Российский Новый Университет

Колледж РосНОУ

Реферат

на тему:

**Экономическая доступность медицинского обслуживания**

подготовила: студентка

III курса специальности

банковское дело 080108.51

группы 315 В

Рябова Валентина

Москва 2011

**Глава №1. Современная ситуация в системе здравоохранения**

*«Совершенствование системы здравоохранения –*

*одно из коренных условий успешной реализации*

*стратегии социально-экономического развития страны,*

*а состояние здоровья населения —*

*важнейшая цель этого развитии.»*

**1.1 Состояние здоровья населения Российской Федерации**

Сегодня по важнейшим показателям здоровья населения Россия значительно уступает многим странам. Продолжительность жизни в стране на 12 лет меньше, чем в США, на 8 лет меньше, чем в Польше, на 5 лет меньше, чем в Китае. Прежде всего, это связано с высокой смертностью в трудоспособном возрасте. Детская смертность хотя и сокращается, но всё равно остается в полтора-два раза выше, чем в развитых странах. Демографическая ситуация в Российской Федерации на конец 2004 года сложилась следующим образом: численность населения страны 144 млн. 168 тыс. человек; рождаемость - 10,5 на 1000 человек населения; смертность - 16,0; естественная убыль населения - 5,5. Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми снизилась с 12,4 в 2003 году до 11,5 в 2004 году.

Перспективы изменения численности населения стран - постоянных членов Совета безопасности ООН (млн. чел.):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страна\год | **1994 г.** | **2015 г.** |
| **Россия** | 147 | 137 |
| **США** | 261 | 309 |
| **Великобритания** | 58 | 60 |
| **Франция** | 58 | 61 |
| **Китай** | 1200 | 1400 |

**1.2 Современное понятие доступности и качества медицинской помощи**

Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в Вене в сентябре 1988 года.

Доступность медицинской помощи - это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Доступность медицинской помощи обусловлена:

 сбалансированностью возможностей государства и медицинскими ресурсами страны:

 наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;

 адекватным финансирование отрасли;

 доступным транспортом;

 возможностью свободного выбора специалиста и учреждения;

 уровнем общественного образования в области профилактики;

 распределением медицинских технологий на территориях;

 качеством медицинской помощи.

К характеристикам качества медицинской помощи относятся профессиональная компетентность, доступность, результативность, межличностные взаимоотношения, эффективность, непрерывность, безопасность и удобство. Однако данные характеристики в большинстве своем не зависят от системы здравоохранения и не подлежат квалиметрии, т.е. разработке количественных показателей, характеризующих их состояние.

**1.3 Финансовая необеспеченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи**

Главной проблемой Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи является несбалансированность объемов помощи с имеющимися финансовыми ресурсами. Это приводит к снижению доступности для значительной части населения и способствует увеличению числа случаев медицинской помощи ненадлежащего качества Размеры государственного финансирования здравоохранения, сократившиеся более чем на треть в 90-е годы, стали увеличиваться с 2000 года, но не достигли уровня пятнадцатилетней давности.

При потребности в финансировании Программы государственных гарантий в Российской Федерации на 2004 год в 483,3 млрд. рублей фактически израсходовано 435,2 млрд. рублей. Дефицит финансирования Программы государственных гарантий в 2004 году в Российской Федерации составил 48,1 млрд. рублей, или 10% от потребности.

Продолжает сокращаться доля расходов на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту с 2,9% в 2003 году до 2,8% в 2004 году.

В структуре государственных расходов на здравоохранение в 2004 году расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составили 241,9 млрд. руб. (50,4%), средства системы обязательного медицинского страхования - 191,8 млрд. руб. (40%) и средства федерального бюджета - 45,9 млрд. руб. (9,6%). В целом расходы из государственных источников финансирования на здравоохранение составили 479,6 млрд. руб., что в расчете на одного жителя равно 3325,2 руб. (2003 год -2735,0 руб.).

Сохраняется разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами. Несмотря на рост государственного финансирования здравоохранения в последние годы нарастание платности медицинской помощи усиливается.

Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении медицинской помощи надлежащего качества.

Проблема усугубляется тем, что подходы к финансированию государственных гарантий оказания медицинской помощи населению не позволяют четко определить зависимость оплаты качества помощи, которая должна бесплатно предоставляться гражданам. Поэтому без конкретизации государственных гарантий медицинской помощи, критериев ее качества разграничения медицинской помощи на бесплатные и платные медицинские услуги уже нельзя рассчитывать на то, что проблему разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением можно решить лишь путем увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения.

**Глава №2. Комплекс мер, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи**

**2.1 Развитие системы медицинского страхования**

Реализация государственных гарантий медицинской помощи должна осуществляться преимущественно через систему обязательного медицинского страхования. Действующая сегодня бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения должна быть преобразована в систему финансирования, основанную на страховом принципе.

Сложившаяся модель ОМС не может существенно повлиять на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Эти проблемы во многом обусловлены низкой управляемостью системы ОМС. По существу система распалась на множество фрагментов. Каждый регион сформировал собственную модель ОМС, причем во многих случаях игнорируя федеральное законодательство.

Страховые взносы субъекта РФ на ОМС неработающего населения должны устанавливаться в размере не меньшем, чем размер, обеспечивающий сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы ОМС, и ее стоимости. Порядок расчета стоимости базовой программы ОМС в субъектах РФ и методика расчета размера взносов на ОМС неработающего населения должны утверждаться Правительством РФ.

Закладываемые в расчет стоимости базовой программы ОМС тарифы не должны быть менее величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов на гарантированную медицинскую помощь, утверждаемой Минздравсоцразвития. Это должно поднять планку требований к ресурсному обеспечению оказания медицинской помощи и на этой основе - преодолеть стремление регионов занизить стоимость базовой программы ОМС и, соответственно, размер взносов на ОМС неработающего населения.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Несовершенство системы ОМС с точки зрения гарантий оказания бесплатной медицинской помощи надлежащего качества проявляется в путях практической реализации этих гарантий. Экономическая и организационная сторона дела таковы, что связываться с лечением наиболее рискового контингента никто не хочет.

Столкнувшись с ней, территориальные фонды обязательного медицинского страхования вынуждены издавать специальные приказы по финансированию нештатных ситуаций. Во многих же регионах Российской Федерации из территориальной программы ОМС вообще убрали порядок оказания медицинской помощи лицам, не имеющим полиса ОМС, а механизмы бюджетного финансирования их лечения не разработали.

Социальная политика государства должна проводиться на принципах равенства, всеобщности охвата и доступности для всех слоев населения национальных систем образования, здравоохранения, социального страхования. Философия солидарности в обществе должна реализовываться в финансовой поддержке пенсионеров, инвалидов, малообеспеченных семей с детьми, тех, кто не по своей вине утратил трудоспособность и не может в достаточной степени позаботиться о себе. Именно в этом суть социальной политики государства. При этом основное внимание трудоспособным слоям населения государство должно оказывать в формах, которые бы обеспечивали личную их ответственность, но не ставили бы в унизительное положение получателей помощи.

**2.2 Расширение системы дополнительного лекарственного обеспечения и страхование лекарственной помощи**

Первым шагом на пути реформирования системы лекарственного обеспечения является реализация Федерального закона от 22.08.2004 года № 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан (ДЛО).

Впервые в России была принята идея создания единого регистра льготников и законодательно определен объем финансирования. Обеспечение льготников лекарственными препаратами позволит сократить количество госпитализаций и снизить затраты на стационарное лечение.

Система ДЛО - основа внедрения регулирования цен. Основная задача, которая была поставлена перед поставщиками лекарственных средств: предельные цены не должны превышать зарегистрированные. В России должен быть реализован принцип, принятый в большинстве стран мира, где цены на лекарственные средства являются регулируемыми.

Модель, принятая в сфере обеспечения лекарственными средствами льготных категорий граждан может и должна быть транспонирована на всю систему медикаментозной помощи. Сейчас используется моносистема, когда затраты на лекарственные средства покрываются из бюджета, поэтому в дальнейшем важен переход к многообразию систем покрытия затрат.

Предлагается новая схема покупки медикаментов через систему массового добровольного лекарственного страхования. Реализация данной модели может сделать доступной для большинства населения даже дорогостоящие современные препараты. По предварительным расчетам стоимость полиса добровольного лекарственного страхования составляет 70 рублей в месяц. Новый вид страхования, несомненно, будет интересен для граждан, потому что цены на лекарства в розничной сети ежегодно вырастают на треть. В отличие от льготников и пенсионеров, которых предполагается страховать за счет федерального бюджета, в страховании работающих граждан бюджетные средства привлекаться не будут, ежемесячные взносы сможет делать сам работник или его работодатель. Для того чтобы заинтересовать страхователей нужно предусмотреть налоговые льготы предприятиям, заключившим договоры лекарственного страхования своих сотрудников, аналогично добровольному медицинскому страхованию.

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается постоянное увеличение числа зарегистрированных торговых наименований лекарственных препаратов. Зачастую вновь регистрируемые препараты являются не принципиально новыми лекарственными средствами. Сложившуюся ситуацию можно разрешить путем изменения порядка организации регистрации лекарственных препаратов, в частности необходимо регистрировать новые лекарственные препараты при отсутствии аналогов или этот препарат должен быть эффективнее существующих на рынке.

Нужно усилить борьбу с фальсификацией лекарственных средств. Определить порядок изъятия фальсифицированных препаратов и их уничтожения. В срочном порядке необходимо осуществлять меры по развитию отечественной фармацевтической промышленности.

медицинский помощь страхование лекарственный

**2.3 Повышение доступности программ добровольного медицинского страхования**

С каждым годом россиянам приходится тратить все больше средств на медицинское обслуживание. Тем не менее, рынок добровольного медицинского страхования так и не стал массовым - более 90% продаж полисов ДМС приходится на корпоративных клиентов, менее 10% граждан имеют эти полисы.

Причины низкой доступности программ ДМС:

Высокий уровень стоимости полиса без предъявления гарантий качества медицинской помощи является одним из основных сдерживающих факторов развития розничного добровольного медицинского страхования. Опережающий рост цен на ДМС, вследствие чего среди физических лиц страховки покупают, в основном, люди со средним и выше среднего достатком.

 Условия повышения динамики роста объемов ДМС:

 создание механизма, при котором программы ДМС станут ОМС-дополняющими, а не заменяющими;

 увеличение сроков функционирования программ ДМС. Программы должны быть многолетними, причем с постепенным возрастанием лимита ответственности страховой компании;

 законодательное решение вопроса о сочетании рискового и накопительного страхования в рамках одной программы, одних правил медицинского страхования;

 нахождения баланса между обязательствами и финансовыми возможностями государства и населения посредством развития форм добровольного медицинского страхования, не только дополняющих, но и включающих медицинскую помощь, предусмотренную программой медико-социального страхования.

Это предполагает внесение в законодательство о медицинском страховании изменений, допускающих зачет части взносов на добровольное страхование в качестве взносов на ОМС.

**2.4 Охрана здоровья матери и ребенка как фундаментальная основа здоровья нации**

Важнейшей задачей здравоохранения является укрепление здоровья населения, начиная с детского возраста. Воспитание детей в традициях здорового образа жизни, привитие им с раннего возраста навыков физической культуры, позитивного отношения к сохранению здоровья позволит сохранить и укрепить жизненный потенциал подрастающего поколения, что является одной из важнейших основ будущего развития страны.

Здоровье человека на 50% определяется образом жизни, то есть поведением и отношением его к собственному здоровью и здоровью окружающих. Важнейшей составляющей оздоровления населения является широкое внедрение занятий физической культурой.

Фундамент здоровья человека закладывается в период внутриутробного развития и в значительной степени зависит от здоровья родителей. В подготовке будущей матери к рождению ребенка решающее значение имеет оздоровительное, общеукрепляющее и специально-направленное воздействие разнообразных средств физической культуры. При этом конечной целью должно стать рождение здорового ребенка.

Появившийся на свет ребенок обследуется на предмет наличия у него отклонений от нормы в физическом, психическом и функциональном развитии. Однако до 99% матерей подробной информации о состоянии своего ребенка не получают. Родители должны располагать необходимым объемом знаний для укрепления здоровья своего ребенка через наиболее эффективные средства окружающей среды, сил природы, гигиенические факторы и физические упражнения.

Переход ребенка в систему общественного воспитания на дошкольном этапе жизни сопровождается усилением влияния социальных институтов на его развитие. Период детства следует рассматривать как оптимальное условие реализации потенциальных возможностей. В этот период оздоровительное воздействие физической культуры наиболее значимо. Развитие движений, накопление двигательного опыта позволят ребенку на этом этапе жизни получить достаточную индивидуальную нагрузку для совершенствования физических качеств.

Дошкольный этап жизни ребенка - начало воспитания его ментальности. Основная задача этого направления работы семьи и детских дошкольных учреждений заключается в том, чтобы заложить в сознание ребенка основы постоянного стремления к здоровью через духовное и физическое совершенство.

Общеобразовательная школа является антигуманным общественным институтом для тех детей, у которых показатели здоровья в процессе обучения в ней ухудшаются. Статистика и научные исследования показывают, что у большинства детей, обучающихся в школе, здоровье не улучшается.

Важнейшим положением оздоровительной физической культуры ребенка на всех этапах жизни в семье, ДДУ и школе должны стать прогрессирующее здоровье и постоянное соответствие физической подготовленности физическому развитию.Оздоровительное воздействие физической культуры рассматривается в контексте не только соматического, физического здоровья ребенка, но и как важный фактор охраны психического и нравственного здоровья детей и подростков.

Рост числа детей с криминальным поведением, вызванным отрицательным воздействием социальной среды, снижается под влиянием спортивной ментальности, выработанной в процессе реализации в семье, детских дошкольных учреждений, школе и при реализации программ олимпийского образования.

Профилактическое звено системы здравоохранения, предусматривает совершенствование физкультурных диспансеров, медицинских подразделений в образовательных учреждениях и на предприятиях, создание сети кабинетов здоровья в составе имеющихся оздоровительно-реабилитационных комплексов.

Сложившаяся в Российской Федерации демографическая ситуация характеризуется низкими уровнями рождаемости, ожидаемой средней продолжительностью жизни, что приводит к демографическому старению, а также естественной убыли населения.

Государственная поддержка материнства, отцовства и детства должна реализовываться путем создания условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей и предполагать реализацию следующих мер:

В сфере здравоохранения:

 первоочередное и в полном объеме финансирование программ по охране здоровья матери и ребенка:

 сохранение доступной медицинской помощи беременным и детям;

 бесплатное обеспечение в полном объеме детей в возрасте до трех лет детским питанием и до семи лет - медикаментами;

 развитие медико-генетических центров;

 обеспечение возможности бесплатного получения процедур экстракорпорального оплодотворения для бесплодных женщин;

 создание в каждом регионе банков спермы и возможности бесплатной инсеминации женщин при мужском бесплодии;

 для беременной женщины, получение полного обследования (ультразвуковой и биохимический скрининг) независимо от места проживания;

 формирование установок на здоровый образ жизни;

 совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья (пропаганда безопасного материнства, профилактика заболеваний, передающихся половым путем);

 развитие и совершенствование учреждений перинатальной охраны плода.

В сфере социальной защиты:

 обеспечение максимально эффективной защиты социально уязвимых семей, не обладающих возможностями для самостоятельного решения социальных проблем;

 разработку механизмов материальной поддержки семьи при рождении детей, увеличение пособий матерям, градация пособий в зависимости от количества детей;

 организация горячего питания для школьников;

 организация оздоровительного отдыха для детей из малообеспеченных семей;

 разработка и реализация мер по экологической безопасности семьи.

В связи с ростом численности граждан, имеющих инвалидность, прежде всего детей, возросла потребность в проведении их социальной реабилитации.

Необходимо стимулировать производство протезно-ортопедических изделий и других технических вспомогательных средств, облегчающих труд и быт инвалидов, расширять ассортимент и повышать качества этих изделий; обеспечить доступность для инвалидов средств транспорта, связи и информации.