**Введение**

**Актуальность темы исследования**. Наличие в здравоохранении кризиса не отрицает никто - ни органы здравоохранения, ни Правительство, ни профессиональные медицинские ассоциации. Едины и точка зрения на причины кризиса. Большинство считает, что это, прежде всего - кризис системы управления здравоохранением и его системы финансирования.

Роль и значение общественного здоровья и здравоохранения в Российской Федерации окончательно не определены. Более того, четко не очерчен круг социальных болезней, не изучены структура и механизмы воздействия на человека социальных факторов и условий, не отработаны принципы интеграции современной клинической и социальной медицины. Между тем без решения этих вопросов трудно говорить о стройной системе здравоохранения и медико-социального страхования. При этом необходимы научно обоснованная, адресная система мер, новая медико-социальная политика, новые структурно-функциональные модели и технологии социальной медицины.

Охрана здоровья населения является одним из важнейших компонентов социально-экономической системы государства на всех уровнях. В то же время, социальные программы, а здравоохранение в последние годы все чаще и чаще относят именно к социальной сфере, проводятся в условиях жесткого ограничения выделяемых ресурсов, что связано с целым рядом причин социально-экономического и политического характера.

Здоровье населения является одним из обязательных и первоочередных по приоритетности компонентов благосостояния, благополучия и богатства страны. Отсюда возникает безотлагательная необходимость разработки такой стратегии охраны здоровья населения регионов, которая при ее реализации через соответствующую политику вносила бы весомый вклад в обеспечение региональной стабильности и безопасности, отвечала бы запросам общества.

Целью исследования является анализ проблем управления системой общественного здравоохранения на уровне региона.

Для достижения поставленной цели в работе необходимо решить ряд **задач**:

1) рассмотреть понятие общественного здравоохранения;

2) выявить проблемы недофинансирования здравоохранения;

) охарактеризовать роль общественных советов в управлении здравоохранением;

) проанализировать региональные проблемы управления общественным здравоохранением;

) рассмотреть основные тенденции в развитии системы управления общественным здравоохранением на уровне регионов.

**Объект исследования** - система общественного здравоохранения.

**Предмет исследования** - управление системой общественного здравоохранения на уровне региона.

Изложенные задачи логически обусловили структуру курсовой работы, которая состоит из введения, трех глав, разделенных на параграфы, заключения, списка использованной литературы и приложений.

**1. Понятие и характеристика системы общественного здравоохранения в России**

**.1 Модель общественного здравоохранения в России**

Термин «общественное здравоохранение» («модель общественного здравоохранения») - относительно новое явление для России, в то время как медицинские работники большинства развитых стран не представляют иных условий исполнения своей профессии.

Согласно определению Всемирной медицинской организации, понятие «общественное здоровье» рассматривается как важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности, обусловленный комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов[7].

Этот важнейший ресурс нации должен быть обеспечен системой научных и практических мер, то есть системой общественного здравоохранения, включающей структуры медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на охрану и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества[13].

Как показывают лучшие примеры из отечественного и международного опыта, решение проблем общественного здравоохранения может быть достигнуто только на основе методологии междисциплинарного синтеза, интегрирующего понимание природы медицинских, биологических, социальных, поведенческих и экономико-управленческих факторов, влияющих на состояние общественного здоровья.

Ответственность за качество медицинской помощи при модели общественного здравоохранения возложена, прежде всего, на носителя профессии - врача (медсестру), а также - на структуру, регулирующую их профессиональную деятельность - профессиональные объединения по медицинским специальностям.

Участие государственных регуляторов в системе мер по повышению качества медицинской помощи носит, как правило, либо формальный (лицензия выдается только при наличии сертификата/аттестата), либо опосредованный характер, например, через финансирование фондов, страхующих профессиональную ответственность врачей, инвестирование перспективных научных исследований и т.д. Высокая степень защищенности пациента и врача при конфликтных ситуациях достигается не столько работой судебных органов, сколько - активной деятельностью различных общественных (внесудебных) институтов, обладающих широкими полномочиями в силу их легитимности.

Повышение интереса к модели общественного здравоохранения в России в последние годы было связано, прежде всего, с попыткой проведения в стране административной реформы, главная цель которой (по замыслу ее «архитекторов») - «коррекция форм государственного вмешательства в экономику, отказ от избыточного бюрократического регулирования и повышение эффективности действий государственной власти в тех сферах, где ее участие абсолютно необходимо»[5]. Основным направлением устранения тотального государственного вмешательства в экономику предусматривалось развитие саморегулирования хозяйственной деятельности. Вместе с тем следует помнить, что процесс формирования института саморегулирования, а фактически - процесса перераспределения полномочий и ответственности между государственным и негосударственным регуляторами, будет сопровождаться повышением требований к структурам негосударственного регулятора - профессионального сообщества[7].

Усилия лидеров отечественного здравоохранения по большинству медицинских специальностей в рамках деятельности Российского медицинского общества вселяют надежду на неизбежность построения в нашей стране адекватного профессионального медицинского сообщества точно так же, как и опыт развития западных демократий свидетельствует о неизбежности создания в России модели общественного здравоохранения. Ярким подтверждение этому является создание и активная деятельность таких общероссийских общественных организаций, как «Российское общество скорой медицинской помощи», «Российская ассоциация трансфузиологов», «Российское общество хирургов», «Ассоциация медицинских сестер России» и других.

**.2 Современные проблемы недофинансирования здравоохранения**

Одной из самых острых проблем на сегодняшний день, по мнению Л.Рашаля, является то, что обязательное медицинское страхование в силу недофинансирования его, неспособно выполнить свои основные функции[18]:

финансировать медицинские учреждения с учетом потребности населения (включая профилактику и диспансеризацию), современных требований к медицинскому процессу и реальных затрат;

обеспечивать качество оказания медицинской помощи на основе профессиональных стандартов;

обеспечивать адекватную оплату труда медицинским работникам с учетом объема, сложности и качества выполняемой работы.

Сегодня государство фактически не гарантирует населению бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях, что является прямым нарушением 41 статьи Конституции РФ[6].

По расчетам экспертов ВОЗ для адекватного и эффективного функционирования системы здравоохранения финансирование должно составлять не менее 6-8% от ВВП. Отечественное здравоохранение на протяжении нескольких десятилетий находится в состоянии хронического недофинансирования (в пределах 2,7-3,1% от ВВП). Вместе с тем, общие расходы на здравоохранение в доле ВВП в странах Восточной Европы составляют 6%, Западной Европы - около 9%, США - 14%. При этом абсолютная величина ВВП в России почти в 20 раз меньше, чем в странах ЕС и США. Из расчета на душу населения расходы здравоохранения в России составляют около 120 $, что в 40 раз ниже, чем в США, в 20-30 раз ниже чем в Западной Европе, почти в 10 раз ниже чем в Чехии, в два- три раза ниже чем в государствах Балтии (Эстония, Латвия, Литва) и Казахстане.

Объемы государственного финансирования здравоохранения формируются по остаточному принципу. Отсутствует привязка подушевого финансового норматива программы государственных гарантий к МРОТ, доле ВВП или другим показателям. Программа основана на минимальном подушевом нормативе, который не учитывает низкий уровень заработной платы, недофинансирование по питанию, медикаментам, низкую материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений. Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая, в результате чего МЭСы финансово не подкреплены. Нет в системе ОМС зафиксированного взноса на неработающее население. С 2005 г. ставка единого социального налога снижена до 26% с уменьшением отчислений в систему ОМС с 3,6 до 2,8%, что привело к ежегодному снижению финансирования здравоохранения в системе ОМС на 35 млрд. руб.

Имеет место порочная практика сбора 0,8% средств из региональных фондов ОМС всех регионов в федеральный фонд с целью частичного покрытия дефицита недотационных регионов. На наш взгляд должно быть прямое дофинансирование из федерального бюджета как недотационных, так и дотационных субъектов[22].

Отсутствие консолидации бюджетов всех уровней, финансирование медицинских учреждений из различных источников, отсутствие единых критериев финансирования медицинских учреждений не позволяют эффективно управлять финансовыми потоками в условиях недостаточного финансирования.

Из-за отсутствия соответствующего финансирования у подавляющего большинства медицинских учреждений имеется слабая материально-техническая база. Число стационаров на 100 тыс. населения в России хоть и превышает в 2 раза число стационаров в Европе, но оснащение абсолютного большинства из них значительно отстает от европейских стандартов. Отсутствует необходимое финансирование капитальных ремонтов учреждений, не предусмотрено финансирование повышения квалификации специалистов, развития современных компьютерных технологий. Крайне недостаточно финансируются федеральные целевые программы (сердечно-сосудистые заболевания, травмы и отравления, онкологические заболевания, репродуктивное здоровье и т.д.), что не удовлетворяет потребности здравоохранения по приоритетным направлениям в целях предотвращения демографического опустошения страны[10].

**1.3 Роль общественных советов в управлении системой здравоохранения**

В последнее время в системе здравоохранения России и, особенно, в структурах ее управления все чаще стала проявляться тенденция к сближению своей деятельности с общественными организациями и движениями. На различных уровнях стали создаваться общественные и координационные советы, движения и федерации, проводиться совместные круглые столы и общественные слушания по самым актуальным проблемам реформируемого и так трудно реформирующегося здравоохранения. Причин этому много, но одной из них следует назвать постепенное формирование понимания у руководства нашей системы здравоохранения того, что общественного здравоохранения создать без общества в принципе невозможно[6].Об этом нам постоянно подсказывает опыт государств с развитыми системами общественного здравоохранения, где давно функционирует и система соответствующего образования [3] в области общественного здравоохранения, а также многочисленные документы, принимаемые на международном уровне с рекомендациями государствам - членам ВОЗ и Совета Европы о том, как надо строить сотрудничество с обществом в этой сфере [5]. Несколько таких последних документов принятых Комитетом министров Совета Европы так и называются «Рекомендации странам-членам Совета Европы по обеспечению мер способствующих активному участию граждан и пациентов в процессах принятия решений в области здравоохранения»[10]. Другой документ, имеющий характер общественного соглашения, принятый совсем недавно в Риме, включает целый раздел, посвященный праву граждан на активное участие в здравоохранении и называется «Европейская хартия прав пациентов», где соединился опыт по укреплению позиции личности и общественной деятельности в системе здравоохранения Европейских стран. Иными словами в Европе на всех уровнях наблюдается значительный прогресс в области вовлечения граждан в решение многих проблем здравоохранения. Во многом, по-видимому, это и обусловливает эффективность здравоохранения современной Европы.

Следовательно, необходимость изучения и по возможности использования передового международного опыта с его богатством и многообразием, принимая его плюсы и анализируя минусы и при этом, не забывая национальной специфики, всегда можно считать актуальной.

Роль правительства должна заключаться в том, что оно должно проводить политику и стратегию, которые будут направлены на поддержку прав пациентов и участия граждан в принятии решений в здравоохранении на региональном и национальном уровнях, обеспечивая и распространяя эту деятельность, а также контролируя и усовершенствуя ее. Причем это должно стать неотъемлемой частью системы здравоохранения и в то же время необходимым компонентом в действующей реформе здравоохранения. В деятельности общественных организаций и граждан очень важна роль информации [10]. Информация, касающаяся здравоохранения и технологий процесса принятия решений должна быть широко распространена, что позволит значительно облегчить участие общественности в решении текущих и потенциальных проблем. Она также должна быть легкодоступна, своевременна, понятна и объективна.

Правительство, региональные власти и общество должны улучшать и усиливать взаимодействие, а разрабатываемые информационные стратегии должны быть адаптированы к конкретным группам населения, для которых они и предназначены.

Слабость общественных движений и организаций в здравоохранении во многом связана и с отсутствием необходимой финансовой поддержки, которая в подавляющем большинстве случаев основана на средствах международных доноров. В то же время рекомендации Совета Европы предлагают правительствам создавать благоприятные условия в юридической и налоговой системе для финансирования и управления такими организациями, а бюджет здравоохранения, насколько возможно, должен включать статьи, для поддержки их деятельности.

Общественные организации и отдельные граждане должны занимать более активную позицию в законодательном процессе в здравоохранении: участвовать в разработке проектов законов и последующем их выполнении, включая будущие процедуры изменений. Это может быть достигнуто через участие представителей общественности в работе профильных депутатских комиссий и проведении общественных дебатов по всем актуальным вопросам здравоохранения.

**2. Проблемы управления системой общественного здравоохранения на уровне регионов**

**2.1 Территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан на получение медицинской помощи**

общественный здравоохранение региональный муниципальный

Первой важнейшей характеристикой имеющихся различий между регионами России в финансировании здравоохранения является значительное неравенство в размерах финансирования территориальных программ государственных гарантий в расчете на одного жителя (см. рис. 1 в Приложении ). Так, в Ямало-Ненецком автономном округе на 1 жителя в рамках финансирования территориальных программ государственных гарантий было потрачено в 9,6 раз больше средств по сравнению с Республикой Дагестан. Распределение субъектов РФ по значению этого показателя очень неравномерно: лишь в 19 регионах оно выше среднего уровня (2935 руб. на человека в год), а в большинстве регионов - ниже.

Только в 9 субъектах РФ уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению превысил 100%. Это означает, что в этих регионах размеры государственного финансирования территориальной программы (расходы из консолидированного регионального бюджета и из средств ОМС) были не ниже величин, рассчитанных на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, рекомендованных Правительством РФ в федеральной программе государственных гарантий. В среднем же по стране этот уровень составил 82%, и при этом дифференциация уровня финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий достаточно высока (см. рис. 2 в Приложении).

До недавнего времени в системе ОМС аккумулировалось в среднем не более трети государственных средств, направляемых на здравоохранение. В последние годы ситуация начала меняться.

Нормативы финансирования страховых медицинских организаций пересматриваются территориальными фондами ОМС, как правило, достаточно часто (в 36 регионах - ежемесячно, в 13 регионах - раз в квартал) (рис. 3 в Приложении). Таким образом, финансовые условия деятельности страховщиков в системе ОМС характеризуются нестабильностью, что является одним из факторов, препятствующих формированию их устойчивой ориентации на повышение эффективности использования ресурсов системы ОМС

В большинстве регионов (в 46 из 68, где действуют СМО) страховщикам не выделяются субсидии из ТФОМС помимо финансирования по нормативам. Механизмом регулирования размеров финансирования страховщиков служит пересмотр значений нормативов финансирования. Однако в 20 регионах имеется также практика выделения им субсидий. В 15 из них субсидии играют незначительную роль - они составляют менее 5% в общем объеме финансового обеспечения страховщиков. Но в 2 регионах (в Калининградской области и в Ханты-Мансийском автономном округе) эти субсидии весьма ощутимы - они достигают 10-30% общего объема финансирования страховщиков, а в 3 регионах (в Воронежской области, Курской области, Ростовской области) - 5-10% (см. рис. 4 в Приложении).

**2.2 Механизмы согласования региональной и муниципальной политики**

О степени развитости механизмов согласования региональной и муниципальной политики можно судить по следующим характеристикам:

учет объемов медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований,

наличие практики согласования вопросов организации здравоохранения между региональными органами управления и органами местного самоуправления;

участие региональных и муниципальных органов в планировании объемов медицинской помощи;

участие региональных органов управления здравоохранением в планировании размеров субсидий муниципальным бюджетам;

участие руководителей муниципальных органов управления здравоохранением и глав местного самоуправления в коллегиях региональных органов;

регулярная оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе разработанной в регионе методики.

К числу регионов, отличающихся высокой степенью развитости таких механизмов, относятся Республика Коми, Республика Тыва, Тамбовская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Ярославская область. В этих регионах объемы медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований, учитываются при расчете показателей территориальной программы государственных гарантий, а, кроме того, в явном виде выделяются в составе показателей этой программы. Здесь распространена практика согласования важнейших вопросов организации здравоохранения между региональным органом управления здравоохранением, органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением. Органы местного самоуправления согласовывают с региональными органами назначение и освобождение от должности руководителей муниципальных органов управления здравоохранением, необходимость открытия новых лечебно-профилактических учреждений и/или ликвидации существующих, необходимость закупки дорогостоящего оборудования, производимой за счет муниципального бюджета. Помимо этого региональные органы осуществляют совместное с местными органами планирование объемов первичной и специализированной медицинской помощи, которую оказывают муниципальные системы здравоохранения

Региональные органы управления здравоохранением вышеназванных регионов участвуют в планировании размеров субсидий (дотаций) муниципальным бюджетам из бюджета субъекта РФ при его формировании (в части согласования расчетных показателей расходов муниципальных бюджетов на здравоохранение). В этих субъектах РФ руководители органов управления здравоохранением в городах, являющихся региональными центрами, несколько раз в год участвуют в коллегиях и других совещаниях, организуемых региональными органами. Неоднократно в течение года проводятся совместные коллегии региональных органов управления здравоохранения и городского органа управления здравоохранением столицы республики или областного центра, а также коллегии с участием глав местного самоуправления. Кроме того, проводится оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе самостоятельно разработанной в регионе методики.

Практика учета объемов медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований, при расчете показателей территориальной программы государственных гарантий получила достаточно широкое распространение в субъектах РФ. Она имеется в 49 регионах. Однако выделение этих объемов в составе показателей территориальной программы государственных гарантий производится лишь в 17 регионах. Это Волгоградская, Ленинградская, Пензенская, Ростовская, Тамбовская, Тюменская и Ярославская области; Приморский и Ставропольский края; республики Адыгея, Бурятия, Коми, Марий Эл и Тыва; Еврейская автономная область, Усть-Ордынский Бурятский и Ямало-Ненецкий автономные округа.

Повсеместное распространение получила практика согласования местными органами власти с региональными органами необходимости открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих. Районные и городские органы власти прибегают к такому согласованию в 58 регионах «как правило» и в 3 регионах «иногда».

Так же широко распространено и согласование районными органами власти с региональными назначения и освобождения от должности руководителей районных органов управления здравоохранением. Такая практика имеет место в 54 регионах «как правило», а в 7 регионах «иногда». Согласование же с региональными органами назначения и освобождения от должности руководителей городских органов управления здравоохранением встречается чуть реже: «как правило» - в 45 регионах, «иногда» - в 13 регионах.

**2.3 Регулирование оказания платных медицинских услуг на региональном уровне**

Условия предоставления платных услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях регулируются либо нормативным актом субъекта РФ, либо приказом регионального органа управления здравоохранением (РОУЗ) или же обоими указанными типами документов. Они регламентируют разделение потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени и месту оказания медицинских услуг, устанавливают порядок определения тарифов на услуги, либо утверждают такие тарифы[16].

Согласно общим принципам функционирования общественных систем здравоохранения, платные услуги должны оказываться государственными и муниципальными ЛПУ без ущерба для их основной деятельности по оказанию бесплатной медицинской помощи. Для того, чтобы избежать возможных злоупотреблений, желательно разделить потоки «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг, а еще лучше по месту их предоставления, т.е. вести «платный» прием в другом помещении и в другое время[15]. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по времени оказания медицинских услуг нормативно закреплено в 53 регионах. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается реже - только в 27 регионах.

Еще в меньшем количестве регионов, лишь в 21, региональные органы директивно определяет тарифы на платные услуги государственных ЛПУ. В 12 регионах они устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с региональным органом власти. В остальных 29 регионах государственные ЛПУ самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Совсем редко, всего в 6 регионах, региональные органы власти утверждают тарифы на платные медицинские услуги в муниципальных ЛПУ. Здесь нормоустанавливающую функцию выполняют органы местного самоуправления. Они определяют тарифы в 22 регионах, в 23 регионах тарифы устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с органами местного самоуправления.

К числу регионов, отличающихся сравнительно высоким уровнем развитости методов регулирования ценообразования на платные медицинские услуги, относятся Краснодарский край, Республика Северная Осетия-Алания, Ханты-Мансийский автономный округ.

**3. Направления региональной политики в сфере управления системой общественного здравоохранения**

**.1 Результаты проводимой политики в 2008 году**

В сфере здравоохранения проводилась работа по реализации «пилотных» проектов в субъектах Российской Федерации, направленных на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, включая вопросы финансирования.

В целях обеспечения гарантий оказания медицинской помощи населению осуществлялось совершенствование нормативной правовой базы по вопросам стандартизации медицинских технологий, модернизации системы обязательного медицинского страхования, реструктуризации системы оказания медицинской помощи.

Совершенствование системы обязательного медицинского страхования было направлено на мобилизацию финансовых средств на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, совершенствование организационной основы управления средствами системы обязательного медицинского страхования и контроля за их целевым использованием, обеспечение координации федеральных органов и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и фондов обязательного медицинского страхования в решении вопросов развития системы медицинского страхования и охраны здоровья граждан.

Проводилась работа по подготовке предложений о дополнительных мерах по развитию приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и мероприятий демографической политики на 2009-2012 годы с уточнением параметров и целевых показателей, а также объемов финансирования.

**3.2 Роль региональных информационных систем в управлении системой общественного здравоохранения**

Разработка и внедрение информационных систем для территориального (регионального) уровня здравоохранения проводились начиная с 70-х годов [12]. В настоящее время приоритетным направлением развития информатизации является создание единых для здравоохранения и обязательного медицинского страхования региональных информационных систем управления [4]. Данный подход обеспечивает формирование единых информационных потоков по оказанию и финансированию медицинской помощи, единую программно-техническую политику на территории. Экономия финансовых затрат при реализации данного подхода достигается как на этапе создания системы, так и на этапе ее сопровождения за счет кооперации и интеграции информационных и вычислительных ресурсов, снижения эксплуатационных расходов, исключения дублирования процессов подготовки, обработки, накопления, хранения и передачи информации. Использование возможностей современных информационных технологий позволяет разрабатывать прикладное программное обеспечение, ориентированное не на автоматизацию отдельных задач, а на полноценное информационное обеспечение кардинальных задач управления.

В условиях децентрализации управления оказанием и финансированием медицинской помощи основной целью разработки региональных систем является обеспечение реализации и совершенствования единой согласованной политики на всех уровнях управления региональной системой здравоохранения и ОМС, включая уровень учреждений, средствами информационных технологий. В качестве субъектов данной системы следует рассматривать учреждения и организации, в которых формируется и обрабатывается информация об оказании и финансировании медицинской помощи, и в которых на основе этой информации формируются и принимаются управленческие решения: лечебно-профилактические учреждения, территориальные органы управления здравоохранением всех уровней, территориальный фонд ОМС и страховые медицинские организации. Так как информация о медицинской помощи населению и ее финансировании является также прерогативой территориальных органов исполнительной и законодательной власти, в перспективе они также должны рассматриваться в качестве субъектов системы.

Различие задач участников системы и, связанная с этим, объективно обусловленная потребность в информационно различных базах данных, определяют необходимость формирования региональных систем как распределенных корпоративных информационных систем.

Единое информационное пространство субъектов региональной системы должно формироваться на основе единства исходных данных, единых стандартов их обработки, единой нормативно-справочной системы и единых протоколов обмена информацией.

В основу построения системы должна быть положена целенаправленно разработанная информационная модель управления оказанием и финансированием медицинской помощи, ее ресурсным обеспечением. Опыт предыдущего десятилетия показал, что без разработки соответствующего методологического и методического обеспечения сами по себе программные средства повысить эффективность управления не могут. Данный подход также обеспечивает построение информационной системы не «от показателей государственной статистической отчетности», и не от узких, хотя и четко формализованных расчетных задач, а от потребностей информационного обеспечения функций управления.

Модель может быть разработана как система целей и задач управления, бизнес-процессов, реализуемых при оказании и финансировании медицинской помощи, и их информационного обеспечения. Задачи и функции субъектов региональной системы определяют состав данных, бизнес-логика повседневных рабочих процессов - регламент их обработки, компетенции и полномочия субъектов системы - права на доступ к информации. Соответственно им должны быть сформированы информационные потоки в едином информационном пространстве. Модель должна предусматривать иерархичность построения информационной системы, адекватную уровням управления территориальной системой здравоохранения.

**3.3 Нововведения в механизмах финансового планирования и оплаты медицинской помощи**

Внедрение механизма муниципального заказа для ЛПУ на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи отмечено в качестве заслуживающих внимания нововведений в Республике Адыгея, Пермской и Тамбовской областях.

Развитие методологии планирования объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий осуществлялось в Приморском крае. Расчет объемов амбулаторно-поликлинической помощи производится через плановую функцию врачебной должности на основе утвержденных норм времени на посещение к врачам амбулаторного приема.

Переход к другим методам оплаты медицинской помощи и совершенствование методов расчета тарифов были отмечены в качестве инноваций в 11 регионах. Особого внимания заслуживают следующие нововведения:

в Иркутской области предусмотрена зависимость уровня оплаты амбулаторно-поликлинической помощи от степени достижения показателей модели оценки эффективности, в т.ч. от объема стационарной помощи, развития стационарозамещающих технологий;

в Калининградской области во всех поликлиниках, работающих в системе ОМС, реализуется программа «Талон амбулаторного пациента», позволившая перейти к оплате амбулаторно-поликлинической помощи за законченный случай лечения и ввести персонифицированное формирование реестров оплаты помощи застрахованным;

в Приморском крае внедрена система оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом подушевого финансирования с расчетом значений подушевых нормативов на основе разработанных моделей конечного результата оказания медицинской помощи;

в Самарской области, где уже давно используется метод оплаты стационарной помощи по законченному случаю госпитализации, перестали производить дифференциацию тарифов на оплату одинаковых случаев лечения в зависимости от уровня ЛПУ, а стали это делать по уровням клинико-статистических групп; это существенный шаг вперед во внедрении элементов рыночных отношений в системе ОМС.

Таким образом, следует отметить, что система управления на уровне регионов хоть и имеет ряд значительных проблем, тем ни менее прогрессивно развивается. Внедряются новые информационные технологии. Регионами активно предлагаются различные нововведения, призванные усовершенствовать и сделать более прогрессивным существующую систему управления.

**Заключение**

Уровень и качество здоровья населения во многом характеризуют степень цивилизованности страны, влияя на её социально-экономический потенциал. Выступая в качестве интегральной характеристики развития здравоохранения, уровень и качество здоровья населения выражают меру социальной ответственности государства перед своими гражданами.

Таким образом, для российского здравоохранения в настоящее время особенно актуальной является проблема повышения эффективности организации медицинской помощи населению. В этой связи необходимо найти решений таких задач, как ресурсное обеспечение отрасли и рациональное использование имеющихся ресурсов, развитие альтернативных источников финансирования, создание условий для внедрения современных высокотехнологичных медицинских технологий и т.д.

Необходимость решения этих сложных задач, в свою очередь, требует новых форм, методов и моделей управления всеми звеньями системы здравоохранения и протекающими в ней экономическими процессами, включая создание моделей управления на основе комплексного системного подхода на уровне лечебно-профилактического учреждения, отрасли, территории.

Однако практика показывает, что существующий организационно-экономический механизм управления системой здравоохранения и её структурными составляющими недостаточно адаптирован к реальным рыночным условиям. Данное обстоятельство во многом обусловливает низкую эффективность практических решений на всех уровнях управления здравоохранением.

Стратегия охраны здоровья населения и реализующая ее политика должны основываться на принципах справедливости и солидарности, подкрепляться надлежащими политическими, экономическими, социальными и технологическими механизмами реализации. Должен иметь место консенсус между всеми, имеющими влияние на состояние здоровья населения, сторонами в отношении концепции и действий в области региональной стратегии охраны здоровья населения. Рамки ее должны охватывать общие и частные ситуации в регионе, связанные с состоянием и охраной здоровья, учитывать разнообразие политических, экономических, культурных и социальных ситуаций, которые могут возникать, а также накапливать новые концепции и идеи в области охраны здоровья населения и тем самым стать основанием для последующего развития и своевременного изменения политики охраны здоровья в регионе. Стратегически важно поощрять население региона принимать активное участие в процессе охраны здоровья, начиная с определения потребностей в здоровье, медицинской и социальной помощи, выбора приоритетов и кончая оценкой деятельности по укреплению общественного и индивидуального здоровья. В стратегии охраны здоровья этот аспект часто используется органами государственной власти региона управления не в должном объеме. Поэтому стратегия охраны здоровья населения должна быть направлена как на то, чтобы превратить здравоохранение из «слабого партнера» в «сильного партнера» в области политики социально-экономического развития региона, так и на то, чтобы мобилизовать эффективную поддержку здравоохранения другими отраслями, действующими в регионе, которые имеют отношение к процессу формирования общественного здоровья и оказывают на него прямое или косвенное влияние.

Таким образом, органы общественного самоуправления вместе с системой государственных учреждений реально способны управлять общественным здоровьем, здоровьем всего народа, построить целостную и по настоящему эффективную систему национального здравоохранения.

**Список литературы**

1. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению» в действующей редакции.

. Постановление президиума ВАС РФ от 14 августа 2001 г. № 9055/00 в действующей редакции.

. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения. // Экономика здравоохранения. - 2004. - № 5-6.

. Акопян А.С., Ю.В.Шиленко, Т.В.Юрьева. Индустрия здоровья: экономика и управление . М.: Дашков и К -2006

. Александрова О.Ю. Щербина Е.А. Вишневский А.Г., Кузъминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета - Высшая школа экономики. - Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2006.

. Алексунин В.А., С.А.Митьков. Социальные аспекты платных медицинских услуг // Социологические исследования. 2006. № 5. С. 72-75.

. Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Кириллов А.В., Федотов В.А.Административная реформа и здравоохранение// Скорая медицинская помощь.- 2006.- №4. - С.12-16.

. Белоусов А. Долгосрочные тренды российской экономики (сценарии экономического развития России до 2020 года) // Общество и экономика, №1, 2007.

. Белякова М.Ю. Государственное регулирование инвестиционной деятельности // Справочник экономиста.-№6.-2006.-с.49-56

. Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений. // Журнал российского права. - 2006. - № 4.

. Донин В.М. Конкуренция в российском здравоохранении: государственные учреждения и негосударственные медицинские организации. // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 6.

. Доклад руководителя ФМБА России Владимира Уйба "Об итогах деятельности ФМБА России в 2007 году и основных задачах на среднесрочную перспективу (2008-2010 годы)"

. Елманова Т.В. Организационно-правовое обеспечение муниципального здравоохранения в современных условиях //Главврач. 2008. №1.-С.4-9

. Жукова. М.В. Перспективы платного обслуживания в медицине // Социологические исследования. 2006. № 12. С. 84-88.

. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления М.: Поматур, 2006. С.88-93

. Кадыров Ф.Н. О законодательном регулировании экономических отношений в здравоохранении. // Здравоохранение. - 2005. - № 10.

. Кудрин А.А. Экономическая политика и Федеральный бюджет 2006 года. - Финансы, 2006, N 2, с.5.

. Материалы Бизнес-семинара «Управление ценообразованием. Стратегия и тактика ценообразования» 19 - 20 апреля 2006 г., Москва, Российская Академия Госслужбы при Президенте РФ

. Метелев С.Е. Национальная безопасность и приоритеты развития России: социально-экономические и правовые аспекты. М.: Изд. "ЮНИТИ", 2006

. Новицкая К.Е. Институциональные изменения в здравоохранении: роль субъектов микроуровня . Социологические исследования. 2006. № 12. С. 78-83.

. Плескачевский В.С. Правовые основы саморегулирования в России. / Интернет-интервью с председателем Комитета по собственности Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации В.С. Плескачевским. 17 сентября 2004 г. // Справочная правовая система ГАРАНТ.

. Самошкин А. Стратегия инвестиционного развития российского здравоохранения.

. Слепнев А.А., Шевский В.И, Шейман И.М., Шишкин С.В. Реформа здравоохранения: трудный поиск решений. // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 11.

. Сплетухов. Ю.И. - «Перспективы добровольного медицинского страхования» - Финансы - №8 - 2004г. - стр.53-56

. Социальные индикаторы доходов и уровня жизни населения по состоянию на 01.03.2008.Минздравсоцразвитие Р.Ф.

. Стародубов В.К., Тихомиров А.В. Перспективы управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях. // Менеджер здравоохранения. - 2005. - № 3.

. Тощенко Ж.Т., Цветкова Г.А. Изменились ли проблемы местного самоуправления за последние 10 лет? // Социологические исследования.-№8.-2006.- С.78

. Шамшурина Н.Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении. // Здравоохранение. - 2005. - № 3.

. Шейман. И. - «Бремя расходов на медицину лежит на бедных и больных» - Известия - 2008 - 1 апреля - стр.7

. Шишкин. С.В. Экономика и организация здравоохранения . Государственный университет - Высшая школа экономики- 2008

31. Яковлева. Т.В «Как врач будет делить деньги» - Известия - 2005г. - 1 апреля - стр.7

32. Ясин Е. Государство и экономика на этапе модернизации // Вопросы экономики, №4, 2006