Содержание

Введение

1. Система здравоохранения РФ

1.1. Структура здравоохранения

1.2. Министерство здравоохранения

1.3. Медицинские учреждения

2. Перспектива развития системы здравоохранения

Список использованной литературы

Введение

В последние годы в системе здравоохранения РФ идет процесс реорганизации, который осуществляется под влиянием трех наиболее важных факторов.

Во-первых, интенсивная реализация Федерального закона от 06.10.03. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» в части перераспределения полномочий различных уровней власти в обеспечении населения медицинской помощью, в частности, передачи специализированных видов помощи из муниципального управления на региональный уровень.

Во-вторых, выполнение национального приоритетного проекта «Здоровье», создавшего ресурсную основу для реализации основного принципа структурной реорганизации – повышения роли первичного звена здравоохранения.

Третьим важнейшим фактором государственной политики, оказавшим влияние на повышение структурной эффективности здравоохранения, является повышение качества и доступности лекарственного обеспечения населения, в ходе которого утвержден перечень жизненно необходимых лекарственных средств для дополнительного обеспечения отдельных категорий граждан.

Изменен механизм предоставления гражданам РФ высокотехнологичной медицинской помощи. Введены стандарты и рассчитаны нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичных видов помощи.

С 1 января 2006 года началась выдача «Родового сертификата», что позволило беременным женщинам в период беременности и родов в полной мере реализовать свое право выбора женской консультации и родильного дома, а также сформировать здоровую конкуренцию среди учреждений здравоохранения, оказывающих помощь женщинам во время беременности и родов.

В соответствии с поручением Президента РФ по вопросам развития российского здравоохранения на 2006-2008 годы были разработаны механизмы управления отраслью, позволяющие реализовать публичные обязательства государства в сфере здравоохранения по единому на всех территориях РФ стандарту, обеспечивающему повышение качества услуг в системе здравоохранения.

Все вышесказанное обосновывает актуальность выбранной темы.

Работа состоит из введения, двух глав и списка использованной литературы.

1. Система здравоохранения РФ

Под «здравоохранением» сегодня понимают общественно-социальную функцию общества (государства) по охране и укреплению здоровья населения. Особенность текущего момента – организационная перестройка здравоохранения, характеризующаяся многоукладностью видов медицинской помощи. Наряду с основной бюджетно-страховой системой здравоохранения формируются новые модели медицинской помощи населению, прежде всего частная медицина.

Бюджетно-страховая система здравоохранения обеспечивается средствами государственного бюджета (федерального и регионального) и внебюджетными средствами медицинского страхования – обязательного государственного социального медицинского страхования (ОМС) и добровольного, частного медицинского страхования (ДМС).

1.1 Структура здравоохранения

«Вертикаль» управления и контроля над учреждениями здравоохранения включает министерский (федеральный), региональный (крупные центры и города) и местный (муниципальный) уровни. Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать работу частных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей. В свою очередь, административные органы исполнительной власти, отвечающие за общественную систему здравоохранения, находятся под юрисдикцией органов законодательной власти (Государственная Дума, Совет Федерации). Надзор за исполнением законов в области здравоохранения, в свою очередь, осуществляют органы и учреждения судебной власти.

Особая роль в нашем государстве отводится структурам президентской власти. По конституции именно Президент РФ руководит государственной политикой в области охраны здоровья граждан. В структурном, организационном плане общественная система здравоохранения интегрирует различные типы предприятий и учреждений:

* федеральные и региональные органы и учреждения здравоохранения (государственная, бюджетная система здравоохранения);
* органы и учреждения государственной системы ОМС;
* частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи (органы и учреждения ДМС и частного медицинского страхования);
* общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

Для обеспечения разноплановой деятельности и медицинских функций выделяют профиль учреждений здравоохранения:

1. Лечебно-профилактические.
2. Охраны материнства и детства.
3. Санитарно-эпидемиологической службы.
4. Санаторно-курортные.
5. Патологоанатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы.
6. Аптечные.
7. Предприятия медицинской промышленности: медицинских изделий и фармацевтики.
8. Образовательные и научно-исследовательские.

1.2 Министерство здравоохранения

Сфера деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ определена Положением о Министерстве, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 года № 321, которое является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда, физической культуры, спорта, туризма и защиты прав потребителей. Ключевые вопросы деятельности:

* здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и медицинской помощи, фармацевтическую деятельность;
* качество, эффективность и безопасность лекарственных средств;
* курортное дело;
* санитарно-эпидемиологическое благополучие;
* уровень жизни и доходов населения;
* оплата труда;
* пенсионное обеспечение;
* социальное страхование;
* условия и охрана труда;
* социальное партнерство и трудовые отношения;
* занятость населения и безработица;
* трудовая миграция;
* альтернативная гражданская служба;
* социальная защита;
* демографическая политика;
* физическая культура и спорт;
* туризм;
* защита прав потребителей.

Структурными подразделениями являются департаменты по основным направлениям деятельности Министерства:

Федеральная служба по труду и занятости.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.

Федеральное агентство по физической культуре, спорту и туризму.

Федерального медико-биологического агентства.

Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи.

Министерство также осуществляет координацию деятельности Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Цели и задачи деятельности Министерства на 2008-2010 годы определены исходя из посланий Президента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации и Программы социально-экономического развития РФ на 2006-2008 гг. и направлены на обеспечение достижения следующих целей:

- повышение материального уровня жизни населения;

- повышение уровня здоровья населения;

- обеспечение потребностей в социальном обслуживании и социальной поддержке;

- обеспечение продуктивной занятости и достойных условий труда;

- воспроизводство и развитие потенциала трудовых ресурсов.

Мероприятия, проводимые по этим направлениям, наряду с другими мерами социальной направленности, прежде всего по повышению заработной платы и увеличению занятости населения, будут способствовать решению главной задачи – последовательного повышения уровня и качества жизни населения, сокращения бедности, обеспечения всеобщей доступности основных социальных услуг.

Миссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ в свете реализации конституционных гарантий и прав граждан Российской Федерации на базе положений посланий Президента РФ заключается в 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.

Кроме того, Министерство здравоохранения и социального развития РФ участвует в достижении следующих стратегических целей страны:

- повышение уровня удовлетворения потребности в образовании;

- развитие научного потенциала;

- развитие потенциала государственного управления (повышение эффективности деятельности органов исполнительной власти);

- развитие потенциала международных связей.

1.3 Медицинские учреждения

Выделяют следующие основные типы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), функционально связанных между собой: поликлиника–больница–санаторий (центр восстановительного лечения). При необходимости можно осуществить принцип этапного лечения.

Согласно номенклатуре, в Российской Федерации функционируют многочисленные виды ЛПУ, обеспечивающие медицинскую (медико-социальную) помощь.

1. Стационары

* больница (окружная или районная, городская, областная, краевая, республиканская);
* специализированная больница (инфекционная, восстановительного лечения, психиатрическая, туберкулезная, госпиталь ветеранов);
* хосписы, дома ребенка, приюты и т. д.

1. Амбулаторно-поликлинические учреждения

* поликлиника (городская, стоматологическая);
* учреждения скорой и неотложной помощи;
* учреждения родовспоможения, женские консультации;
* центры (медико-генетический, диагностические, восстановительного лечения, перинатальный, планирования семьи и репродукции);
* санитарно-эпидемиологическая станция и т. д.

Участковый принцип. В России и странах СНГ в основу наблюдения за населением положен принцип разделения территорий на врачебные участки. По этому принципу территория, определяемая муниципальными и окружными властями для поликлиники, делится на участки. На участке работают участковые врач и медицинская сестра. Число взрослого населения на терапевтическом участке составляет в среднем 1 700, на цеховом участке – 1 600, на педиатрическом участке число детей не должно превышать 800. В последние годы подростки (до 18 лет) переведены на амбулаторное наблюдение в детские поликлиники.

Участковый принцип замыкается на поликлинике. Отличительная особенность – сельские жители, для которых работают самостоятельные врачебные амбулатории (участковые больницы) или фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), причем их количество в последние годы резко уменьшилось.

Поликлиника в своем составе имеет терапевтические отделения, лабораторно-диагностические службы, рентгенологический кабинет, кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры и др. Участковые врачи имеют возможность непрерывного наблюдения за здоровыми и больными, совершенствовать меры специфической и неспецифической профилактики, вести пропаганду здорового образа жизни среди населения.

Участковый врач остается главной фигурой здравоохранения. Эффективность его работы во многом зависит от квалификации участковой медицинской сестры. Участковый врач, по существу – врач общей практики (семейный врач). В настоящее время утверждены положения о враче, фельдшере, медицинской сестре общей практики, ведется активная подготовка и переподготовка этих специалистов, что требует больших усилий от органов управления здравоохранения субъектов Федерации и медицинских учебных заведений. Сегодня в стране действуют около 2 тыс. общих врачебных практик, к 2010 г. их должно быть 15–16 тыс.

Профилактическая работа. В поликлинике ведется постоянное наблюдение за больными. Это так называемый диспансерный метод за состоянием здоровья определенных контингентов (здоровых и больных) населения с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения больных, проведение мер предупреждения заболеваний, закаливание и формирование здорового образа жизни. Кроме того, все дети находятся на диспансерном учете, регулярно осматриваются врачом-педиатром, врачами других специальностей. Основной целью такого наблюдения является первичная профилактика.

С 60-80-х гг. ХХ века в Российской Федерации получил развитие принцип специализированной помощи с выделением центров различного подчинения, который сохранился в большинстве регионов страны. Выделяют следующие уровни специализированной медицинской помощи.

I уровень – поликлиника, в штате которой, помимо врача-педиатра, предусматриваются врачи-специалисты – окулист, оториноларинголог, хирург, невропатолог и др.

II уровень – консультативно-диагностические центры общего профиля городские и окружные (для крупных городов).

III уровень – специализированные областные и городские центры: кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, нефрологические, неврологические, гематологические и др.

IV уровень – республиканские специализированные больницы и отделения стационаров, клинические базы научно-исследовательских институтов, кафедр медицинских университетов и академий.

Стационарная медицинская помощь. Через российские больницы ежегодно проходит около 30 млн пациентов, а средняя продолжительность пребывания больного на больничной койке составляет около 2 недель. Поскольку для российского здравоохранения поставлена задача смены акцентов с лечения на профилактику, то обеспеченность больничными койками постепенно снижается.

Структурная перестройка здравоохранения, проводящаяся для повышения преемственности медицинских учреждений, касается, прежде всего, стационаров. Создается четкая регламентация больниц по профилю деятельности.

1. Больницы (отделения) с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса. Это стационары, где оказывается интенсивная медицинская помощь, проводятся экстренные хирургические вмешательства, имеется соответствующее медицинское оборудование, медицинские кадры, лекарственные средства, мягкий инвентарь и др. Средние сроки пребывания больных в таких стационарах короткие (купируется острое состояние), в дальнейшем больные должны переводиться в другие лечебные учреждения (или отделения).

2. Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания, т. е. на восстановительное лечение. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные, другие средние сроки пребывания больного на койке и нагрузка персонала. Примерная численность коек в больничных учреждениях этого типа составляет до 50% общей коечной мощности.

3. Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации для больных с хроническими заболеваниями. Число коек в них составляет до 20% от общей коечной мощности.

4. Медико-социальные больницы (отделения) – больницы сестринского ухода, хосписы. Такие учреждения должны составлять до 20% общей коечной мощности.

Современная система оказания больничной помощи должна учитывать специализацию и обеспечиваться внедрением новейших технологий, как правило, дорогостоящих. Интенсификация стационарной медицинской помощи предполагает создание стационара на дому, полустационара или стационарзаменяющих технологий в других нестационарных ЛПУ. Их доля достигает пока чуть более 15% от всех ранее предоставляемых услуг в обычных стационарах. Больница (стационар) предназначена обеспечить:

* диагностику заболеваний, неотложную терапию, лечение и реабилитацию больных;
* оказание специализированной лечебной помощи;
* консультативную и методическую помощь, включая внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики.

В настоящее время международный стандарт определяет оптимальный размер больницы общего типа в 600–800 коек, а допустимый минимальный размер – 300–400 коек, что дает возможность развернуть больничные койки по 5–7 основным направлениям и улучшает управление ими. В нашей стране данный стандарт только начинает внедряться.

В России количество коек до сих пор определяется в зависимости от административного подчинения, по которому больницы делятся на республиканские, областные (краевые), городские, районные. Так же в большинстве случаев определяется профиль (многопрофильная или специализированная) и вид организации (объединенная или не объединенная с поликлиникой) больницы. Особую роль выполняют детские больницы, обеспечивающие высококвалифицированную медицинскую помощь детям.

Наиболее распространенный тип – объединенная больница. Работу объединенной больницы возглавляет главный врач. Важнейшие направления работы: стационарное, поликлиническое, организационно-методическое, административно-хозяйственное. Каждое из направлений курируют соответствующие заместители главного врача. В случае необходимости выделяются и другие направления – инфекционное, диагностическое, по связи с общественностью, менеджмента и др.

В больницах существует двухступенчатая система обслуживания больных (врач, медицинская сестра) или трехступенчатая (врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра). Если на базе больницы размещается кафедра медицинского института (медицинского факультета университета) или клинический отдел научно-исследовательского института, то она называется клинической и выполняет клинические функции (подготовка специалистов, разработка новых методов лечения и т. д.).

С точки зрения основных принципов организации предоставления медицинской помощи российская система здравоохранения мало изменилась по сравнению с советским временем. Она обладает разветвленной сетью лечебно-профилактических учреждений, большим количеством коек для стационарного лечения и числом врачей.

Несмотря на сокращения, российское здравоохранение по сравнению с европейскими странами и даже со странами СНГ все еще отличается более высокими показателями обеспеченности населения врачами и больничными койками. Но имеющийся ресурсный потенциал отрасли используется с низкой эффективностью. Большая обеспеченность населения больничными койками сочетается с большей длительностью госпитализации.

Диспансер и специализированный центр. Создаются в связи с решением конкретной медико-социальной задачи. Выделяют следующие виды диспансеров: противотуберкулезный, онкологический, психоневрологический, врачебно-физкультурный и др. Их функция – мониторинг и лечебно-профилактическая помощь определенному контингенту пациентов. Аналогичную роль могут выполнять создаваемые при больницах специализированные центры: кардиоревматологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, нефрологический, гематологический и др.

Для инвалидов созданы Центры реабилитации и восстановительного лечения, их в настоящее время более 2 000 в различных регионах страны. Здесь оказывается этапная помощь больным с хроническими и рецидивирующими болезнями. С той же целью открывают разнообразные виды дневных стационаров.

Диагностический (консультативно-диагностический) центр. Это новое организационное решение в рамках концепции стационарзамещающих технологий. Большинство из них не имеют самостоятельного подчинения и созданы на базе больниц и поликлиник. Тем не менее это позволяет сегодня участковому врачу обследовать пациентов с переходными состояниями и различными заболеваниями, не прибегая к госпитализации, обеспечить взрослое и детское население доступной и высококвалифицированной помощью в амбулаторных условиях. Уникальные технические возможности лучевых, эндоскопических, функциональных диагностических исследований, включая биохимические, иммунологические, электрофизиологические и т. д., позволяют получить исчерпывающую информацию о состоянии организма, распознать сложные и редкие заболевания.

Санаторий. Российское здравоохранение располагает уникальной организационной формой лечения и оздоровления, когда в качестве лечебно-реабилитационных и общеоздоровительных средств используют преимущественно природные физические факторы в сочетании с диетотерапией, лечебной физкультурой и аппаратной физиотерапией. Санаторная помощь, как стационарная форма лечения, в других странах практически не развита.

Санатории находятся в курортных зонах. Имеются также местные санатории, которые устроены, как правило, в загородных зонах с благоприятными ландшафтными и микроклиматическими условиями. В последние годы популярны лечение и отдых детей совместно с родителями в пансионатах матери и ребенка, санаториях-профилакториях.

Относительная «выживаемость» санаторно-курортного комплекса была достигнута в значительной мере благодаря государственной системе закупок санаторно-оздоровительных услуг через внебюджетные фонды. В сложившейся ситуации возрастает роль саморегулирования и самоконтроля функционирования санаторно-курортного рынка. Такая роль, в частности, отводится Национальной курортной ассоциации, задача которой – обеспечить надежность и финансовую устойчивость, исполнение обязательств и контроль безопасности предоставляемых санаторно-курортными организациями услуг, рациональное использование курортных ресурсов и др.

Медико-санитарная часть. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий – одна из дополнительных форм лечебно-профилактической помощи населению. Медико-санитарная часть (МСЧ) – специализированное подразделение, оказывающее медицинскую помощь работникам предприятий промышленности, строительства, транспорта, связи с различными формами собственности.

Это комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить в зависимости от численности и характера обслуживаемого контингента поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий-профилакторий, диетическая столовая, детские оздоровительные учреждения и др.

2. Перспектива развития системы здравоохранения

По данным ВОЗ, на начало ХХI века в мире ежегодные расходы на здравоохранение составляли около 1700 млрд долларов США. Поскольку здравоохранение входит в общественный сектор экономики, то эти расходы не могут естественным путем регулироваться рыночными механизмами, а в большей степени координируются государством.

Инвестиции в здравоохранение имеют две экономические функции:

* обеспечивают достижение одной из главных целей любой нации – «максимально достижимый» уровень здоровья;
* направлены в трудовой ресурс, то есть повышают эффективность экономики.

Следует отметить, что Россия относится к небольшому числу стран, которые тратят на здравоохранение значительно меньше возможного. Кроме того, негативную нагрузку выполняет известный дисбаланс расходов на отдельные виды медицинской помощи, которые в структуре финансирования делятся следующим образом:

1. скорая медицинская помощь – 9%,
2. амбулаторно-поликлиническая помощь – 27%,
3. стационарная помощь – 64%.

Согласно принятой Государственной думой РФ концепции развития здравоохранения и медицинской науки здоровье является важнейшей ценностью как для отдельного человека, так и для общества в целом.

Государственная политика в области здравоохранения включает последовательную реализацию управленческих решений, направленных на укрепление здоровья населения. Среди ведущих направлений выделим следующие: охрана окружающей среды, профессиональное здоровье, контроль инфекционных заболеваний, профилактика травматизма, поддержание психического здоровья населения, обеспечение социальной справедливости в распределении медицинских услуг.

Стратегической целью развития здравоохранения является улучшение основных показателей общественного здоровья:

* снижение показателя общей смертности, показателей материнской и детской смертности,
* снижение уровня заболеваемости социально значимыми болезнями,
* снижение уровня инвалидности от основных заболеваний,
* повышение показателя средней продолжительности предстоящей жизни.

Существующая в стране ситуация со здоровьем послужила основанием к разработке ряда федеральных программ, основанных на программно-целевом регламенте определения тех или иных приоритетных задач: «Сахарный диабет», «Борьба со СПИДом», «Дети России», «Здоровье», «Вакцинопрофилактика» и др.

Еще одно важное направление – создание в ЛПУ непрерывной и эффективной системы контроля и анализа соблюдения технологических процессов в лечении больных. Существует несомненная связь между высоким уровнем процесса обслуживания и хорошим исходом лечения.

В настоящее время в отрасли действует План по развитию здравоохранения РФ на период до 2010 г., в задачу которого входит создание в стране системы здравоохранения, способной реально укреплять здоровье населения и эффективно восстанавливать его в случае утраты.

Соответствующую работу предполагается проводить с учетом выполнения трех основных принципов развития отрасли:

1. единство системы здравоохранения независимо от территориальных и ведомственных разграничений;
2. единство лечебно-профилактической и экономической эффективности;
3. единство врача и пациента в достижении высоких результатов профилактической и лечебной деятельности.

Список использованной литературы

1. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о министерстве здравоохранения и социального развития РФ» от 30.06.04. - №321.
2. Благодаров К. О демографической ситуации и реформе здравоохранения в России / К.Благодаров // Деловой Вторник. – 2006. - №2.
3. Вялков А.И. О задачах Минздрава России по развитию здравоохранения РФ на среднесрочную перспективу / А.И. Вялков // Здравоохранение России: Федеральный справочник. - М.: Родина ПРО, 2003.
4. Григорьев К.И. Организация здравоохранения в России. Аналитический обзор / К.И. Григорьев, В.В. Пилюгин. – М.: Медицина и здравоохранение, 2005. - 35 с.
5. Григорьева Н.С. Что было..., что есть..., что будет (некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения Российской Федерации) / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2003. - №1.
6. Гульбин Г.К. Гендерология и феминология: Учебное пособие / Г.К. Гульбин. – Томск: Изд-во ТПУ, 2005. – 168 с.
7. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // Здравоохранение. – 2003. – №12.

# Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года // Приоритеты Министерства. – 2007. - №9.

1. Об основных показателях развития здравоохранения и социально-трудовой сферы в январе-сентябре 2007 года / Мониторинг ситуации в сфере здравоохранения и социального развития // Аналитическая информация. - 2007. – №10.
2. Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в РФ // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. - 2006. - №9.
3. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения / В.Ю.Семенов. - М.: МЦФЭР, 2004. - 648 с.