

Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения

*д.м.н., профессор кафедры
общественного здоровья и
здравоохранения
Стасевич Н.Ю.*

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ - медико-социальный ресурс и потенциал общества, обусловленный комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических и медицинских факторов, способствующих улучшению качества и росту продолжительности жизни и благополучия людей, гармоничному развитию личности и общества.

Цель общественного здоровья и здравоохранения как научной дисциплины

- * изучение оздоравливающего, а также неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп;
- * выработка научно-обоснованных рекомендаций по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья.

К. Маркс в 1859 году, то есть до написания “Капитала” в своих трудах «Немецкая идеология» (1845-46, впервые опубликовано в СССР в 1933 году), «Нищета философии» и «Манифест Коммунистической партии» (1847) дал определение общественного здоровья, которое подтвердил в дальнейшем И. И. Брехман (1990), основатель валеологии. **Общественное здоровье** он определял как «способность человека и общества сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации».

Ю. П. Лисицын давал другое определение общественному здоровью: гармоническое единство биологических и социальных качеств человека и общества, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями (болезнь — нарушение этого единства); состояние, которое позволяет вести не стесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции (прежде всего трудовые), вести здоровый образ жизни, т. е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие.

В. И. Стародубов и О.П. Щепин

рассматривают общественное здоровье как «важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей».

Общественное здоровье и здравоохранение

как самостоятельная медицинская наука изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению и совершенствованию медицинского обслуживания. Общественное здоровье занимается изучением широкого круга медицинских, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в конкретных исторических условиях.

**Цель эпидемиологии
общественного здоровья
(социальной эпидемиологии):**

**разработка мер политического,
экономического, медико-
социального и организационного
характера, направленных на
улучшение показателей
общественного здоровья.**

Предпосылки возникновения дисциплины и причины изучения общественного здоровья

Стало осуществляться реальное влияние различных институтов государства и общества на показатели здоровья (общественную патологию)

Появилась потребность со стороны общества в научном объяснении природы и характера здоровья и болезней не только отдельно взятого человека, но и населения в целом

Встала необходимость включения общественного здоровья, а соответственно социальной патологии, в систему медицинского образования с целью подготовки медицинских кадров, владеющих основами профилактики

Уровни изучения общественного здоровья

```
graph TD; A[Уровни изучения общественного здоровья] --> B[1-й уровень - здоровье отдельного человека]; B --> C[2-й уровень - здоровье малых или этнических групп - групповое здоровье]; C --> D[3-й уровень - здоровье населения (людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице)]; D --> E[4-й уровень - общественное здоровье - здоровье общества, населения страны, континента, популяции в целом];
```

1-й уровень - здоровье отдельного человека

2-й уровень - здоровье малых или этнических групп - групповое здоровье

3-й уровень - здоровье населения (людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице)

4-й уровень - общественное здоровье - здоровье общества, населения страны, континента, популяции в целом

Для комплексной оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует использовать следующие характеристики:

- отчисление валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность и качество первичной медико-социальной помощи;
- охват населения профилактической помощью;
- сбалансированность питания беременных, детей и подростков;
- уровень нравственного здоровья и духовности;
- уровень младенческой смертности;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;
- информированность населения в вопросах здоровья и здравоохранения;
- качество жизни;
- состояние окружающей и производственной среды обитания;

Подходы к изучению общественного здоровья

```
graph TD; A[Подходы к изучению общественного здоровья] --> B[Количественный]; A --> C[качественный]; A --> D[модель индекса статуса здоровья по ВОЗ или «глобальное бремя болезней (ГББ)»];
```

Количественный

качественный

модель индекса статуса здоровья по ВОЗ или «глобальное бремя болезней (ГББ)»

Основой концепции **модели индекса статуса здоровья** является представление здоровья индивида как непрерывно изменяющейся совокупности так называемого мгновенного здоровья в виде некоторой величины, принимающей значения от оптимального самочувствия до максимальной болезни (смерти).

В русском переводе он звучит как **«глобальное бремя болезней (ГББ)»** и количественно определяет потери населения в активной жизни из-за болезни.

В показателе ГББ учитываются потери в результате преждевременной смерти, которая определяется как разница между фактическим возрастом на момент смерти, ожидаемой продолжительностью жизни в этом возрасте и утратой лет здоровой жизни в результате наступления инвалидности.

Расчет ГББ позволяет оценивать значение различных болезней, обосновывать приоритеты здравоохранения и сравнивать эффективность медицинских мероприятий по уровню расходов на год жизни без болезней.

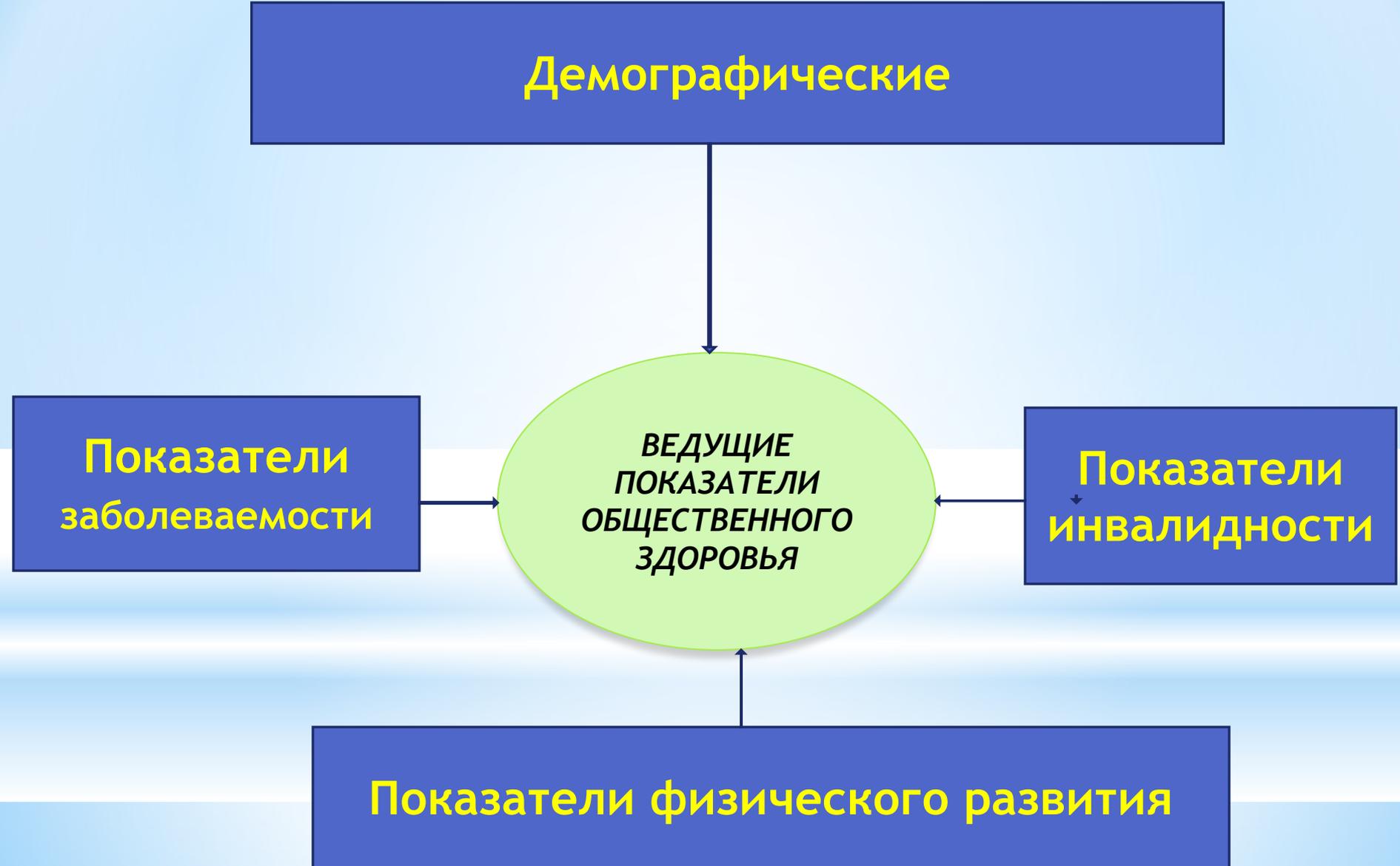
Демографические

**Показатели
заболеваемости**

**ВЕДУЩИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ
ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ**

**Показатели
инвалидности**

Показатели физического развития



Факторная обусловленность показателей общественного здоровья

1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ (55-60%)

2. УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (20-25%)

3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ (15-20%)

4. УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (10-15%)

Факторы риска

потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода

Социально-экономические факторы
(условия труда, жилищные условия,
материальное благосостояние, уровень и
качество питания, отдых и др.)

Социально-
биологические
факторы (возраст, пол,
предрасположенность
к наследственным
заболеваниям и др.).

Факторы риска

Экологические и
природно-
климатические
факторы (загрязнение
среды обитания,
среднегодовая
температура, наличие
экстремальных
природно-
климатических
факторов и др.).

Организационные или
медицинские факторы
(обеспеченность
населения
медицинской
помощью, качество
медицинской помощи,
доступность медико-
социальной помощи)

Статистический метод

**Методология исследования
общественного здоровья**

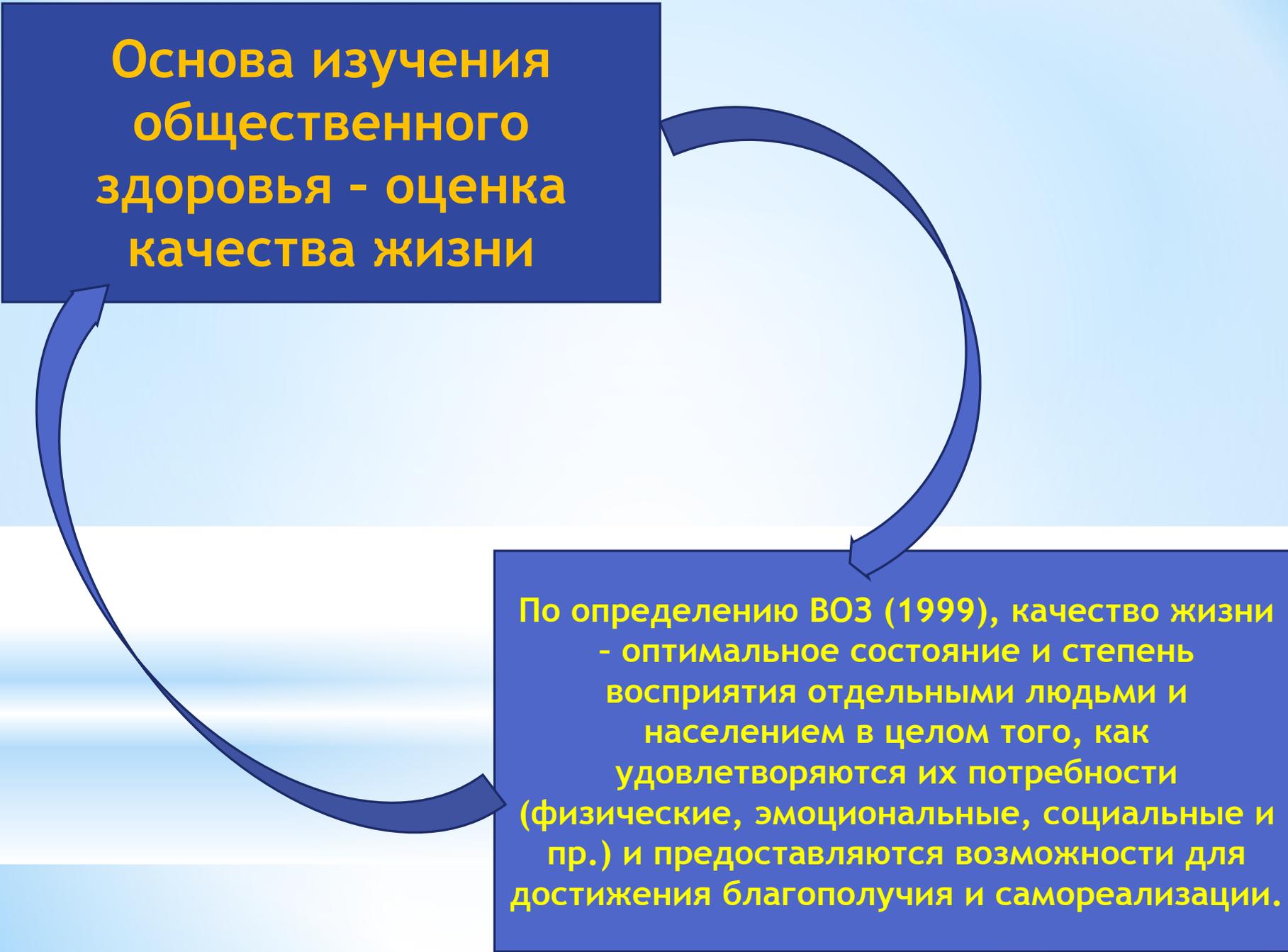
**Экономический
метод**

**Исторический
метод**

**Экспериментальный
метод**



**Основа изучения
общественного
здоровья - оценка
качества жизни**



По определению ВОЗ (1999), качество жизни - оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

По определению ВОЗ качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими.

Качество жизни населения — это степень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей человека

Основными показателями качества жизни населения являются:

- 1. Доходы населения** (среднедушевые номинальные и реальные доходы, показатели дифференциации доходов, номинальная и реальная начисленная средняя заработная плата, средний и реальный размер назначенной пенсии, величина прожиточного минимума и доля населения с доходами ниже прожиточного уровня, минимальные размеры заработной платы и пенсии и пр.);
- 2. Качество питания**(калорийность, состав продуктов);
- 3. Комфорт социально-бытовых условий;**
- 4. Качество здравоохранения** (число больничных коек на 1000 жителей);
- 5. Качество социальных услуг;**
- 6. Качество образования** (число вузов и средних специальных учебных заведений, удельная доля студентов в численности населения);
- 7. Качество культуры** (издание книг, брошюр, журналов);
- 8. Качество сферы обслуживания;**
- 9. Качество окружающей среды,** структура досуга;
- 10. Демографические тенденции** (показатели ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, смертности, брачности, разводимости).

СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Доходы населения:

- 1.расходы на конечное потребление;
- 2.среднедушевой денежный доход;
- 3.доходы от трудовой и экономической деятельности домашних хозяйств;
- 4.покупка валюты;
- 5.приобретение ценных бумаг;
- 6.недвижимость;
- 7.земля в личном пользовании;
- 8.наличие легковых автомобилей на 100 семей;
- 9.минимальный размер оплаты труда;
- 10.минимальный размер пенсии;
- 11.минимальный потребительский бюджет;
- 12.коэффициент концентрации доходов (коэффициент Джини);
- 13.соотношение долей расходов на питание для различных квантильных групп

СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Стоимость жизни:

1. индексы цен на потребительские товары;
2. стоимость всех видов услуг, включая бытовые, ЖКХ и услуги отраслей социальной сферы;
3. прожиточный минимум.

Потребление населения:

1. расходы и сбережения;
2. потребление основных продуктов питания;
3. энергетическая и пищевая ценность продуктов.

Обеспечение и охват населения объектами инфраструктуры и техническими средствами отраслевой социальной сферы:

1. численность предприятий бытовых услуг;
2. численность учебных заведений;
3. численность учащихся;
4. численность медицинского персонала;
5. численность учреждений культуры и организации отдыха.

СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Основные интегральные показатели жизни населения:

- 1.соотношение доходов и расходов;
- 2.соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума;
- 3.величина условно-свободной части располагаемого дохода;
- 4.уровень бедности:
- 5.черта бедности;
- 6.численность населения с доходами ниже прожиточного минимума.

Демографические параметры:

- 1.численность постоянного населения;
- 2.половозрастной состав населения;
- 3.общий коэффициент рождаемости;
- 4.ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- 5.общий коэффициент смертности;
- 6.коэффициент брачности.

Уровень жизни населения — представляет собой экономическую категорию. Это уровень обеспеченности населения необходимыми материальными благами и услугами.

Уровень жизни — это уровень благосостояния населения, потребления благ и услуг, совокупность условий и показателей, характеризующих меру удовлетворения основных жизненных потребностей людей.

В настоящее время, когда экономические системы стран подвергаются деформации и видоизменяются главной целью остаётся осуществление принципа социальной направленности рыночной экономики с помощью улучшения уровня жизни населения.

Индикаторы характеристики уровня жизни населения

```
graph TD; A[Индикаторы характеристики уровня жизни населения] --> B[Количественные — определяют объем потребления конкретных товаров и услуг]; A --> C[качественные — качественную сторону благосостояния населения];
```

Количественные —
определяют объем
потребления
конкретных товаров и
услуг

качественные —
качественную сторону
благосостояния населения

Уровень жизни характеризуется целым блоком показателей:

- 1.потребительская корзина**
- 2.средняя заработная плата**
- 3.разница в доходах**
- 4.продолжительность жизни**
- 5.уровень образования**
- 6.развитие сферы услуг**
- 7.обеспеченность жильем**
- 8.состояние окружающей среды**
- 9.степень реализации прав человека**
- 10.уровень развития здравоохранения**

Качество жизни, обусловленное здоровьем

Существует понятие «качество жизни, обусловленное здоровьем», оно позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни.

В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

1. физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
2. психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка);
3. уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
4. общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);
5. окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

Таким образом, **исследование качества жизни** можно считать новым, надежным, высокоинформативным, чувствительным и экономичным инструментом оценки состояния здоровья населения, отдельных групп больных и конкретных индивидуумов, эффективности использования новых организационных, медицинских и фармакологических методов лечения.

Исследование **качества жизни** также играет важную роль в контроле **качества медицинской помощи**.

Широкое применение оценки качества жизни дает органам здравоохранения инструмент для дополнительного анализа работы медицинских служб, а также для принятия решений о приоритетных направлениях финансирования.

Критерий оценки качества жизни должен приниматься во внимание при комплексном анализе эффективности управления **системой общественного здоровья и самой системой здравоохранения**.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ –
система научных и практических мер и
структур их обеспечения медицинского и
немедицинского характера, направленных на
укрепление здоровья населения,
профилактику заболеваний и травм,
увеличение продолжительности активной
жизни и трудоспособности.

Декларация ВОЗ (1973) «...общественное здравоохранение – опирается на «треножник» из социального диагноза, которые исследуются, главным образом, методами эпидемиологии, социальной патологии и социальной терапии, основанной на сотрудничестве между обществом и работниками здравоохранения, а также на административных и медико-профилактических мерах, законах, правилах и т.п. на центральных и местных органах управления».

Основные исторические этапы развития здравоохранения



в XI в. первые больницы в Переяславле, Киеве, позднее в Новгороде, Смоленске, Львове

1620 г. - учреждение первого социального органа управления медицинским делом - Аптекарский приказ

1721г. - Медицинская канцелярия

1803 г. - создан медицинский департамент в составе Министерства полиции (в 1819 г. объединенного с Министерством внутренних дел)

26 октября (8 ноября) 1917 г. при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был образован медико-санитарный отдел

1936 г. - создан Народный комиссариат здравоохранения СССР

1944 г. - учреждена Академия медицинских наук СССР

Цель изучения общественного здравоохранения:

Изучение состояние здоровья и его охраны на основе функционально-структурного подхода, базирующимся на взаимозависимости функции и структуры в процессе реформирования и развития системы здравоохранения при определяющей роли функции системы по отношению к ее структуре.

Функционально-структурный подход:

- учитывает диалектические взаимосвязи функции и структуры изучаемых систем здоровья и его охраны;
- отличается целостным подходом к анализу (декомпозиции) и синтезу (воссоединению, целого из частей) многокомпонентных и многоуровневых систем здоровья и его охраны, органичной общностью этих двух сторон медико-социального познания;
- учитывает вещественные, энергетические, ресурсные и информационные связи между их компонентами (элементами), а также связи с внешней средой;
- рассматривает эти сложные системы в динамике;
- характеризует единство междисциплинарного и специального знаний, проявляющихся в совместном использовании общих закономерностей развития систем здоровья и его охраны.

Группы закономерностей, способствующих изучению системы общественного здравоохранения

```
graph TD; A[Группы закономерностей, способствующих изучению системы общественного здравоохранения] --> B[социальные закономерности и их влияние на здоровье, а именно, на заболеваемость людей, на изменение демографических процессов, на изменение типа патологии в различных социальных условиях]; A --> C[общие закономерности применимы для всех живых существ, включая и человека, проявляющихся на молекулярно-биологическом, субклеточном и клеточном уровнях]; A --> D[специфические биологические и психические закономерности, присущие лишь человеку (высшая нервная деятельность и др.)];
```

социальные закономерности
и их влияние на здоровье, а именно, на заболеваемость людей, на изменение демографических процессов, на изменение типа патологии в различных социальных условиях

общие закономерности
применимы для всех живых существ, включая и человека, проявляющихся на молекулярно-биологическом, субклеточном и клеточном уровнях

специфические биологические и психические закономерности, присущие лишь человеку (высшая нервная деятельность и др.)

Условия, присущие системе здравоохранения:

- она функционирует во времени и пространстве, находясь в движении и в процессе реформирования;
- структурные подразделения системы относительно автономны в организационном отношении и зависимы друг от друга в функциональном;
- для системы характерно наличие единого основания классификации ее подразделений;
- система обладает единством.

Принципиальной **особенностью системы здравоохранения** является то, что неотъемлемой ее частью выступают пациент, проблемы его здоровья, повышение качества оздоровительной и лечебной помощи.

Это предполагает наличие у системы здравоохранения особых свойств, принципиально отличающих ее функционирование от такового других систем, работающих в соответствии с жестко заданными **законами**.

Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации соответствует положениям таких международно-правовых актов:

- 1) Всеобщая декларация прав человека (10 декабря 1948 г.),
- 2) Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (г. Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.),
- 3) Конвенция Международной Организации Труда №164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков (Женева, 8 октября 1987 г.)
- 4) Конвенция Международной Организации Труда №120 о гигиене в торговле и учреждениях (Женева, 8 июля 1964 г.)
- 5) Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утв. Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.)
- 6) Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (Минск, 26 июня 1992 г.)
- 7) Соглашение о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств - участников Содружества Независимых Государств (Минск, 31 мая 2001 г.)
- 8) Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997 г.)
- 9) Европейское Соглашение о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17 октября 1980 г.)

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ

"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

(Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года

Одобен Советом Федерации 9 ноября 2011 года)

В нём впервые определены основные принципы охраны здоровья:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

(Принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года

Одобен Советом Федерации 24 ноября 2010 года) также впервые

определил основные понятия:

- 1) обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 3) страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- 4) страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
- 5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;

**Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ
"Об обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации" основные понятия (продолжение):**

- 6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
- 7) застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 8) базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;
- 9) территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Принципы осуществления обязательного медицинского страхования:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

**Все законодательные
акты направлены на
разработку и
совершенствование
мероприятий по
укреплению и
сохранению здоровья
человека.**

В преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) **здоровье** трактуется как «такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие».

Разновидностью такого подхода можно считать определение **здоровья как биологического и социального благополучия** (К. Байер, Л. Шейнберг, 1997).

Биологическая сущность заключается в способности биосистемы к самоорганизации через механизмы гомеостаза, адаптации, реактивности, резистентности и т.п. **Проявления социальной функции** осуществляются на биологической основе с привлечением высших ступеней организации личности – психических и духовных качеств. (Г.А. Апанасенко, 2003).

Брижит Тобес в своем выступлении «Право на здоровье: теория и практика» (ВОЗ, 2006) связала **понятие здоровья с понятием надежности.**

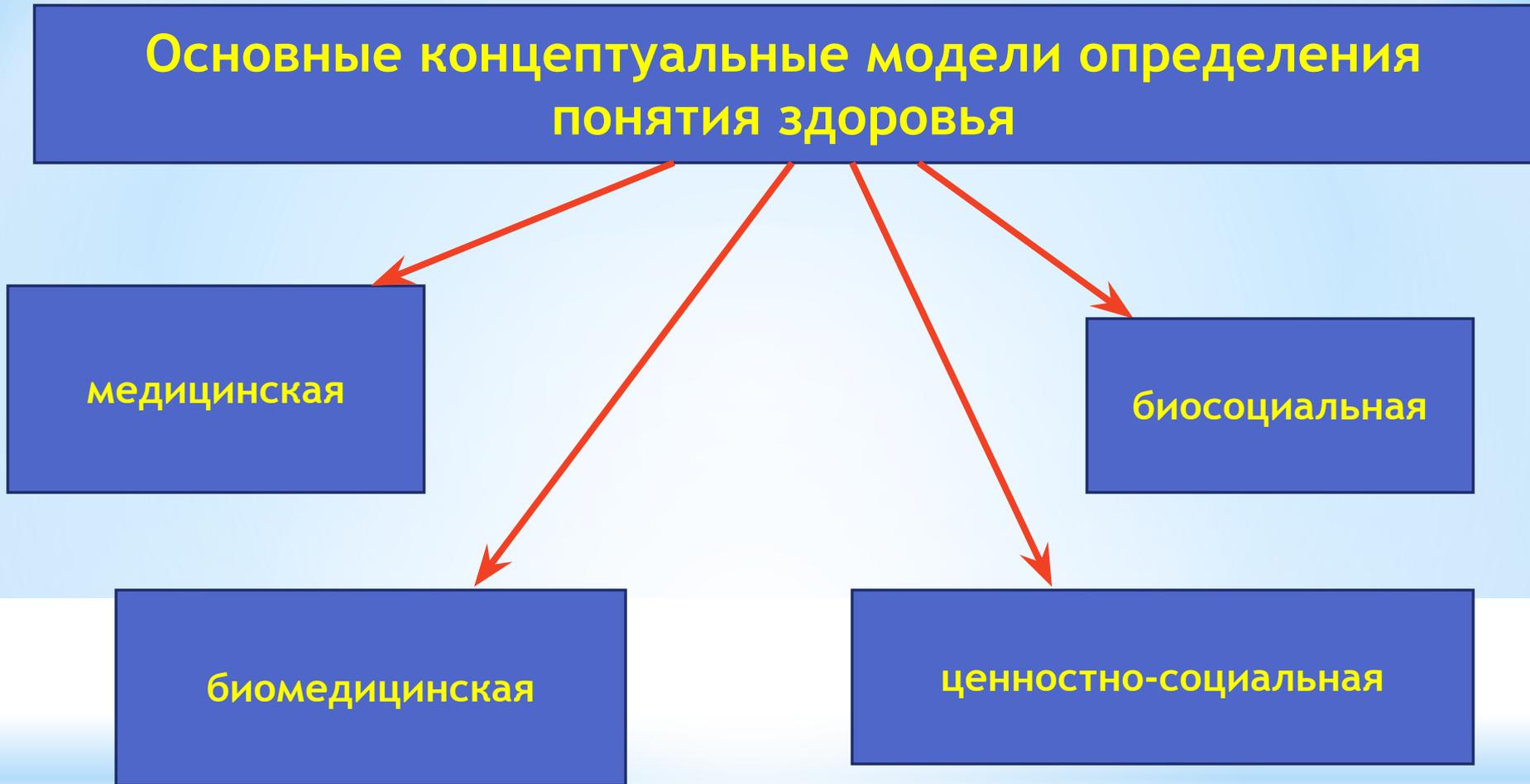
Основные концептуальные модели определения понятия здоровья

медицинская

биосоциальная

биомедицинская

ценностно-социальная



Концептуальные модели определения понятия здоровья

1. Медицинская модель предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья.
2. Биомедицинская модель рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.
3. Биосоциальная модель в понятие «здоровье» включает биологические и социальные признаки. Эти признаки рассматриваются в единстве, но при этом приоритеты отдаются социальным признакам.
4. Ценностно-социальная модель признает здоровье базовой человеческой ценностью, необходимой предпосылкой для полноценной жизни, удовлетворения духовных и материальных потребностей индивида. 4. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Основные параметры здоровья по ВОЗ

```
graph TD; A[Основные параметры здоровья по ВОЗ] --> B[Первичный параметр здоровья - продолжительность здоровой жизни]; A --> C[Вторичный параметр здоровья - уровень доходов и уровень образования];
```

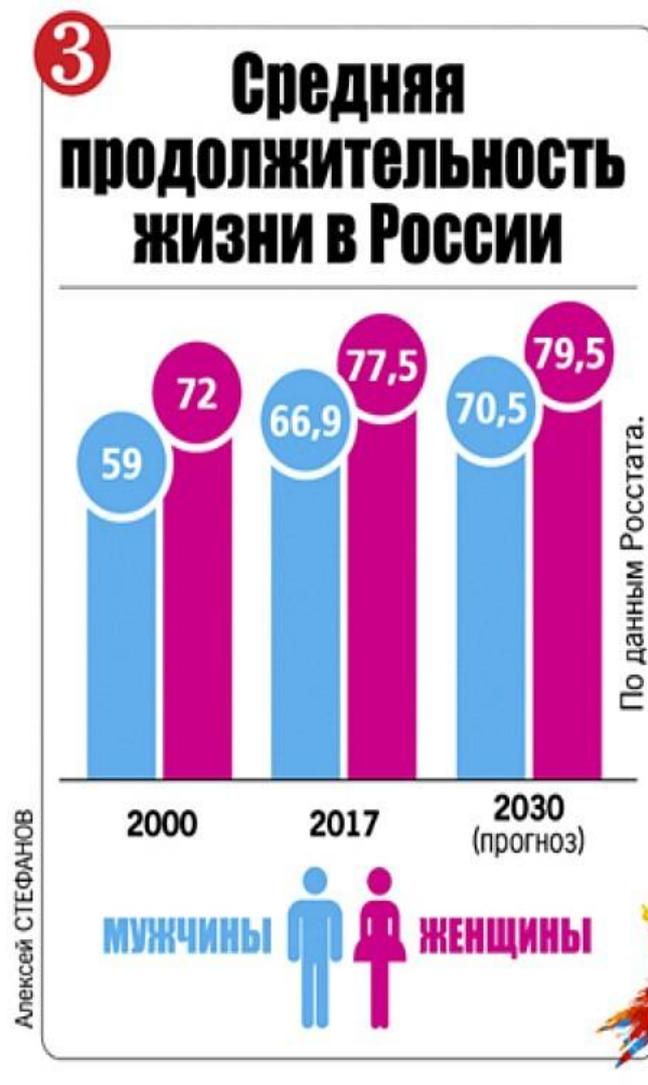
**Первичный
параметр здоровья -
продолжительность
здоровой жизни**

**Вторичный
параметр здоровья -
уровень доходов и
уровень образования**

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в РФ (Росстат, 2015)

Год рождения	Все население	Мужчины	Женщины
1980	67.61	61.53	73.09
1990	69.19	63.73	74.3
1995	64.52	58.12	71.5
2000	65.34	59.03	72.2
2006	66.6	60.37	73.2
2008	67.4	61.2	73.8
2010	70.5	65.7	75.2
2017	72,2	66.9	77,5

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в РФ (прогноз, Росстат, 2017)



Средняя ожидаемая продолжительность жизни в РФ в сравнении с другими странами



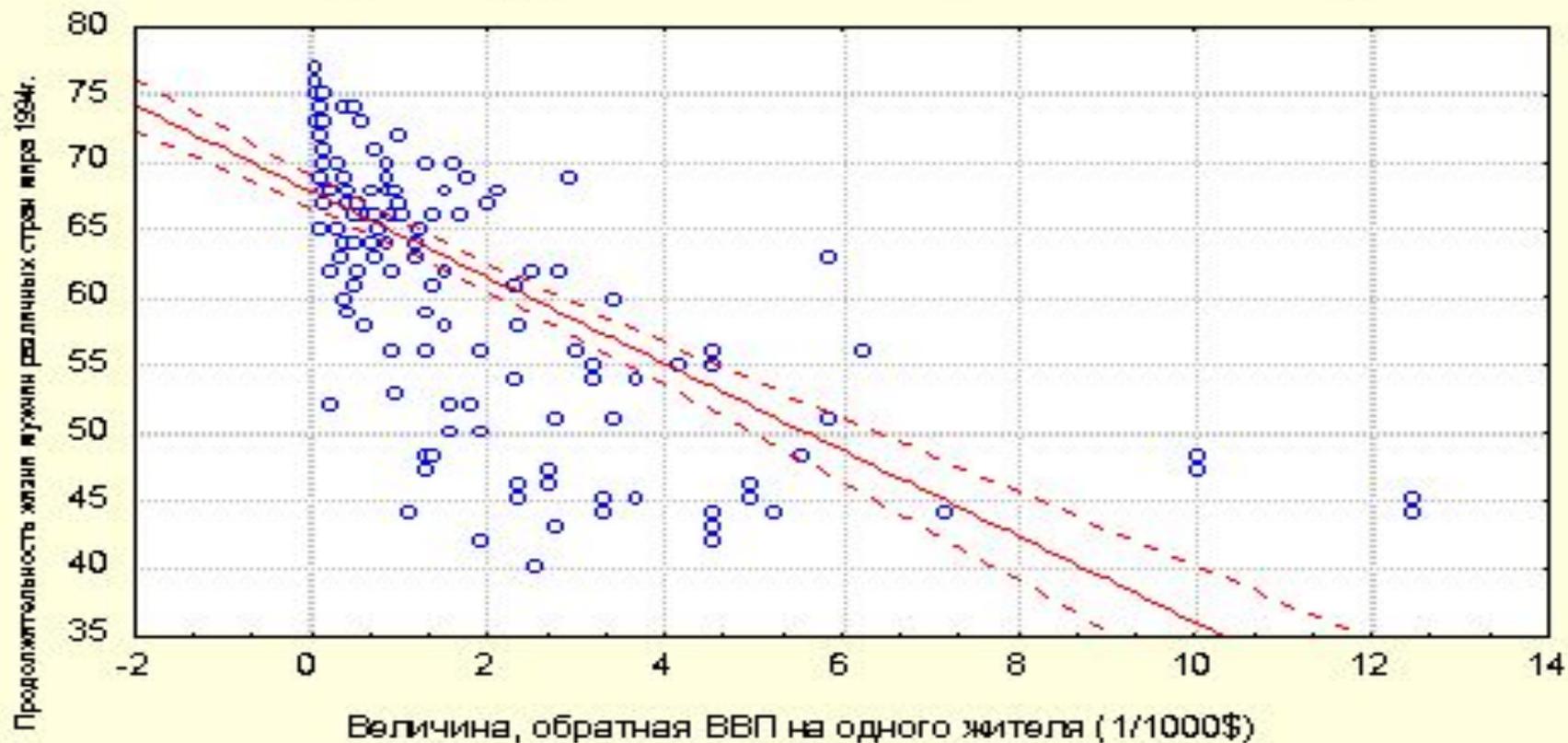
В зарубежных странах показано, что средняя продолжительность жизни напрямую зависит от уровня доходов населения, особенно той их части, которая направляется на личное потребление (питание, физкультура, отдых, и др.).

Так, с увеличением доходов индивидуума, направленных на личное потребление, **ожидаемый прирост продолжительности жизни составляет 1 год на каждые 1000 долларов США.**

Своеобразным подтверждением факта зависимости продолжительности жизни от уровня доходов являются **данные по жизни москвичей.**

Общеизвестно, что в столице, сосредоточившей в себе 80% банковских ресурсов, уровень жизни явно выше, чем в других регионах.

Зависимость ожидаемой продолжительности жизни мужского населения от уровня жизни



**Зависимость продолжительности жизни от ВВП
(по методике С.Ермакова, 1999)**

В конце XX - начале XXI вв. состояние здоровья населения России характеризовалось значительными негативными тенденциями:

- * значительный рост смертности;
- * рост младенческой и материнской смертности и высокий ее уровень;
- * сокращение значения показателя средней продолжительности предстоящей жизни;
- * распространение социально обусловленных болезней (алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция);
- * снижение общего уровня здоровья населения;
- * рост профессиональной заболеваемости;
- * несвоевременность основного направления медицинской помощи - преобладание лечения выраженных случаев заболеваний над профилактической медициной и снижения выявления заболеваний на ранних стадиях;
- * рост заболеваемости, связанный с недостаточным уровнем высокотехнологичной медицинской помощи;
- * отрицательный показатель естественного прироста

Реформирование здравоохранения в конце XX - начале XXI вв., в том числе попытки реализации основных положений Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (постановление Правительства РФ №1387 от 05.11.1997) не принесли значимых результатов.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

Система финансирования здравоохранения:

- недофинансирование системы здравоохранения РФ как один из ключевых факторов ухудшения показателей здоровья;
- рост административных издержек;
- различия между финансовым обеспечением субъектов РФ и бремени личных расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения;
- преобладание расходов на стационарную медицинскую помощь в ущерб амбулаторно-поликлинической и системе длительного ухода и реабилитации;
- неэффективность системы распределения финансовых средств между поставщиками медицинских услуг;
- отсутствие единой тарифной политики как фактор неоправданных издержек и поддержания коррупции;
- отсутствие мотивации страховых медицинских организаций к повышению качества медицинских услуг.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ



2016

Бюджетное финансирование здравоохранения в текущем и наступающем году: почувствуйте разницу

2017

На здравоохранение
в целом



544 млрд
рублей



Финанси-
рование
стационаров



243 млрд
рублей



На амбула-
торную
помощь



113,4 млрд
рублей



Санитарно-
эпидемиологи-
ческое благо-
получие



17,473 млрд
рублей



На здравоохранение
в целом



363 млрд
рублей



Финанси-
рование
стационаров



148 млрд
рублей



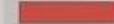
На амбула-
торную
помощь



68,995 млрд
рублей



Санитарно-
эпидемиологи-
ческое благо-
получие



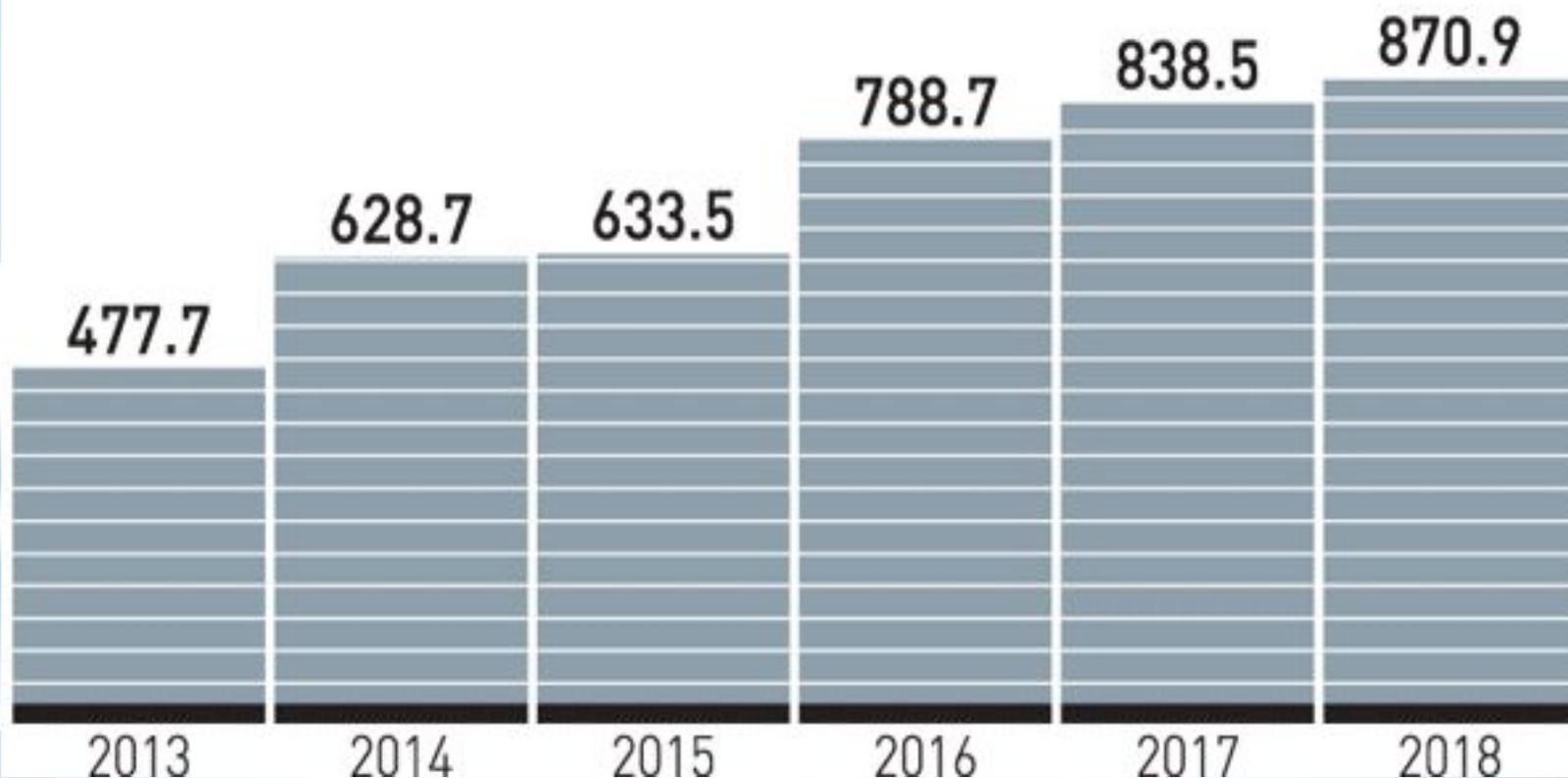
14,68 млрд
рублей



Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

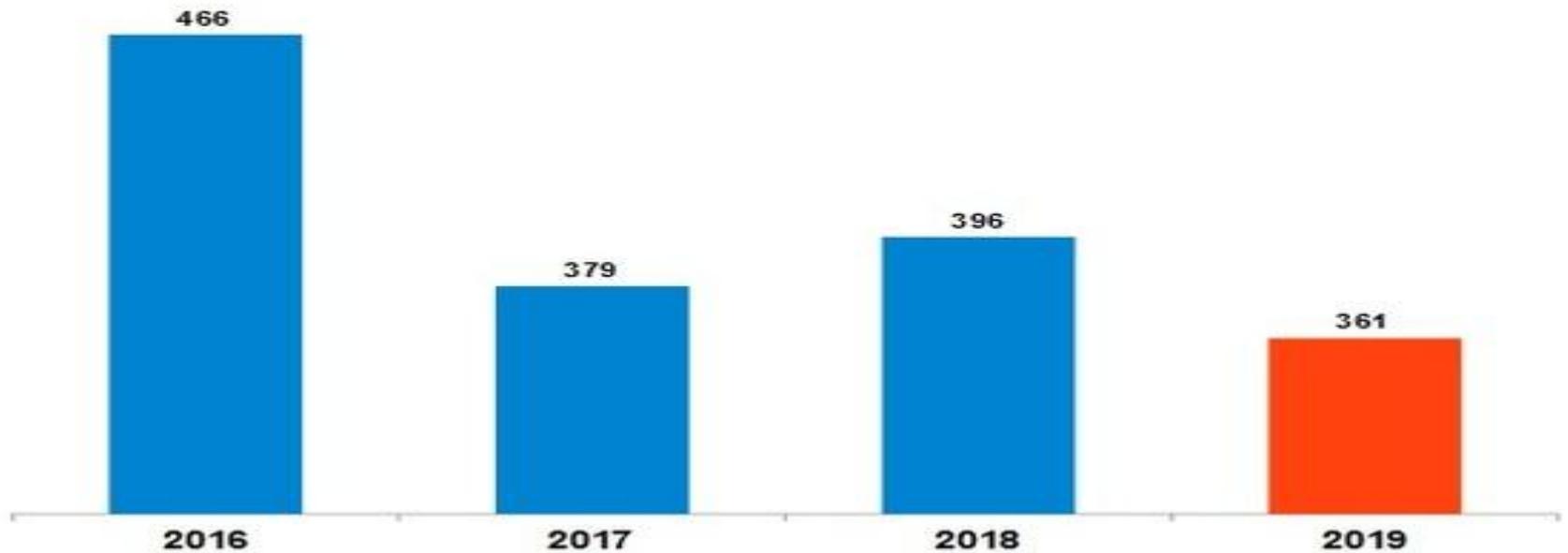
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТА РФ, МЛРД РУБ.

Источник: госпрограмма «Развитие здравоохранения»

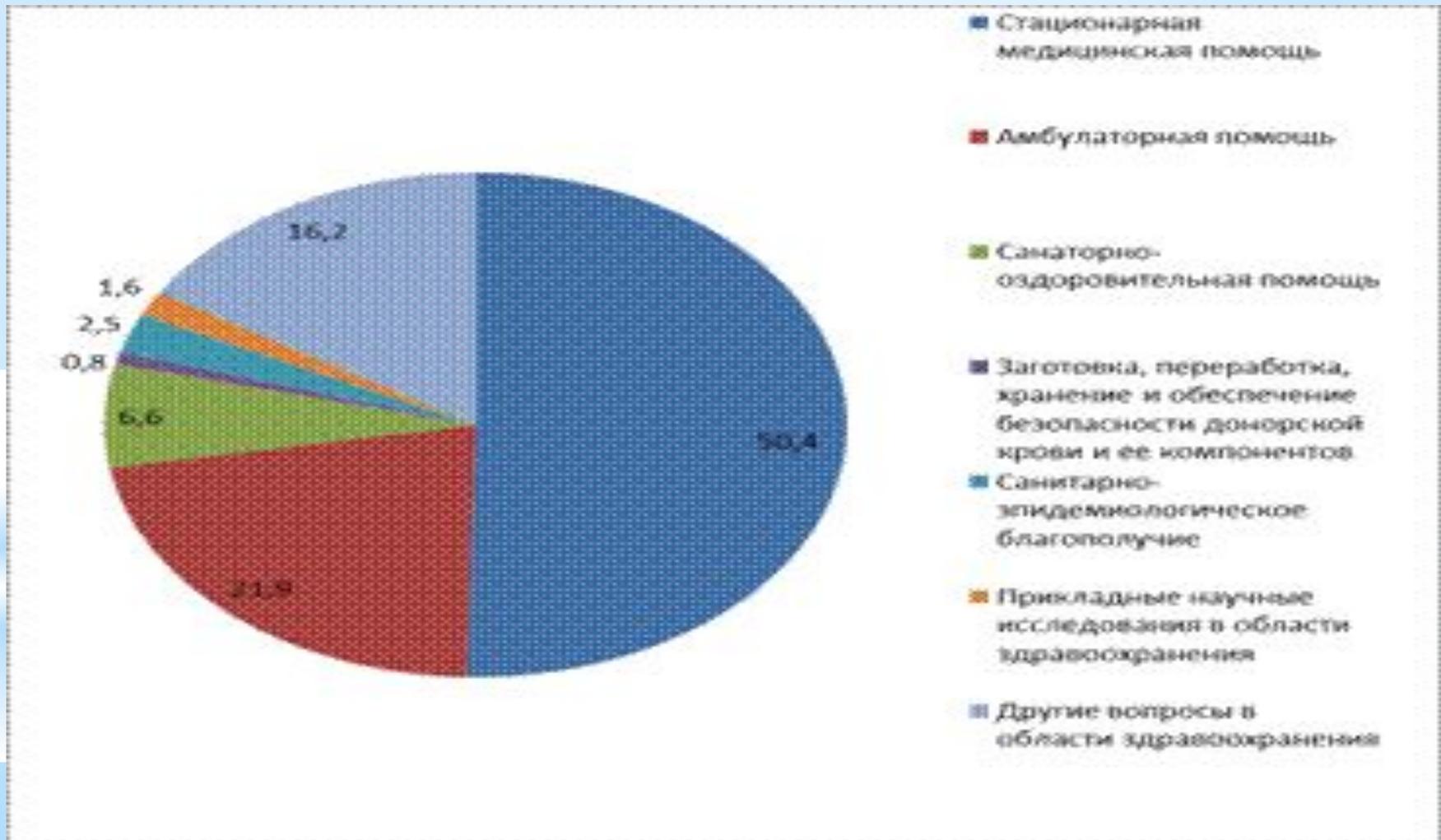


Прогнозирование расходов на здравоохранение

Расходы федерального бюджета на здравоохранение, млрд руб



Структура расходов на здравоохранение



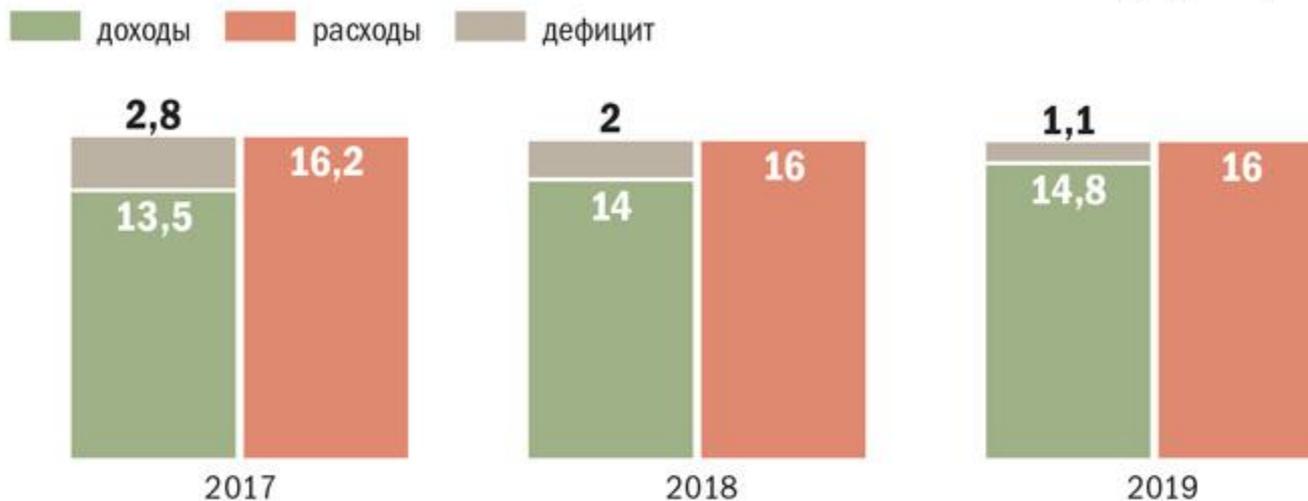
*Пересмотр Государственной программы
«Развитие здравоохранения»*



Прогнозирование расходов на здравоохранение

ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ ВНЕСЛО В ГОСДУМУ ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА

(цифры в трлн руб.)



Ориентировочная цена на нефть – **40** долларов за баррель

Прогнозируемое снижение инфляции – до **4** процентов

Специальный резервный фонд, в том числе для финансирования приоритетных проектов (по возможности его объемы могут быть увеличены), – до **100** миллиардов рублей

Источник: ИТАР-ТАСС, 28.10.2016

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

Кадровые и материально-технические ресурсы:

- низкие заработные платы медицинских работников;
- отток кадров из отрасли и дефицит по ряду ключевых специальностей;
- высокий удельный вес среди работников лиц предпенсионного (50%) и пенсионного (30%) возраста;
- несовершенство системы базового и постдипломного медицинского образования;
- неоптимальная структура коечного фонда: избыток коек интенсивного лечения, недостаток (в 2 раза) коек длительного ухода и восстановительного лечения;
- ухудшение обеспечения коечным фондом сельского населения (за последние 15 лет на 36% в расчёте на 10 тыс. населения);
- недофинансирование науки и слабое взаимодействие РАМН и Министерства здравоохранения.



Дефицит медицинских кадров

Размер фактического дефицита обеспеченности медицинскими кадрами в 2013 году составил **821 чел.**, из них врачебный медицинский персонал – **439 чел.**, средний медицинский персонал – **382 чел.**

В соответствии с методическими рекомендациями «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб», разработанными Центральным научно-исследовательским институтом информатизации и организации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, расчетная потребность во врачах-специалистах составляет **1415 человек.**

В этой связи возникает актуальность проблемы подготовки руководящих кадров

- * Необходимость повышения эффективности управления системой здравоохранения**
- * Потребность в обновлении кадрового состава**
- * Целесообразность формирования руководителя «нового типа»**

Готовность руководящих кадров к профессиональной деятельности в момент назначения на должность (в % к итогу)

Степень готовности к руководящей должности	Руководители медицинских учреждений			
	Главные врачи	Заместители главных врачей	Респонденты в целом	В возрасте до 40 лет
Полная	26,6	21,6	24,7	17,2
Частичная	62,7	71,0	67,3	74,2
Недостаточная	10,7	7,4	8,0	8,6
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

В ВУЗах приоритетом в работе по подготовке будущих руководителей является:

- ранний отбор лиц с высоким управленческим потенциалом,**
- ориентация их на руководящую деятельность,**
- формирование компетенций, необходимых для руководителя нового типа**

В учреждениях здравоохранения:

- превалирует конкретная работа по подготовке кадрового резерва на руководящие должности, а также пополнение его состава за счет собственных молодых (до 35 лет) сотрудников.**

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 15.04.2013 N 614-Р «О КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ ДО 2018 ГОДА»

**КОМПЛЕКС МЕР
по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года**

**Совершенствование
планирования и использования
кадровых ресурсов**

*Совершенствование системы
подготовки специалистов*

Формирование и расширение
системы материальных и моральных
стимулов медицинских работников

Мониторинг кадрового
состава системы
здравоохранения

Федеральный регистр
медицинских работников
(обязательное ведение как
субъектами Российской
Федерации, так и
**образовательными
организациями**)

Анализ обеспеченности
отрасли специалистами

КАДРОВЫЙ ПРОФИЛЬ СУБЪЕКТА

**Государственное
задание на
подготовку
кадров**

**РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ
ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ
НА ПОВЫШЕНИЕ
КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ,
ПОЭТАПНОЕ УСТРАНЕНИЕ
ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ
КАДРОВ, А ТАКЖЕ РАЗРАБОТКУ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕР
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАИБОЛЕЕ
ДЕФИЦИТНЫХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Управление кадровым резервом на уровне органов управления здравоохранением

1. Формирование региональной системы управления кадровым резервом;
2. Определение требований, предъявляемых к руководителям в соответствии со стратегическими направлениями развития системы здравоохранения, востребованности профессиональных и личностных характеристик в перспективе;
3. Оказание методической, организационной помощи учреждениям здравоохранения в работе с кадровым резерв;
4. Определение состава резерва по результатам комплексной оценки
5. Создание системы мониторинга развития и карьерного роста кадрового резерва;
6. Обеспечение возможностей для профессиональной подготовки кадров в области теории и практики управления;
7. Обеспечение целенаправленного должностного передвижения кадров по вертикали и горизонтали;
8. Выдвижение на ключевые руководящие должности;
9. Учет эффективности (результативности) работы с резервом в разрезе учреждений здравоохранения и в целом по региону

Современные подходы управления здравоохранением

- установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения;
- принятие и изменение федеральных законов в области здравоохранения и контроль за их исполнением;
- разработка и утверждение Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью и установление размера взносов на обязательное медицинское страхование;
- защита прав и свобод человека в области охраны здоровья;
- охрана семьи, отцовства, материнства и детства;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании государственного бюджета;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- установление структуры и порядка деятельности федеральных органов управления государственной системой здравоохранения;
- координация деятельности органов государственной власти и управления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности;
- организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории страны.

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медико-социальной помощи в случае утраты.

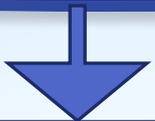
Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Правовые принципы охраны здоровья граждан



1. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан.
3. Доступность медико-социальной помощи.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Задачи законодательства РФ по охране здоровья граждан



1. Определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе РФ, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, автономных областей, округов в вопросах охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции в этих вопросах органов местного самоуправления.
2. Правовое регулирование деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.
3. Определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения.
4. Определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

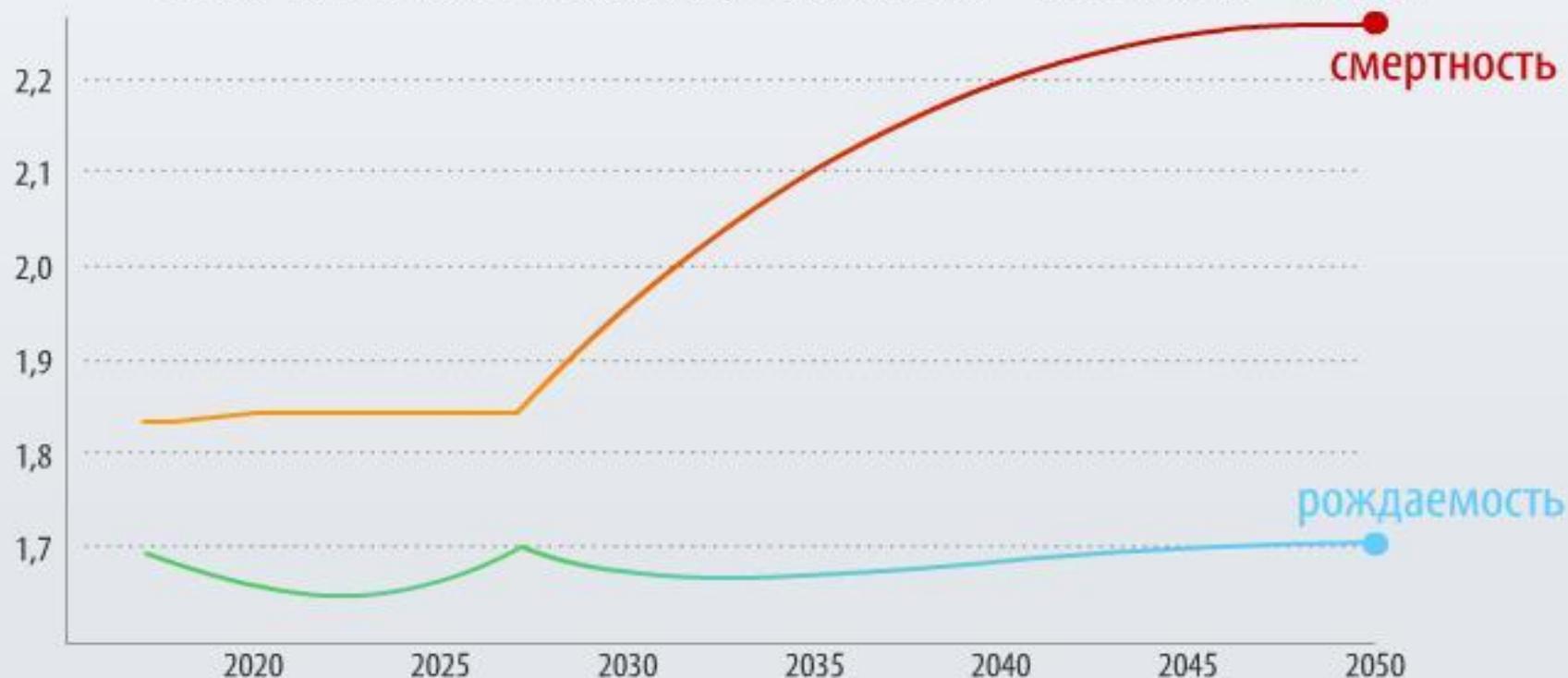
Характеристики комплексной оценки общественного здоровья (рекомендации ВОЗ):

- отчисление валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность и качество первичной медико-социальной помощи;
- охват населения профилактической помощью;
- сбалансированность питания беременных, детей и подростков;
- уровень нравственного здоровья и духовности;
- уровень младенческой смертности;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;
- информированность населения в вопросах здоровья и здравоохранения;
- качество жизни;
- состояние окружающей и производственной среды обитания;
- степень экологической безопасности.

Основные показатели демографических процессов в России в первое десятилетие XXI в.

Рождаемость и смертность в 2017-2027 гг.

в млн. человек (при равномерном увеличении ОПЖ* - до 76 лет, СКР* - до 1,9)



*ОПЖ - ожидаемая продолжительность жизни при рождении; СКР - суммарный коэффициент рождаемости

Демографическое положение в России. Темпы убыли населения.

20

Численность населения России (в млн.чел.)



Основные показатели состояния здоровья населения России в первое десятилетие XXI в.

- * значительный рост смертности вследствие болезней системы кровообращения и новообразований;
- * распространение социально обусловленных болезней (алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ-инфекция);
- * снижение общего уровня здоровья населения;
- * рост профессиональной заболеваемости;
- * несвоевременность основного направления медицинской помощи - преобладание лечения выраженных случаев заболеваний над профилактической медициной и снижения выявления заболеваний на ранних стадиях;
- * рост заболеваемости, связанный с недостаточным уровнем

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

1. Система финансирования здравоохранения:

- недофинансирование системы здравоохранения РФ как один из ключевых факторов ухудшения показателей здоровья;
- рост административных издержек;
- различия между финансовым обеспечением субъектов РФ и бремени личных расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения;
- преобладание расходов на стационарную медицинскую помощь в ущерб амбулаторно-поликлинической и системе длительного ухода и реабилитации;
- неэффективность системы распределения финансовых средств между поставщиками медицинских услуг;
- отсутствие единой тарифной политики как фактор неоправданных издержек и поддержания коррупции;
- отсутствие мотивации страховых медицинских организаций к повышению качества медицинских услуг.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

2. Кадровые и материально-технические ресурсы:

- низкие заработные платы медицинских работников;
- отток кадров из отрасли и дефицит по ряду ключевых специальностей;
- высокий удельный вес среди работников лиц предпенсионного (50%) и пенсионного (30%) возраста;
- несовершенство системы базового и постдипломного медицинского образования;
- неоптимальная структура коечного фонда: избыток коек интенсивного лечения, недостаток (в 2 раза) коек длительного ухода и восстановительного лечения;
- ухудшение обеспечения коечным фондом сельского населения (за последние 15 лет на 36% в расчёте на 10 тыс. населения);
- недофинансирование науки и слабое взаимодействие РАМН и Министерства здравоохранения.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

3. Организация медицинской помощи населению:

- низкие показатели доступности медицинской помощи населению;
- несоответствие объемов амбулаторно-поликлинической помощи потребностям населения;
- недостаток высокотехнологичной медицинской помощи, восстановительного лечения и реабилитации;
- ограничение возможностей ЛПУ оказывать определенные виды помощи (из-за разделения источников финансирования по законам о разграничении полномочий);
- слабость материально-технической базы;
- преимущественная ориентированность государственных целевых долгосрочных программ на инфраструктурную составляющую.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

4. Управление системой здравоохранения:

- * отсутствие стратегического и оперативного планирования в соответствии с потребностями практического здравоохранения;
- * дисбаланс управленческих процессов;
- * устаревшая система статистической отчетности;
- * недостаточное государственное регулирование в части формирования тарифов на лекарственные средства и медицинские услуги;
- * неэффективное управление имеющимися ресурсами здравоохранения.

Основные проблемы в состоянии и деятельности системы здравоохранения РФ

5. Правовое обеспечение деятельности по охране здоровья РФ:

- недостаточность законодательной активности в области здравоохранения;
- медленное изменение законодательства, не успевающее за социально-экономическими и политическими процессами в стране и мире;
- преобладание законов непрямого действия и законов, большинство норм которых носят общий характер без учета потребностей отрасли;
- неравенство между субъектами РФ в реализации гарантий медицинской помощи.

Новая «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года» обозначила два основных направления в системе здравоохранения:

- 1. Формирование здорового образа жизни**
- 2. Гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.**

Цели

«Концепции развития здравоохранения»:

- доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 10 (общий коэффициент смертности — число умерших от всех причин на 1000 человек в год);
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространённости употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения;
- обеспечение население бесплатной, гарантированной государством, качественной медицинской помощью.

Задачи

«Концепции развития здравоохранения»:

- создание условий, возможностей и мотивации населения для ведения здорового образа жизни;
- совершенствование системы организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- повышение квалификации медицинских работников;

Ключевые меры государственной политики по охране здоровья, предусмотренные Стратегией 2020:

- формирование здорового образа жизни;
- развитие человеческого потенциала в здравоохранении;
- реорганизация оказания амбулаторно-поликлинической помощи;
- реструктуризация стационарной помощи;
- развитие системы контроля и обеспечения качества медицинской помощи;
- развитие институтов медицинского страхования;
- развитие рынка медицинских услуг;
- повышение эффективности внедрения новых медицинских технологий;
- охрана окружающей среды и обеспечения экологической безопасности.

Формирование здорового образа жизни подразумевает использование мер регулирующего, экономического, информационного характера, целями которых являются:

- **снижение распространенности курения, приема алкоголя среди населения;**
- **формирование у населения основных принципов здорового образа жизни;**
- **повышение доступности и увеличение количества спортивных площадок;**
- **усиление контроля за приемом лекарственных препаратов без назначения врача;**
- **контроль за продуктами питания, наносящих наибольший вред здоровью;**
- **ужесточение мониторинга масштабов наркопотребления, профилактика и раннее выявление наркоманий.**

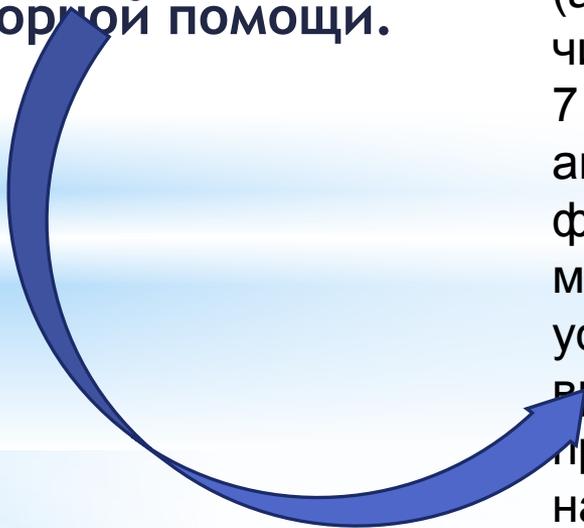
Развитие человеческого потенциала в здравоохранении:

- развитие системы медицинского образования;
- переход к эффективному контракту;
- расширение функций средних медицинских работников;
- информатизация здравоохранения;
- разделение ответственности за финансирование здравоохранения между государством, населением и работодателем;
- использование принципов рыночного регулирования в здравоохранении.

Реорганизация оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

- увеличение масштабов профилактической работы;
- повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи;
- рост качества специализированной амбулаторной помощи.

В 2013 году в медицинских организациях субъектов Российской Федерации эксплуатируется 1781 передвижное (автомобильное) подразделение, в том числе 58 передвижных амбулатории, 7 передвижных фельдшерско-акушерских пункта, 887 передвижных флюорографов, 80 передвижных маммографов и 174 стоматологические установки. Организована работа 555 врачебных бригад для проведения профилактических осмотров сельского населения.



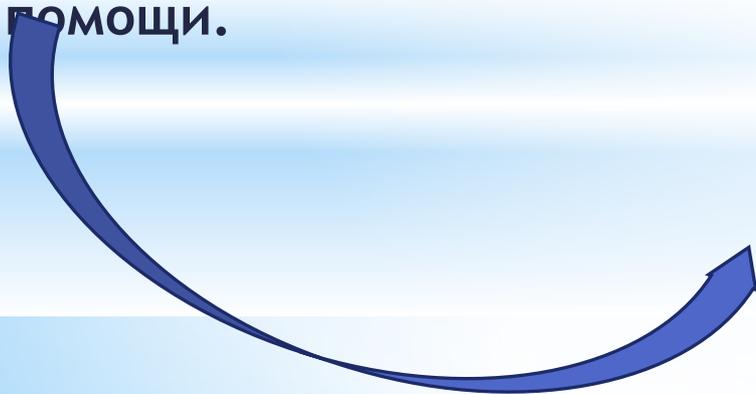
Реорганизация оказания скорой медицинской помощи:

Современный этап развития скорой медицинской помощи характеризуется развитием госпитального этапа, а также совершенствованием оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме. Эти тенденции нашли свое отражение в новом Порядке оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н.

Реструктуризация стационарной помощи:

- изменение структуры коечного фонда по степени интенсивности лечения: для лечения острых заболеваний, реабилитации, долечивания;
- сокращение избыточных коек по ряду профилей;
- формирование сети межрайонных центров специализированной помощи.

Реализация данных мероприятий осуществлялась в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11 октября 2013 г. № 906 «О предоставлении субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации и федеральным государственным бюджетным учреждениям на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями», распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 2540-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями».



Информатизация здравоохранения

Наряду с укреплением материально-технической базы учреждений в субъектах Российской Федерации, осуществлялись мероприятия по внедрению современных информационных систем.

Было приобретено более 374 тыс. единиц компьютерной техники, организовано 629 тыс. портов локальных вычислительных сетей.

Мероприятия по введению электронного паспорта медицинского учреждения завершены в 5,8 тыс. учреждений здравоохранения.

Более чем в 7,3 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты.

В 2013 году в федеральный сервис загружено более 36 млн. электронных медицинских карт, что составляет на сегодняшний день около 26% численности населения страны.

В 5,7 тыс. медицинских организаций внедрён сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде».

Обеспеченность лекарственными средствами

Основным индикатором качества и своевременности лекарственной помощи льготным категориям граждан является количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптечных учреждениях.



Препараты, финансируемые существующими программами здравоохранения

Программа финансирования	Лекарственные препараты	Регламентирующие документы
7 Нозологий	Дорназа Альфа	Распоряжение правительства РФ от 02.10.2007, 323 з-н , ст 44
ОНЛС (ДЛО)	Ферменты поджелудочной железы (Креон®) урсодезоксихолиевая к-та, муколитики, антибиотики	ФЗ №122-ФЗ от 22.08.2004, ФЗ № 178-ФЗ от 17.07.1999
Региональная льгота	Ферменты поджелудочной железы (Креон®), Урсодезоксихолиевая к-та, муколитики, антибиотики	Постановление правит. №890 Ф3 от 18.10.2007 №230-ФЗ
КЭК	Любые препараты на основании рекомендации специалиста	Постановление правит. №890 Ф3 от 18.10.2007 №230-ФЗ
Региональная программа	Препараты предусмотренные программой на данной территории	Стандарт 14.11.2007 N 703, Постановление правительства №890
Высокие Технологии	На основании стандарта ВМП по заболеванию	Стандарт 13.12.2 N 841
Региональная Госпитальная помощь	На основании стандарта специализированной помощи по заболеванию + локальные КСГ	Стандарт 22.02.2006 N 107 или локальные КСГ

Развитие системы контроля и обеспечения качества медицинской помощи:

- * утверждение показателей оценки качества медицинской помощи на федеральном уровне;
- * внедрение программ подготовки экспертов по качеству медицинской помощи;
- * развитие программ обеспечения качества медицинской помощи по отдельным заболеваниям;
- * учет показателей качества оказания медицинской помощи при административно-экономической оценке деятельности медицинской организации;
- * доступность для граждан информации о результатах медицинской деятельности медицинской организации.

Развитие институтов медицинского страхования:

- внедрение в систему ОМС новых методов оплаты медицинской помощи, повышающих экономическую мотивацию поликлиник и стационаров к росту эффективности;
- формирование конкурентной модели ОМС;
- использование экономических регуляторов на рынке медицинских услуг для повышения качества медицинской помощи;
- развитие добровольного медицинского страхования.

Развитие рынка медицинских услуг:

- развитие конкуренции в оказании медицинской помощи;
- переход к единым тарифам оплаты однородных услуг;
- реформирование системы администрирования экономики здравоохранения;
- контроль со стороны государства за рынком платных медицинских услуг;
- обеспечение «прозрачности» рынка медицинских услуг для всех его участников.

Повышение эффективности внедрения новых медицинских технологий:

- изменение существующей многоступенчатой системы допуска на рынок новых медицинских изделий;
- усиления контроля за качеством внедряемой продукции в соответствии со стандартами, используемыми в ЕС;
- создание системы оценки клинико-экономической эффективности новых медицинских технологий.

Охрана окружающей среды и обеспечения экологической безопасности:

- развитие системы нормирования воздействия на окружающую среду;
- создание и развитие комплексной системы экологического мониторинга;
- создание системы экологических оценок и экологической экспертизы;
- введение экономических механизмов стимулирования «зеленого роста»;
- содействие развитию экологических технологий.

Основные этапы реализации Концепции:

I этап до 2015 г:

- переход на преимущественно одноканальную модель финансирования; медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования;
- разработка стандартов и порядков оказания медицинской помощи;
- создание системы контроля качества медицинской помощи;
- модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье».

Основные этапы реализации Концепции:

II этап 2016-2020 гг.:

- поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи;
- внедрение новых технологий с приоритетом инновационного развития здравоохранения;
- информатизация отрасли;
- включение высокотехнологичной и скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования;
- создание системы лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках ОМС.

Ожидаемые эффекты от реализации Концепции 2020:

Население:

- доступ к качественным медицинским услугам;
- уменьшение личных расходов на медицинскую помощь;
- раннее предупреждение и профилактика заболеваний;
- улучшение демографических показателей;
- как следствие вышеперечисленного - рост экономического благосостояния.

Ожидаемые эффекты от реализации Концепции 2020:

Государство:

- сохранение жизни и улучшения здоровья граждан;
- мощный импульс для развития экономики и дополнительный вклад в ВВП (рентабельность вложений в реформирование системы здравоохранения достигнет 200%);
- сохранение социальной и политической стабильности в стране;
- сохранение национальной безопасности на долгосрочный период.

Ожидаемые эффекты от реализации Концепции 2020:

Медицинские работники:

- рост заработной платы и укрепление социальной значимости статуса врача;
- свободный доступ к современным источникам информации на рабочих местах;
- стимулирование к постоянному профессиональному росту;
- улучшение качества и доступности образования, в том числе за счет развития дистанционных форм обучения.

Ожидаемые эффекты от реализации Концепции 2020:

Поставщики медицинских услуг:

- увеличение объемов заказов на оказание медицинской помощи;
- рост рентабельности работы в сфере оказания медицинских услуг;
- становление «прозрачного» открытого рынка медицинской помощи;
- свободное управление ресурсами медицинских учреждений государственными и муниципальными структурами.

Примеры обоснования роли здравоохранения в достижении экономического роста (расчёты к 2020 году):

- снижение коэффициента смертности трудоспособного населения в 2 раза принесет дополнительный вклад в ВВП 1,059 трлн руб.;
- снижение числа дней нетрудоспособности на 25% даст дополнительный доход 1,25 трлн руб.;
- продление активного трудового возраста мужчин и женщин позволит внести дополнительный вклад в ВВП страны до 32,5 трлн руб.;
- непосредственная рентабельность средств, вложенных в здравоохранение: государство на каждый дополнительно вложенный в здравоохранение 1 руб. получает прирост ВВП на 3 руб., что заведомо превышает окупаемость вложений в других отраслях экономики.

Влияние здравоохранения на безопасность страны и политическую стабильность (в рамках реализации Концепции):

- стабилизация численности населения способствует укреплению национальной безопасности (сохранение до 5 млн жизней граждан к 2020 году);
- снижение зависимости от притока внешней рабочей силы (мигрантов);
- увеличение числа мужчин призывного возраста и улучшение здоровья призывников;
- уменьшение доли частных расходов на здравоохранение снижает риск обнищания малоимущих семей;
- рост социальной стабильности в обществе;
- сохранение семьи и увеличение численности трехпоколенных семей (с ростом численности пенсионного населения) как фактора стабилизации общества.

Таким образом, здравоохранение является отраслью, которая способствует экономическому развитию страны, укреплению национальной безопасности, достижению социальной и политической стабильности в обществе.

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации обеспечит активизация первичной медицинской помощи, развитие высоких технологий, а также разработка и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, стимулирование рождаемости, обеспечение санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия, развитие профилактики и реабилитации, оптимизация лекарственного обеспечения, внедрение системы управления качеством медицинской помощи, преодоление отставания сельского здравоохранения и защита прав пациента и медицинских работников.

Указанные экономические показатели подчеркивают не только необходимость и значимость Концепции здравоохранения 2020, но и высокий уровень заинтересованности государства в контроле за надлежащим ее исполнением.

Благодарю

за

внимание!