Базовое значение	Фактич-е значение	Коэф-нт рассогл.	Значимость различий
Догодичная летальность онкологических больных (%)	31,5	68,2	1,70	p<0,05
Запущенность онкологических заболеваний (%)	25,6	30,2	0,24	p<0,05
Соотношение числа экстренных операций к плановым при грыжах (%)	21,6	37,5	0,94	p<0,05
Младенческая смертность, стандартизованная на МО	2	4	1,11	p<0,05
Число экстренных госпитализаций с диагнозом бронхиальная астма на 100000 населения	43,6	258,4	4,93	p<0,05
Число экстренных госпитализаций с диагнозом гипертоническая болезнь на 100000 населения	149,3	1009,2	5,76	p<0,05
Число экстренных госпитализаций с диагнозом сахарный диабет на 100000 населения	32,5	145,3	3,47	p<0,05

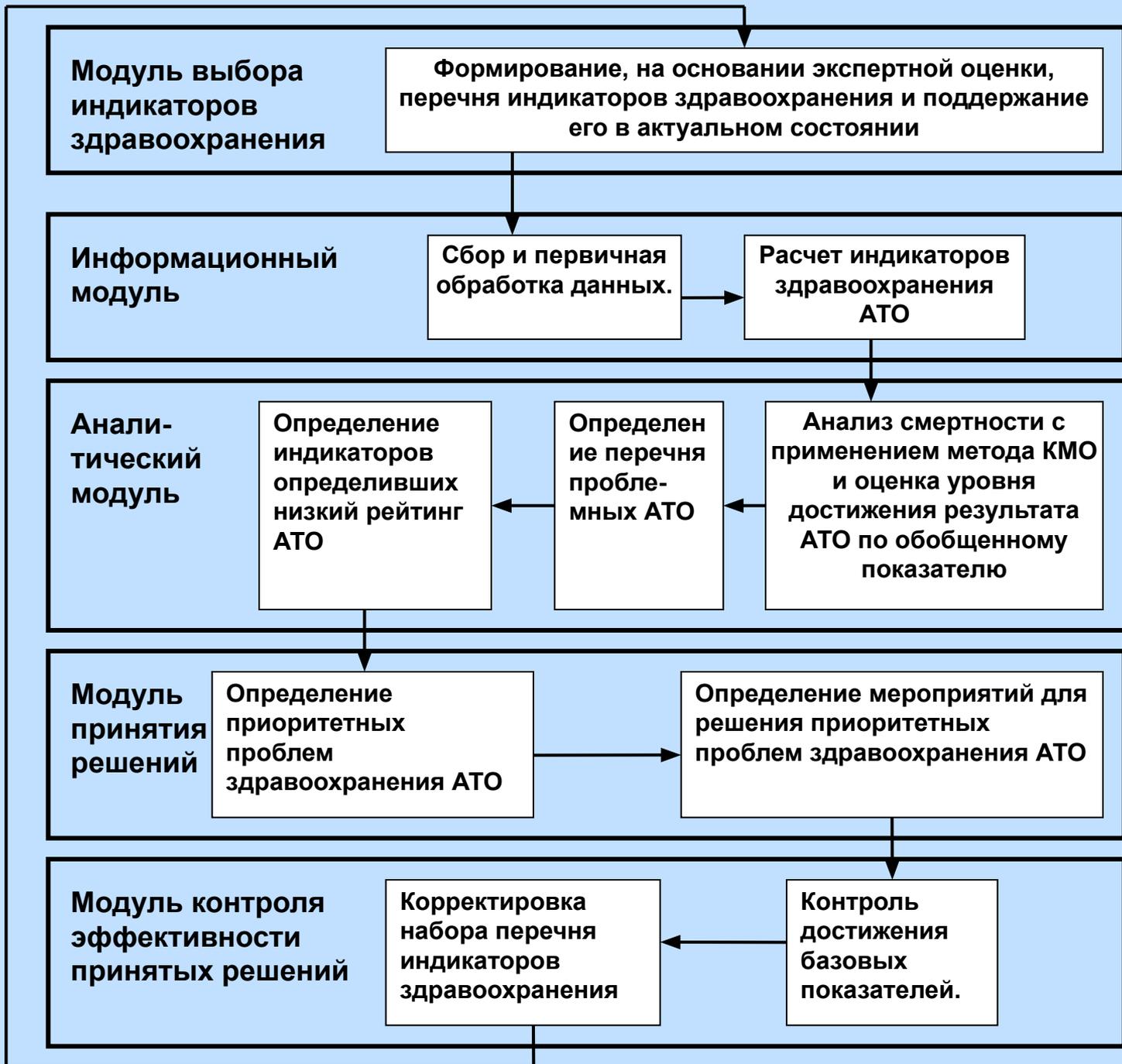
РАНЖИРОВАНИЕ АТО КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПО УДР

Территория	Уровень достижения результата (%)	Место
г. Красноярск	97,0	1
Березовский	89,0	2
Рыбинский	86,8	3
Назаровский	84,2	4
г. Сосновоборск	83,6	5
Пировский	83,0	6
Саянский	82,5	7
Богучанский	81,8	8
г. Лесосибирск	81,6	9
Идринский	80,0	10
Новоселовский	49,6	40
Каратузский	47,3	41
Балахтинский	41,7	42
Енисейский	28,1	43
Сухобузимский	26,5	44
Ирбейский	24,0	45
Краснотуранский	13,3	46
Курагинский	1,3	47
Большеулуйский	0,0	48
Партизанский	0,0	49

9. Сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения.

Ограниченность финансовых и материальных ресурсов здравоохранения и необходимость получения максимальной отдачи от вложенных средств не позволяют расплывать усилия по РЗ. В настоящее время приоритетным является совершенствование финансово-экономических отношений в отрасли, направленное на повышение эффективности использования ресурсов, структурную реорганизацию, повышение качества и культуры оказания медицинской помощи, усиление профилактики.

**МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ АТО
ПО ПРИОРИТЕТАМ ЕГО
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.**



9. Сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения.

В настоящее время основным и все более возрастающим направлением стало лечебно-диагностическое, а не профилактическое, декларированное еще на заре советского здравоохранения среди 5 его принципов Н.А. Семашко и З.П.Соловьевым (государственное, бесплатное, плановое, преимущественное внимание к охране здоровья рабочих и служащих). По данным мировой статистики 1 рубль вложения в профилактику взрослого экономит 10 руб., а 1 руб., вложенный в предупреждение заболеваний ребенка -14 руб.

9. Сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения.

Наиболее актуальными представляются следующие основные направления развития здравоохранения:

- **разработка и внедрение оптимальной структуры собственности и оптимального государственного, общественного и частного секторов в здравоохранение;**
- **развитие и совершенствование медицинского страхования, особенно добровольного;**
- **дальнейшее укрепление и развитие первичного звена системы здравоохранения, в том числе ВОП;**

9. Сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения.

- **укрепление служб охраны здоровья матери и ребенка и работающего населения (развитие промышленного здравоохранения);**
- **создание в здравоохранении единой системы законов прямого действия, соответствующей принципам международного законодательства;**
- **дальнейшее совершенствование технической базы здравоохранения;**
- **разработка и внедрение единых общероссийских стандартов, приближенных к международным;**

9. Сосредоточение основных усилий на приоритетных направлениях развития здравоохранения.

- **развитие стратегического управления менеджмента и планирования на всех уровнях;**
- **широкая информированность населения по санитарно-гигиеническим и медицинским вопросам.**

10. Расширение прав общественных организаций.

Развитие демократии повышает роль и значение общественной поддержки РЗ. Практика показывает, что успешные преобразования возможны только на основе объединения целенаправленных усилий органов исполнительной и законодательной власти, ЛПУ и общественных медицинских организаций. Указанный принцип управления здравоохранением и процессами его реформирования получил официальное признание на IV (XX) Всероссийском Пироговском съезде врачей и совместном заседании Коллегии МЗ РФ и Президиума правления РМА (28.08.01).

10. Расширение прав общественных организаций.

Было отмечено, что наиболее эффективной формой реализации самоуправления медицинских работников могут быть корпоративные объединения. Их участие в процессе РЗ наиболее целесообразно в области совершенствования отраслевой нормативно-правовой базы, проведения лицензирования ЛПУ в условиях структурной перестройки, осуществления общественной поддержки реформ, мотивации трудовой деятельности медицинских работников и лоббирования их интересов в законодательных и исполнительных органах власти.

Выводы:

Таким образом, в ходе РЗ необходимо учитывать не только специфику отечественного здравоохранения, но и использовать принципы, методы и технологии современного менеджмента. Целью преобразований является повышение экономической, социальной и медицинской эффективности системы здравоохранения на основе совершенствования экономических отношений, организационной структуры, мотивационного механизма, внедрения стратегического планирования, развития современных информационных технологий.

История Реформирования Российского здравоохранения

История Здравоохранения России начинается с пре-христианской эры (крещение Руси произошло в 988 году), когда лечение производилось целителями, посредством растительных лекарственных средств и ритуальных действий. Значительных изменений медицины не происходило и в течении Татаро-Монгольского ига в 13-15 веках.

История Реформирования Российского здравоохранения

Три крупные эпидемии чумы в 1365, 1425 и в 1498, произошедшие в Москве, унесли тысячи и десятки тысяч человеческих жизней. В 1551 году церковь совместно с членами двора провозгласили необходимость доступного лечения для больных и престарелых.

История Реформирования Российского здравоохранения

С 15-го века в России доминировали иностранные, преимущественно европейские врачи. Первым Русским врачом получившим европейское медицинское образование считается Петер Постников, который отправился в Италию в 1694 году.

История Реформирования Российского здравоохранения

В 18 веке Петер I способствовал приезду еще большего числа Европейских врачей. Русские врачи на тот момент времени преимущественно занимались лечением бедных слоев населения.

История Реформирования Российского здравоохранения

В 1755 году царица Елизавета основала Московский Университет и в 1764 году, при нем был открыт медицинский факультет. Впоследствии в России открывалось множество новых больниц, в 1833 году была открыта первая городская больница, где из 400 коек сто предназначались для бедных и содержались за счет государства.

История Реформирования Российского здравоохранения

В 1860-1917 были проведены социальные реформы, в частности царь Николай II основал сельские участки – земства, каждое из которых имело и свою собственную районную службу здравоохранения. На средства государства были организованы медицинские и фельдшерские пункты (по мнению некоторых западных экспертов именно с того времени берет начала традиция «неофициальных» платежей за медицинские услуги), а так же больницы.

История Реформирования Российского здравоохранения

С 1912 года так же начала работу система социального страхования, основанная на немецкой системе Бисмарка и покрывавшая около 20% работников различных профессий. Таким образом, к периоду Великой Октябрьской Социалистической Революции в России была развитая на уровне сравнимом с Западными странами система здравоохранения, включавшая в себя разветвленную систему больниц, сельских амбулаторий, частнопрактикующих преимущественно городских врачей, медицинское (высшее и среднее) образование.

История Реформирования Российского здравоохранения

В 1917-21 годах после Великой Октябрьской Революции, экономического спада, гражданской войны, голода, эпидемии тифа и т. д. Всероссийский Союз Работников Здравоохранения заменил профессиональные ассоциации. Контроль эпидемий и военная медицина получили наибольшее развитие. В 1921-28 годах в период Новой Экономической Политики (НЭП) отмечалось улучшение экономических показателей, эпидемический контроль оставался успешным.

История Реформирования Российского здравоохранения

Во времена Сталинского правления в 1928-41 внезапная индустриализация привела к массовому голоду. В начале тридцатых годов медицинское образование было полностью переведено на финансирование и под прямой контроль Министерства Здравоохранения. В 1936 году была создана Академия Медицинских Наук, которая должна была координировать все вопросы, связанные с медицинскими исследованиями.

История Реформирования Российского здравоохранения

С 1937 году финансовые средства, которые до этого шли непосредственно от трудящихся в бюджет министерства здравоохранения, поступали в общий бюджет, а откуда распределялись между всеми министерствами. Хотя подобный способ финансирования системы здравоохранения применяется в других странах, например в Англии, необходимо отметить, что здоровье общества всегда было приоритетным направлением для Англичан. В СССР же финансирование из общего бюджета привело к тому, что здравоохранение недополучало необходимые средства, финансировалось по «остаточному принципу».

История Реформирования Российского здравоохранения

Несмотря на некоторые отрицательно сказавшиеся на здоровье и здравоохранении решения и катаклизмы, в целом, достижения в области медицины, контроля заболеваемости были монументальны. Огромным достижением являлось в частности развитие разветвленной сети медицинских учреждений, сохранение бесплатности услуг, хорошее функционирование профилактических служб.

История Реформирования Российского здравоохранения

Среди отрицательных тенденций развития здравоохранения России послевоенного времени можно отнести изоляцию науки от мировой (хотя изоляция характеризовала все отрасли), упор на количественные показатели, постепенное снижение финансирования, уменьшение роли медицинских сестер и гиперспециализация врачей. Подход к развитию здравоохранения носил исключительно экстенсивный характер: считалось, что необходимо «больше того же самого», в то время как эпидемиологические тенденции изменились.

История Реформирования Российского здравоохранения

Доступ к услугам системы здравоохранения определялся либо местожительством, либо местом работы, через поликлиники. Выбор врача для большинства простых граждан не был предусмотрен. Члены определенных организаций, высокопоставленные начальники имели доступ к разветвленной сети элитных клиник, таким образом, провозглашенный принцип равноправия нарушался.

История Реформирования Российского здравоохранения

До середины 1960-х советская медицина способствовала снижению смертности (в частности младенческой, хотя ее определение было изменено в целях пропаганды), увеличению продолжительности жизни, хотя вероятно большую роль сыграло повышение благосостояние граждан и изобретение антибиотиков. Однако после середины 60-х эпидемиологические тенденции перестали соответствовать таковым на западе.

История Реформирования Российского здравоохранения

В то время как в развитых капиталистических странах после эпидемиологического перехода здравоохранение, используя новые подходы, продолжая успешно бороться с дегенеративными заболеваниями, Советское здравоохранение не смогло переориентироваться. В результате разница в смертности в СССР и развитых странах начала увеличиваться с каждым годом. Как и ранее, отчасти это было связано и с факторами находящимися за пределами медицины.

История Реформирования Российского здравоохранения

Другая причина неудачи советской системы здравоохранения состояла в том, что в период после Хрущева, расходы на содержание военного комплекса сильно возросли. Для того чтобы достичь военного превосходства над Соединенными Штатами при Валовом Внутреннем Продукте (ВВП) в четыре раза меньшем, СССР потребовалось подставить под удар все остальные отрасли, в том числе здравоохранение, жилищно-строительный комплекс, образование и другие службы, работающие с детьми, все из которых являются факторами определяющими здоровье.

История Реформирования Российского здравоохранения

К моменту перестройки (1985 год) стали очевидными некоторые недостатки системы здравоохранения. В первую очередь остро встал вопрос о качестве медицинской помощи. Хотя в СССР количество врачей было, вероятно, высочайшем в мире, стандарты их подготовки явно не соответствовали западным. Медицина перестала быть престижной профессией. 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70% среднестатистической. Все чаще врачи получали неформальные платежи от пациентов, порой не за лучшее лечение, а просто за лечение. Таким образом, концепция всеобщей бесплатной медицинской помощи становилась все более далекой от реальности.

История Реформирования Российского здравоохранения

Самое высокое количество больничных коек в мире (в 4 раза больше чем в США на 1985 год) свидетельствовало о том, что в СССР развитие системы здравоохранения продолжалось по экстенсивному пути. Так же многие больницы особенно в сельской местности не соответствовали элементарным стандартам: около четверти больниц не имели даже системы центрального водоснабжения.

История Реформирования Российского здравоохранения

Зарплата врача зависела от специализации и квалификации, а не от качества его работы. Единственное к чему, посредством и зарплат и неформальных платежей, приводила материальная стимуляция врачей, это к узкой специализации и к стремлению работать преимущественно (около 80%) в больницах. Кроме того, в соответствии с законом Саттона, именно лучшие врачи были способны преодолеть конкуренцию и получить место в больнице. В амбулаторной службе в массе своей работали врачи с более слабой подготовкой.

История Реформирования Российского здравоохранения

Выплаты больницам основывались на количестве больничных коек и носили характер, стимулирующий неэффективность. По закону Ромера, в условиях финансирования больниц, исходя из количества больничных коек, управление больницы будет стремиться раздуть коечный фонд до максимально возможных размеров и держать их заполненными, за счет повышения количества госпитализаций или средней продолжительности госпитализации, часто необоснованно с точки зрения медицинской необходимости. Именно это и происходит в нашей стране вплоть до сегодняшнего дня.

История Реформирования Российского здравоохранения

Фармацевтический рынок конца 80х тоже столкнулся с кризисом. Производство медицинских препаратов и оборудования в России так никогда и не вышло на достойный уровень, из-за того, что экстенсивный метод развития отрасли здравоохранения требовал значительных расходов на поддержание системы, а средств на здравоохранение выделялось недостаточно, что бы их хватало и на фармацевту.

История Реформирования Российского здравоохранения

Другой проблемой советской медицины и науки вообще, являлась полная изоляция. В то время как развитые капиталистические страны в условиях высокого финансирования медицинских исследований, трудились сообща, в России наука развивалась изолированно, в условиях низкого финансирования, преодолевая порой сопротивление, связанное с политизацией результатов исследований. В соответствии с мнением различных экспертов медицинская практика в России отстает от уровня западных стран на 20-30 лет.

История Реформирования Российского здравоохранения

Разговор о стимулировании хороших врачей и рационализации финансирования здравоохранения начался задолго до непосредственного реформирования отрасли. Важным шагом было принятие закона о страховании здоровья за полгода до распада СССР. Воплощен этот закон был в 1993 году. Медицинское страхование, явилось радикальным переходом от бюджетного финансирования к выделению и изоляции средств предназначенных для отрасли здравоохранения, не позволяя таким образом урезать ее финансирование. 3,6% от фонда оплаты труда делились между региональным фондом (3,4%) и федеральным фондом (0,2%).

История Реформирования Российского здравоохранения

Страховые компании, получая средства от фондов, должны были контрактовать медицинские учреждения, борясь за потребителя и, стараясь расходовать средства наиболее эффективно, на благо пациента. Однако в России, в силу коррумпированности всех уровней власти, вместо регулируемого рынка, сложилась ситуация наиболее полно описанная в закон Капоне .

История Реформирования Российского здравоохранения

Страховые компании не посчитали нужным вовлекать потребителя в процесс принятия решений относительно системы здравоохранения, хотя весь смысл создания последней, должен был состоять в служении здоровью общества. Капиталисты, как всегда оказались главными врагами капитализма. Мирно поделив население России, страховые компании попросту пропускают финансовые потоки через себя, оставляя часть средств на свое развитие.

История Реформирования Российского здравоохранения

Страховые компании не посчитали нужным вовлекать потребителя в процесс принятия решений относительно системы здравоохранения, хотя весь смысл создания последней, должен был состоять в служении здоровью общества. Капиталисты, как всегда оказались главными врагами капитализма. Мирно поделив население России, страховые компании попросту пропускают финансовые потоки через себя, оставляя часть средств на свое развитие.

Современный этап реформирования Российского здравоохранения

- **Конкретные мероприятия по достижению целей и задач государственной политики в здравоохранении, социальном развитии, труде и занятости определены в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008 годы) и плане действий Правительства Российской Федерации в 2006 году по ее реализации, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 года № 38-р.**

Цели государственной политики в сфере ведения

Министерства здравоохранения и соц. развития

Повышение благосостояния населения, снижение бедности и неравенства по денежным доходам населения

Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия

Содействие улучшению положения семей с детьми, создание благоприятных условий для комплексного развития детей, попавших в трудную жизненную ситуацию

Повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания, в первую очередь пожилых граждан и инвалидов

Содействие продуктивной занятости, обеспечение прав граждан в области труда

Интегральные показатели уровня достижения стратегических целей государственной политики в сфере ведения Министерства

Удельный вес населения с доходами ниже прожиточного минимума

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

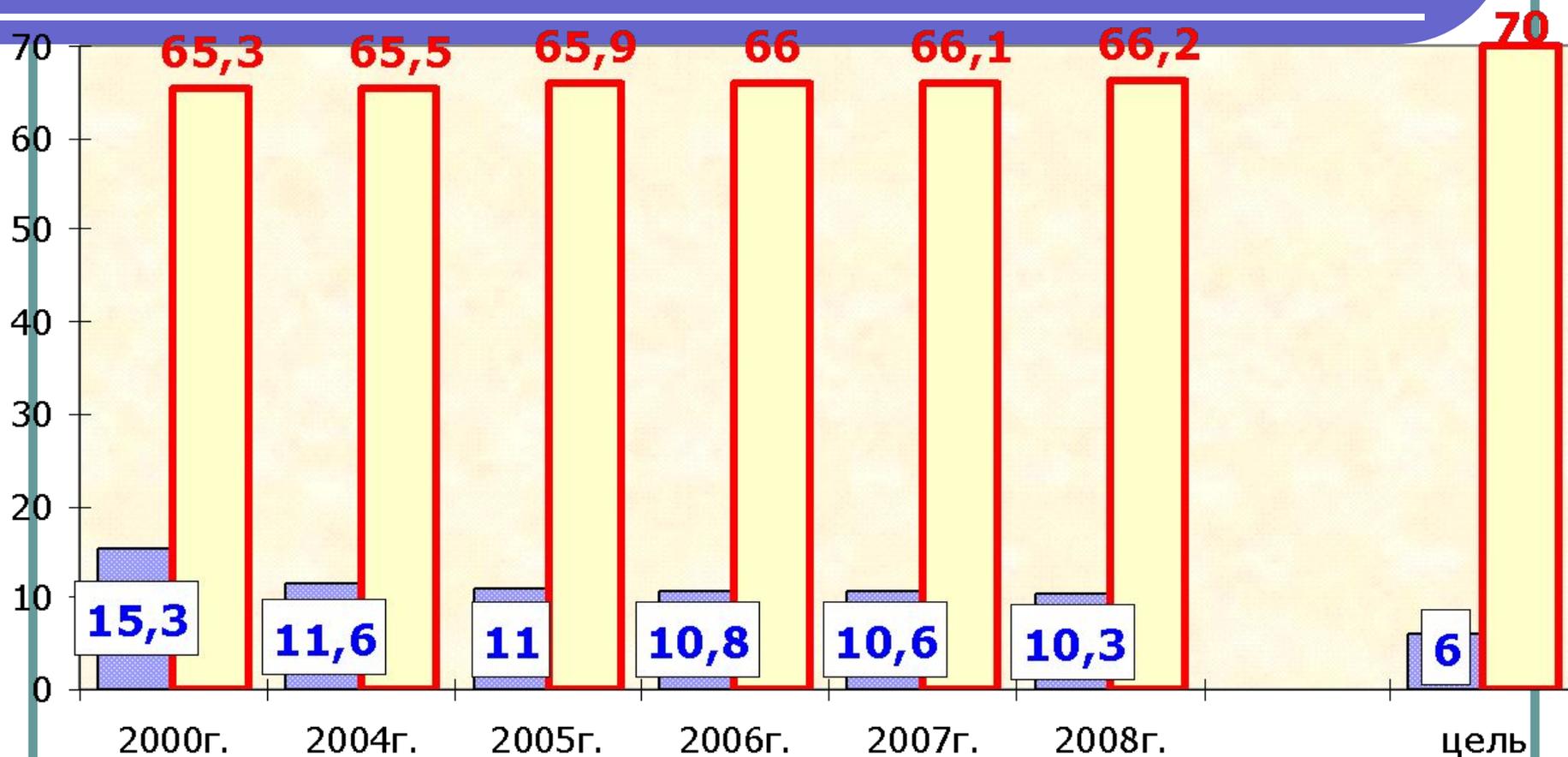
Младенческая смертность

Удельный вес граждан, получивших услуги в учреждениях социального обслуживания

Уровень общей безработицы

Для оценки эффективности государственной политики в сфере ведения Министерства используется более 70 показателей, характеризующих положение дел в здравоохранении, социальном развитии, труде и занятости

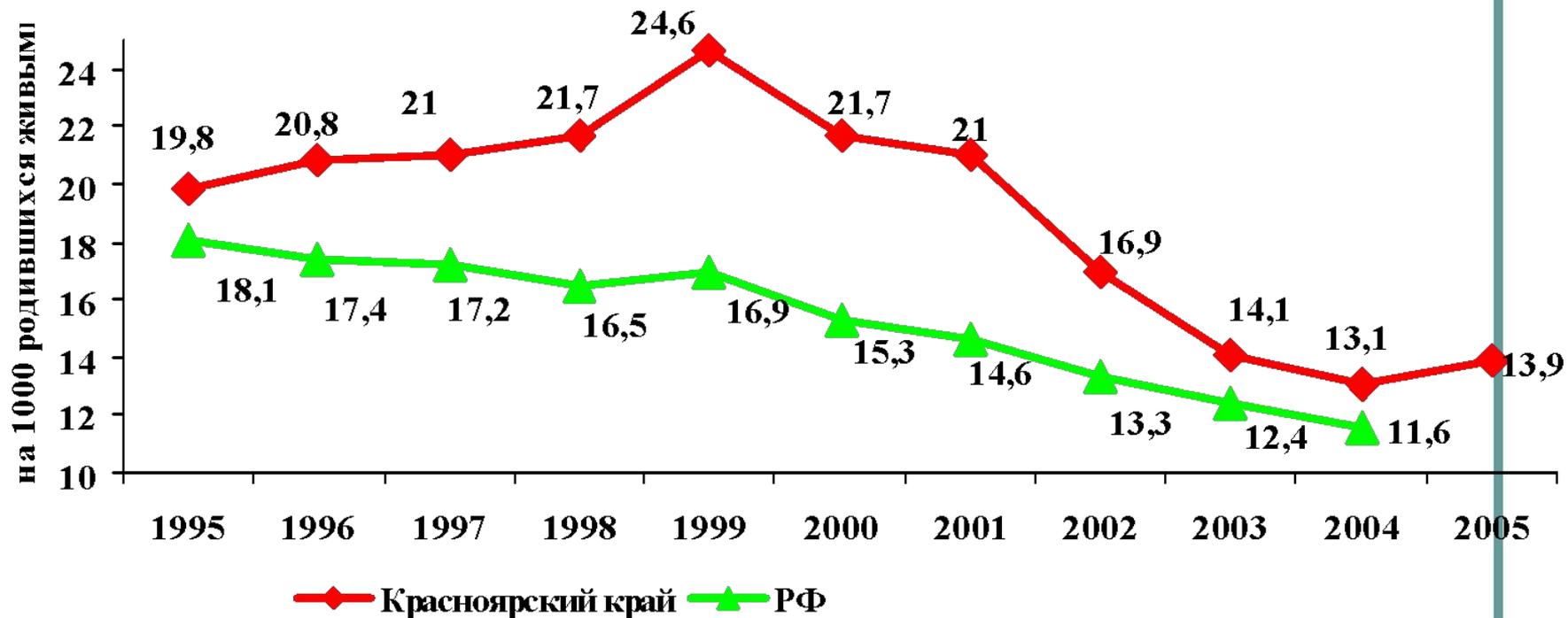
Показатели уровня достижения целей



■ младенческая смертность (на 1000 родившихся)

■ ожидаемая продолжительность жизни (лет)

Младенческая смертность по Красноярскому краю и РФ в 1995 - 2005 г.г.



Младенческая смертность в городской и сельской местности в 2001-2005 г.г.



В Красноярском крае низкая продолжительность жизни населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2003 году в крае (63,0 лет) ниже, чем в среднем по России (65,1 года).

Предполагается сохранение разницы в величине показателя у мужчин (56,9 лет) и у женщин (70,0 года) вследствие высокой смертности мужчин трудоспособного возраста. Такой разрыв в показателе у мужчин и у женщин в мирное время является абсолютно нетипичным. Отличие в продолжительности жизни при рождении отмечается для города (63,9 года) и села (60,4 года). Меньше всего данный показатель у мужчин в сельской местности (54,6 лет).

Вторая цель - повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия

• **Тактические задачи:**

- ✓ **2.1. - повышение эффективности функционирования системы здравоохранения;**
- ✓ **2.2. - обеспечение доступности и качества медицинской помощи;**
- ✓ **2.3. - улучшение состояния здоровья детей и матерей;**
- ✓ **2.4. - обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами;**
- ✓ **2.5. - предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.**

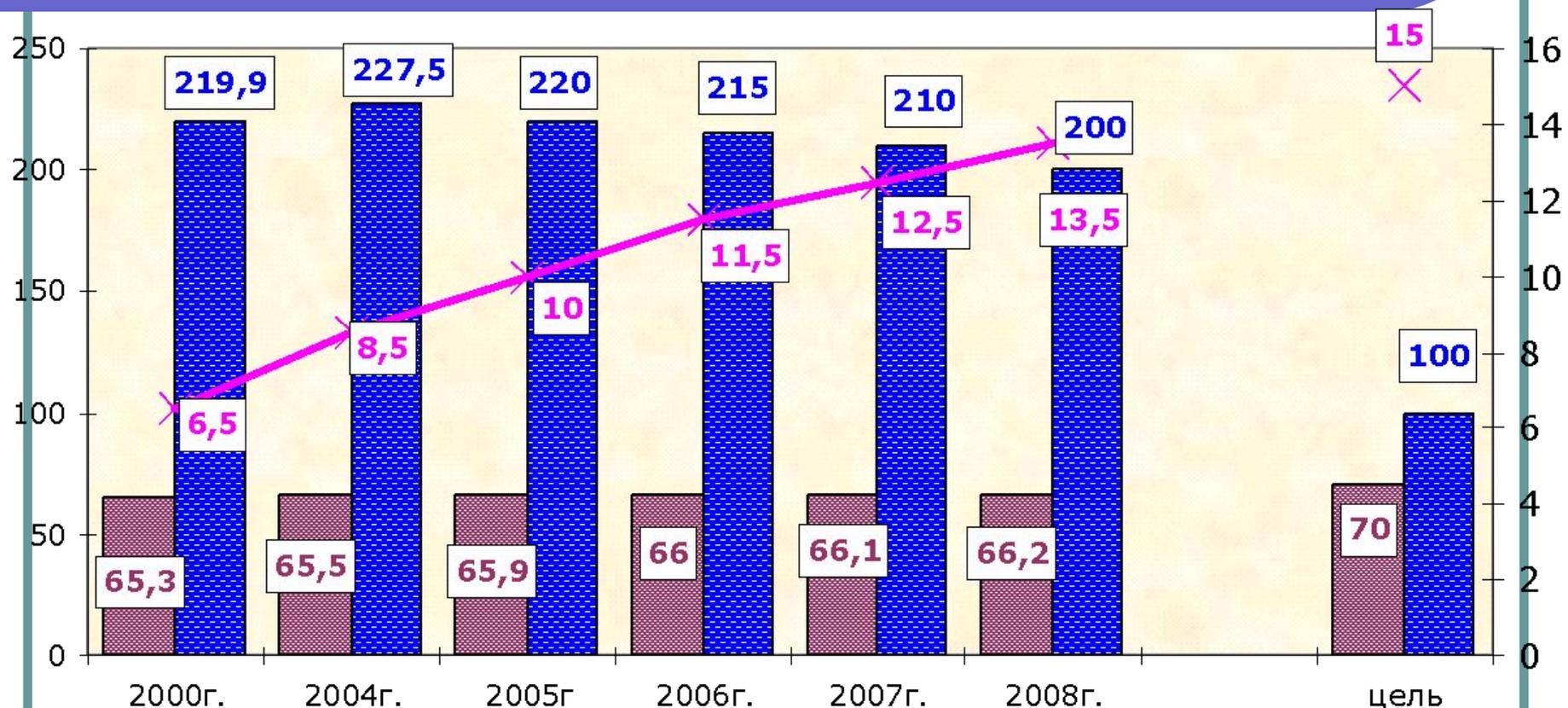
Стратегическая цель и тактические задачи реализуются совместно с органами власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

конкретные меры, направленные на реализацию задачи повышения эффективности системы здравоохранения:

- **завершение перевода системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения на страховые принципы;**
- **реструктуризация здравоохранения, развитие новых организационно-правовых форм лечебных учреждений;**
- **широкое внедрение стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий, переориентация части объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап;**
- **развитие механизмов координации и взаимодействия различных субъектов управления в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования.**

- **Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках данной задачи, должно стать увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, продолжительности жизни больных с хронической патологией, снижение заболеваемости и смертности.**

Показатели достижения 2-ой цели – задача «Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения»



Ожидаемая продолжительность жизни (лет)

Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм (на 100 тысяч населения)

Средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания (лет)

Конкретные меры, направленные на реализацию задачи обеспечения доступности и качества медицинской помощи:

- **законодательное закрепление государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;**
- **разработка и внедрение эффективных механизмов финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;**
- **развитие стандартизации медицинских услуг;**
- **развитие медицинских центров, оказывающих высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь;**
- **внедрение новых форм оплаты труда медицинских работников.**

- ❖ **Первым шагом на пути реализации задачи обеспечения доступности и качества медицинской помощи стал Национальный проект в сфере здравоохранения, направленный на развитие первичной медико-санитарной помощи, повышение укомплектованности кадрами первичного звена здравоохранения, переход на новые формы оплаты труда в зависимости от объемов и качества оказываемой медицинской помощи, укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.**

При подготовке национального проекта в сфере здравоохранения были учтены некоторые результаты работы по реализации норм Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ, показавшие недостаточную эффективность системы предоставления услуг населению.

В частности, существенный рост объема дополнительного лекарственного обеспечения и количества выписываемых рецептов привел к значительному увеличению нагрузки на врачей первичного звена, выявил дефицит кадров и, в ряде случаев, недостаточный профессиональный уровень медицинского персонала в первичном звене, слабую профилактическую и диспансерную направленность работы первичного звена здравоохранения, отсутствие в лечебно-профилактических учреждениях самых необходимых диагностических средств, недостаточную обеспеченность населения высокотехнологичными (дорогостоящими) видами медицинской помощи.

Поэтому в основу национального проекта в сфере здравоохранения были заложены мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи, включая:

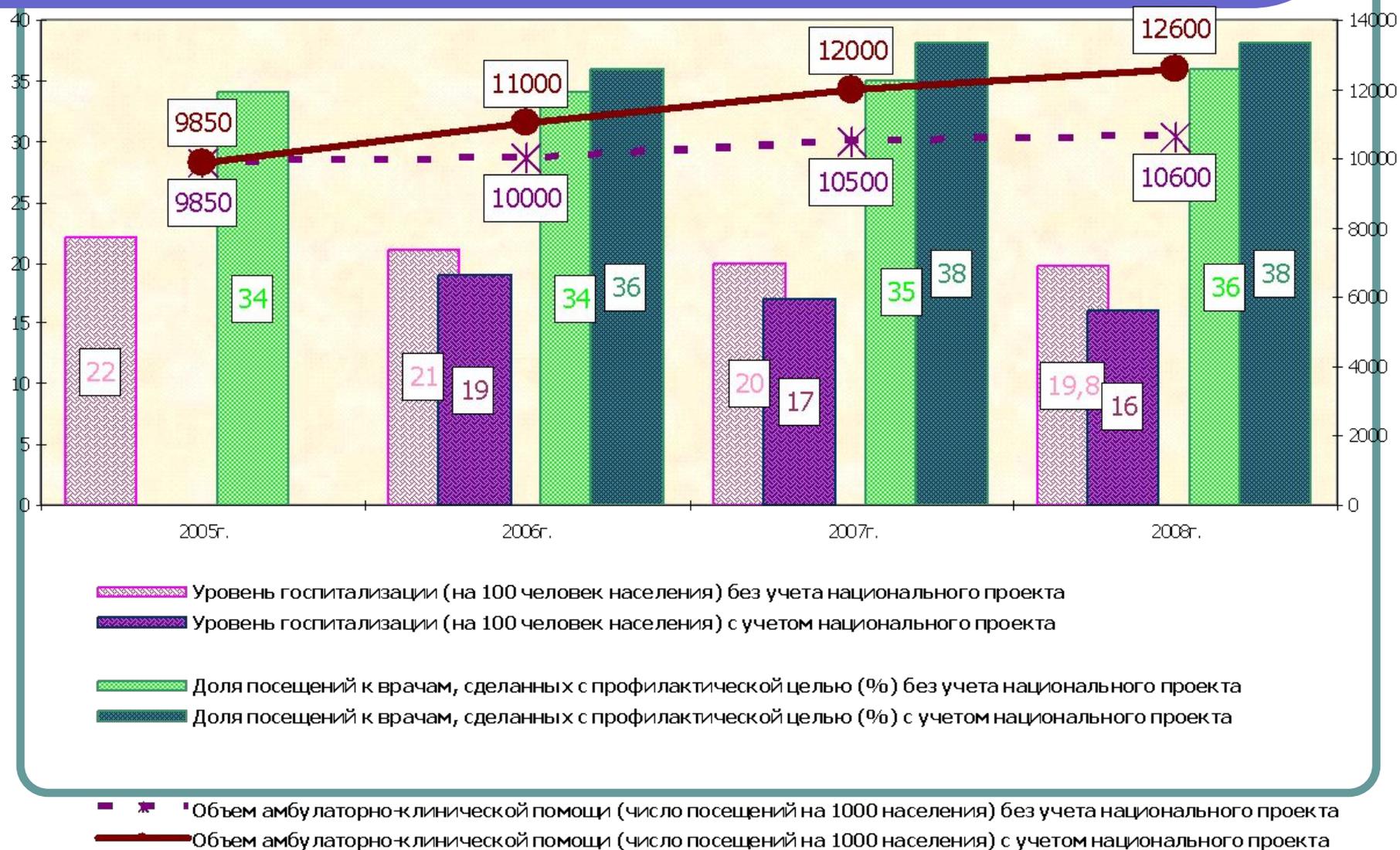
- ✓ **повышение уровня оплаты труда участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер, работающих с ними,**
- ✓ **дополнительную подготовку врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»,**
- ✓ **проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ряда заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит В, краснуха и др.),**
- ✓ **проведение дополнительной иммунизации в рамках Национального календаря профилактических прививок,**
- ✓ **проведение диспансеризации работающего населения по дополнительным программам,**
- ✓ **дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам и неработающим пенсионерам.**

Национальным проектом в сфере здравоохранения предусмотрено также улучшение обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью, включая:

- ✓ **строительство новых центров высоких медицинских технологий (в области сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, ортопедии и эндопротезирования, эндокринологии, нейрохирургии, трансплантологии и репродуктивным технологиям) в ряде субъектов Российской Федерации,**
- ✓ **модернизацию существующих федеральных специализированных медицинских учреждений (ФСМУ),**
- ✓ **совершенствование организации предоставления высокотехнологичной медицинской помощи (перевод ФСМУ на государственный заказ, введение «Листа учета», разработка стандартов высокотехнологичной медицинской помощи).**

Мероприятия	Затраты в 2006-2007 гг. (млрд. руб)	Результат
Повышение заработной платы врачам и медицинским сестрам участковой службы	35,2	Повышение уровня укомплектованности и обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками первичного звена на 12%. Снижение коэффициента совместительства с 1,4 до 1,1
Подготовка врачей по специальностям "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Терапия и педиатрия"	0,5	Повышение квалификации 35% врачей первичного звена здравоохранения
Оснащение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений	29,7	Обновление на 52% диагностического оборудования амбулаторно-поликлинических учреждений. Улучшение качества диагностики на 30%.
Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи	7,5	Обновление парка автомобилей учреждений скорой медицинской помощи на 60%.
Проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ряда заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит В, краснуха и др.)	22	Раннее выявление заболеваний на 12%. Снижение заболеваемости гепатитом В в 3 раза.
Дополнительная диспансеризация работающего населения	7,9	Снижение случаев нетрудоспособности на 20%. Снижение случаев госпитализации на 15%. Снижение обострений и осложнений хронических заболеваний на 30%.
Строительство новых центров высоких медицинских технологий, совершенствование организации предоставления высокотехнологичной медицинской помощи	48,1	Повышение уровня удовлетворения потребности населения в высокотехнологичной помощи с 20% до 60-80%.
Дополнительная оплата медицинской помощи женщинам в период беременности и родов	21,8	Сокращение младенческой смертности с 11 на 1000 родившихся живыми до 10,3

Динамика показателей медицинской помощи с учетом реализации Национального проекта в здравоохранении



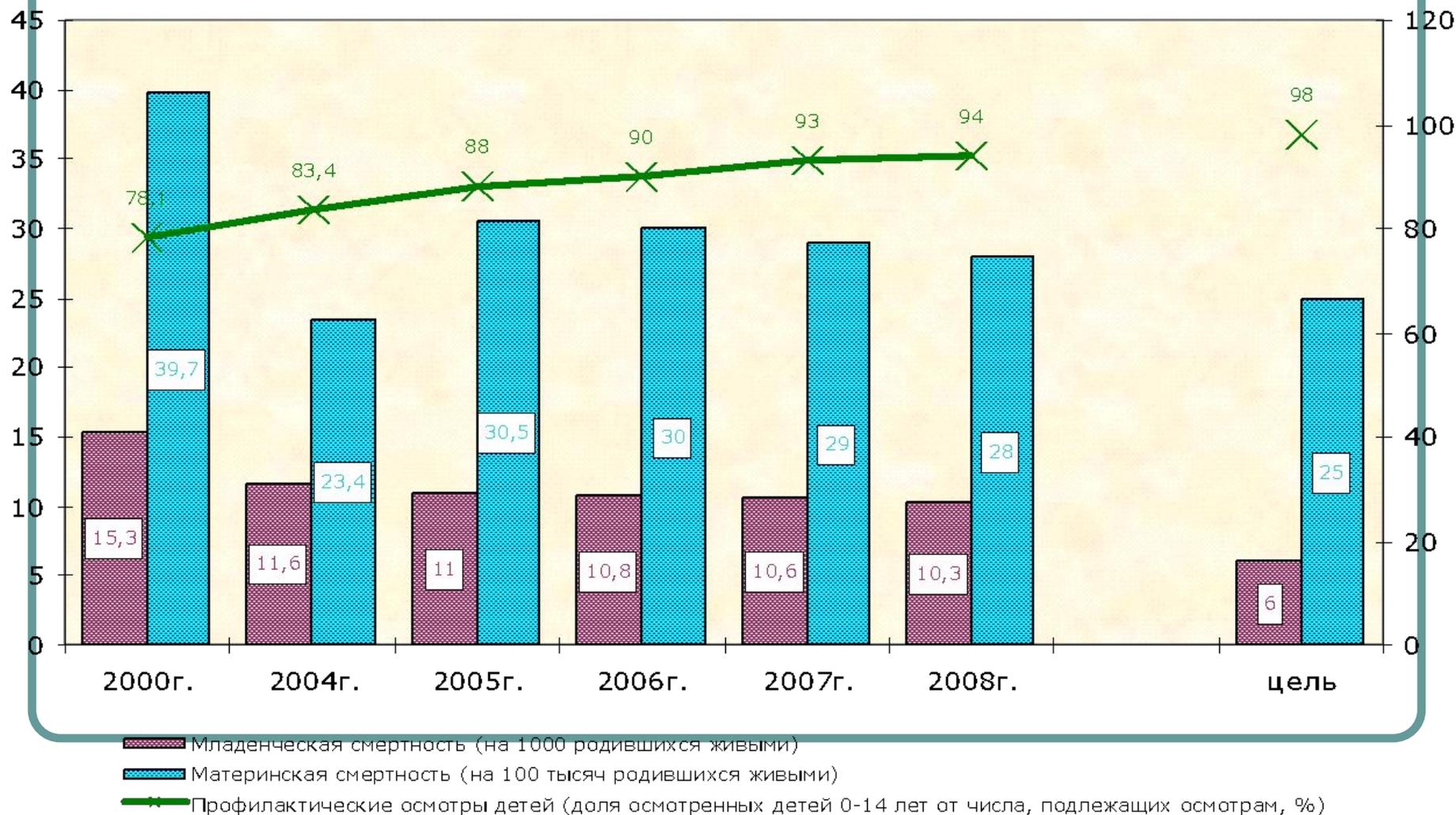
- ❑ **Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках данной задачи, должно стать усиление профилактической направленности здравоохранения, предотвращение заболеваемости, повышение уровня удовлетворения потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи**

Конкретные меры, направленные на реализацию задачи улучшения состояния здоровья детей и матерей:

- **внедрение новых организационных ресурсосберегающих, перинатальных и репродуктивных технологий;**
- **расширение диспансеризации детей, проведение массовых обследований новорожденных детей на наследственные заболевания;**
- **развитие перинатальной помощи и специализированной высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям;**
- **введение «Родового сертификата» в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов.**

- ❑ **Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках данной задачи, должно стать снижение показателей материнской, младенческой и детской заболеваемости и смертности, сохранение и укрепление здоровья женщин, репродуктивного здоровья населения, что приведет в последующем к улучшению демографической ситуации.**

Показатели достижения 2-ой цели – задача «Улучшение состояния здоровья детей и матерей»



За последние 5 лет материнская смертность имеет нестабильный показатель и составляет в 2005 году 31,7 на 100 000 родившихся живыми (по данным Крайкомстата 34,8). Охват профилактическими осмотрами детей (в возрасте до 14 лет включительно и школьников в возрасте 15-17 лет включительно) составил в 2005 г. 96,9%.

Конкретные меры, направленные на реализацию задачи обеспечения качественными и безопасными лекарственными средствами:

- совершенствование перечня лекарственных средств, рекомендуемых к отпуску гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи;
- развитие программ дополнительного лекарственного обеспечения для различных групп населения;
- усиление работы по регистрации и государственному контролю качества лекарственных средств.

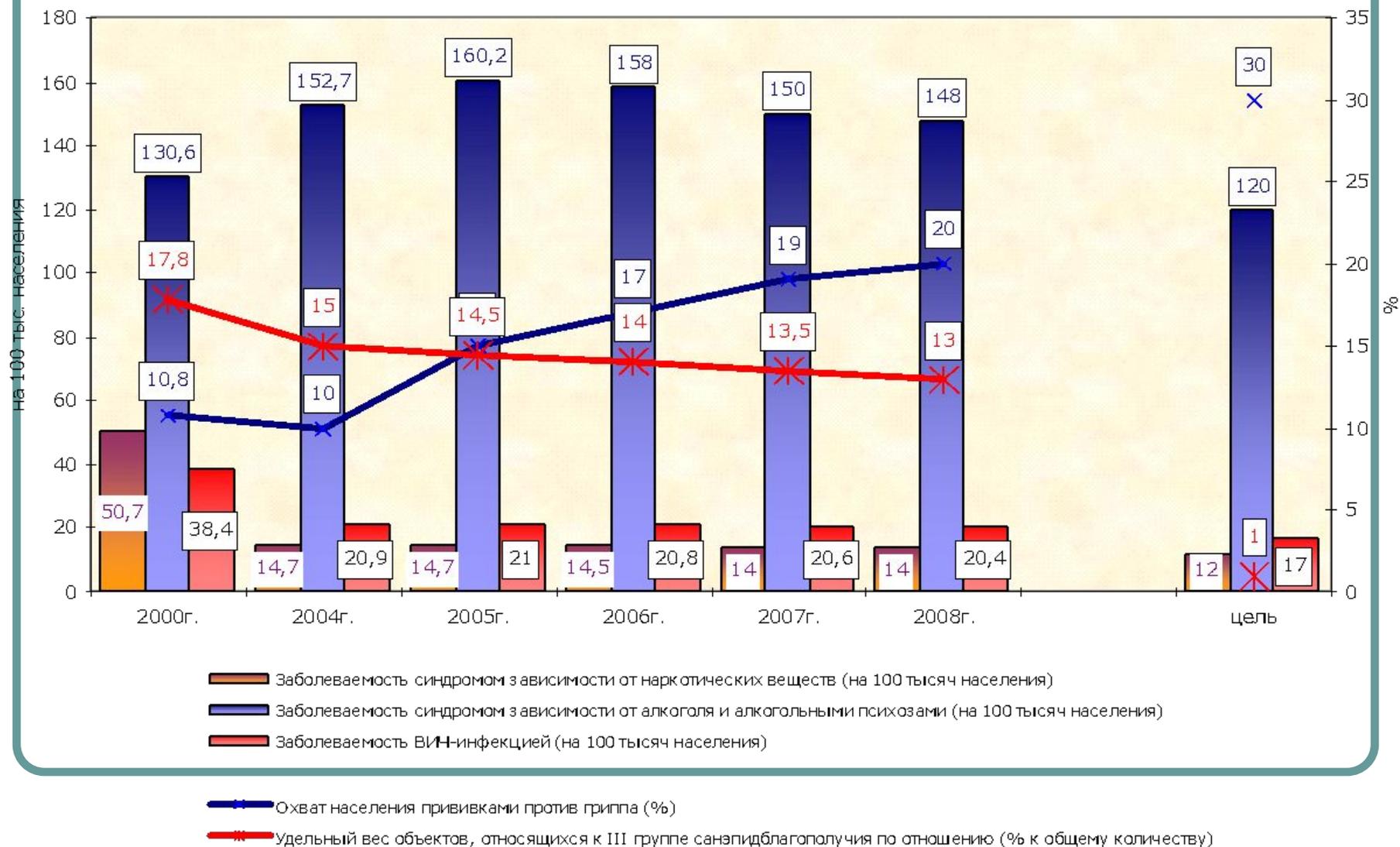
Качество и безопасность лекарственных средств будет обеспечиваться на основе внедрения международных стандартов производства лекарственных средств, лицензирования и аккредитации в области производства лекарственных средств.

Конкретные меры, направленные на реализацию задачи предупреждения болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний:

- проведение мероприятий по снижению уровня инфекционной заболеваемости, в первую очередь наиболее массовых и управляемых инфекций;
- обеспечение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации;
- осуществление государственного санитарно-эпидемиологического контроля, в том числе на транспорте;
- усиление контроля за проведением противоэпидемических мероприятий на эпидзначимых объектах, за обеспечением населения доброкачественной питьевой водой и пищевыми продуктами;
- организация и проведение эпизоотологического надзора в природных очагах инфекционных болезней;
- организация и проведение работ, направленных на предупреждение завоза и распространение на территории Российской Федерации карантинных и других особо опасных инфекционных болезней;
- предотвращение ввоза и реализации на территории Российской Федерации товаров, продукции, веществ, промышленных отходов, представляющих опасность для человека и окружающей среды.

- ❑ **Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках данной задачи, должно стать снижение заболеваемости синдромами зависимости от наркотических веществ и от алкоголя, ВИЧ-инфекцией, другими неинфекционными и инфекционными болезнями, улучшение работы по профилактике, выявлению и устранению влияния вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека, что приведет к снижению рисков для здоровья населения и формированию здорового образа жизни.**

Показатели достижения 2-ой цели – задача «Предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний»



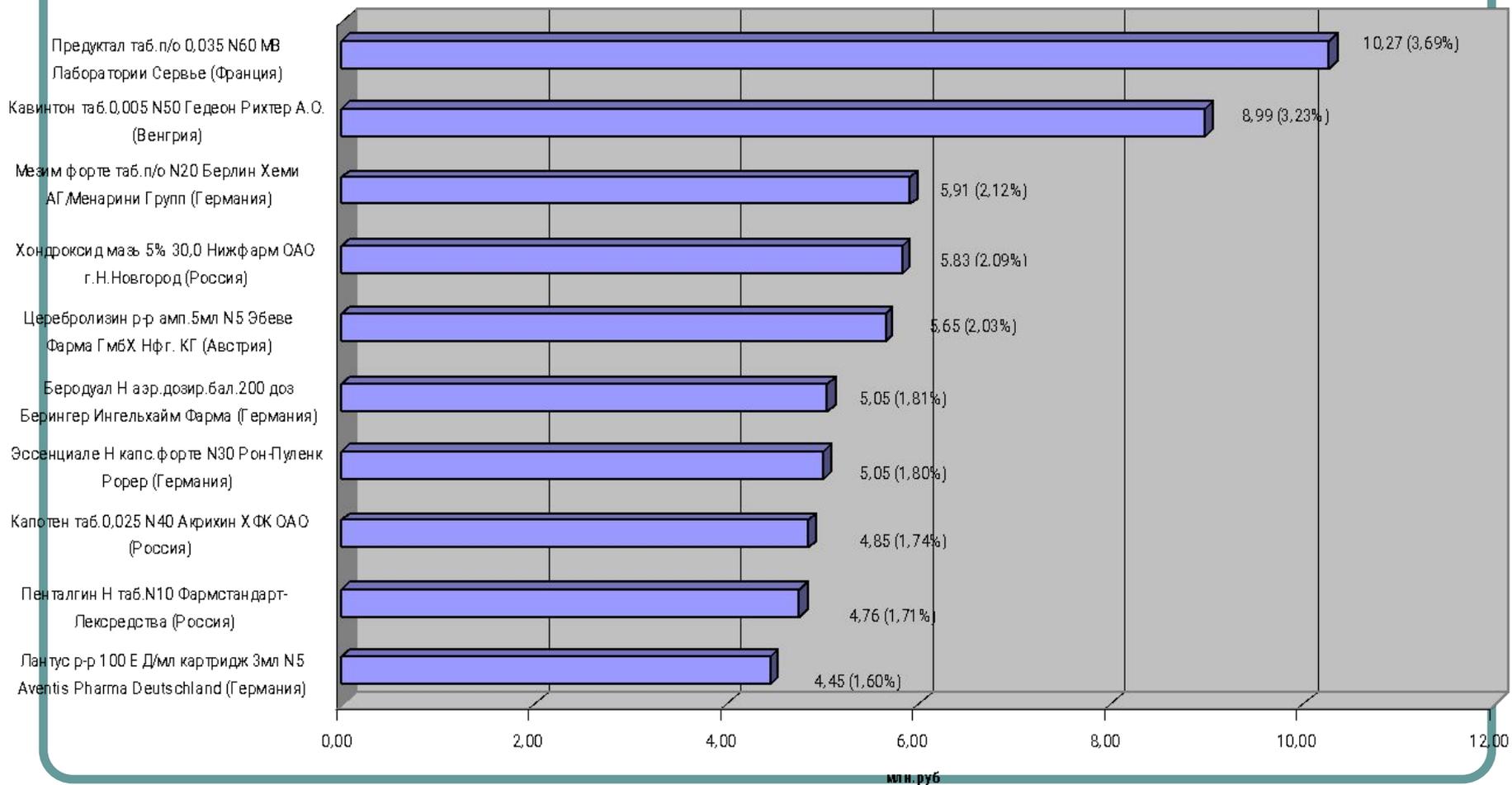
Мероприятия по реализации второй цели - повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, проведенные в 2005 году

- ✓ **Утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2006 год. В Программе предусмотрено увеличение объемов дополнительной медицинской помощи на основе государственного задания, оказываемого участковыми врачами первичного звена муниципального здравоохранения, а также дополнительное обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами.**
- ✓ **Утверждены 87 стандартов оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, 101 стандарт дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, 26 стандартов санаторно-курортной помощи.**
- ✓ **Подготовлены Основные направления развития здравоохранения на 2006-2010 годы и Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации на период до 2010 года.**

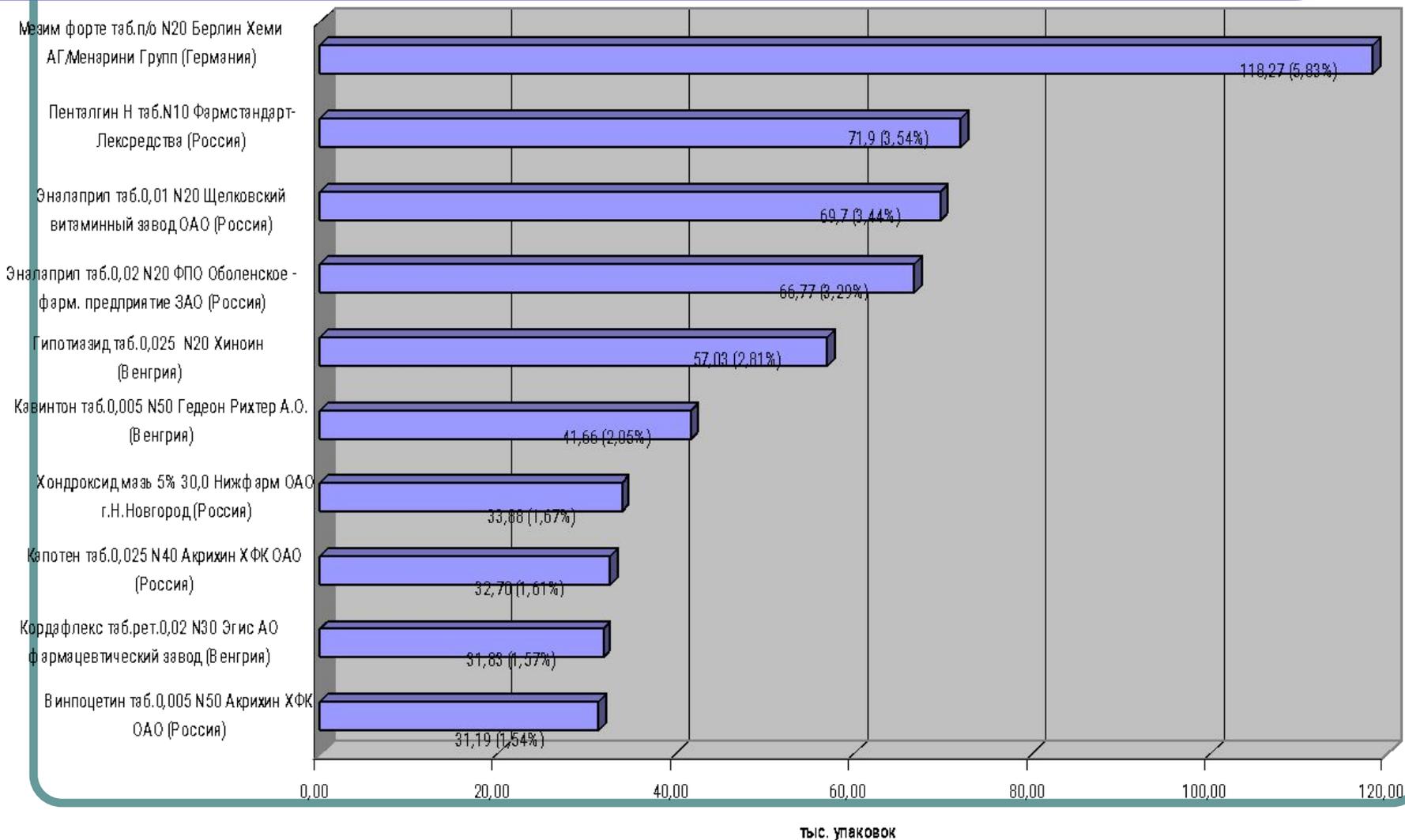
Мероприятия по реализации второй цели – повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, проведенные в 2005 году

- ✓ В рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения лиц, включенных в Федеральный регистр, **14,7 млн.** граждан предоставлено право на получение бесплатных лекарств. За 2005 год выписано **151,2 млн.** рецептов. Более **148 млн.** рецептов обслужено. Уровень обслуживания рецептов в среднем по Российской Федерации составил **98,2%**, в то время как в 2004 году он составлял **63%**.
- ✓ Всего отпущено лекарственных средств на сумму более чем **41,2 млрд.** рублей, что в **5 раз больше**, чем в 2004 году.
- ✓ В рамках программы санаторно-курортного лечения лиц, включенных в Федеральный регистр, выдано 1 млн. 65 тыс. путевок в санатории и талонов на проезд в междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Число выданных путевок по сравнению с 2004 годом возросло в **4,5** раза.

Данные по льготному отпуску ЛС по программе ДЛО по торговым наименованиям 2005 год (по сумме)



Данные по льготному отпуску ЛС по программе ДЛО по торговым наименованиям 2005 год (по количеству)



- ❑ **Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках данной стратегической цели и задач, должно стать повышение доступности и улучшение качества социальных услуг для пожилых граждан, обеспечение комплексной реабилитации инвалидов и их возвращения к полноценной жизни в обществе.**

В 2006 году в структуре расходов Минздравсоцразвития России как субъекта бюджетного планирования расходы по целям составляют:

- ❖ **«Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения» - 58%;**
- ❖ **«Содействие занятости населения» - 19%;**
- ❖ **«Повышение эффективности системы социальной защиты пожилых и инвалидов» - 7,2%;**
- ❖ **Развитие образования и науки, международное сотрудничество – 11,5%.**

В 2008 году в структуре расходов Минздравсоцразвития России как субъекта бюджетного планирования предполагается следующее распределение расходов по целям:

- ❖ «Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения» - 72%;**
- ❖ «Содействие занятости населения» - 9%;**
- ❖ «Повышение эффективности системы социальной защиты пожилых и инвалидов» - 7%;**
- ❖ Развитие образования и науки, международное сотрудничество – 8%.**

Приоритетные направления бюджетных расходов на 2007-2009 годы

Обеспечение модернизации здравоохранения и развития рынка медицинских услуг

переход от двухканальной системы финансирования к одноканальной (за счет средств ОМС)

внедрение новых организационно-правовых форм учреждений и механизмов частичного и полного фондодержания участковой службы

введение полного тарифа

переход на оплату услуг стационарных учреждений по законченному случаю

разработка и внедрение информационных технологий

Приоритетные направления бюджетных расходов на 2007-2009 годы

Развитие отдельных отраслей и направлений здравоохранения

строительство заводов по производству препаратов крови и ее компонентов

развитие организаций, занятых заготовкой, переработкой и хранением крови и ее компонентов

создание регистра доноров крови и ее компонентов

развитие трансплантологии

создание банка доноров костного мозга

Результативность бюджетных расходов

- ✓ В 2005 году проведены мероприятия по оптимизации бюджетной сети, расширению программно-целевых методов бюджетного планирования в подведомственных федеральных службах и федеральных агентствах, по совершенствованию системы государственных закупок.
- ✓ Разработаны методические рекомендации по экономическому обоснованию и формированию территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, на основе которых будет проводиться анализ структуры финансовых расходов по кодам бюджетной классификации с учетом видов медицинской помощи.
- ✓ В целях эффективного и целевого использования средств, выделенных на реализацию национального проекта в сфере здравоохранения разработаны нормативные правовые акты, регулирующие порядок расходования, учета средств федерального бюджета, отчетность и контроль за целевым использованием средств.

- ❖ **Министерство предусматривает улучшить систему прогнозирования, оценки и учета показателей работы отрасли за счет включения в показатели социально-экономического развития социальных параметров, влияющих на повышение уровня и качества жизни, улучшение здоровья населения.**
- ❖ **Предусматривается утвердить показатели эффективности бюджетных расходов, осуществляемых подведомственными федеральными службами и федеральными агентствами.**
- ❖ **Ставится задача принять дополнительные меры по формированию системы внутреннего финансового контроля, разработать порядок и процедуры его проведения.**

Исследование настроений граждан в отношении проводимой реформы сферы здравоохранения

Аналитический центр Ю. Левады провел серию опросов о социально-экономической ситуации в РФ и по текущим социально-политическим проблемам. В репрезентативном опросе приняли участие 1 600 россиян из 128 населенных пунктов 46 регионов России. Статистическая погрешность опроса в пределах 3%.

В центре констатировали, что в настоящее время граждане РФ в панике приобретают лекарства впрок. Россияне не удовлетворены системой здравоохранения и совсем не уверены в том, что реформа улучшит их жизнь.

Согласно полученным данным, только 7% респондентов считают, что реформа здравоохранения улучшит жизнь людей, а 43% - что ухудшит.

Исследование настроений граждан в отношении проводимой реформы сферы здравоохранения

Знаете ли Вы, в чем заключается готовящаяся сейчас реформа здравоохранения?

- Знаю хорошо 4
- Знаю в общих чертах 20
- Представляю себе очень смутно 31
- Ничего не знаю 45

Каким образом повлияет на жизнь таких людей, как Вы, реформа здравоохранения?

- Улучшит 7
- Ухудшит 31
- Никак не скажется 44
- Затруднились ответить 18

**О задачах по реализации приоритетного
национального проекта в сфере
здравоохранения
Красноярский край**

Основные приоритеты для принятия дополнительных мер в 2006 – 2007 гг.

- Развитие первичной медицинской помощи
- Развитие профилактического направления медицинской помощи
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью
- Управление проектом и его информационная поддержка

Повышение приоритетности первичной медицинской помощи

- **Денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам, медицинским сестрам участковых терапевтов и педиатров, медицинским сестрам врача общей (семейной) практики;**
- **Укрепление диагностической службы лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;**
- **Укрепление материально-технической базы учреждений скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений**

Дополнительная подготовка участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики

2006 год 6318 врачей
Край 842 терапевта 628 педиатра 39 врачей ОВП

2007 год 7530 врачей

Подготовка специалистов будет проводиться в 44 образовательных учреждениях высшего профессионального образования и 7 образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования

Усиление профилактической направленности здравоохранения

- **Формирование у населения культуры здоровья;**
- **Повышение мотивации к сохранению своего здоровья;**
- **Проведение дополнительной диспансеризации работающего населения;**
- **Формирование Паспорта здоровья работающего населения.**

Развитие профилактического направления медицинской помощи

Цель

Снижение заболеваемости:

- Гепатитом В в до 3 случаев на 100 тыс. человек (в 3 раза)
- Краснухой до 10 случаев на 100 тыс. человек (в 10 раз)
- Гриппом

Ликвидация врожденной краснухи
Уменьшение числа заразившихся
ВИЧ-инфекцией

Предотвращение инвалидизации в
результате наследственных
заболеваний

Снижение случаев заболеваний с
временной утратой трудоспособности

Увеличение продолжительности жизни
больных с тяжелыми хроническими
заболеваниями до 12 лет после
установления диагноза

Задачи

Иммунизация населения:

- Дополнения к Национальному календарю профилактических прививок
- Календарь прививок по эпидемическим Показаниям
- Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатита В и С, выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека
- Обследование новорожденных детей с целью раннего выявления наследственных заболеваний
- Дополнительная диспансеризация работающего населения

Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью

- **Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, перевод Федеральных специализированных медицинских учреждений на работу в условиях государственного задания**
- **Создание новых медицинских центров высоких технологий, способных с учетом достижений медицинской науки, совершить прорыв отечественного здравоохранения в области высоких технологий и обеспечения доступности высокотехнологичной медицинской помощи**

Приоритетные направления

- **Сердечно-сосудистая хирургия;**
- **Травматология;**
- **Ортопедия и эндопротезирование;**
- **Нейрохирургия;**
- **Репродуктивные технологии.**

Ассигнования передаваемые Федеральному Фонду обязательного медицинского страхования

составят 14800 млн.рублей, из них:

- 12800 млн.рублей на денежные выплаты врачам первичного звена, медицинским сестрам;
- 2000 млн.рублей на проведение дополнительной диспансеризации работающего населения.

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования

Порядок финансирования расходов на осуществление денежной выплаты врачам участковой службы и медицинским сестрам, утверждаемый Правительством РФ

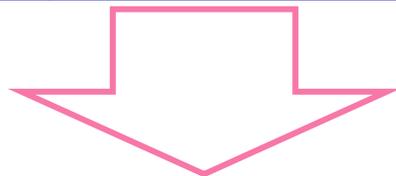
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Критерии и индикаторы деятельности врачей (семейной) практики, участковых терапевтов, участковых педиатров, медицинских сестер участковых терапевтов и педиатров, медицинских сестер врачей общей (семейной) практики

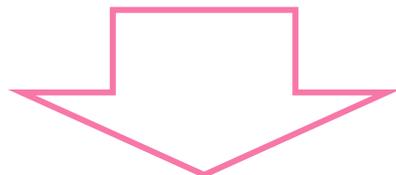
Первичное звено АПУ

Финансовое обеспечение денежных выплат

Федеральный бюджет



Трансферты внебюджетным фондам



Федеральный фонд
обязательного медицинского
страхования

Субсидии на денежные выплаты
участковым терапевтам, участковым педиатрам,
врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам
(вид расходов 784)



Территориальные фонды (89)
обязательного медицинского страхования в каждом субъекте РФ