Дипломная работа

Анализ процесса модернизации системы здравоохранения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Здравоохранение, медицинская наука и промышленность XXI в. предоставляют практикующим врачам принципиально новые медицинские технологии, лекарственные средства, медицинские приборы, инструментарий и устройства, что, казалось бы, должно существенным образом повлиять на конечные показатели здоровья населения: смертность, заболеваемость, инвалидность. Многие страны из года в год увеличивают расходы на здравоохранение, однако должной отдачи от этих вложений нет.

Проблемы Достижение здоровья населения является одной из главных задач государства,

В рамках демографического перехода к современному способу воспроизводства населения происходит реструктуризация патологии: нарастают ресурсоемкие нозологические формы (в первую очередь хронические заболевания), снижается удельный вес патологий, лечение и профилактика которых требуют гораздо меньших затрат. Эти и другие причины (инфляция, внедрение новых, более дорогих технологий и медикаментов) обусловливают рост расходов на здравоохранение, выражающийся в его увеличении на 1% ВВП каждое десятилетие. Так, если в 20-е годы XX в. цивилизованный мир тратил на нужды здравоохранения 0,7-1,2% ВВП, то в настоящее время в странах Европы эти затраты составили уже 7-9%, а в США - около 15%.

Некоторым государствам в результате проведенных реформ в сфере здравоохранения (внедрение стандартов лечения, переход к гарантированным объемам бесплатной помощи, контроль за расходами) удалось на несколько лет стабилизировать расходы на эту отрасль. Однако в 2012 г. США будут вынуждены увеличить расходы на здравоохранение до 16% ВВП, а Швеция - до 10% ВВП. Другие страны демонстрируют похожую картину потребности в увеличении расходов на здравоохранение, но не все могут себе это позволить. Можно предположить, что общество, не имеющее возможности вкладывать значительные средства на развитие здравоохранения и охрану здоровья граждан, не может иметь здоровое население («больная экономика - больное общество»).

В то же время эффективность здравоохранения (отношение результатов к затратам) по мере увеличения выделяемых на него средств продолжает снижаться. Так, если в начале XX в. (до 20-х годов) увеличение расходов на здравоохранение на 10% обусловило увеличение показателей общественного здоровья на 12%, то в дальнейшем это соотношение постоянно уменьшалось, и в 80-е годы увеличение затрат на здравоохранение на те же 10% приводило в развитых странах к улучшению общественного здоровья лишь на 1,8%. Более того, известно, что увеличение суммы средств, вкладываемых в здравоохранение, свыше 12% ВВП вообще не дает никаких конкретных результатов по показателям здоровья на уровне популяции. Другими словами, рост расходов на здравоохранение уже не приводит к параллельному улучшению здоровья населения. Это подтверждает мысль о том, что традиционная система здравоохранения во многом исчерпала свои возможности, и необходимо ее реформировать.

Цель работы - провести анализ особенностей модернизация в здравоохранении на примере МУЗ Кормиловская ЦРБ.

Поставленная цель предполагает решение следующих задач:

1. Рассмотреть теоретические аспекты модернизации здравоохранения в России

2. Дать оценку процесса модернизации системы здравоохранения в Омской области

3. Выделить направления совершенствования программы модернизации здравоохранения в России и Омской области

Объект исследования - МУЗ Кормиловская ЦРБ.

Предметом исследования в работе является - модернизация системы здравоохранения применительно МУЗ Кормиловская ЦРБ.

Период исследования - 2009-2011гг.

Для реализации поставленных целей и задач использованы учебники и учебные пособия по экономике, а также статьи периодических изданий посвященные проблемам модернизации системы здравоохранения в России.

В работе представлены также статистические материалы. Анализ экономической литературы и фактических статистических данных о деятельности медицинских учреждений убедительно свидетельствует об усилении необходимости модернизации здравоохранения..

В написании исследования применялись такие методы как статистический, математический, наблюдение, анализ, сравнение.

Работа включает в себя три главы.

Первая глава носит теоретический характер. В ней рассмотрены основные вопросы модернизации здравоохранения. В первой главе рассмотрены особенности и значение здравоохранения, а также особенности модернизации здравоохранения.

Во второй главе проведена характеристика МУЗ Кормиловская ЦРБ, применение программы модернизации к деятельности больницы.

В третьей главе рассмотрены мероприятия по увеличению эффективности программы модернизации системы здравоохранения в России и в МУЗ Кормиловская ЦРБ.

Практическая значимость работы заключается в том, что в ней разработаны основные направления модернизации здравоохранения, которые позволят медицинским учреждениям оказывать качественные медицинские услуги населения и тем самым повысить продолжительность жизни здоровья населения, а также уровень качества жизни граждан России.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

1.1 Сущность и значение здравоохранения на современном этапе

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения [5,с.69].

Здравоохранение - система государственных, социально-экономических, общественных, медико-санитарных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья, обеспечение трудоспособности и активного долголетия людей.

Основные принципы российской системы здравоохранения:

соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья человека;

приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан; доступность медико-социальной помощи;

социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

ответственность органов государственной власти и управлений предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья [32,с.47].

Правовыми основами Российского Законодательства о здравоохранении являются:

Соответствующие положения Конституции Российской Федерации

Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и другие законы Российской Федерации («О медицинском страховании граждан», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и др.);

Указы и другие нормативные акты Президента России;

Постановления Правительства Российской Федерации,

Приказу, Инструкции и Положения Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Правовые акты субъектов Российской Федерации.

Кроме перечисленных нормативных актов, являющихся правовыми основами законодательства о здравоохранении, деятельность медицинских работников постоянно соприкасается со многими отраслями права. К таким отраслям права относятся:

гражданское законодательство (регулирует имущественные и личные неимущественные отношения);

трудовое законодательство (регулирует общественные отношения, связанные с трудовой деятельностью граждан);

законодательство о браке и семье (определяет юридические основы семейно-брачных отношений);

природоохранительное законодательство (закрепляет нормы природопользования и экологической безопасности);

административное законодательство (регулирует отношения в процессе исполнительно-распорядительной деятельности органов государственной власти и управления);

уголовное законодательство (регулирует отношения по защите граждан от преступных посягательств на их права).

Необходимо учесть, что исходным юридическим началом законодательства о здравоохранении является Конституция Российской Федерации и Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Таким образом, государство гарантирует охрану здоровья каждого человека. В законе говорится, что охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социально-культурного, научно-медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья с обеспечением ее доступности и высокой квалификации.

При этом подчеркивается, что приоритетом являются профилактические меры в области охраны здоровья.

Государство обеспечивает и социальную защищенность граждан. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Дополнительные медицинские услуги осуществляются на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений, личных средств граждан и иных источников. Многим группам населения предоставляются различные льготы по протезированию, лечению в санаториях, бесплатному медикаментозному обеспечению. В случае утраты здоровья государство обеспечивает выплату пособий по временной нетрудоспособности, инвалидности, утери кормильца, пособия при рождении, смерти и пр.

Законодательным актом предусмотрено и повышение ответственности должностных лиц независимо от формы собственности за обеспечение прав граждан в области охраны их здоровья. Законодательство об охране здоровья регулирует отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйственных субъектов, субъектов всех систем здравоохранения (государственной и частной) в области охраны здоровья граждан. В законе четко определена компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, Республик в составе Российской Федерации, автономных областей, округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органов местного самоуправления. Стержневым вопросом основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан является раздел организации охраны здоровья граждан Российской Федерации, где определены полномочия высших органов государственной власти, система финансирования здравоохранения, санитарно-эпидемиологического благополучия; здесь определены понятия и регламентированы полномочия органов и учреждений государственной, медицинской и частной систем здравоохранения, определен порядок и условия выдачи лицензий на право их функционирования. В законе регламентированы права граждан и права отдельных групп населения (права семьи, беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, военнослужащих, лиц пожилого возраста, инвалидов и пр. В области охраны здоровья заслуживают внимания права граждан при оказании медицинской помощи, т.е. права пациента, порядок согласия на медицинское вмешательство от медицинского вмешательства, оказания медицинской помощи без согласия граждан. Важным разделом в законе является медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека - искусственное оплодотворение, искусственное прерывание беременности, медицинская стерилизация [12,с.47].

Значительное место в законе отводится гарантиям осуществления медико-социальной помощи - первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной помощи, помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, а также заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

В законе строго регламентирован порядок применения новых методов диагностики, профилактики и лечения больных, новых лекарственных средств, а также система обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

В Основах законодательства зафиксированы принципиально важные положения по определению момента смерти человека, изъятие органов и тканей человека для трансплантации, проведение патологоанатомических вскрытий и различных медицинских экспертиз (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза).

Основы законодательства содержат очень важные разделы - права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников: в нем определены права на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью; порядок и условия выдачи лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности; право на занятие частной медицинской практикой, народной медициной. Особое внимание привлекают положения: лечащий врач - его права и обязанности, семейный врач, врачебная тайна. По закону все выпускники медицинских вузов дают клятву врача и несут за ее выполнение соответствующую ответственность.

В законе четко регламентирована социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников и система оплаты их труда.

Для анализа системы здравоохранения и выявления общих подходов к ее развитию необходимо уточнить основные методологические вопросы, ответы на которые определяют цели и задачи здравоохранительной политики и выбор методов их достижения.

Во-первых, что понимается под системой здравоохранения, какие виды деятельности и институты она включает. Различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом,

- «все виды деятельности, главная цель которых состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья»

- меры, непосредственно направленные на обеспечение здоровья и лечение болезни, то есть система оказания медицинских услуг,

- более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например здоровый образ жизни, охрана окружающей среды.

- некоторые виды деятельности и услуги, которые не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья, но оказывают на него существенное косвенное влияние, например образование или жилье [21,с.58].

Таким образом, понимание того, что представляет собой система здравоохранения может быть различным. Однако чаще всего речь идет о медицинской помощи, и это не случайно, так как бы не рассматривалась система здравоохранения - более узко или более широко, оказание медицинской помощи остается - пока во всяком случае - ее основой.

Традиционно ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20 процентов, отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т.д. Однако в последнее время появились исследования, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий возможно, больше. В связи с этим появилось понятие «смертей, которые можно избежать» (avoidable mortality). Это важно, так как обеспечение доступа к медицинской помощи - своевременно и качественно - это задача, которая поддается управлению со стороны государства, в то время как другие включают сферу личной жизни человека, на которую влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием систем здравоохранения стало задачей не только социальной, но и политической.

Поэтому принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение:

- права на охрану здоровья;

- возможности гражданам получить достойную медицинскую помощь качественно и своевременно.

Понимание охраны здоровья как системы требует реализации комплексного подхода в здравоохранительной политике. Достаточно часто речь идет о ее отдельных элементах, например об организации медицинских учреждений или используемых способах финансирования. Это связано и с традиционным административным делением: обычно в Министерстве здравоохранения существуют отдельные подразделения, занимающиеся этими вопросами. Но такой подход игнорирует реальную ситуацию, в которой здравоохранение развивается как комплексная система, где каждый элемент играет свою роль, но при этом неразрывно связан с другими. Это тем более важно в современных условиях, когда все большее внимание уделяется общему функционированию системы здравоохранения с акцентом на результат, удовлетворение потребностей потребителя и высокое качество обслуживания.

Таким образом, здравоохранение - отрасль деятельности государства <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение его уровня здоровья.

Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

1.2 Проблемы развития здравоохранения в России

Проблемы, накопившееся в здравоохранении России, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе, практически сформировался консенсус по поводу того, что в этой области необходимы существенные перемены. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие такие параметры системы здравоохранения России, как - состояние здоровья населения; - состояние собственно системы здравоохранения; - оценка населением состояния своего здоровья и его отношение к системе здравоохранения вообще и реформам в частности.

Субъективная оценка населением состояния своего здоровья подтверждает данные статистики. Социологические опросы показывают низкую самооценку населением состояния здоровья. Субъективная оценка населением реформы здравоохранения достаточно настороженная. Это свидетельствует о том, что серьезного улучшения положения дел в системе здравоохранения пока не произошло.

Хотелось бы обратить внимание и на глобальные вызовы системам здравоохранения, сформировавшимся к настоящему времени в развитых странах. Система здравоохранения может быть организована по-разному, однако в настоящее время здравоохранение как система в глобальном масштабе испытывает серьезные проблемы, которые требуют реакции и очевидно будут в перспективе определять ее организацию. Старение населения стало важнейшей социально-демографической проблемой в развитых странах. С одной стороны, происходит рост спроса на медицинские услуги, а с другой - увеличение демографической нагрузки на работающих, что осложняет проблему финансирования здравоохранения. Увеличение спроса на медицинские услуги вызвано так же развитием современных технологий, которые дают новые возможности в области лечения различных заболеваний, и соответственно, почву для появления новых ожиданий со стороны населения [10,с.97].

Рост неравенства в доступе к медицинским услугам отмечается многими специалистами, и это несмотря на то, что в последнее время этот вопрос привлекает внимание на самых высоких уровнях. Происходит изменение тенденций в состоянии здоровья и структуре заболеваемости населения. На первый план в развитых странах выходят хронические заболевания, которые требуют других подходов к организации лечения и профилактики, чем инфекционные заболевания.

Угрозы для здоровья вытекают из действий человека, взаимодействия человека и окружающей среды и несчастных случаев и стихийных бедствий. К их числу можно отнести проблему с вакцинацией. Добровольность вакцинирования во многих странах и ложное чувство безопасности, когда в условиях высокого уровня вакцинирования снижается риск заболевания и родители отказываются от прививок, может в свою очередь привести к снижению уровня вакцинирования, повышению риска заболеваемости и возникновения эпидемий. Эволюция вирусов и повышение их устойчивости к соответствующим лекарствам ведет к появлению новых и возобновлению уже известных инфекционных заболеваний. Появились эпидемии таких инфекций, как ВИЧ и птичий грипп. Другая сторона рисков связана с деятельностью человека. Жизнь общества стала в значительной степени зависеть от атомной энергии и химических процессов. Поэтому эпидемиологическая обстановка зависит от безопасности соответствующих мощностей и правильного использования получаемых продуктов.

Парадоксально, но лакмусовой бумажкой проблем системы российского здравоохранения стал Национальный проект «Здоровье». Получается, что все последние достижения российского здравоохранения сводятся к тем результатам, которые были достигнуты в рамках выполнения задач, поставленных в данном проекте. При этом часто утверждается, что некоторая стабилизация в системе здравоохранения в 2005-2007 гг. была достигнута за его счет. Однако многие демографы и эксперты прямо указывают, что рост рождаемости в последние годы напрямую связан с вступлением в активный репродуктивный возраст девушек и юношей, родившихся в конце 80-х годов ХХ века. Возникает вопрос и по поводу роли в происходящих позитивных изменениях остальной части системы здравоохранения, которая не была включена в национальный проект. Хотя последний и принес некоторые положительные результаты, но они были достигнуты не в рамках существующей системы здравоохранения, а вне ее, что фактически подтверждает тот факт, что она неэффективна и в целом не способна реализовать положительные изменения без дополнительного толчка извне, например, в форме национального проекта [8,с.53].

Другой вопрос связан с проблемой поддержания и развития системы здравоохранения. На сегодняшний день известны три базовые модели организации и финансирования здравоохранения, причем автором одной из них (модель Семашко) стала Россия. Конкретные формы определяются спецификой функционирования системы, которую может позволить себе страна в зависимости от характеристик своего развития. Новые модели здравоохранения возникали в мире тогда, когда происходили изменения в мировоззрении, меняющие постановку и видение проблемы. Предлагаемые варианты развития российского здравоохранения, в том числе и проект Концепцию развития здравоохранения РФ до 2020 г., разработанный под эгидой Минздрава РФ, или проект, предложенный Общественной палатой, подстраиваются под ситуацию, в которой Россия оказалась сегодня и которая была задана в начале 90-х годов ХХ века. Но скорость общественных изменений требует, чтобы функция прогнозирования, определяющая как поведет себя та или иная система в долгосрочной перспективе, стала ведущей. Создание «однодневок» в этих условиях может дорого обойтись обществу. Представляется, что наступление кризиса не самое подходяще время для глобальных изменений. Уроки можно извлечь и из опыта начала 90-х, когда большая часть неудач в реформе здравоохранения связана именно с тем, что система страхования вводилась в сложных экономических условиях, когда заведомо сужается база для страховых взносов.

Поэтому в современных условиях неотъемлемой составной стратегии развития российского здравоохранения должна стать разработка механизмов адаптации к кризисным ситуациям.

Существуют объективные факторы системообразующего характера, которые потенциально вызовут проблемы в развитии здравоохранения России как системы. От того, насколько они будут учтены при формировании стратегии реформ, зависит успех проводимых мероприятий.

Одна из угроз связана с объемом и методом финансирования здравоохранения в России. Вопрос о том, сколько средств должна тратить Россия на здравоохранение остается открытым. Казалось бы, что следует приветствовать рост расходов на здравоохранение. Однако возникает феномен, который можно условно назвать ловушкой роста финансирования. Это означает, что выбираемый в условиях ограниченности ресурсов, выделяемых обществом на здравоохранение, вариант изначально оказывается затратным и ведет к необходимости увеличения в будущем финансирования здравоохранения.

Основной мотив реформ здравоохранения в 90-е гг.- недостаток государственных средств и необходимость мобилизации ресурсов из других источников. Но парадокс российской здравоохранительной политики состоит в том, что, с одной стороны, бюджетной медицине нет равных в сдерживании расходов на здравоохранение, с другой стороны, россиянам все время внушают, что средств на здравоохранение не хватает, но при этом выбирают изначально затратный вариант (страхование), игнорируя или даже открыто отрицая относительно менее затратную (бюджетную) систему.

Под относительно менее затратной имеется ввиду, что такая система обеспечивает равные и относительно более высокие показатели здоровья населения в целом при относительно более низких расходах. В качестве примера можно привести Великобританию и США. Сравнение показателей финансирования здравоохранения и состояния здоровья в этих странах показывает, что хотя США тратят на здравоохранение почти в два раза больше, чем в Великобритания при значительной доли частных источников финансирования, показатели состояния здоровья в этих странах сопоставимы, а некоторые даже несколько лучше в Великобритании. Например, материнская смертность и Великобритании ниже, чем в США (11 и 14 на 100000 живорожденных в 2010 г., соответственно), а продолжительность здоровой жизни при рождении выше ( 69 лет у мужчин и 72 года у женщин в 2010 году в Великобритании и 67 лет и 71 год, соответственно в США). В последние годы серьезной проблемой общественного здоровья в США стало ожирение, которым страдает почти одна треть населения, как мужчин, так и женщин старше 15 лет [22,с.74].

Существуют различные подходы к определению доли расходов на здравоохранение с учетом готовности населения его финансировать. Можно установить нормативы минимальных расходов государства с учетом мирового опыта. Однако важно не только то, сколько средств расходуется, но и с помощью какого механизма финансирования осуществляется перераспределение. В России речь идет о хроническом недофинансировании и о необходимости повышения расходов на здравоохранение, в то время как в развитых странах вопрос стоит о сдерживании роста расходов на здравоохранение. С учетом мировых тенденций, нашей стране необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит превратить выделяемые средства в эффективную систему оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение.

Здесь уместно вспомнить такой подход как менеджериализм, который широко признан в мире и утверждает, что совершенствование управления и организации является важным резервом повышения эффективности работы любой структуры. В этом контексте речь может идти о широком спектре действий, начиная с изменения структуры системы здравоохранения в пользу первичной медицинской помощи и профилактики, до «медицины с человеческим лицом» или «политики малых достижений», подразумевающих применение современных управленческих технологий организации работы в медицинских учреждениях, позволяющих реализовать человеческое отношение к пациентам при минимальных дополнительных затратах.

В этой связи спорным с экономической точки зрения представляется и утверждение о том, что если есть спрос на медицинские услуги (подразумевается со стороны высокодоходных групп населения), то нужно обеспечить его удовлетворение. Представляется, что особенности медицинской услуги как товара, которые широко известны и описаны в мировой литературе, ставят на первое место вопрос об удовлетворении потребности, а не спроса. Росту расходов будет также способствовать привязка оплаты работников медицинских учреждений к объему и качеству оказываемой помощи.

Преимущества государственного финансирования хорошо известны: контроль над средствами и обеспечение реализации общенациональных приоритетов, главный из которых - доступ населения к медицинской помощи. Централизованные системы достаточно эффективно позволяют сдерживать рост расходов на здравоохранение. Очевидно, что бюджетная система здравоохранения имеет как достоинства, так и недостатки, однако анализ различных систем здравоохранения показывает, что принятие других моделей, приведет к возникновению ряда новых проблем.

Другая угроза для целостности и соответственно эффективности здравоохранения России как системы, действующей в интересах общества, связана с ростом неравенства в обществе, как его общего уровня, так и в состоянии здоровье. При этом мировая теория и практика убедительно доказывают, что неравенство в здоровье является серьезным препятствием для экономического роста.

Одним из важных факторов неравенства в здоровье выступает уровень дохода. При высоком уровне неравенства по доходу, которые сейчас сложился в России - в 2006 г. коэффициент Джини в среднем по России составил 0, 410 - объективно возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов. В условиях принципиального расслоения российского общества уже сложно найти "среднего пациента"-- богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи. Наличие состоятельных людей, имеющих возможность платить за медицинские услуги, стимулирует развитие частного сектора. Причем в этой связи необходимо иметь ввиду два аспекта. Один из них связан с мотивом прибыли в здравоохранении, а другой - с инновационным потенциалом предпринимательства.

Задача любой коммерческой структуры состоит в получении прибыли. Здравоохранение в этом смысле очень чувствительная отрасль, в том числе и в силу особых отношений, которые складываются между врачом и пациентом ввиду особенностей медицинской услуги и процесса ее оказания. С одной стороны, пациент будет больше доверять врачу, действующему без мотива прибыли, с другой - у врача есть объективная возможность «увеличить счет». Поэтому необходимо жесткое регулирование, возможно на уровне нормы прибыли.

Обычно частная медицина развивается как дополнительная по отношению к более социализированным формам. Однако ситуация складывается неоднозначная, так как имеет место процесс «снятия сливок» или отбора лучших клиентов. Например, в Великобритании частный сектор, включая добровольное медицинское страхование, достаточно недорогой именно ввиду наличия развитого государственного сектора. Большинство пациентов используют дополнительно Национальную службу здравоохранения (НСЗ), даже если имеют добровольное страхование, особенно если у пациента сложная проблема и частная больница просто не имеет возможностей для ее лечения; обычно дополнительное страхование получают на работе это молодые, здоровые и хорошо оплачиваемые люди, то есть группа минимального риска.

Особая роль отводится бизнесу как лидеру инноваций в медицине. Инновационный потенциал предпринимательства хорошо описан, однако в медицине этот процесс также не может быть оценен однозначно. Развитие медицинских технологий это дорогостоящий процесс, который является одним из основных факторов роста расходов на здравоохранение в развитых странах. Поэтому может возникнуть противоречие следующего порядка. Бизнесу с точки зрения получения прибыли более выгодны высокие технологии так как они более дорогие, а обществу с точки зрения эффективного и справедливого распределения ограниченных ресурсов более выгодно развитие относительно более дешевой первичной медицинской помощи. Компромиссные варианты развития бизнеса как поставщика медицинских услуг сегодня в России предлагается искать на пути государственно-частного партнерства [37,с.63].

Пока частный сектор является дополнительным и служит для расширения выбора потребителя. Но если он будет расти выше определенного уровня, то возможна ситуация, когда наиболее требовательные потребители выйдут из государственного сектора, снижая тем самым давление на государство в направлении увеличения расходов на здравоохранение. Это приведет к формированию двухступенчатой системы-- высококачественная медицинская помощь в частном секторе для состоятельных и низкокачественное обслуживание в государственной системе для остальных. Подобная ситуация создает опасность разрыва системы здравоохранения и маргинализации бедных слоев населения. Поэтому в настоящее время необходимо выбирать систему здравоохранения, которая позволит удержать здравоохранение России как систему для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению при сохранении базового принципа социальной солидарности.

Опыт развитых стран показывает, что, несмотря на либеральные реформы, роль государства в обеспечении населения социальными услугами и перераспределении по-прежнему на повестке дня. Либеральная политика провела к росту социального разделения и поэтому возникла необходимость в стратегии интеграции в рамках рыночной экономики. В этих условиях государственная система здравоохранения может стать основой социального консенсуса и преодоления социальной разобщенности российского общества.

Таким образом, в настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер.

1.3 Этапы и направления модернизации здравоохранения в России

Понятие модернизация имеет несколько определений. Модернизация:

1) усовершенствование, обновление объекта, приведение его в соответствие с новыми требованиями и нормами, техническими условиями, показателями качества. Модернизируются в основном машины, оборудование, технологические процессы (например, модернизация компьютера <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0>);

) историософское значение - макропроцесс перехода от традиционного общества <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5\_%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE> к модерному обществу <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%BE%D1%85%D0%B0\_%D0%BC%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0>, от аграрного <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5\_%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE> - к индустриальному <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B4%D1%83%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5\_%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>.

Модернизация системы здравоохранения России проводится в целях повышения эффективности ее функционирования и направлена на обеспечение качества и доступности лечебно-профилактической помощи, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержанию активной долголетней жизни всех членов общества.

Цель модернизации системы здравоохранения: улучшение состояния здоровья населения на территории России путем повышения качества и доступности медицинской помощи населению.

Реализации этой цели соответствуют следующие этапы проведения модернизации здравоохранения.

. Законодательное закрепление государственных гарантий оказания медицинской помощи населению. Гарантируемые объемы этой помощи конкретизируются на основе стандартизации медицинских технологий, в том числе профилактики заболеваний. Для каждого вида заболеваний на федеральном уровне разрабатываются и утверждаются стандарты оказания медицинской помощи, включающие перечни медицинских услуг и лекарственных средств, а также алгоритмы выполнения медицинских услуг, единые для всей страны. На их основе субъекты Российской Федерации разрабатывают клинико-экономические стандарты, конкретизирующие требования федеральных стандартов и содержащие оценку стоимости оказания медицинской помощи.

. Модернизация системы обязательного медицинского страхования. Действующая в настоящее время система медицинского страхования работает неэффективно. Правительство ежегодно утверждает программу государственных гарантий по бесплатной медицинской помощи. Однако нечетко сформулированные границы "бесплатности", отсутствие конкретности при определении медицинских услуг, гарантированно оплачиваемых из общественных источников в рамках каждого вида медицинской помощи, приводят к тому, что в абсолютном большинстве регионов эта программа не обеспечивается финансовыми средствами. Дефицит средств по этой программе составляющий 30 - 40 процентов от расчетной потребности, покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. Нарастание платности порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений. По факту, на основе сети бюджетных медицинских учреждений, сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи.

. Совершенствование системы оказания медицинской помощи. Сегодня 60 - 70 процентов средств здравоохранения тратится на стационарную помощь по сравнению с 30 - 35 процентами в западных странах; 75 - 80 врачей в России работают в больницах, в то время как на западе менее 50 процентов; средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре - 17 дней, в странах Запада - 8 - 13 дней. Примерно 20 - 30 процентов больничных коек отдаются так называемым "социальным" пациентам, то есть больницы зачастую выполняют не свойственные им функции, тем самым компенсируя недостатки системы социальной защиты [10,с.81].

. Улучшение системы лекарственного обеспечения. По данным Росздравнадзора, расходы на лекарства в России составляют примерно 46 евро на человека в год, что гораздо меньше, чем в развитых странах (для сравнения отметим: в Бельгии - 391 евро, в Швеции - 362, во Франции - 359, Испании - 293, Германии - 288 евро).

Сегодня российский фармацевтический рынок насыщен разнообразными иностранными препаратами, в которых далеко не всегда ориентируются не только потребители, но и сами врачи. В то же время государство практически устранилось от управления спросом на лекарственные средства, равно как и от решения вопросов ценообразования. Ситуация осложняется и тем, что отечественная фармацевтическая промышленность оказалась неспособной обеспечить население лекарственными средствами в необходимом объеме и ассортименте.

. Охрана здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья населения России. В условиях нынешней социально-демографической ситуации мы считаем это одним из основных критериев эффективности здравоохранения.

. Усиление профилактической направленности здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, 60 процентов всех заболеваний обусловлено семью ведущими факторами риска: повышенным кровяным давлением, потреблением табака, алкоголя, чрезмерным содержание холестерина в крови, избыточной массой тела, недостаточным потреблением фруктов и овощей, малоподвижным образом жизни.

Сегодня здравоохранение организационно разделено между лечебным и профилактическим секторами. Это ослабляет ответственность за укрепление здоровья и профилактическую помощь сферы здравоохранения в целом. Врачи за пределами профилактического сектора считают, что их единственная обязанность - это лечение заболеваний. К этому их подвигает преобладающая в действующей системе здравоохранения лечебная направленность.

Конечно, подобная ситуация сложилась не вчера. Она имеет давние причины, связанные прежде всего с тем, что влияние самой системы здравоохранения на здоровье человека крайне незначительно. В основном оно обусловлено образом жизни самого человека, социально-экономическими, биологическими, климатическими и другими факторами.

. Развитие медицинской науки. Хотя некоторым институтам удается выполнять свои базовые функции с помощью грантов в основном от иностранных доноров и продолжать научную и исследовательскую работу, большинство научных структур находится в очень сложном положении. По сути дела они уже не отвечают необходимым научным стандартам, теряя репутацию, которую имели в прошлом. Программа модернизации будет способствовать инновациям в развитии биомедицинских исследований и биотехнологий для создания новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, лекарственных средств и диагностических препаратов нового поколения. Будут поддержаны мероприятия по развитию дистанционной диагностики, созданию систем мониторинга состояния здоровья населения, включая паспорт здоровья, систем персонифицированного учета медицинских услуг на основе внедрения телекоммуникационных технологий. Будут осуществлены меры по увязке государственного финансирования научных учреждений с объемами и тематикой научных исследований.

. Повышение эффективности системы управления здравоохранением. Несмотря на новейшие достижения медицинской науки, освоенные нашими лучшими клиниками, довольно качественную диагностику, а также большое по мировым стандартам число врачей (47 на 10000 чел.) и больничных коек (12 на 1000 чел.), качество и результативность медицинской помощи в целом по России в настоящее время нельзя признать удовлетворительными. Это связано с невысоким уровнем государственного финансирования здравоохранения, чрезмерной загруженностью врачей второстепенной работой, которую должен и может выполнять средний медицинский персонал. В то же время требует совершенствования управление в системе здравоохранения кадровыми, материальными и финансовыми ресурсами.

. Повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров. Речь идет, прежде всего, о формировании системы медицинского и фармацевтического образования, отвечающей международным требованиям. Медицинское образование сегодня делает основной упор на лечебную функцию здравоохранения и игнорирует его ориентацию на сохранение здоровья, которая в будущем станет главенствующей. Медицинское образование должно быть нацелено на решение двух задач: подготовку квалифицированных врачей общей практики, профессиональных менеджеров и экономистов здравоохранения. При этом будет совершенствоваться единая национальная система контроля качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного образования.

В рамках модернизации системы здравоохранения будет обеспечено стимулирование развития добровольного медицинского страхования, устранение барьеров для привлечения в сферу здравоохранения частных инвестиций. Необходимо обеспечить гармонизацию федерального и регионального законодательства.

В совокупности реализация перечисленных мер должна обеспечить комплексную модернизацию здравоохранения, коренным образом улучшить финансовое состояние отрасли, повысить качество и доступность медицинской помощи, усилить ее профилактическую направленность.

Общий объем финансового обеспечения программы в 2011-2012 годах в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27 декабря 2010г. №2396-р составит 385,343 млрд. рублей. Финансовое обеспечение программы предусмотрено в бюджете Кемеровской области и в бюджете ТФОМС на 2011-2012 г.г.

Общий объем финансового обеспечения Программы в 2011,2012 г.г. составит 10 239 923,2 тыс. рублей, в том числе:

- средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования - 7 160 542,0 тыс. рублей, из них: в 2011г. 3 538 489,0 тыс. рублей, в 2012г. 3 622 053,0 тыс. рублей;

- средства бюджета субъекта Российской Федерации - 2 224 450,7 тыс. рублей, из них: в 2011г. 1 137 616,3 тыс. рублей, в 2012г. 1 086 834,4 тыс. рублей;

- средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования 854 930,5 тыс. рублей, из них: в 2011г. 154 117,9 тыс. рублей, в 2012 г. 700 812,6 тыс. рублей.

В результате реализации программы модернизации здравоохранения к 2013г. планируется улучшить демографическую ситуацию в области:

- снизить общую смертность населения с 15,9 на 1000 населения в 2009г. до 14,2 - к 2013г. (-10,7%), в том числе, в трудоспособном возрасте с 853,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2009 г. до 816,0 - к 2013г. (-4,4%).

- смертность населения от болезней системы кровообращения с 757,0 на 100 тыс. населения в 2009г. до 735,0 - к 2013г. (на 2,9%);

- смертность населения от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте - с 205,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2009г. до 190,0 - к 2013г. (-7,5%).

Таким образом, обобщая теоретические положения исследуемой проблемы можно сделать следующие выводы.

Здравоохранение и экономика тесно переплетаются: состояние здоровья населения имеет ключевое значение для экономического развития и наоборот. Однако общее признание этих фактов далеко не всегда находит реализацию на практике. Стратегическая задача обеспечения здоровья населения не подвергается сомнению, особенно на макроуровне. Однако когда встает вопрос о распределении ресурсов, ситуация складывается не так однозначно. Например, существует проблема взаимодействия структур, отвечающих за финансирование и организацию охраны здоровья населения, особенно министерства здравоохранения и финансов. Их взгляды на проблему часто не совпадают. Министерство финансов обычно стремится контролировать расходы, не всегда отдает приоритет здоровью и рассматривает расходы на здравоохранение как наилучшее использование ресурсов, в то время как министерство здравоохранения озабочено обеспечением больших ресурсов для удовлетворения потребности в охране здоровья населения.

Поэтому вопрос о роли здравоохранения как системы в обеспечении здоровья населения по-прежнему стоит на повестке дня и нуждается в дальнейшей проработке

Общественное здоровье более чем на 85% зависит не от системы здравоохранения и уровня его финансирования, а от ряда социально-экономических факторов и политики государства в сфере охраны здоровья граждан. При этом доминирующий вклад как в общественное здоровье, так и в здоровье отдельных людей вносят национальное благосостояние и благосостояние граждан. Эти показатели являются по существу кумулирующими, определяющими образ жизни, питание, уровень образования, доступ к услугам здравоохранения и т.д. При этом, если в XX в. общественное здоровье существенным образом определялось развитием здравоохранения, то в XXI в. общественное здоровье нации будет определяться совокупностью мер по охране здоровья населения и комплексом социально-экономических факторов. Здравоохранение в этой системе играет важную, но не основополагающую роль, которая определяется уровнем финансирования, выделяемого на здравоохранение, и находится в пределах тех 10 - 15%, которые зависят от уровня медицины. Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе - охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем.

Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов. Принцип единства медицинской науки и практики реализуется в виде совместной деятельности и внедрения научных разработок в учреждениях здравоохранения.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОЦЕССА МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

.1 Общая характеристика Министерства здравоохранения Омской области

Министерство здравоохранения Омской области (далее - Министерство) является органом исполнительной власти Омской области, обеспечивающим проведение государственной политики на территории Омской области в сферах:

) охраны здоровья населения Омской области;

) функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов;

) обращения лекарственных средств на территории Омской области.

Организационная структура управления Министерства здравоохранения Омской области представлена в приложении 1.

Правовую основу деятельности Министерства составляют Конституция Российской Федерации, Устав (Основной Закон) Омской области, федеральное и областное законодательство.

Миссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в свете реализации конституционных гарантий и прав граждан Российской Федерации на базе положений посланий Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации, Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, а также важнейших решений, принятых Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, заключается в развитии человеческого капитала, содействии улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения.

Деятельность по указанным направлениям осуществляется Министерством во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, работодателями и профессиональными союзами.

Исходя из системы целей Правительства Российской Федерации и функций, исполняемых Министерством, на 2011-2013 годы определены следующие цели Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

. Улучшение демографической ситуации.

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

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

. Повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания, в первую очередь пожилых граждан и инвалидов, а также улучшение положения семей с детьми и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

. Содействие продуктивной занятости населения, обеспечение защиты прав граждан в области труда.

Министерство обладает правами юридического лица, имеет самостоятельный баланс, лицевые счета, открытые в Министерстве финансов Омской области и в случаях, предусмотренных законодательством, в органах Федерального казначейства, печати, штампы и бланки со своим наименованием.

Место нахождения Министерства: 644043, г. Омск, ул. Красный Путь, 6.

Функции и полномочия Министерства:

В сфере охраны здоровья населения Омской области Министерство осуществляет следующие полномочия:

в области организации оказания медицинской помощи:

) организация оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи;

) организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти);

) установление региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и контроль за их соблюдением;

) участие в реализации на территории Омской области федеральных целевых программ и приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в пределах своей компетенции;

) реализация мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов в соответствии с законодательством;

) организация заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, организация безвозмездного обеспечения организаций здравоохранения Омской области и муниципальных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами, а также обеспечения за плату иных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами;

) осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер в соответствии с федеральным законодательством;

) в пределах своей компетенции участие в организации медицинской реабилитации инвалидов;

) организация оказания мер социальной поддержки отдельным категориям граждан в пределах своей компетенции;

) участие в организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Омской области в рамках соответствующего государственного задания;

) установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

в области охраны здоровья семьи (охраны материнства, отцовства и детства):

) разработка и осуществление мероприятий, обеспечивающих охрану здоровья семьи (охрана материнства, отцовства и детства);

) анализ деятельности детских и родовспомогательных лечебно-профилактических учреждений в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней в пределах своей компетенции;

) в соответствии с законодательством участие в организации медицинского обслуживания обучающихся и воспитанников образовательных учреждений;

) анализ качества оказания медицинской помощи населению Омской области в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях;

) установление порядка и условий предоставления бесплатных медицинских консультаций несовершеннолетним при определении профессиональной пригодности;

в области медицинского страхования:

) организация обязательного медицинского страхования неработающего населения Омской области;

) разработка в пределах своей компетенции предложений по совершенствованию системы добровольного медицинского страхования граждан;

) разработка и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования.

В сфере функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов Министерство осуществляет следующие полномочия;

) ведение реестра лечебно-оздоровительных местностей, курортов регионального значения, включая санаторно-курортные организации;

) рассмотрение предложений органов местного самоуправления Омской области о признании территории лечебно-оздоровительной местностью или курортом местного значения;

) согласование предложений федеральных органов исполнительной власти о признании территории лечебно-оздоровительной местностью или курортом федерального значения;

) обеспечение установления границ и режима округов санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов регионального значения;

) в пределах своей компетенции контроль и надзор за обеспечением санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей и курортов;

) участие в разработке карт (схем) планируемого развития и размещения особо охраняемых природных территорий регионального значения в соответствии с законодательством.

В сфере обращения лекарственных средств на территории Омской области Министерство осуществляет следующие полномочия:

) в пределах своей компетенции организация исполнения законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах;

) организация льготного и бесплатного обеспечения отдельных категорий граждан, проживающих на территории Омской области, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания, в том числе в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в порядке, установленном законодательством;

) в пределах своей компетенции контроль деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, медицинских и аптечных учреждений независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности;

) утверждение реестра потребителей спирта, необходимого для обеспечения деятельности медицинских учреждений Омской области;

) формирование территориального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств по согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования Омской области для обеспечения лечебно-профилактических учреждений в соответствии с законодательством;

) формирование территориального перечня лекарственных средств для обеспечения граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно и со скидкой, за счет средств областного бюджета;

) осуществление мониторинга обеспечения доступности лекарственных средств и изделий медицинского назначения для населения Омской области;

) обеспечение лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами организаций здравоохранения Омской области.

. Иные полномочия Министерства:

) принятие нормативных и иных правовых актов по вопросам, относящимся к компетенции Министерства, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;

) разработка проектов законов Омской области, правовых актов Губернатора Омской области, Правительства Омской области в сфере здравоохранения, а также подготовка предложений и замечаний к ним;

) внесение в установленном порядке Губернатору Омской области, в Правительство Омской области и иные органы исполнительной власти Омской области предложений к проектам правовых актов Омской области в части реализации государственной политики на территории Омской области в сфере здравоохранения, в том числе к проекту областного бюджета на соответствующий финансовый год в части формирования расходов областного бюджета на здравоохранение;

) подготовка и представление предложений к проекту ежегодного плана законопроектных работ Правительства Омской области;

) осуществление контроля за соблюдением законодательства в сфере деятельности Министерства в пределах своей компетенции, в том числе лицензионного контроля за соблюдением лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности;

) разработка и реализация мер, направленных на защиту прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

) обеспечение рассмотрения обращений граждан по вопросам, входящим в компетенцию Министерства, в соответствии с законодательством;

) участие в качестве истца или ответчика, третьего лица в судах по вопросам, входящим в компетенцию Министерства;

) утверждение перечня должностных лиц Министерства, имеющих право составлять протоколы об административных правонарушениях

) разработка и реализация мер, направленных на подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров в сфере здравоохранения;

) определение в пределах своей компетенции совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями порядка переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий;

) координация научных исследований, экспериментов, проводящихся в государственных учреждениях Омской области и государственных унитарных предприятиях Омской области, находящихся в ведении Министерства (далее - подведомственные организации), выступление государственным заказчиком на научные исследования по актуальным проблемам практического здравоохранения, а также внедрение достижений отечественного и зарубежного опыта в сфере здравоохранения;

) представление работников здравоохранения к награждению государственными наградами Российской Федерации, государственными наградами Омской области, наградами высших органов государственной власти Омской области, присвоению почетных званий в соответствии с законодательством;

) реализация мер по повышению престижа медицинской профессии;

) контроль за соблюдением требований охраны труда в подведомственных организациях;

) анализ причин производственного травматизма и профессиональных заболеваний в системе здравоохранения Омской области в пределах своей компетенции, разработка и осуществление мер по их устранению и профилактике;

) осуществление полномочий главного распорядителя бюджетных средств;

) мониторинг экономических показателей деятельности подведомственных организаций в пределах своей компетенции;

) проверка целевого использования, сохранности и эффективности управления имуществом, находящимся на праве хозяйственного ведения и оперативного управления подведомственных организаций, в пределах своей компетенции;

) подготовка предложений о привлечении инвестиций и кредитов в сфере здравоохранения;

) в пределах своей компетенции принятие мер, направленных на увеличение доходов областного бюджета;

) участие в разработке мер по развитию материально-технического обеспечения подведомственных организаций;

) организация обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации в пределах своей компетенции;

) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

) осуществление работы со сведениями, составляющими государственную тайну;

) подготовка ежегодного доклада Губернатору Омской области о состоянии системы здравоохранения Омской области и об охране здоровья населения в Омской области;

) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

) сбор, обработка, анализ и представление статистической и иной отчетности в сфере здравоохранения в установленном порядке;

) издание методических рекомендаций по вопросам, входящим в компетенцию Министерства;

) участие в организации строительства и реконструкции зданий, сооружений и иных объектов для учреждений здравоохранения, расположенных на территории Омской области;

) разработка и реализация целевых программ Омской области по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в сфере охраны здоровья населения Омской области;

) размещение заказов для бюджетных учреждений Омской области, функции учредителя которых осуществляет Министерство, в отношении товаров, работ, услуг в соответствии с перечнем, установленным Министерством, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Министерство осуществляет следующие переданные Российской Федерацией полномочия в области охраны здоровья граждан:

) осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения);

) лицензирование следующих видов деятельности:

медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи);

фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения);

деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения).

При осуществлении своих полномочий Министерство вправе:

) осуществлять координацию деятельности органов исполнительной власти Омской области, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, иных хозяйствующих субъектов в сфере охраны здоровья населения Омской области;

) организовывать координационные и совещательные органы для выполнения предоставленных полномочий;

) запрашивать в установленном порядке от органов исполнительной власти Омской области, органов местного самоуправления в сфере управления здравоохранением, организаций информацию и материалы, необходимые для осуществления предоставленных полномочий;

) привлекать по согласованию организации, а также ученых и специалистов для решения вопросов, относящихся к ведению Министерства, в том числе на договорной основе;

) заключать договоры, в том числе государственные контракты, с юридическими и физическими лицами для выполнения предоставленных полномочий;

) в установленном законодательством порядке назначать на должность и освобождать от должности руководителей подведомственных организаций, контролировать их деятельность;

) в установленном законодательством порядке осуществлять от имени Омской области функции учредителя подведомственных организаций;

) вносить в Правительство Омской области предложения по созданию, реорганизации и ликвидации подведомственных организаций;

) осуществлять организацию и проведение конференций, семинаров, совещаний, встреч, выставок и других мероприятий по актуальным вопросам в сфере здравоохранения;

) осуществлять иные полномочия в соответствии с законодательством.

Организация деятельности Министерства:

Министерство возглавляет Министр здравоохранения Омской области (далее - Министр), назначаемый на должность и освобождаемый от должности Губернатором Омской области.

В Министерстве предусматриваются должности первого заместителя Министра и заместителей Министра, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Правительством Омской области.

В период отсутствия Министра по причине отпуска, болезни, командировки или иным причинам его обязанности возлагаются на первого заместителя Министра или заместителя Министра в соответствии с распределением должностных обязанностей.

В Министерстве могут образовываться департаменты, управления, отделы и сектора.

В Министерстве в целях рассмотрения наиболее важных вопросов его деятельности образуется коллегия, являющаяся совещательным органом. В состав коллегии входят Министр, первый заместитель Министра и заместители Министра, руководители структурных подразделений Министерства, а также иные лица. Состав коллегии утверждается Министром.

Министр:

) на основе единоначалия организует работу Министерства, выступает без доверенности от имени Министерства;

) несет персональную ответственность за обеспечение эффективной деятельности подведомственных организаций;

) выдает доверенности работникам Министерства для представления интересов Министерства в случаях, предусмотренных законодательством;

) утверждает положения о департаментах, управлениях, отделах, секторах Министерства, должностные регламенты и инструкции работников Министерства;

) в пределах штатной численности работников Министерства утверждает структуру и штатное расписание Министерства по согласованию с заместителем Председателя Правительства Омской области, координирующим деятельность органов исполнительной власти Омской области по реализации социальной политики в сфере здравоохранения;

) распределяет обязанности между первым заместителем Министра, заместителями Министра;

) выступает представителем нанимателя и назначает на должность и освобождает от должности работников Министерства в соответствии с законодательством;

) решает вопросы о поощрении и привлечении к дисциплинарной ответственности работников Министерства в установленном порядке;

) обеспечивает представление в Министерство финансов Омской области в соответствии с утвержденными перечнем и формами платежные и иные документы, необходимые для расходования средств областного бюджета;

) осуществляет иные полномочия в соответствии с законодательством.

Министерство осуществляет свою деятельность во взаимодействии с органами исполнительной власти Омской области, хозяйствующими субъектами, субъектами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе с федеральными органами государственной власти, общественными объединениями, организациями, в том числе иностранными.

Финансирование Министерства осуществляется за счет средств областного бюджета.

Министерство для осуществления своей деятельности наделяется имуществом, находящимся в собственности Омской области, на праве оперативного управления.

Министерство отвечает по своим обязательствам в соответствии с законодательством. Министерство не отвечает по обязательствам Омской области, Правительства Омской области.

Реорганизация и ликвидация Министерства осуществляются по решению Губернатора Омской области в порядке, предусмотренном законодательством.

Таким образом, основой системы здравоохранения в Омской области является Министерство здравоохранения. Вопросы модернизации здравоохранения являются задачами Министерства.

2.2 Состояние системы здравоохранения в Омской области, оценка необходимости модернизации

Численность населения Омской области по состоянию на 1 января 2010 года составила 2012,1 тыс. человек. За период с 2000 по 2010 год население области сократилось на 124 тыс. человек (5,8%).

Среди регионов Сибирского федерального округа по численности населения Омская область занимает шестое место.

В общей численности населения Омской области:

- 1394,5 тыс. человек проживает в городской местности,

- 617,6 тыс. человек - в сельской,

- преобладают женщины (53,9%),

- численность женщин фертильного возраста составляет 28% -551,1 тыс. человек, -численность населения трудоспособного возраста составляет 1277,2 тыс., -численность лиц старше трудоспособного возраста - 406,3 тыс.,

- численность детей составляет 307,0 тыс. человек,

- подростков - 69,3 тыс. человек.

По значению показателей смертности в России Омская область занимает 54 место и составила 13,6 на 1000 населения (РФ - 14,2 на 1000 населения) и 54 место по смертности сельского населения и составила 14,6 на 1000 населения (РФ - 16,1 на 1000 населения).

В структуре общей смертности населения продолжают лидировать заболевания сердечно-сосудистой системы - доля этой причины в 2009 году составила 57%. Второе место занимает смертность населения от новообразований - 16%, на третьем месте -смертность от травм и отравлений - 12%.

Структура причин общей смертности населения Омской области не имеет принципиальных отличий от общероссийской. Вместе с тем, в 2009 году по ряду причин уровень смертности населения региона превышает среднероссийский, имея положительную динамику показателей по области:

- от инфекционных и паразитарных заболеваний (на 10%), причем преимущественно - за счет туберкулеза (при снижении показателя на 4,6%);

- в целом, по классу внешних причин, - превышение на 7%;

- в том числе от случайных отравлений алкоголем (на 63%, преимущественно за счет сельского населения) и самоубийств (на 21%).

Заболеваемость населения Омской области составляет 1803,2 на 1 тысяч населения (на 12,2% выше среднероссийского показателя). У каждого жителя области регистрируется 1,8 заболевания (РФ - 1,6 заболевания на 1 жителя).

В ходе дополнительной диспансеризации выявляемость заболеваний на 25,7% выше, чем в целом по России.

С 2009 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» реализуются мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни. В регионе развернуто 7 Центров здоровья, задачей которых является раннее выявление факторов риска и предотвращение развития заболеваний. Посещаемость Центров здоровья низкая и составляет 9,7 на 1000 населения (РФ - 15 на 1000 населения). При этом выявляемость факторов риска развития заболеваний в центрах здоровья выше среднероссийской и составляет 732 на 1000 обратившихся (РФ - 667 на 1000 обратившихся).

В учреждениях здравоохранения области действуют 1455 школ здоровья для населения (для больных артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, беременных женщин, молодых матерей и т.д.).

Отличительной чертой Центров здоровья является возможность получить по желанию обратившегося в рамках комплексного обследования консультацию психолога и психиатра-нарколога. Как показал опыт работы Центров в текущем году, в консультации психолога либо психиатра-нарколога нуждается до 1,5% от числа обратившихся.

На территории Омской области планируется расширить сеть Центров здоровья, отделений и кабинетов профилактики.

Из социально значимых заболеваний в Омской области следует отметить:

Туберкулез - отмечается рост заболеваемости до 131,0 на 100 тысяч населения, что на 58,6% выше среднероссийского уровня (в Российской Федерации - до 82,6 на 100 тысяч населения).

Злокачественные новообразования - отмечается рост заболеваемости до 375,3 на 100 тысяч населения, что на 5,5% выше среднероссийского уровня (в Российской Федерации - до 355,9 на 100 тысяч населения).

Хронический алкоголизм - отмечается рост заболеваемости до 70,8 на 100 тысяч населения, что на 7.9% ниже среднероссийского уровня (в Российской Федерации снижение до 76,9 на 100 тысяч населения).

Наркомания - отмечается снижение заболеваемости до 15,7 на 100 тысяч населения, что на 11,8% ниже среднероссийского уровня (в Российской Федерации - до 17,8 на 100 тысяч населения).

Оценка динамики демографических процессов в Омской области и детальное изучение причин, определяющих высокие показатели смертности населения и показатели заболеваемости по отдельным классам болезней, определили выбор профилей оказания медицинской помощи, нуждающихся в модернизации.

В соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в качестве основных направлений Программы определены следующие:

.Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, капитальный и текущий ремонт государственных и муниципальных медицинских учреждений, приобретение медицинского оборудования.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранении, обеспечивающих переход на единый полис обязательного медицинского страхования, в том числе в составе универсальной электронной карты гражданина Российской Федерации; внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде.

Внедрение стандартов оказания медицинской помощи, в том числе установление дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Таким образом, в структуре общей смертности населения Омской области а на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения. Доля этой причины смертности в 2010 году составила 41,9% в 2009 году 59,1%. Второе место занимает смертность от новообразований - 11,8%, на третьем месте - травмы и отравления - 5,8%.

По сравнению с 2009 годом произошло изменение в структуре причины смертности (в 2009 году на втором месте 11,1% травмы и отравления, на третьем месте - новообразования - 7,5%. Следовательно проблема модернизации должна охватывать такие направления медицины как создание условий наиболее полного и качественного обслуживания населения, результатом которого станет сокращение уровня смертности в области. В следующем разделе рассмотрена работа МУЗ Кормиловская ЦБ, которая является ведущим медицинским учреждением, деятельность которого попадает под действие программы модернизации здравоохранения.

.3 Анализ реализации программы модернизации здравоохранения в МУЗ Кормиловская ЦРБ

Дадим общую характеристику больницы.

Здравоохранение Кормиловского муниципального района представлено центральной районной больницей, 1 участковой больницей, 2 врачебными амбулаториями, 25 ФАПами.

Коечный фонд МУЗ Кормиловской ЦРБ представлен:

- 144 круглосуточными койками, из них 20 коек сестринского ухода;

- 45 коек дневного пребывания, в том числе 30 коек дневного пребывания при стационаре и 15 коек при поликлинике.

- В поликлинике, рассчитанной на 200 посещений в смену, ведется прием по 23 специальностям.

Все лечебно-профилактические учреждения района лицензированы.

Лицензия № ЛО-55-01-000431 от 11 февраля 2010 года сроком на 5 лет.

Штатным расписанием утверждено 81,75 врачебных должностей и 264,75 должностей средних медицинских работников. В настоящее время в здравоохранении района работает 53 врача и 215 средних медицинских работников.

Укомплектованность врачебными кадрами составляет 64,8 % при областном показателе по муниципальным районам - 65 %, средними медицинскими работниками - 81,2 % при областном показатели по муниципальным районам - 90,6 %.

Коэффициент совместительства врачей - 1,5 при областном показатели по муниципальным районам - 1,5 средних медицинских работников - 1,2 при областном показателе по муниципальным районам - 1,1.

Обеспеченность врачебными кадрами составляет 20,3 на 10 тысяч населения при областном показателе по муниципальным районам - 19,1; обеспеченность кадрами средних медицинских работников составляет 82,4 на 10 тысяч населения при областном показателе по муниципальным районам - 85,5.

В целях эффективного использования ресурсов здравоохранения наибольшее внимание уделяется амбулаторно-поликлинической службе. Штатное расписание специалистов первичного звена включает:

- 6 врачей терапевтов участковых; занято 6; физических лиц 6; % укомплектованности - 85,7%;

- 2 врачей общей практики; занято 2мя врачами общей практики; физических лиц 2; % укомплектованности - 100%;

- 6 врачей педиатров участковых; занято 6 физических лиц - 5; % укомплектованности 83,33 %.

Все население района распределено по участковому принципу. Всего 15 участков: терапевтических 7, комплексных - нет; врачей общей практики 2; педиатрических 6; малокомплектных - нет.

На участке в среднем: терапевтическом от 1804 до 2771 человек; врача общей практики от 1635 до 1823 человек; комплектных - нет; педиатрическом от 834 до 960 детей; малокомплектных - нет.

Укомплектованность специалистов первичного звена в соответствии со штатным расписанием составляет: врачами - 88,2%, участковыми медицинскими сестрами - 100%.

Укомплектованность специалистов первичного звена в соответствии с потребностью составляет: врачами - 78,9%; участковыми медицинскими сестрами - 100%.

Коэффициент совместительства специалистов первичного звена: врачами - 1,14; средними медицинскими работниками - 1,0.

Срок ожидания диагностических исследований в поликлинике составляет 1,8 дня.

В связи с сокращением коек педиатрического отделения освободились площади (3 этаж детского корпуса), в котором расположены боксированные палаты на 1-2 места.

Планируется создание центра паллиативной помощи детям на 18 коек.

Рассмотрим содержание данного направления модернизации, которую планируется реализовать в больнице.

Паллиативная помощь - это подход, который улучшает качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающими жизни заболеваниями, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике и безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем.

Паллиативная помощь включает:

- обеспечение облегчения боли и других терзающих больного симптомов;

- утверждение жизни и принятие смерти как нормальных процессов;

- признание решения не торопить и не откладывать смерть;

- включение психологических и духовных аспектов в общий план ухода;

- предложение пациенту такой поддержки, которая позволит ему жить настолько активно, насколько это возможно, до самой смерти;

- предложение системы поддержки, которая поможет справляться с проблемами, возникающими в период болезни пациента и после его смерти в связи с горем утраты;

- использование междисциплинарного подхода для помощи пациентам и членам их семей, включая поддержку после смерти больного, если это необходимо;

- готовность улучшать качество жизни пациента и положительно влиять на течение болезни;

- подключение ее как можно раньше по ходу развития болезни, наряду с разными формами основного лечения, такими как химио- или лучевая терапия, которые ставят своей задачей продление жизни.

Из определения паллиативной помощи, данного экспертами ВОЗ, следует, что этот подход принципиально отличен от лечения основного заболевания, значительно дополняющий и заменяющий его, когда оно уже не имеет смысла. Из этой двойственности задачи следует, что паллиативная помощь может быть организована на разных базах, преимущественно по месту жительства больного ребенка и его семьи, а при необходимости, и в стационаре, включая онкологический.

При этом выделяются следующие основные направления деятельности:

активное агрессивное вмешательство, лечение (оно не является частью паллиативной помощи, но, в зависимости от выбранной модели, может совмещаться с ним во времени, тогда их соотношение зависит от состояния ребенка, или, в соответствии с другой моделью, отказ от активного лечения должен быть условием к переходу к паллиативной помощи.);

паллиативная помощь;

уход в период предстояния смерти;

поддержка семьи после смерти ребенка.

Организационно работа может быть выстроена по нескольким моделям, определяющим различное соотношение указанных элементов. По первой модели паллиативная помощь включается, когда активное лечение признаётся неэффективным, и по задачам и подходам структуры ее практически совпадают с хосписами. По второй модели паллиативную помощь начинают как можно раньше, значение её возрастает по мере ухудшения состояния пациента, и она становится основной после признания ребенка инкурабельным.

Многие возможности паллиативной помощи могут и должны использоваться на всех этапах заболевания как компонент комплексного лечения злокачественных опухолей. На наш взгляд, в России обе представленные модели могут реализовываться в разных видах:

отделение паллиативной медицины в детской многопрофильной больнице;

специальное отделение в онкологической клинике, принимающее на паллиативное лечение детей с состояниями, подлежащими паллиативной помощи;

хоспис, оказывающий помощь по месту жительства;

хоспис, имеющий собственные койки для госпитализации.

Сравнительный анализ этих структур должен быть предметом отдельного детального обсуждения, однако исключительно важно, кто именно возьмется за организацию, и какая на месте имеется профессиональная и материальная база.

Определение необходимого объема паллиативной помощи детям с онкологической (и другой) патологией невозможно без учета погодового общего показателя заболеваемости на 100 тыс. детского населения, структуры этой заболеваемости, показателя смертности, в том числе догодовой. Эти данные, а также посписочный состав детей со злокачественными новообразованиями, находящихся на диспансерном учете у онколога/гематолога городской (областной, краевой) поликлиники, должны быть не только у этих специалистов, но и главного детского онколога/гематолога региона. На основании этих данных за несколько предыдущих лет можно ориентировочно определить контингент детей, требующих оказания паллиативной помощи в связи со злокачественными заболеваниями. Аналогичная работа по организации учета детей, страдающих от угрожающих жизни состояний разной природы, поможет выстроить систему таким образом, чтобы учесть все группы детей в регионе.

Различные варианты паллиативной помощи детям могут и должны оказываться на различных этапах лечения и наблюдения больного ребенка и его семьи - от установления диагноза до его смерти и после нее.

Таким образом, обобщим задачи МУЗ Кормиловская ЦБ на этапе проведения модернизации здравоохранения.

. Обеспечить достижение целевых показателей, утвержденных в качестве критериев оценки эффективности деятельности, в соответствии с Указом Президента РФ от 28.06.07 № 825.

. Развивать и совершенствовать формы и методы профилактической медицины, направленной на формирование здорового образа жизни.

. Проведение комплекса мероприятий по профилактике и выявлению ВИЧ инфекции. Обследование на антитела к ВИЧ не менее 15% от населения района, обследование группы риска, диспансерное наблюдение за ВИЧ инфицированными.

.Укрепление материально-технической базы ЦРБ.

. Продолжить работу по привлечению и закреплению врачебных кадров.

. Активная и целенаправленная работа по профилактике туберкулеза.

Проводить мероприятия по раннему выявлению и санации очагов; обеспечить охват обследованием на туберкулез населения района не ниже 95% от плана; добиться максимального охвата флюороосмотрами лиц, не проходивших его 2 и более лет.

. Первичная профилактика онкологических заболеваний, скрининг и диспансеризация населения.

. Продолжить работу по санитарному просвещению населения района по актуальным вопросам здравоохранения, ведения образа жизни, искоренения вредных привычек, активно используя средства массовой информации;

. Повысить ответственность руководителей всех подразделений МУЗ Кормиловская ЦРБ по предупреждению письменных обращений и жалоб граждан вышестоящие органы власти.

Таким образом, обобщая результаты анализа проведенного по программе модернизации здравоохранения и деятельности МУЗ Кормиловская ЦБ, можно сделать следующие основные выводы.

В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (далее также - программы модернизации здравоохранения).

Приоритетным направлением модернизации здравоохранения больница Кормиловская видит в оказании паллиативной помощи.

Необходимость создания отделения вызвана наличием пациентов длительно занимающих специализированные койки в учреждениях первого уровня оказания помощи, медицинские и социальные показания для госпитализации некурабельных больных (невозможность помощи и ухода на дому).

Паллиативная медицина - область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни (но и не укорачивает ее). Облегчение страданий - это этический долг медицинских работников. Каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь.

В следующей главе работы рассмотрены основные направления реализации программы модернизации здравоохранения и направления совершенствования ее реализации.

здравоохранение модернизация больница

ГЛАВА 3. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ И ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

.1 Направления совершенствования программы модернизации

Целями развития здравоохранения в Омской области являются:

улучшение демографической ситуации, в том числе снижение к 2015 году общей смертности до 8,6 на 1000 человек населения (2010 год - 9,4); снижение смертности в трудоспособном возрасте с 40,2 в 2010 году до 36,8 на 100 тыс. человек населения; снижение материнской смертности на 100000 родившихся с 21,5 в 2010 году (3 случая) до 7,8 (1 случай);

формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака, алкоголя и наркотических средств;

повышение качества и доступности медицинской помощи;

рост удовлетворенности населения качеством медицинской помощи возрастет с 40% до 70%;

количество объектов здравоохранения, введенных в эксплуатацию в рамках реализации мероприятий -5;

увеличение доли современного диагностического и лечебного оборудования до 80,0%;

увеличение числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений до 8,5 на одного жителя в год;

увеличение мест в дневных стационарах всех форм до 0,5 пациенто-дня на 1 человека в год.

Приоритетные направления программы модернизации здравоохранения:

- Совершенствование медицинской помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями;

- Обеспечение охраны здоровья матери и ребенка;

- Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;

- Совершенствование медицинской помощи больным с заболеваниями костно-мышечной системы;

- Совершенствование медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания;

- Совершенствование медицинской помощи больным с социально-значимыми заболеваниями;

- Повышение эффективности скорой медицинской помощи;

- Усиление профилактической направленности в здравоохранении;

- Более полное удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи;

- Информатизация лечебно-диагностического процесса в лечебно- профилактических учреждениях.

Задачами развития здравоохранения являются:

Модернизация системы оказания медицинской помощи населению Омской области: оптимизация лечебно-профилактических учреждений, приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического помощи, модернизация стационарной медицинской помощи, совершенствование системы оказания скорой медицинской помощи, формирование здорового образа жизни, управление качеством медицинской помощи;

Укрепление материально-технической базы здравоохранения за счет бюджетов всех уровней;

Повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;

Совершенствование организации лекарственной помощи населению;

Внедрение современных информационных систем в здравоохранении;

Разработка и внедрение единых стандартов оказания медицинской помощи, гарантирующих ее качество и доступность;

Развитие инновационной медицины;

Совершенствование финансового механизма управления здравоохранением;

Взаимодействие системы здравоохранения с общественными организациями, объединениями.

Согласно рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, основными направлениями модернизации региональных систем здравоохранения являются следующие:

. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных медицинских учреждений, приобретение медицинского оборудования.

. Внедрение современных информационных систем в здравоохранении, обеспечивающих переход на единый полис обязательного медицинского страхования, в том числе в составе универсальной электронной карты гражданина Российской Федерации; внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде.

. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи, в том числе установление дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Процесс модернизации системы управления здравоохранением Омской области будет осуществляться по следующим направлениям:

) развития внутриучрежденческих и региональной информационной системы для ведения персонифицированного учета медпомощи,

) развития прикладных технологий персонального мониторинга здоровья пациентов на уровне медицинских практик,

) создание и развития информационно-аналитических систем, а также дальнейшее развитие на территории Омской области видеотелекоммуникационных систем для консультирования врачей первичного звена здравоохранения высококвалифицированными специалистами региональных центров специализированной и высокоспециализированной помощи, а также научными работниками Омской государственной медицинской академии, ведущих межрегиональных и федеральных медицинских центров;

) совершенствование механизмов, форм и технологии финансового управления отраслью и учреждениями путем поэтапного перехода к структурному подушевому финансированию;

) развитие современной системы оплаты труда работников здравоохранения;

) внедрение многоуровневой (пять) дифференциации медицинских учреждений;

) развитие региональной системы управления качеством медицинской помощи,

) переход на одноканальное финансирование всех учреждений (организаций) здравоохранения за согласованный объем медицинской помощи при безусловном соблюдении утвержденных медико-экономических стандартов;

) переход на оплату стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по законченному случаю на основе применения медико-экономических стандартов, учета качества и результативности оказанной медицинской помощи (отдельных услуг - диагностических, консультативных и т.д.);

) непрерывное совершенствование методологии формирования тарифов на все виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий;

) повышение роли страховых медицинских организаций в планировании и организации медицинской помощи гражданам в системе обязательного медицинского страхования.

Важнейшим и основным направлением по улучшению организации медицинской помощи населению на территории Омской области является приоритетное (опережающее) развитие учреждений (подразделений) первичной медико-санитарной помощи.

В этой связи, первоочередную поддержку по укреплению материально-технической базы получат фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории и подразделения скорой и неотложной медицинской помощи всех учреждений здравоохранения.

В целях приближения профилактической, а также лечебно-диагностической, реабилитационной и восстановительной помощи к месту жительства населения, для расширения сети структурных подразделений первичного звена здравоохранения существенная поддержка будет оказана развитию на всей территории региона службы общей врачебной практики (ОВП).

На всей территории Омской области развертывается сеть Центров здоровья, отделений и кабинетов профилактики (в перспективе - в каждом муниципальном образовании и округе города Омска).

В Центрах здоровья будут внедрены новые организационные формы работы по приближению профилактической помощи к месту жительства детей путем создания выездных бригад.

С целью максимальной концентрации ресурсов (материально-технических, кадровых, финансовых), по оказанию отдельных видов специализированной медицинской помощи, результатов и эффективности лечения создаются межмуниципальные центры по оказанию специализированной медицинской помощи.

На первом этапе, в качестве основополагающего принципа формирования межмуниципальных центров на территории Омской области принят принцип их зонального размещения.

С целью снижения количества осложнений у беременных, рожениц и родильниц, снижения материнских и перинатальных потерь, инвалидизации женщин и детей, планируется приблизить качественную специализированную акушерскую и неонатальную помощь населению Омской области путем организации межрайонных перинатальных центров. Для повышения уровня и качества оказания плановой и неотложной медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным будет проведено дооснащение медицинским оборудованием в первую очередь родильные дома (отделения) и палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных в межмуниципальных перинатальных центрах региона.

С учетом перехода на современные технологии выхаживания и реабилитации недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой будет продолжено развитие службы анестезиологии и реанимации для новорожденных. В связи с чем, планируется укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения 3 группы и 5 межрайонных перинатальных центров и целевая подготовка кадров.

Запланирован комплекс мероприятий, направленных на достижение цели максимально полного охвата скринингами беременных женщин на всей территории Омской области.

Для своевременной и качественной диагностики врожденной патологии плода и снижения показателей перинатальной, младенческой смертности учреждения родовспоможения Омской области будут оснащены ультразвуковыми аппаратами экспертного класса.

На базе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в Омской области ныне функционируют 14 центров для оказания специализированной медицинской помощи детям, в том числе раннего возраста, будет продолжена централизация всех дорогостоящих технологий оказания помощи, в части таких направлений специализированной медицинской помощи, как неонатальная хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, онкогематология.

Впервые для оказания паллиативной помощи взрослому и детскому населению Омской области в рамках Программы модернизации планируется создание на базе муниципальных учреждениях здравоохранения, расположенных в пригородной зоне профильных отделений паллиативного лечения.

Важнейшей задачей на ближайшую перспективу является создание регионального кардиологического диспансера, регионального сосудистого центра на базе государственного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница».

В течение 2011 года будут созданы 10 первичных сосудистых отделений, на территории города Омска и муниципальных районов Омской области.

Учреждения здравоохранения ряда муниципальных районов Омской области из-за их удаленности от развертываемых центров и отделений, а также из-за существующих сложностей внутри регионального транспортного сообщения между населенными пунктами, в целях своевременного оказания неотложной и экстренной помощи пациентам с болезнями сердечно-сосудистой системы будут обеспечены необходимым перечнем оборудования и укомплектованы кадрами для квалифицированного оказания соответствующих видов помощи.

В рамках долгосрочной целевой программы Омской области «Региональный проект «Онкология» на 2011-2015 годы», утвержденной Постановлением Правительства Омской области от 19 июля 2010 года № 140-п, определен перечень актуальных задач по совершенствованию онкологической помощи населению.

Учитывая высокую распространенность травматизма среди жителей Омской области, в целях совершенствования организации и повышения качества оказания специализированной помощи, в том числе лицам, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (причем на всей на территории области), будут закреплены зоны ответственности ряда учреждений здравоохранения в части оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на участках федеральных автодорог М-51 «Байкал» и 1Р-402 «Тюмень-Омск».

Для оказания плановой хирургической помощи детскому населению отдаленных районов Омской области будет создан и укомплектован межрайонный детский хирургический центр и организованы передвижные детские хирургические бригады.

Реализация программы предусматривает поэтапное укомплектование оборудованием и санитарным автотранспортом лечебных учреждений.

В современных условиях необходимость дальнейшего развития системы восстановительного лечения и медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения Омской области определена высокой медико-социальной и экономической значимостью достижения благоприятной динамики показателей общественного здоровья.

Программа модернизации здравоохранения включает комплекс мероприятий по оснащению службы (подразделений) скорой медицинской помощи современным медицинским оборудованием, надежным санитарным транспортом, навигационными комплексами и системами оперативной связи, а так же реорганизацию системы оказания скорой и неотложной медицинской помощи .

Целью концепции в сфере развития лекарственной политики на территории Омской области является сохранение и улучшение здоровья граждан, обеспечение повышения уровня удовлетворенного спроса населения на медицинскую продукцию. Достижение этой цели осуществляется на следующих принципах:

социальной справедливости;

наличия строгого баланса между имеющимися ресурсами и объемами лекарственной помощи;

единства фармацевтической науки, образовательного комплекса и практики.

Определяются следующие основные задачи:

совершенствование организации лекарственной помощи населению;

обеспечение гарантий получения гражданами доступной, безопасной и качественной лекарственной помощи;

обеспечение эффективного использования ресурсов системы организации лекарственной помощи;

обеспечение адекватности финансовых ресурсов государственным гарантиям по бесплатной и льготной лекарственной помощи, а также оказание лекарственной помощи в условиях лечебно-профилактических учреждений;

разработка и внедрение в фармацевтическую практику современных к передовых форм и методов организации лекарственной помощи, в том числе компьютерных информационных технологий в комплексе с современными электронными средствами связи; создание профессиональных фармацевтических ассоциаций, чья деятельность должна быть нацелена на разработку и осуществление государственной, региональной и муниципальной политик в области организации лекарственной помощи населению;

расширение деятельности фармацевтических учреждений и организаций по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

В целях улучшения организации лекарственной помощи населению Омской области требуется совершенствование организационной структуры системы лекарственной помощи, исходя из единства всего комплекса целевых задач и функций, направленных на обеспечение граждан гарантированной, безопасной, качественной, фармакотерапевтически и экономически обоснованной лекарственной помощью.

Система организации лекарственной помощи в целях оптимизации процесса использования фармацевтической продукции должна предусматривать:

создание программы по учету граждан, проживающих на территории Омской области, с целью перехода на лекарственное страхование;

гарантию потребителям качества и безопасности при использовании фармацевтической продукции и прочих биологически активных веществ, в том числе пищевых добавок (биологически активных добавок), биокорректоров и др.;

обеспечение гласности и конкурсной основы процесса закупа лекарственных средств для общественных нужд.

Особая роль отводится задачам по обеспечению доступности, безопасности и качественности лекарственной помощи. Доступность, безопасность и качество лекарственной помощи должны стать ведущим критерием оценки эффективности фармацевтической деятельности. Для обеспечения доступности и своевременности лекарственной помощи предусматривается:

надлежащий контроль за поддержанием обязательного ассортимента аптеками; поддержание в информационном фармацевтическом пространстве актуальной базы данных о наличии лекарственных средств, их качества и особенностях их использования;

повышение уровня удовлетворенности спроса на лекарственные средства населения, в том числе путем организации розничной торговли лекарственными средствами через медицинские организации и их обособленные структурные подразделения, расположенные в сельских поселениях, где отсутствуют аптечные организации;

повышение уровня удовлетворенности спроса на лекарственные средства отдельным категориям граждан, имеющим право на предоставление государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг по рецептам, предъявленным гражданами в аптечные учреждения;

повышение уровня удовлетворенности спроса на лекарственные средства, отпускаемые населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно за счет бюджета субъекта Российской Федерации;

создание условий для реализации программы по обеспечению населения и лечебно-профилактический учреждений инфузионными растворами, производимыми на территории области (завод по производству инфузионньгх растворов);

создание условий для наиболее полного использования и расширения производственных мощностей действующего производства лекарственных средств в соответствии с международными стандартами GMP (ОГУП «Омская фармацевтическая фабрика»);

совершенствование региональной службы контроля качества лекарственных средств, осуществляющей мониторинг поступающих в регион лекарственных препаратов (БУОО «Территориальный центр сертификации и контроля качества лекарственных средств Омской области с целью исключения попадания на фармацевтический рынок Омской области фальсифицированных, недоброкачественных лекарственных средств;

совершенствование региональной службы по регистрации побочных эффектов лекарственных средств.

Обеспечение эффективного использования ресурсов системы организации лекарственной помощи предполагает внедрение в практику фармацевтических предприятий новых эффективных технологий, позволяющих оперативно и объективно оценивать состояние рынка лекарственных средств, увеличивать оборачиваемость ресурсов:

создание региональных фармацевтических информационно-аналитических центров, объединяющих субъекты системы организации лекарственной помощи через единое информационное пространство;

строгая увязка осуществляемых льгот в рамках организации лекарственной помощи с объемом финансирования;

персонификации, квотированию и ранжированию льгот по степени нуждаемости.

Предусматриваемые меры по развитию амбулаторно-поликлинической помощи, стационарозамещающих видов медицинской помощи, усилению профилактической направленности медицины потребует перемещение медицинских кадров в первичное звено здравоохранения, что позволит укомплектовать участковую службу и продолжить развитие общеврачебной практики. За счет высвобождающихся врачебных кадров, ранее работавших в стационарах, станет возможным подготовка врачей «узких» специальностей через профессиональную переподготовку, особенно это актуально для учреждений здравоохранения сельской местности и в первую очередь отдаленных районов. На сегодняшний день целесообразно врачам муниципальных учреждений здравоохранения муниципальных районов иметь, не один, а два или даже три сертификата.

Для ликвидации имеющейся диспропорции в количестве работающих врачей в городе и сельской местности будет совершенствоваться целевая контрактная подготовка за счет средств бюджетов всех уровней (федеральный, областной, муниципальный), расширены меры социальной поддержки молодых специалистов, продолжена работа по привлечению иностранных граждан и соотечественников в рамках долгосрочной целевой программы Омской области «Оказание содействия добровольному переселению в Омскую область соотечественников, проживающих за рубежом (2009-2011 годы)».

С целью повышения качества медицинской помощи и развития высокотехнологичных её видов продолжена работа по повышению профессионального уровня медицинских работников, для чего необходимо совершенствование образовательных стандартов и программ с учётом требований практического здравоохранения, организация непрерывного образования, в т.ч. дистанционных форм обучения, информатизация рабочих мест, проведение обучающих семинаров и конференций с использованием современных информационных технологий.

Индикаторами реализации Программы будут являться показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, устранение диспропорций в их расстановке и использовании, повышение квалификации специалистов до уровня, позволяющего оказывать современную качественную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Для реализации задач по развитию и укреплению материально- технической базы учреждений здравоохранения Омской области подготовлен план по завершению строительства ранее начатых объектов здравоохранения, а также капитальному ремонту и реконструкции.

В план включались только объекты, на которые оформлена проектно-сметная документация, приоритет при составлении плана был отдан межмуниципальным центрам, на базе которых предусматривается развертывание подразделений по оказанию помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также сочетанной травмой.

Дополнительно подготовлены планы дооснащения межмуниципальных центров медицинским оборудованием в соответствии с утвержденными Минздравсоцразвития России Порядками оказания медицинской помощи.

Предусматривается обеспечение отделений реанимации и интенсивной терапии, хирургических и терапевтических отделений оборудованием для оказания экстренной и неотложной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сочетанными травмами, а также для проведения небольшого объема восстановительного лечения указанным категориям пациентов.

Основной целью мероприятий по информатизации здравоохранения Омской области должно стать обеспечение эффективной информационной поддержки системы здравоохранения и граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного оказания.

Мероприятия по информатизации системы здравоохранения включают:

информатизацию деятельности медицинских учреждений, в том числе с целью ведения электронной медицинской карты;

приобретение компьютерной техники и организация локальных вычислительных сетей и каналов связи;

внедрение медицинских информационных систем, автоматизирующих ведение листов ожидания и запись на прием к медицинскому работнику, учет и анализ деятельности медицинских учреждений, оформление медицинской документации в электронном виде;

ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Результатом производимых мероприятий должно стать создание регионального сегмента информационной системы, содержащей данные об оказанной медицинской помощи и ресурсном обеспечении здравоохранения, наполнение которого осуществляется медицинскими организациями на основании первичных данных.

Базисной основой для модернизации процесса управления здравоохранением Омской области будут служить решения по совершенствованию финансового механизма функционирования здравоохранения, включающие такие шаги, как:

переход на одноканальное финансирование всех учреждений (организаций) здравоохранения за согласованный объем медицинской помощи при безусловном соблюдении утвержденных медико-экономических стандартов;

переход на оплату стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по законченному случаю на основе применения медико-экономических стандартов, учета качества и результативности оказанной медицинской помощи (отдельных услуг - диагностических, консультативных и т.д.);

непрерывное совершенствование методологии формирования тарифов на все виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий;

повышение роли страховых медицинских организаций в планировании и организации медицинской помощи гражданам в системе обязательного медицинского страхования.

Будет сформирована единая (целостная система территориального здравоохранения Омской области, без разделения на государственный (бюджетный) и муниципальный сектор), базирующуюся на оптимальном сочетании принципов максимальной доступности всех видов медицинской помощи жителям, вне зависимости от места постоянного проживания, исключения дублирования неэффективно функционирующих отраслевых структур (учреждений, служб, подразделений).

Последовательное изменение существующей стратегии финансирования здравоохранения Омской области, переход на принцип одноканального финансирования (что опять-таки предусмотрено в новых законодательных проектах) позволит создать большую зависимость всех ее элементов (учреждений, организаций, служб) от результатов и качества работы, определяющих благоприятную динамику развития общественного (группового, индивидуального здоровья).

Предполагаемый (с помощью реализации новых федеральных законов) запуск новых механизмов поступления и движения финансовых средств, неизбежно повлияет на поведение всех работников, а также и работодателей, а главное, - пациентов. Поэтому реализация мероприятий Программы обеспечит непрерывное развития системы стандартизации и контроля качества медицинской помощи. Последовательно, и через этот механизм, будет оптимизироваться инфраструктура всех медицинских служб к соответствию Порядкам, утвержденных Минздравсоцразвития РФ.

Таким образом, все рассмотренные мероприятии можно свести в следующие направления.

Программа модернизации здравоохранения Омской области представляет собой анализ состояния здравоохранения региона, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода.

Основные усилия отрасли здравоохранения региона в ближайшие годы будут направлены на:

. укрепление материально-технической базы медицинских учреждений для обеспечения применения современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг;

. совершенствование оказания медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами высокой смертности, на основе соблюдения стандартов;

. внедрение современных информационных систем в здравоохранении.

В рамках направления по совершенствованию оказания медицинской помощи по заболеваниям, являющимся основными причинами высокой смертности, на основе соблюдения стандартов планируется обеспечить уровень оснащенности организаций здравоохранения, обеспечивающий качественное оказание медицинских услуг в соответствии со стандартами их оказания.

Учитывая сложившуюся структуру заболеваемости и смертности населения региона, основными направлениями совершенствования оказания медицинской помощи определены: снижение уровня смертности от заболеваний системы кровообращения, онкологических заболеваний, внешних причин, снижение уровня заболеваемости социально значимых болезней, таких как туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ-инфекция, алкоголизм и наркомания.

В рамках программы планируется:

Завершение строительства 1-й и 2-й очереди областного онкологического диспансера. В 2011 году запланирован ввод в эксплуатацию нового корпуса ГЛПУ ТО «Перинатальный центр». Сейчас в здании ведется монтаж оборудования, затем инженеры займутся наладкой техники, после чего центру необходимо будет получить лицензию. Строительство дополнительного корпуса позволит сосредоточить все подразделения Перинатального центра на одной территории, приблизить реанимационную помощь новорожденным к родовому отделению, разместить все лабораторно-диагностические службы в соответствии с санитарными службами, улучшить условия пребывания беременных, рожениц и родильниц.

После открытия перинатального центра закроется на капитальный ремонт родильный дом № 4.

Кроме того, в рамках программы модернизации здравоохранения Омской области в 2012 году ожидается ввод в Омске поликлиники на 500 посещений, а в этом году будет открыта поликлиника на 350 посещений в смену.

С целью повышения охвата населения профилактическими осмотрами планируется реновация и дооснащение областных больниц районного уровня и амбулаторно-поликлинического звена 12 единицами рентгенодиагностических установок, в том числе мобильными, с возможностью интеграции результатов исследований в единую информационную региональную систему здравоохранения области. Доступность и качественную медицинскую помощь на селе позволят обеспечить 126 единиц модульных сооружений для размещения ФАПов, амбулаторий и офисов врачей общей практики, а также оснащение приобретаемых модулей оборудованием в соответствии со стандартом оснащения.

Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и службы медицины катастроф будет осуществляться с учетом реструктуризации службы, создания «парагоспитальной» службы. Потребуется реновация и дооснащение автомобильного парка службы, оснащение современными средствами спутниковой связи.

Планируется проведение текущего ремонта в 18 государственных учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, 17 муниципальных организациях здравоохранения.

Реновация и дооснащение действующих межрайонных центров в городах Ишиме и Тобольске, а также вновь создаваемых межрайонных центров в городах Заводоуковске и Ялуторовске высокотехнологичным оборудованием, необходимым для обеспечения выполнения протоколов и стандартов оказания медицинской помощи, в том числе компьютерными томографами.

Говоря о модернизации здравоохранения Омской области, важно отметить, что в области с 2005 года активно ведутся работы по созданию Интегрированной Региональной Информационной Системы здравоохранения Омской области (ИРИС). Система строится по централизованному принципу на базе Центра Обработки Данных. Лечебно-профилактические учреждения работают в едином информационном пространстве, с разграничением уровня и прав доступа, в режиме реального времени. Развивающийся функционал модулей ИРИС позволяет осуществлять стратегическое планирование и вести мониторинг эффективности деятельности, как отдельного учреждения (отделения), так и отрасли в целом.

Дальнейшее развитие информационных технологий в отрасли предусматривает увеличение количества организаций здравоохранения, участвующих в проекте внедрения Интегрированной Региональной Информационной Системы (ИРИС) здравоохранения Омской области. В 2011-2012 годах будет продолжено:

завершение оснащения компьютерной техникой и магистральными сетями,

оснащение рабочих мест врачей телемедицинскими программно-аппаратными комплексами «Рабочее место врача» для возможности предоставления мультисервисных услуг в рамках проекта внедрения телемедицинских технологий и построения программно-аппаратного комплекса «IP-Телемедицина» в Омской области непосредственно с рабочих мест;

внедрение в деятельность организаций здравоохранения области программных модулей ИРИС

«Управление ведением медицинской документации»,

«Управление человеческим капиталом»,

«Управление материальными потоками»,

«Управление сервисом поддержки пользователей»,

«Рабочее место страховой медицинской организации»,

«Самостоятельная запись пациентов на первичный прием к врачам»,

В Омской области проводится целый комплекс мер, направленный на улучшение качества жизни населения. Действенным инструментом в решении этой задачи должны стать мероприятия по модернизации здравоохранения области. Все эти меры есть не что иное, как инвестиции в человеческий капитал для обеспечения благополучия и развития региона.

.2 Ожидаемые результаты проведенной программы модернизации здравоохранения

В данном параграфе представим основные затраты на проведение модернизации здравоохранения области и выделим экономический эффект от предложенных направлений.

Источниками финансирования мероприятий программы модернизации здравоохранения Омской области являются:

средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставленные в форме субсидий бюджету областного фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.12.2010 № 2396-р;

средства федерального бюджета, передаваемые в виде субсидий из федерального бюджета бюджету Омской области на софинансирование расходных обязательств Омской области, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года №1239;

средства федерального бюджета, передаваемые в виде субсидий из федерального бюджета бюджету Омской области на софинансирование расходных обязательств Омской области, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года №1237;

средства консолидированного бюджета Омской области и бюджета областного фонда обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение комплекса мероприятий Программы за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в форме субсидий бюджету областного фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года №85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

Предоставляемая субсидия из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования имеет целевое назначение и не может быть использована на другие цели.

При реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы дублирование мероприятий по оснащению медицинским оборудованием, а также по оплате труда медицинских работников, не допускается.

Средства, предоставленные на реализацию комплекса мероприятий по модернизации здравоохранения Омской области из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляются на совершенствование организации медицинской помощи по видам заболеваний, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение Программы утверждается Законами Омской области «Об областном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов», «О бюджете областного фонда обязательного страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

Объемы бюджетных ассигнований областного бюджета, направляемые на финансирование программы модернизации здравоохранения Омской области, не включают в себя бюджетные ассигнования, направляемые на финансирование иных программ в сфере здравоохранения в 2011, 2012 годах, осуществляемое с учетом субсидий из федерального бюджета.

В рамках видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение мероприятий Программы осуществляется за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета Омской области.

Финансовое обеспечение Программы за счет средств областного бюджета в течение срока действия Программы не подлежит уменьшению без внесения изменений в Программу в установленном порядке.

В целях реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение из бюджета областного фонда обязательного медицинского страхования передаются межбюджетные трансферты в бюджет Омской области.

Эффективность Программы оценивается на основе анализа достижения целевых значений показателей результативности, установленных паспортом Программы.

Реализация Программы предусматривает:

приведение сети учреждений здравоохранения в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи с учетом сбалансированности территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по видам и условиям оказания медицинской помощи;

внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результаты деятельности;

введение персонифицированного учета медицинской помощи и ресурсов на ее оказание;

обеспечение принципа экстерриториальности (доступности медицинских услуг для всех граждан независимо от места жительства).

При изменении объемов финансирования Программы в установленном порядке проводится корректировка целевых индикаторов и их значений.. Показатели медицинской результативности:

. Младенческая смертность - на 1 тыс. родившихся живыми:

на 01.01.2012г. - 7,0;

на 01.01.2013г. - 6,95.

. Смертность населения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения:

на 01.01.2012 г. - 666,5;

на 01.01.2013 г. - 655,5.

) от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения:

на 01.01.2012 г. - 187,5;

на 01.01.2013 г. - 187,0.

) от новообразований на 100 тыс. населения:

на 01.01.2012 г. - 85,0;

на 01.01.2013 г. - 85,0

) от внешних причин, в том числе от травм на 100 тыс. населения:

на 01.01.2012 г. - 200,0;

на 01.01.2013 г. - 200,0

) Удовлетворенность населения медицинской помощью (%):

на 01.01.2012 г. - 50;

на 01.01.2013 г. - 52.

) Удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи (%):

на 01.01.2012 г. - 67;

на 01.01.2013 г. - 69.. Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения:

. Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения - дней.

г. - 330;

г. - 330.

. Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения - руб. в расчете на 1 чел.

г. - 2314,7;

г. - 3283,6.

. Размер дефицита территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи - %.

г. - 26,0;

г. - 24,0.

. Количество пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты -01.01.2012 г. - 80%, 01.01.2013 г. - 100%.

. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов (инфоматов), к общему количеству государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения -01.01.2012 г. - 90%, 01.01.2013 г. - 100%.

. Количество государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, использующих электронный документооборот при обмене медицинской информацией, от общего количества государственных (муниципальных) учреждений 01.01.2012 г. - 60%, 01.01.2013 г. - 100

. Количество неработающих пенсионеров, в отношении которых осуществлен соплатеж на медицинскую помощь, за счет средств, предоставленных на финансирование дополнительных государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам - %.

г. - 0;

г. - 0;

г. - 77,3;

г. - 79,0.

В результате реализации Программы модернизации планируется изменение следующих показателей:

- количество случаев ожидания пациентами плановой госпитализации сроком до 5 дней;

- длительность ожидания пациентами приема врачей - специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях сроком до 3 дней,

- увеличение количества лиц, посещающих центры здоровья;

- удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории Омской области.

Уполномоченным органом исполнительной власти Омской области, ответственным за реализацию мероприятий Программы, является управление здравоохранения Омской области.

Реализация Программы осуществляется совместно управлением здравоохранения Омской области, областным фондом обязательного медицинского страхования, органами местного самоуправления (по согласованию).

Взаимодействие участников Программы осуществляется в рамках постоянно действующей Комиссии по экономическому развитию и модернизации Омской области (распоряжение администрации Омской области от 15.07.2010 №256-р «О создании комиссии по экономическому развитию и модернизации Омской области»).

Реализация мероприятий Программы по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, в том числе в период их реализации, не приведет к снижению объема и качества предоставления медицинских услуг населению.

Реализация мероприятий Программы по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений обеспечено необходимой мощностью строительных организаций, необходимым объемом материальных и трудовых ресурсов.

Реализация мероприятий Программы, в том числе по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, будет завершена в период действия Программы.

Порядок внесения изменений в Программу осуществляется на условиях и в порядке рассмотрения, согласования и утверждения Программы.

Контроль за ходом реализации Программы осуществляется на основании утвержденного сетевого графика реализации Программы.

Общий контроль за исполнением Программы осуществляется администрацией Омской области.

Управление здравоохранения Омской области, управление финансов Омской области, управление экономики администрации Омской области несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за обоснованность и достоверность стоимости мероприятий, установленных Программой.

Управление здравоохранения области осуществляет:

обеспечение эффективного и целевого использования средств, выделяемых на реализацию Программы, своевременное и в полном объеме выполнение мероприятий Программы;

контроль за эффективным и целевым использованием средств, выделяемых на реализацию Программы, своевременное и в полном объеме выполнение мероприятий Программы;

рассмотрение материалов о ходе реализации мероприятий программы;

подготовку рекомендаций по эффективному выполнению мероприятий Программы с учетом хода реализации Программы;

рассмотрение результатов экспертизы проектов и мероприятий Программы, предлагаемых для реализации в очередном финансовом году, в части их содержания и стоимости;

согласование разработанных государственными (муниципальными) заказчиками детализированных организационно-финансовых планов реализации мероприятий Программы и показателей мониторинга реализации мероприятий Программы;

подготовку информации и отчетов о выполнении Программы;

подготовку предложений по корректировке Программы;

совершенствование механизма реализации Программы.

Предварительная стоимость закупаемого оборудования определена на основании результатов проработки рынка товаров, являющихся предметом заказа. При работке рынка использованы следующие виды анализа: 1) анализ статистических цен, 2) анализ цен по результатам ранее проведенных процедур торгов, 3) анализ цен хозяйствующих субъектов.

Анализ статистических цен проводился по данным статистических наблюдений, публикуемых в официальных изданиях территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Омской области, справочно-информационных сборниках цен.

Анализ цен по результатам ранее проведенных процедур торгов осуществлялся при наличии у заказчиков информации, полученной ранее по результатам проведения торгов на закупку аналогичных товаров с идентичными количественными и качественными характеристиками, сроками и порядком оплаты поставляемого товара.

Для проведения сравнительного анализа цен хозяйствующих субъектов использованы данные прайс-листов, рекламной продукции, размещаемой в сети Интернет на официальных сайтах производителей и поставщиков товаров, а также сведения, полученные по запросу заказчиков от организаций и (или) индивидуальных предпринимателей посредством электронной почты, факсимильной связи. Для достижения наиболее объективного результата сравнительного анализа использованы данные не менее трех хозяйствующих субъектов, уровень цен которых корректировался с учетом сроков и периодичности поставки товаров, сроков и порядка оплаты, сроков и объемов предоставления гарантии качества товаров, указанных в заявке заказчика.

Стоимость мероприятий (объектов), указанная в разделе V.I «Комплекс мероприятий по модернизации здравоохранения Омской области» является предельной и изменению в части ее увеличения в ходе реализации Программы не подлежит.

Таким образом, эффективное функционирование здравоохранения Омской области должно строиться на системе мер в сфере отраслевой модернизации, призванных обеспечить:

- улучшение демографической ситуации, увеличение продолжительности жизни населения, рождаемости, сокращение уровня смертности, сохранение и укрепление здоровья населения;

- повышение качества и доступности, как первичной медико-санитарной помощи, так и специализированной медицинской помощи населению на основе применения современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

- совершенствование тарифной политики при осуществлении оплаты за оказание медицинских услуг населению в системе обязательного медицинского страхования, ориентированной на развитие наиболее эффективных медицинских технологий, направленных на снижение смертности и инвалидности.

Рассмотренная в данном разделе работы программа представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и включает анализ состояния общественного здоровья, системы здравоохранения Омской области, а также основные цели, задачи и способы ее совершенствования на основе применения системного подхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы можно сделать следующие основные выводы.

В настоящее время Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи во многом носит декларативный характер, так как не обеспечена в полном объеме финансовыми средствами. Дефицит средств по программе составляет 30-40% от потребности и покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. В результате больные платят даже за то, что по закону должны получить бесплатно. Причем в наиболее тяжелом положении оказываются наименее обеспеченные граждане. Отсутствует конкретизация государственных гарантий медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания, что приводит к росту объемов "теневых" медицинских услуг, служебным злоупотреблениям и социальной напряженности. При сегодняшнем уровне достатка платные медицинские услуги являются недоступными для большинства населения страны. Не решена проблема равнодоступности медицинской помощи для жителей различных территорий страны, а также сельского и городского населения. Расходы бюджетов и средств ОМС отдельных районов и городов регионов на одного жителя различаются в десятки раз, что нарушает принципы социальной справедливости.

Особую обеспокоенность вызывает состояние первичной медико-санитарной помощи. Амбулаторно-поликлиническая служба оказалась не в состоянии обеспечить население доступным и квалифицированным медицинским обслуживанием на уровне первичного звена, где начинают и заканчивают обследование и лечение до 80% населения, обращающегося за медицинской помощью. Стали очевидными недостатки ее организации. Существенные диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (соответственно, 20-30 и 70-80% всех расходов на здравоохранение) ограничивают возможность развития материально-технической базы и внедрения современных ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах и приводят к расширению показаний к стационарному лечению, удорожанию медицинской помощи в целом. Отсутствует экономическая мотивация развития стационарозамещающих видов помощи, утрачиваются комплексный подход к здоровью пациента и преемственность между врачами в обследовании и лечении, что отрицательно влияет на экономичность медицинского обслуживания и сохранность здоровья.

Эффективность мероприятий в сфере совершенствования медицинской помощи населению области определяется уровнем государственных инвестиций в здравоохранение.

Расходы на финансирование программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Омской области бесплатной медицинской помощи за период с 2005 г. по 2010 г. возросли с 4653,5 млн.руб. до 7324,4 млн.руб., или на 57,4%. Расходы системы обязательного медицинского страхования на эти цели увеличились за анализируемый период в 2 раза: с 1827,3 млн. руб. до 3662,6 млн. руб. Подушевой норматив программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Омской области бесплатной медицинской помощи на 2010 год в расчёте на 1 человека в год (без учёта расходов федерального бюджета) составил 6298,82 руб., в том числе: 3147,64 руб. за счёт средств бюджета области, 3151,18 руб. за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Фактический территориальный подушевой норматив финансирования медицинской помощи на одного человека в год с 2006 г. по 2008 г. превышал федеральный норматив. Так в 2006 году он составлял 141,5%, в 2007 году 138,2%, в 2008 году 135,4% к утверждённому федеральному нормативу. В 2009 году утверждённый территориальный норматив к федеральному составил 86,2 % в целом по программе, 97,0% за счёт средств соответствующих бюджетов и 77,1% за счёт средств обязательного медицинского страхования; в 2010 году 82,5% в целом по Программе, 88,1% за счёт средств бюджетов и 77,6% за счёт средств ОМС.

Из анализа стоимости единицы объёмов оказанной медицинской помощи в 2009 году следует, что стоимость единицы объёма стационарной помощи осуществлялось на 61% от имеющейся потребности, помощи в дневных стационарах - на 62%, скорой помощи - на 74%.

Дефицит программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Омской области бесплатной медицинской помощи в суммовом выражении в 2010 г. - 1555,5 млн.руб., или 17,5% (в 2009 г. - 21,9%).

Фактические объемы медицинской помощи, оказываемые населению области в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Омской области бесплатной медицинской помощи за пятилетний период характеризовались следующим образом:

сохранение на высоком уровне объёмов амбулаторно-поликлинической помощи (в расчёте на одного жителя: с 2005 г. по 2009 г. они возросли с 9,7 до 10,4 посещения на одного жителя);

объёмы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, составляют 0,665 пациенто-дней в расчёте на одного жителя против 0,59 нормативных;

объёмы скорой медицинской помощи имеют тенденцию к снижению (с 0,354 вызовов в расчёте на одного жителя в 2005 г. до 0,335 - в 2009 г.); на фоне избыточности объемов стационарной медицинской помощи отмечается позитивная динамика их сокращения (с 3,9 койко-дней в 2005 г. до 3,4 - в 2009 г.).

Таким образом, для обеспечения сбалансированности программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Омской области бесплатной медицинской помощи в рамках реализации Программы планируется реализация эффективных мероприятий по сокращению избыточных стационарных мощностей на основе разработки согласованных объемов стационарной помощи, исходя из объемов помощи по заболеваемости, а также оптимизация региональной системы оплаты медицинских услуг на основе поэтапного введения стандартов законченных случаев лечения заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, В.А. Об итогах международной практики реформирования здравоохранения и рекомендациях ВОЗ / В.А. Алексеев, М. Ю. Сафонова // Здравоохранение. - 2011. - № 2. - С. 65-71.

2. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах. / Г. Жаркович с соавтр. -М.: Федеральный фонд ОМС, 2008.-43с.

3. Вялкова, Г.М. Высокотехнологичная медицинская помощь в системе медицинского обслуживания населения / Г.М. Вялкова, Г.А. Глухова // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011. - № 2. - С. 3-7.

4. Галкин Р.А. Сандреева С.Х., Федосеева Л.С. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2008. № 2. С. 38-40.

5. Галкин Р.А., Гехт И.А. Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности. Самара, 2009. - 512 с.

6. Дудин, М. Н. Вопросы инновационного реформирования современного здравоохранения: развитие общей врачебной практики в России / М. Н. Дудин // Справочник врача общей практики. - 2011. - № 1. - С. 15-19 .

7. Жилинский, Е.В. Кластерный подход к инновационному развитию российского здравоохранения / Е.В. Жилинский // Главврач. - 2011. - № 5. - С. 58-62.

8. Зайков, А.А. Применение новых инновационных технологий в образовательном процессе Кировской ГМА / А.А. Зайков // Вятский медицинский вестник. - 2010. - № 4. - С. 55-56.

9. Иванова, В.А. Улучшение качества медицинской помощи - стратегическое направление реформы здравоохранения / В.А. Иванова, О.А. Орлова // Главврач. - 2011. - № 1. - С. 42-48.

10. Калининская А.А. Гуданова Е.Н., Матвеев Э.Н. Экономика здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1. С. 43-46.

11. Кириллов А.В. Проблемы здравоохранения // Российский семейный врач. 2009. № 1. С. 43.

12. Кожевников В.В. Проблемы территориального здравоохранения: Сборник научных трудов. М., 2008. Вып. 5. - 112 с.

13. Каких инноваций ждет российское здравоохранение на этапе своей модернизации? // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 5. - С. 50-51.

14. Каплунов, О.А. В продолжение дискуссии о путях модернизации здравоохранения и иных моментах его функционирования на современном этапе / О. А. Каплунов // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 5. - С. 11-14.

15. Касимовская, Н. А. Качество медицинской помощи в свете реформ / Н. А. Касимовская // Медсестра. - 2009. - № 2. - С. 1.

16. Коваленко, Т. Н. Правовые аспекты новых медицинских технологий / Т. Н. Коваленко, Е.А. Волокитина // Правовые вопросы в здравоохранении. - № 1. - С. 10-19.

17. Колесников, А.И. Применение современных технологий для выявления туберкулеза в крупном городе: [материалы IX съезда фтизиатров России] / А.И. Колесников, Е.А. Чистовский // Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 4. - С. 198.

18. Комплексный подход к модернизации муниципального здравоохранения / С.Е. Квасов [и др.] // Главврач. - 2011. - № 5. - С. 41-45.

19. Коммерческая деятельность учреждений здравоохранения. Документы. Комментарии. Ответы на вопросы. - М.: МЦФЭР, 2006.-322с.

20. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации // Медсестра. - 2009. - № 11. - С. 45-73 .

21. Кривенко, Н.В. Применение маркетинговой инновационной модели при комплексной оценке медицинской услуги / Н. В. Кривенко // Экономика здравоохранения. - 2011. - № 1-2 (154). - С. 5-10.

22. Кристенсен, К. Исцелят ли систему здравоохранения прорывные инновации? / К. Кристенсен, Р. Бемер, Кенаджи Дж. // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 5. - С. 52-59.

23. Лисовский, П. Построение активной клиентской базы в аптечной сети: персонифицированная дисконтная система / П. Лисовский // Ремедиум. - 2011. - № 1. - С. 48-51.

24. Лакунин К.Ю. Обеспечение медицинской помощи населения сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: Автореферат дис.д-ра мед. Наук. М., 2009.-43с.

25. Лудяпова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзаменяющих технологий в сельской местности: Автореферат дис. канд. Мед. Наук. СПб, 2008.- 63с.

26. Малахова Н.Г. Маркетинг медицинских услуг. - М.: Книжный мир, 2010.-148с.

27. Найговзина Н.Б. и Ковалевский М.А. Системы здравоохранеения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. - М.: Классик-Консалдинг, 2008.-452с.

28. Осипова, В.Л. Инновационные технологии в уходе за пациентами - надежда для наших больных / В.Л. Осипова, С.Г. Павлова // Медсестра. - 2009. - № 8. - С. 29-34.

29. Оценка эффективности инновационной деятельности аптечного предприятия // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011. - № 1. - С. 32-47.

30. Пальцев, М.А. Инновационное развитие медицинской науки / М. А. Пальцев // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2011. - № 2. - С. 14-18.

31. Панов, А.В. В законодательство закладывается новая вертикаль управления здравоохранением в субъектах Федерации / А.В. Панов // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. - 2011. - № 3 (58). - С. 6-9.

32. Потапчик, Е.Г. Медицинские работники о процессе модернизации здравоохранения: по результатам социологических опросов / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин // Здравоохранение. - 2011. - № 1. - С. 21-30.

33. Потапчик, Е.Г. Основные изменения, происходящие в российской системе здравоохранения, глазами медицинских работников / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шейман // Здравоохранение. - 2011. - № 2. - С. 27-37.

34. Проблемы реформирования системы здравоохранения и отраслевого менеджмента // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011. - № 3. - С. 32-33.

35. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше? / Г.Э. Улумбекова // Менеджер здравоохранения. - 2011. - № 3. - С. 6-20. - Библиогр.: с. 20 (9 назв.).

36. Финченко Е.А., Степанов В.В. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 5 (12). С. 5-13.

37. Щипин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении. М.: Юнити, 2007. - 448 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Организационная структура управления Министерства здравоохранения Омской области

