ТЕМА: "Пути и способы реализации нац. проекта " Здоровье" на региональном уровне (на примере Краснодарского края).

  ПЛАН.

Введение. ( пока не придумали)

 Основная часть

1. Реформа здравоохранения  в РФ : сущность , проблемы, перспективы.

    1.1. Характеристика  системы здравоохранения в РФ.

     1.2. Реформа здравоохранения в РФ.   Нац.  проект " Здоровье"  .

     1.3. Основные проблемы реализации нац .проекта " Здоровье".

     1.4. Законодательное регулирование реализации нац. проекта " здоровье2

2. Реформирование системы здравоохранения Краснодарского края.

     2.1. Характеристика системы здравооохранения Красн. кр.

     2.2. Анализ реализации  основных направлений нац. проекта  в Красн. кр.

     2.3.  Стратегические направления развития системы здравооохранения.

     2.4. Отдельные  аспекты  реализации  нац. проекта  " здоровье"   на примере Краснодар. края.

* 1. Характеристика  системы здравоохранения в РФ

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «система здравоохранения - это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям. Хорошая система здравоохранения каждый день ощутимо улучшает жизнь людей. Окончательная ответственность за общее функционирование системы здравоохранения в стране лежит на правительстве, но разумное руководство в районах, муниципальных округах и отдельных медицинских учреждениях также очень важно». (Официальный сайт ВОЗ)

В «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» дано следующее определение понятия здравоохранение: «Здравоохранение — это система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом, функционирование которой обеспечивается наличием кадров, материально-технической базы, определенной организационной структуры, соответствующих технологий и развитием медицинской науки. [Энциклопедический словарь медицинских терминов; М.: Медицина, 2001 г. 960 стр. Покровский В.И., ред.]

По определению Ардашева Н.А., профессора, заслуженного врача РФ и деятеля науки РФ, академика РАЕН, здравоохранение - это охрана здоровья населения, предупреждение и лечение болезней, и поддержание общественной гигиены и санитарии. [Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. Ардашев Н.А. Санкт-Петербург, [С](http://www.chtivo.ru/chtivo=8&cmpid=16873.htm)пецлит, , 2007 г. 528 стр.]

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. [22 июля 1993 года ФЗ № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (с изм. и допол.)]

Таким образом, понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. 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. Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактическая деятельность медицинских работников, развитие медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни среди различных групп населения.   
Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов.

Всемирной организацией здравоохранения определены 4 категории обобщенных показателей, которые характеризуют состояние здравоохранения в стране:

1) показатели, относящиеся к политике в области здравоохранения;

2) социальные и экономические показатели;

3) показатели обеспеченности медико-социальной помощью;

4) показатели состояния здоровья населения.

В целом [здоровье](http://medarticle.moslek.ru/articles/17579.htm) определяется не только нормальным функционированием системы здравоохранения, но напрямую зависит от уровня развития цивилизации, научно-технического прогресса, социально-экономического развития страны, правовой культуры и ответственности граждан за свое здоровье. Господствующие производственные отношения и социальный строй, исторические традиции, особенности политического строя, уровень экономического развития и ряд других факторов определяют теоретические и организационные принципы здравоохранения.  Организационные формы руководства и принципы построения служб здравоохранения в различных странах имеют существенные различия. [Основы медицинского права России: Учеб. Пособие; Сергеев Ю.Д., Мохов А. А., М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007 г. 360 стр.]

Все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью трех основных экономических моделей. Это:

* платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
* государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
* система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Таким образом, масштабы государственного сектора малы. Наиболее ярко данная модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения - частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicade» и пенсионеров «Medicare». Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда - системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Государство является главным гарантом защиты доходов медицинских работников от инфляции (минимальная заработная плата, пенсионное обеспечение, отпуска и т.д.). Такую модель называют государственной, бюджетной, госбюджетной. Наиболее ярко данная модель представлена в Великобритании. Эта модель была распространена и в Советском Союзе до 1991 года.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины и механизма социальной защиты ее работников.

Такая модель типична для большинства экономически развитых стран. Наиболее ярко она представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. А также в России с 1991 года.

Следует отметить, что данная модель сочетает в себе признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Поэтому масштабы государственного сектора в странах, использующих данную модель, значительно различаются.

Представим результаты сравнительного анализа различных моделей в виде таблицы (Таблица 1).

Таблица 1- Сравнительный анализ моделей здравоохранения принятых в мире

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип модели | Социально-страховая | | | | Госуда-рственная | Рыночная |
| Страна | Германия | Япония | Канада | Франция | Велико-британия | США |
| Принцип, лежащий в основе модели | Здоровье - фактор, опре-деляющий качество человеческого капитала. Медицинская услуга - затраты, необходимые для поддержания здоровья | Медицинская услуга – квазиобщес-твенное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь | Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохране-ния должно контролиро-вать государство | Медицинская услуга – квазиобщес-твенное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на ме-дицинскую помощь | Медицинская услуга – обществен-ное благо. Богатый платит за бедного, здоровый - за больного | Медицинская услуга - частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан |
| Доля расходов на здравоохранение в ВВП | 8,1% | 6,6% | 8,7% | 8,5% | 6,0% | 14% |
| Источники финансирования | ОМС - 60%, ДМС - 10%, Гос. бюджет - 15%, Личные средства - 15% | ОМС - 60%, Гос. бюджет - 10%, Обществен-ные фонды - 10%, Личные средства - 20% | Федеральные фонды и фон-ды провинциа-льных бюдже-тов - 90%, Фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования - 10% | ОМС - 50%, ДМС - 20%, Гос. бюджет - 10%, Личные средства - 20% | Государ-ственный бюджет | Частное страхование - 40%, Личные средства - 20%, Программы для пожилых и малоимущих - 40% |
| Контроль за эффективностью расходования средств | Контроль осуществля-ют частные и государственные страховщики | Контроль осуществля-ется страховыми фирмами - частными страховщи-ками | Контроль осуществляет государство | Контроль осуществляя-ют страховщики: частные стра-ховые фирмы и государ-ственные организация социального страхования | Контроль осуществляет государство в лице Мини-стерства здравоохранения | Контроль осуществляя-ется страховыми фирмами - частными страховщиками |
| Доступность медицинского обслуживания | 90% населения охвачено программами ОМС, 10% - программами ДМС, при этом 3% застрахован-ных в ОМС имеют ДМС | 40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% - профессио-нально-производс-твенной системой страхования | 98-99% населения охвачено программами ОМС | 80% населения охвачено программами ОМС | Всеобщая доступность | Ограничи-вается платежеспо-собностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распростра-няются не на всех нуж-дающихся |
| Ассортимент доступных медицинских услуг | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС | Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС | Широкий спектр профилакти-ческих мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производ-ственными возможнос-тями | Самые разнообраз-ные лечебные и профилакти-ческие медицинские услуги |
| Использование новых технологий | Спрос на разнообраз-ные медицин-ские услуги стимулирует внедрение новых технологий | Спрос на разнообраз-ные медицин-ские услуги стимулирует внедрение новых технологий | Трудно преодолимые барьеры на пути внедрения новых технологий | Спрос на разнообраз-ные медицин-ские услуги стимулирует внедрение новых технологий | Отсутствуют стимулиру-ющие факторы, новые методы внедряются медленно | Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляя-ются в сфере здравоохранения |
| Регулирование цен на медицинские услуги | Цены, выражены в “очках”, цена пересматри-вается при изменении экономичес-кой ситуации | Цены утверждают-ся Министер-ством здраво-охранения и социального обеспечения | Цены регули-руются прави-тельством, ежегодно пересматри-ваются, но изменяются медленно | Цены регули-руются пра-вительством, пересматри-ваются 2 раза в год (как правило, возрастают) | Финансовые средства рас-считываются на основе нормативов, учитываю-щих поло-возрастной состав населения | Регулиро-вание практически отсутствует. Цена фор-мируется в результате соглашения между пациентом, страховщи-ком и ЛПУ |

Как видно из таблицы в большинстве развитых стран преобладает социально-страховая модель системы здравоохранения. Одним из основных стимулов принятия данной системы является экономия бюджетных средств, выделяемых государством на здравоохранение. (Бабко Н. В., Ореховский П. А. Реформы здравоохранения в постсоветской России: прошлое и будущее)

Следует отметить, что модель системы здравоохранения Российской Федерации прошла сложный исторический путь развития.

В СССР система здравоохранения являлась практически закрытой системой:

* регулирование осуществлялось посредством служебных актов и было скрыто как от пациентов, так и от врачей;
* здравоохранение финансировалось исключительно государством и, при объявлении всей медицинской помощи бесплатной и доступной, было соответствующим по качеству.

Защита своих прав в сфере здравоохранения в таких условиях была чересчур трудоёмка и малоэффективна. Форма хозяйствования в здравоохранении отражала в условиях командно-административной системы ее основополагающие черты. Эти черты и признаки могут быть сведены к следующему:

1. это иерархическая многоуровневая подчиненность;
2. определение на уровне высших звеньев управления целей развития здравоохранения, и путей их достижения;
3. текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев;
4. доведение до лечебно-профилактических учреждений обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывались системы оценки и стимулирования.

Такой подход породил ряд негативных последствий, к числу которых можно отнести:

* хроническая нехватка финансовых средств;
* неэффективное использование имеющихся ресурсов;
* недостаточные материальные стимулы;
* отсутствие возможности здравоохранению влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

В советское время наблюдался постоянный дефицит услуг здравоохранения. Это проявлялось в огромных очередях, связанных, в первую очередь, с лечением и профилактикой наиболее распространенных заболеваний. Естественно, такое положение сопровождалось наличием «черного» и «серого» рынка практикующих врачей. В первом случае «бесплатные» услуги оказывались за деньги, во втором - включался механизм социальных связей, позволяющий попасть на прием к доктору «без очереди».

Сильной стороной отечественного здравоохранения считались победы над эпидемиологическими заболеваниями, кампании по всеобщей диспансеризации, вакцинация, профилактика болезней. Однако это дополнялось всеобщим дефицитом необходимых лекарств, как общеукрепляющих, так и предназначенных для лечения определенных групп заболеваний.

Недовольство населения работой советской медицины привело к тому, что эту отрасль начали реформировать одной из первых.

Первые попытки реформирования здравоохранения в России были предприняты в рамках политики «перестройки» советской экономики, проводившейся в 1986-1990 годах. Под влиянием попыток внедрения новых моделей хозяйствования государственных предприятий, для сферы здравоохранения была разработана новая модель финансирования. Принятое в 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности система здравоохранения должна будет перейти на новые условия хозяйствования в 1990-1991 гг. В этом положении были определены общие принципы и формы работы здравоохранения на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Сохраняя систему бюджетного финансирования здравоохранения, новая модель предусматривала ряд серьезных изменений. Наиболее значимой для решения проблем финансирования отрасли была попытка ввести новый порядок выделения бюджетных средств - на основе стабильных подушевых нормативов. Но переход к новому порядку бюджетного финансирования так и остался на бумаге. Финансовые органы в центре и на местах затягивали разработку и принятие указанных нормативов или их не соблюдали, ссылаясь на нарастающие трудности с формированием доходов государственного бюджета, которые начались как раз с 1989 г. Эта главная неудача эксперимента подтолкнула многих специалистов к мысли о необходимости кардинального реформирования системы финансирования и организации здравоохранения. Кризис советского общества, развернувшаяся критика советской политической и экономической системы и начавшееся ее разрушение привели к значительным сдвигам в представлениях лидеров медицинского сообщества о направлениях необходимых преобразований в финансировании и организации здравоохранения. Доминирующей идеей стал переход к страховой системе финансирования.

Реформа организации финансирования отечественного здравоохранения началась в 1991 г. В качестве ориентира предстоящей реформы была выбрана германская модель, основанная на принципах медицинского страхования. Данная модель рассматривалась как наиболее подходящая для России, поскольку при всей своей рыночной ориентации она предусматривала сохранение роли государства в финансировании, а также в контроле системы здравоохранения посредством осуществления обязательного медицинского страхования населения страны.

Целью предпринимаемых мероприятий являлась трансформация государственного сектора посредством постепенного отхода от полностью бюджетного финансирования общественной потребности в здравоохранении и внедрения в механизм функционирования отрасли страховых принципов. Главные преимущества системы страхового финансирования в сравнении с системой бюджетного финансирования здравоохранения состоят в следующем:

* обеспечивается и закрепляется институциональное разделение производителей и покупателей медицинских услуг. Страховщики, в отличие от органов здравоохранения, административно не связаны с медицинскими организациями, не имеют интересов финансировать эти организации только ради их сохранения; страховщики несут ответственность за предоставление определенных объемов медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с производителями медицинских услуг;
* в системе здравоохранения появляются посредники между медицинскими организациями и населением. Посредники экономически заинтересованы в защите прав пациентов, в расширении сферы применения экономических оценок, в эффективном использовании имеющегося ресурсного потенциала отрасли;
* появление новых каналов финансирования - взносов работодателей и работающих на медицинское страхование - создает предпосылки для рационального распределения ответственности за здравоохранение между государством, предпринимателями и населением;
* создаются условия для замещения ценностей государственного патернализма ценностями личной ответственности за состояние своего здоровья [Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Издатцентр, 1998. – с. 140.].

## Точкой отсчета начала реформирования системы здравоохранения может служить принятие в 1991 году Закона РСФСР **от 28 июня 1991 года № 1499-1 «**О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» о введении в России медицинского страхования граждан в двух формах: обязательной, в лице Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, и добровольной. Была сформирована нормативная база и в основном отработан порядок взаимоотношений систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

В Законе «О медицинском страховании граждан в РСФСР» указывается, что добровольное медицинское страхование «обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования» (Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», ст.3). Перечень услуг, и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

Размер взносов на обя­зательное медицинское страхование для предприятий и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются на территориальном уровне соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и медицинским учрежде­нием, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

Система контроля качествапри ОМС определяется соглашением сторон, при ве­дущей роли государственных органов управления, а при ДМС устанавливается договором. ( Литовка П.И., Литовка А.Б., Чебоненко Н.В. Добровольное медицинское страхование: правовой режим и перспективы развития//Экология человека 2000 № 4, с.52)

С принятием Конституции Российской Федерации и Федерального закона от 22 июля 1993 года № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» провозглашались дополнительные системы здравоохранения (государственная, субъектов Российской Федерации, муниципальная и частная), дополнительные гарантии (обязательное и добровольное медицинское страхование), дополнительные возможности (платные медицинские услуги). Далее, регулирование здравоохранением поручалось праву, а контроль – государственным органам, медицинским ассоциациям, специальным организациям, общественным организациям, отдельному гражданину. Впервые в нашей стране правовые нормы охраны здоровья граждан охватили не только систему здравоохранения, но и широкий круг общественных отношений. Были определены основные принципы охраны здоровья граждан, организации и управления здравоохранением, права граждан при оказании им медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и другие аспекты.

В Конституции РФ в статье 41 было провозглашено право на охрану здоровья и медицинскую помощь, ставя его в один ряд с такими социальными правами, как право на пенсионное и социальное обеспече­ние, право на жилище, право на охрану материнства и детства.

С 2007 года контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи возложен на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. Приказом Минздравсоцразвития России от 31 декабря 2006 г. № 905 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи» с 23 марта 2007 года для каждого вида медицинской помощи были установлены стандарты при конкретных заболеваниях, которые включают перечень диагностических и лечебных медицинских услуг, с указанием количества и частоты их применения, перечня используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз, перечня дорогостоящих изделий медицинского назначения, перечень компонентов крови и препаратов, лечебного питания, с указанием объемов медицинской помощи. Взято под контроль оказание высокотехнологических видов помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях и санаторно-курортной помощи.

Данный документ уравнял всех граждан в праве на получение современной качественной медицинской помощи. Следует отметить, что в силу дифференциации уровней социально-экономического развития субъектов РФ, сильно различается и уровень развития здравоохранения, вследствие чего сложились существенные различия в доступности и качестве медицинской помощи, предоставляемой в различных регионах (подушевые расходы на финансирование здравоохранения в отдельных регионах разнятся в 12-15 раз), а также городскому и сельскому населению. [«Российская газета" - Федеральный выпуск №4323 от 23 марта 2007 г]

В Проекте Федерального закона № 98042437-2 «О здравоохранении в Российской Федерации», который с 1999 года находиться на доработке, ко второму чтению, которое прошло в 2004 году, система здравоохранения в Российской Федерации определена как «совокупность лиц, осуществляющих деятельность в области здравоохранения, а также органов государственной власти и органов местного самоуправления, обладающих компетенцией в области здравоохранения и взаимодействующих в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в целях сохранения здоровья граждан и оказания им медицинской помощи».

Система здравоохранения Российской Федерации включает:

* субъекты управления;
* исполнительные субъекты;
* ресурсы;
* деятельность системы.

Субъектами управления системы здравоохранения Российской Федерации являются:

* федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения;
* органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;
* органы управления здравоохранением муниципальных образований.

Исполнительными субъектами являются организации здравоохранения, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения, развитие которых гарантируется Конституцией Российской Федерации, составляют единую систему здравоохранения Российской Федерации.

Система здравоохранения Российской Федерации по формам собственности подразделяется на государственный сектор, в котором отношения базируются на государственной и муниципальной собственности, и частный сектор, в котором отношения базируются на частной собственности.

Управление государственным сектором осуществляется через специально создаваемые органы управления здравоохранением на федеральном уровне, в субъектах Российской Федерации и в муниципальных образованиях.

В частном секторе органы управления здравоохранением не предусматриваются.

Высшим органом управления системой здравоохранения Российской Федерации является федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, положение о котором утверждает Правительство Российской Федерации. Таким органом в России является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

За годы реформ Министерство претерпело ряд существенных изменений. Сначала в Советском Союзе, а затем в России на Министерство были возложены широкий круг обязанностей и большая ответственность. Однако когда в конце 1980-х началась ломка и децентрализация органов государственной власти, позиции Минздрава в регионах стали ослабевать, и он не мог формировать единую политику развития и функционирования отрасли. В соответствии с Федеральным законом от 6 июля 1991 года «О местном самоуправлении в Российской Федерации» (уточнен 22 октября 1992 г.), Минздрав перестал осуществлять функции генерального штаба здравоохранения страны. В 1993 году Указом Президента РФ Минздраву поручалось подготовить концепцию развития здравоохранения и медицинской науки. Но на федеральном уровне концепция своевременно не была подготовлена, в то время, как в ряде регионов были приняты территориальные концепции и программы реформирования здравоохранения. В результате в регионах начали формироваться различные модели здравоохранения. В период 1995-1996 годов Минздрав практически самоустранился от подготовки медицинских учреждений к работе в условиях ОМС. После децентрализации региональные системы здравоохранения и специалисты начали создавать региональные и межрегиональные медицинские ассоциации. Процессу создания ассоциаций способствовало также появление в 90-х годах правовой базы общественных объединений. Через некоторое время децентрализация начинает критиковаться, и руководители здравоохранения призывают восстанавливать разрушенные связи. Для этого, во-первых, необходимо было восстановить вертикаль управления здравоохранения внутри субъектов Федерации. Во-вторых - чётко разграничить полномочия Минздрава и органов управления здравоохранением в регионах. И, в-третьих - восстановить финансовый порядок в управлении отраслью. В декабре 1996 года были подписаны соглашения Минздрава с межрегиональными медицинскими ассоциациями. Через некоторое время разрабатываются типовые соглашения Министерства с территориями. Соглашения определили ответственность федеральных и местных структур за конкретные проблемы, установили точки взаимодействия. Вместе с тем, в Минздраве возрождается координационный совет по работе с регионами. Совет, в который вошли все руководители межрегиональных ассоциаций, должен был помочь воссоздать утраченную вертикаль управления, которая восстанавливалась не на административно-командной зависимости, а на сотрудничестве и общепрофессиональных интересах. В 1994 году в расчёте на программу конверсии было создано Министерство здравоохранения и медицинской промышленности (Минздравмедпром). Через некоторое время начался период разбирательств и проверок, в результате которых Счётная палата нашла более восьмисот миллиардов рублей (около одной трети годового федерального бюджета здравоохранения), которые были израсходованы нецелевым назначением. Создание новой структуры было признано ошибкой и согласно Указу Президента РФ в 1996 году Минздравмедпром Российской Федерации был преобразован в Министерство здравоохранения, а все вопросы медицинской промышленности переданы Министерству промышленности. Согласно этому же Указу Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора (Госкомсанэпиднадзор) был упразднен, а его функции были переданы Министерству здравоохранения. Нестабильная ситуация в управлении и функционировании здравоохранения усугублялась тем, что некоторые министры работали только один год, что также не способствовало нормальному функционированию отрасли. Проблему создавало и плачевное состояние основных фондов учреждений здравоохранения. В конечном итоге Министерство здравоохранения перестало существовать как самостоятельная структура, поскольку в 2004 году произошло объединение двух министерств: Министерства социальной защиты и Министерства здравоохранения. На сегодняшний день Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении:

* Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
* Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;
* Федеральной службы по труду и занятости;
* Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;
* Федерального медико-биологического агентства;
* Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи.

Министерство также осуществляет координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Министерство здравоохранения и социального развития РФ осуществляет правовое регулирование, а также разрабатывает и представляет в Правительство проекты федеральных конституционных законов, федеральных законов и актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации в установленной сфере деятельности. В Приоритетах Министерства записано, что "главной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего качественной медицинской помощи и социального обслуживания, обеспечение занятости населения. Миссия же Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации заключается в содействии росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшение здоровья, создание условий для достойного труда и продуктивной занятости, усиление социальной защиты уязвимых групп населения.

К территориальным органам управления здравоохранением относятся органы управления здравоохранением субъектов РФ, обеспечивающие проведение государственной политики в области здравоохранения (Департаменты здравоохранения, Межрегиональные и региональные управления агентств и т.п.).

Функции органов управления здравоохранением муниципальных образований выполняют уполномоченные органы или должностные лица местного самоуправления в соответствии с уставами муниципальных образований. [http://ecsocman.edu.ru/[И.Б.Назарова](http://ecsocman.edu.ru/db/msg/305340/participant/93810.html), Москва Динамика изменения структуры системы здравоохранения]

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения лечебно-профилактические (ЛПУ) и научно-исследовательские (НИИ) учреждения, образовательные и аптечные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медтехники и иные предприятия, учреждения и организации.

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

К частной системе здравоохранения относятся ЛПУ и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

В настоящее время в России сложилась полисубъектная система финансирования здравоохранения (Рисунок 1).

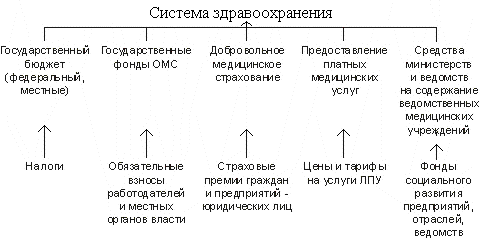


Рисунок 1 - Система финансирования сферы здравоохранения в РФ

Основными источниками лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и средства страховых фондов, формируемые за счет взносов физических и юридических лиц. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации). Эти расходы включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

В соответствии со ст.10 Закона РФ «О медицинском страховании» источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

* средства государственного бюджета (Российской Федерации), бюджетов регионов в составе РФ и местных бюджетов;
* средства государственных и общественных организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов;
* личные средства граждан;
* безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
* доходы от ценных бумаг;
* кредиты банков и других кредиторов;
* иные источники, не запрещенные законодательством.

Из этих источников формируются:

* финансовые средства государственной, региональной и муниципальной систем здравоохранения;
* финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

В России финансовые средства системы ОМС формируются из двух источников:

* платежи из бюджета;
* отчисления предприятий, организаций и других юридических лиц в фонд обязательного медицинского страхования в настоящее время в размере 3,6% от начисленной заработной платы. [Социальная медицина и организация здравоохранения/Руководство для студентов: В 2 томах. Т.2/В.А.Меняев и соавторы – СПб, 1998, с.237-238]

Однако, подавляющую часть средств медицине предоставляют бюджетные ассигнования на обязательное медицинское страхование [Основы страховой деятельности: Учебник/отв.ред. проф. Т.А.Федорова. – М.: БЕК, 2001, с.326.]

Таким образом, нынешнее состояние отечественного здравоохранения можно охарактеризовать, к сожалению, лишь абсолютно несовместимыми понятиями. С одной стороны, уникальный опыт, накопленный российскими врачами и являющийся одним из лучших в мире, плюс к этому отлаженный и эффективно работающий механизм специализированных медицинских служб. С другой - высокий показатель смертности населения России, который на протяжении последних лет имеет тенденции к снижению (Рисунок 1), но при этом остаётся высоким по сравнению с другими развитыми государствами (Рисунок 2).

Рисунок 1 - Число умерших в России в 2005-2007 годах

(тысяч человек)

Рисунок 2 - Уровень смертности от всех причин (на 100000 населения),

в России, Германии, Италии, США и Канаде

Первый пик общей смертности населения РФ наблюдался в 1995 году, с 1998 года страна находится на втором пике смертности. Смертность населения РФ в 2003 году была почти в 1,5 раза выше, чем в 1991 году.

Состояние здоровья населения  в 2005 году характеризовалось низким уровнем рождаемости (10,2 случая на 1000 населения), высоким уровнем общей смертности (16,1 случая на 1000 населения), особенно среди мужчин трудоспособного возраста.

Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 200 млн. различных  заболеваний: основными из них являются болезни органов дыхания (26%), болезни системы кровообращения (14%), органов пищеварения (8%). В 2005 году впервые признаны инвалидами 1,8 млн. человек.

Сравнение показателя смертности населения в РФ с данными Германии, Италии, США и Канады демонстрирует его резкий рост в России при снижении в Германии или стабильности в Италии, США и Канаде. К 2002 году смертность в РФ в 2,2 раза превышала смертность в Канаде и в 1,6 раза - смертность в Германии (в этих странах доля пожилого населения в 1,5 раза больше, чем в РФ), а в 1990 году смертность в РФ была даже ниже, чем в Германии.

Катастрофическое ухудшение функционирования системы здравоохранения связано со значительным сокращением государственного финансирования отрасли, снижением качества управления, неэффективным использованием финансовых средств и отсутствием мотивации у медицинских работников к повышению качества труда. Перефразируя тезис академика Л. Абалкина, можно сказать, что низкая оплата труда врача - главный тормоз повышения качества медицинской помощи населению. До начала 90-х годов средняя начисленная заработная плата работников здравоохранения, промышленности и страхового дела различалась не более чем в 1,5 раза. К 2005 году средняя зарплата медработников стала 3700 рублей, что в 1,8 раза меньше, чем в промышленности, и в 4 раза меньше, чем в страховом бизнесе (по данным Госкомстата). В 2005 году фонд оплаты труда и начислений на заработную плату за счет государственных средств составил 197 млрд. рублей. Таким образом, после вычета единого социального и подоходного налога, медработники фактически получили 101 млрд. рублей, а с учетом стоимости платных медицинских услуг - 116 млрд. рублей. Ориентировочная доля фактически полученной заработной платы в общих затратах на здравоохранение составляла всего 21%. Давайте сопоставим затраты на здравоохранение в разных странах (Рисунок 3).

Рисунок 3 - Общие затраты на здравоохранение в США, ЕС, странах Восточной Европы и государственные затраты

Российской Федерации в процентах ВВП

В 2003 году государственные расходы на здравоохранение составили 2,9% ВВП. Государственное финансирование здравоохранения в 2003 году в сопоставимых ценах снизилось до 80% уровня 1991 года. Доля общих затрат на здравоохранение составила 4,2% ВВП, что в 3,3 раза меньше этой доли в США (14% ВВП), в 2,1 раза меньше, чем в странах ЕС, (около 9% ВВП) и в 1,4 раза меньше, чем в странах Восточной Европы и Балтии. При этом не надо забывать, что в 2003 году объем ВВП в России составил 475 млрд. долл., что в 23 раза меньше, чем в США (10880 млрд. долл.) и в ЕС (10970 млрд. долл.).

Россия - одна из немногих стран, где затраты на здравоохранение на душу населения в абсолютных цифрах постоянно падают. Общие затраты на здравоохранение на душу населения (по данным ВОЗ и независимых экспертов) в РФ в 7 раз меньше, чем в Чехии, в 4 раза, чем в Эстонии и Польше, в 2 раза, чем в Турции, а показатели развитых стран для нас просто недостижимы. Этот показатель в РФ продолжает снижаться, хотя в других европейских странах он увеличился в среднем в 1,5-2 раза по сравнению с 1991 годом. По данным ВОЗ, в 1991 году общие подушевые затраты на здравоохранение составляли в России около 350 долл., в 2000 году - 240 долл., а по данным независимых экспертов, в 2004 году - 140 долл. (с учетом паритета покупательной способности доллара). ["Медицинская газета", 18 февраля 2005 года Гузель Улумбекова, Андрей Ломакин *«*Финансирование здравоохранения в России должно быть увеличено до 6% от ВВП»] По результатам социологических обследований: сегодня примерно 60% всех расходов в стране на медицину производится за счет различных государственных источников и примерно 40% составляют расходы граждан, что довольно много для бесплатной медицины.

Выше обозначенные проблемы породили необходимость разработки приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье». [«Российская Федерация сегодня» № 21 ноябрь 2006 года]

Таким образом, в заключение можно сделать следующие выводы:

За годы становления здравоохранение Российской Федерации претерпело ряд существенных изменений:

* от централизованного управления отраслью в СССР до децентриализованого, не имеющего единой вертикали управления в РФ. Управление идёт по структурам, функции которых часто дублируют функции смежных структур, т.е. фактически нет функционального деления между структурными элементами системы здравоохранения;
* от государственной медицины, с бюджетной системой финансирования, до системы здравоохранения, основанной на принципах социального страхования и регулирования рынка медицинских услуг с многоканальной системой финансирования, т.е. в настоящее время в России образовалась полисубъектная система финансирования отрасли. При этом, несмотря на то, что система здравоохранения России из государственной модели в социально-страховую начала реформироваться ещё в 1986-1990 годах, она всё ещё находиться в стадии реформы. Основная проблема здесь, кроется в нерешенности нормативно-правовых вопросов системы обязательного медицинского страхования. Государственная Дума РФ уже 4 года не может принять Закон об ОМС и не может сделать никакого вывода по работе ОМС. В то же время 85 процентов услуг охвачено медпомощью именно по системе ОМС, и от качества этой системы зависит, как быстро деньги будут доходить до каждого больного.

Так же много проблем и в системе добровольного медицинского страхования. На основании Закона «О медицинском страховании в РФ», добровольноемедицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицин­ских и иных услуг сверх установленных программами обяза­тельного медицинского страхования. Однако при посещении частных клиник граждане, имеющие полюс ДМС полностью оплачивают лечение за счёт собственных средств. По Закону, часть погашения платы за лечение должна лежать на Фондах добровольного медицинского страхования. (["Российская газета" - Федеральный выпуск №3929 от 18 ноября 2005 г.](http://www.rg.ru/gazeta/rg/2005/11/18.html#rg-3929) «Здоровый интерес» [Елена Лашкина](http://www.rg.ru/tema/avtor-Elena-Lashkina/index.html)).

Следует особо отметить, что с 1999 года в стадии проекта находиться основной закон регулирующий вопросы здравоохранения «О здравоохранении в Российской Федерации». Фактически, как отрасль здравоохранение в России нормативно не определено.

Вследствие нерешенности ряда нормативно-правовых, организационных и социально-экономических проблем здравоохранения:

* показатель смертности населения России остаётся одним из самых высоких по сравнению с развитыми странами;
* затраты на здравоохранение на душу населения постоянно падают;
* государственные расходы на здравоохранение составляют от 2,7 до 3,5 % ВВП, вместо необходимых 6%.

Для решения этих и ряда других проблем с 2006 года на всей территории России действует приоритетный национальный проект «Здоровье», аспекты реализации которого рассматриваются автором в следующих частях работы.

1.2 Реформа здравоохранения в Российской Федерации.   Национальный  проект «Здоровье»

Реформа здравоохранения любой страны должна быть направлена на создание условий, которые позволят осуществлять не только лечение и профилактику заболеваний, но и  обеспечивать оказание качественной и доступной медицинской помощи, проводить научные исследования и подготовку медицинских и фармацевтических работников, а также поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения. Целью реформирования должно являться удовлетворение потребностей граждан страны в получении современной медицинской помощи. [[www.rg.ru](http://www.rg.ru) официальный сайт Российской газеты]

Результаты более десяти лет реформ здравоохранения в России оказались малоутешительными: качество и объем услуг, здоровье населения России продолжают ухудшаться, а материально техническая база учреждений здравоохранения нуждается в обновлении; в ходе развития системы обязательного медицинского страхования возникли серьезные проблемы, а именно неравномерность развития ОМС по охвату как населения, так и медицинских учреждений, трудности со сбором взносов на ОМС, не целевое использование средств, дополнительные административные и организационное расходы на содержание новой системы, задержка фондами ОМС и страховыми компаниями оплаты медицинским учреждениям оказанных услуг, слабый контроль с их стороны за качеством медицинских услуг.

В 2006 г. был предложен Национальный проект «Здоровье», мероприятия которого должны к 2008 г. переломить ситуацию в состоянии здоровья населения и системы здравоохранения России. В нём были изложены основные приоритеты развития здравоохранения:

* развитие первичной медико-санитарной помощи;
* развитие профилактического направления;
* обеспечение населения высокотехнологической медицинской помощью (Рисунок 4). [http://www.ovpso.ru/]

Основные приоритеты развития

Здравоохранения России

Управление проектом и его информационная поддержка

Развитие профилактического направления медицинской помощи

Обеспечение

населения высокотехнологичной медицинской

помощью

Развитие первичной

медико-санитарной помощи

Программы

Строительство

новых Центров

Иммунизация населения в рамках национального календаря

Увеличение оплаты труда врачей и медсестёр

Диспансеризация групп риска

Увеличение

квот

Техническая модернизация ФМО

Обследование новорожденных детей

Выявление и лечение инфицированных вирусом гепатита С, В и иммунодефицита

Укрепление материально-технической базы службы скорой помощи

Укрепление диагностической службы ПМСП

Подготовка ВОП, участковых терапевтов

Рисунок 4 - Основные приоритеты развития здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»

Основными целями проекта являются:

1. укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности;
2. повышение доступности и качества медицинской помощи;
3. укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе;
4. развитие профилактической направленности здравоохранения;
5. удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

На эти цели из Государственного бюджета, Фонда социального страхования России и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования в 2006 году по итогам реализации приоритетного национального проекта, представленным на Всероссийском совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования 16 февраля 2007 года было выделено 97,3 млрд. рублей, из них израсходовано 78,98 млрд.рублей. Исполнение бюджета Проекта в 2006 году по состоянию на 16.02.07 по статьям бюджета представлено в Таблице 2.

Таблица 2 - Исполнение бюджета национального проекта «Здоровье» в 2006 году

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Статьи бюджета Проекта | План (Млрд. руб.) | Факт (Млрд. руб.) |
| Государственный бюджет | | |
| Подготовка врачей по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия» и «Педиатрия» | 0,2 | 0,15 |
| Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу, оказывающему первичную медико-санитарную помощь | 15,4 | 14,6 |
| Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу ФАПов и скорой медицинской помощи | 5,19 | 4,13 |
| Оснащение диагностическим оборудованием | 14,3 | 14,3 |
| Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи | 3,6 | 3,6 |
| Обследование населения с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита  В и С  Проведение мероприятий по профилактике | 2,6  0,2 | 2,6  0,2 |
| Проведение дополнительной иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, а также гриппа | 4,5 | 4,5 |
| Обследование новорожденных детей на галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром | 0,4 | 0,4 |
| Строительство федеральных центров высоких технологий | 12,6 | 3,55 |
| Оказание высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания | 9,9 | 9,8 |
| Фонд социального страхования России | | |
| Оплата медицинской помощи, оказаной женщинам во время беременности и родов | 10,5 | 9,0 |
| Проведение доолнительных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами | 1,9 | 1,9 |
| Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам, и дополнительная диспансеризация работающих граждан | 7,0 | 3,9 |
| Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования | | |
| Проведение дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в возрасте 35-55 лет | 2,0 | 1,6 |
| Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой неработающим пенсионерам | 6,4 | 4,35 |
| ИТОГО | 97,3 | 78,98 |

Субъектами РФ и муниципальными образованиями также выделялись значительные дополнительные средства на сопровождение проекта.

Реализация проекта в 2007 году осуществляется из средств федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов в соответствии с федеральными законами – от 19 декабря 2006 года № 238-ФЗ «О федеральном бюджете на 2007 год», от 29 декабря 2006 года № 243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год» и от 19 декабря 2006 года № 234-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования на 2007 год». На реализацию мероприятий проекта предусмотрены  в 2007 году денежные средства  в объеме 131,3 млрд. рублей.

Общий объем финансовых ресурсов, запланированный для реализации мероприятий приоритетного национального проекта  в сфере здравоохранения, включая дополнительные, на 2007-2009 годы составит 346,3 млрд. руб.

Цели Проекта конкретизированы в три основных направления,к которымотносятся:

1. развитие первичной медико-санитарной помощи;
2. развитие профилактического направления медицинской помощи;
3. обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Целесообразным, с точки зрения исследования, представляется детальное рассмотрение мероприятий Проекта.

**Развитие первичной медицинской помощи.**

Развитие первичной медицинской помощи, предусматривает следующие мероприятия:

* подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;
* увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи»;
* укрепление материально-технической базы диагностической службы первичной медицинской помощи, скорой медицинской помощи;
* профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ;
* дополнительная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;
* введение новых программ обследования новорожденных детей;
* дополнительная диспансеризация работающего населения;
* оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В рамках этого направления, в частности, предполагается:

* повысить заработную плату врачей общей практики на 10 тыс. рублей, а работающих с ними медицинских сестер на 5 тыс. рублей;
* снизить коэффициент совместительства и сменности до 1,1;
* снизить сроки ожидания диагностических исследований до 1 недели;
* снизить заболеваемость ВИЧ на 1000 человек в год;
* снизить заболеваемость гепатитом в три раза, краснухой — в 10 раз;
* снизить материнскую смертность до 29 на 100000 родивших, а младенческую смертность — до 10,6 на 1000 живорожденных;
* снизить временную нетрудоспособность  не менее чем на 20%, а случаи обострения хронических заболеваний и осложнений — на 30%;
* введение родовых сертификатов.

На 12 февраля 2007 года, по Итогам реализации в 2006 году Проекта средний уровень оплаты труда медицинских работников в рамках Проекта составил:

* + врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей (семейной) практики - от 13,9 до 23,0 тыс. рублей;
  + медицинских сестер, работающих с врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей (семейной) практики – от 7,5 до 15,1 тыс. рублей;
  + врачей-специалистов, не участвующих в проведении дополнительной диспансеризации и углубленных медицинских осмотрах – от 7,2-10,5 тыс. рублей;
  + врачей-специалистов, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации и углубленных медицинских осмотрах – от 12,6-30,6 тыс. рублей.

Первоочередное повышение заработной платы медицинским работникам первичного звена здравоохранения связано с тем, что именно на этом уровне оказывается почти 80% всей медицинской помощи.

Денежные выплаты производятся за дополнительную медицинскую помощь, определенную Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

C 2007 года в соглашениях об увеличении объема работы, которые ежегодно заключаются с врачами и медицинскими сестрами участковой службы, оговариваются [критерии](http://rost.ru/health/health_doc3_31.doc) оценки их работы. В случае невыполнения или ненадлежащего выполнения ими своих обязанностей, выплаты могут быть приостановлены. Начиная с 2007 года, право на выплаты сохраняется только за медицинскими работниками, имеющими сертификат специалиста.

Зарплата врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) увеличилась за счет проведения дополнительной диспансеризации и дополнительных медицинских осмотров  работников предприятий с вредными и (или) опасными условиями труда.

В 2006 году АПУ, участвующие в проведении дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы и дополнительных медицинских осмотров работников предприятий с вредными и (или) опасными условиями труда, получили из федерального бюджета 3,5 млрд. руб., направив их, в том числе, на повышение уровня оплаты труда врачей первичного звена.

Это позволило увеличить заработную плату этой категории медицинских работников в 1,8–2 раза и довести ее до уровня 11–13 тыс. рублей в среднем по Российской Федерации, сократив тем самым разницу в уровне оплаты труда между участковыми врачами и врачами-специалистами, работающими в поликлиниках.

Кроме того, наметилась положительная динамика изменения численности медицинских работников:

* врачи – с 66, 9 тыс. до 73,4 тыс.;
* медицинские сёстры - с 74,9 тыс. до 81,9 тыс.

Всего в 2006 году было подготовлено 27199 врачей, в том числе в рамках Проекта 12805 врачей первичного звена. Из них:

* врачей общей (семейной) практики – 2561 чел. (19,89%);
* врачей - педиатров участковых – 4599 чел. (36,55%);
* врачей терапевтов участковых – 5645 чел. (43,56%).

Коэффициент совместительства и сменности снизился в целом по России с 1,6% до 1,3%.

Медицинская информация за год меняется на 100 процентов. Развитие современной медицинской науки и практики требует от врачей постоянного повышения знаний и умений. К примеру, в Англии врачам предоставляют новую информацию 2 раза в год. В России крайне ограничен доступ к "Национальной электронной медицинской библиотеке" через систему Интернет, а средства для повышения квалификации без отрыва от клинической практики не заложены в бюджете ни одного уровня, ни в системе ОМС.

В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» планируется начать создание сети широкополосного доступа в Интернет медучреждений России. Сейчас в России активно развивается телемедицина, с помощью которой в малых больницах с помощью телеконференций местные врачи могут получить консультацию у опытных специалистов. Интернет в медучреждениях будет способствовать развитию этой практики.

В 2005 году изношенность санитарного автотранспорта по Российской Федерации составила 65%, что поставило вопрос об обновление автопарка Скорой помощи в первые ряды для решения.

В 2006 году поставлены в субъекты Российской Федерации 6722 автомобиля скорой медицинской помощи, [укомплектованных](http://rost.ru/health/health_doc3_18.doc) соответствующим оборудованием и расходными материалами, необходимыми для оказания скорой медицинской помощи, и 93 реанимобиля, что позволило обновить каждую третью, находящуюся на линии машину скорой медицинской помощи. На эти цели из федерального бюджета было выделено [3,6 млрд. руб.](http://rost.ru/health/health_doc2_15.doc)

При этом:

- улучшились показатели деятельности учреждений и подразделений скорой медицинской помощи;

- сократилось время ожидания больными бригад скорой помощи с 35 до 25 минут;

- повысилась эффективность оказания скорой медицинской помощи путем ее оказания с первой минуты транспортировки.

На 2007 год запланирована поставка 6060 автомобилей скорой медицинской помощи, из них 380 реанимобилей. Для этого из федерального бюджета выделено [3,9 млрд. руб.](http://rost.ru/health/health_doc2_37.doc) К концу 2007 году планируется обновление практически всего парка санитарного автотранспорта, а время ожидания скорой медицинской помощи приблизится к нормативным величинам (20 минут).

В рамках Проекта в 2006 году было поставлено 22652 ед. медицинского оборудования на общую сумму 14,3 млрд. рублей.

По результатам конкурсных мероприятий было заключено 54% государственных контрактов с отечественными производителями на поставку диагностического оборудования и 46% контрактов с зарубежными производителями (Рисунок 4).

Лабораторное

Рентгенологическое

Ультразвуковое

Эндоскопическое

0

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

Электрокардиографы

- Отечественные производители

Рисунок 4 - Доля зарубежных и отечественных поставщиков диагностического оборудования для АПУ (в %)

В 2006 году по всем группам оборудования отгрузки и поставки конечным получателям осуществлены на 100%, в том числе:

* электрокардиографов: 8785 ед.
* ультразвуковое оборудование: 4115 ед.
* эндоскопическое оборудование: 3606 ед.
* ренгенологическое оборудование: 3247 ед.
* лабораторное оборудование: 2899 ед.

Это позволило:

* провести более 1,0 млн. обследований и выявить около 70 тыс. заболеваний на ранних стадиях;
* для жителей сельских населенных пунктов повысить доступность медицинского обследования;
* снизить время ожидания обследования в городских амбулаторно-поликлинических учреждениях с 10 до 7 дней;
* на 30% снизить платность медицинских услуг.

В течение 2007 года планируется оснастить диагностическим оборудованием 5512 медицинских учреждений на сумму 15,4 млрд. руб.

В первую очередь медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом оснащаются муниципальные АПУ, стационарно-поликлинические учреждения, женские консультации и станции скорой медицинской помощи со слабой материально-технической базой.

**Развитие профилактического направления медицинской помощи.**

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» предусматривается увеличение численности лиц, подлежащих  вакцинации против краснухи, гепатита В, уже включенных в Национальный календарь профилактических прививок. Предусматривается также закупка инактивированной вакцины для профилактических прививок против полиомиелита детей, имеющих хронические заболевания. Кроме того, в Национальный календарь профилактических прививок включена иммунизация населения против [гриппа](http://rost.ru/health/health_doc1_6.doc).

По профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению ВИЧ, поставлены антиретровирусные препараты, препараты для лечения гепатитов и тест-системы для диагностики на сумму 2,6 млрд. рублей. Обследованы - 21,7 млн. человек.

В Российской Федерации на   начало 2007 года  зарегистрировано 369998 человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, среди них 1307 детей, заразившихся от  ВИЧ-инфицированных матерей, кроме того, 16141  детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями,  находятся на диспансерном наблюдении с неустановленным диагнозом. Число диагностированных случаев СПИДа – 2 380 человек, из них 214 – дети.

В рамках Проекта в 2006 году 4950 ВИЧ-инфицированным беременным было проведено профилактическое лечение антиретровирусными препаратами, позволяющее до минимума свести риск заражения новорожденного ВИЧ-инфекцией и 3465 детей получают антиретровирусную терапию. Увеличен объем лабораторных исследований, позволяющих определить момент назначения терапии и судить об эффективности проводимого лечения. В 2006 году проведено 162292 исследований для определения иммунного статуса и 87446 исследований для определения вирусной нагрузки ВИЧ-инфицированных.

В 2007 году на проведение мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции из федерального бюджета предусматривается 200 млн. руб., которые будут направлены на профилактику ВИЧ-инфекции, а также гепатитов В и С.

Поставка вакцин против полиомиелита, краснухи, гепатита В, гриппа осуществлена в полном объеме на общую сумму 4,5 млрд. руб.

По иммунизации населения в рамках национального календаря прививок, а также гриппа в 2006 году были достигнуты следующие результаты:

* впервые было охвачено прививкой против гепатита В около 10 млн.чел. - заболеваемость гепатитом В снизилась на 17% (показатель составил 7,03 на 100 тыс. населения против 8,56 в 2005 году);
* массовой иммунизацией населения против гриппа было охвачено более 22 млн. чел., что в 5,4 раза больше, чем в 2005 году - заболеваемость гриппом снижена в 1,8 раза, не зарегистрирована эпидемия гриппа в Российской Федерации;
* благодаря проведению в 2006 году массовой вакцинации против краснухи заболеваемость в Российской Федерации стабилизировалась и составила 93,1 на 100 тысяч населения (100,2 – в 2005 г.), наметилась стойкая тенденция к ее снижению по сравнению с предыдущими годами.

Расходы на 2007 год предусмотрены в размере 6,1 млрд. рублей.

В соответствии с международными рекомендациями в России на протяжении 15 лет проводится неонатальный скрининг на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз.

Неонатальный скрининг – массовое обследование новорожденных детей, один из эффективных способов выявления наиболее распространенных врожденных и наследственных заболеваний.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (приказ Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 г. №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания») с 2006 года  в неонатальный скрининг начато внедрение диагностики таких заболеваний, как адреногенитальный синдром, галактоземия и муковисцидоз.

С 2007 года в перечень выявляемых заболеваний включен аудиологический скрининг детей первого года жизни, который позволит своевременно провести диагностику нарушений слуха у ребенка и последующую реабилитацию тугоухости. В 2007 году планируется обследование не менее 1,3 млн. родившихся детей.

Финансирование данного направления приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 году составило 400 млн. руб., расходы на 2007 год также запланированы  в размере 400 млн. руб.

Для обеспечения неонатального скрининга в 2006 году в 16 медико-генетических консультациях было заменено устаревшее оборудование, в 8 - установлены дополнительные лаборатории, в 5 – созданы новые лабораторные подразделения. Одновременно, для оптимизации исследования образцов крови новорожденных, в 36 медико-генетических консультаций были поставлены комплекты специальных автоматических устройств к лабораториям. Для 53 регионов были закуплены наборы тест-систем на адреногенитальный синдром, галактоземию и муковисцидоз в количестве 4650 штук.

В результате:

* впервые в России были получены статистические данные о распространенности наследственных заболеваний. В России носителями адреногенитального синдрома являются 651872 человека, муковисцидоза – 668113 человека, галактоземии – 312696 человек;
* своевременно начато лечение больным детям, что позволило сохранить им жизнь и улучшить ее качество;
* появилась возможность прогнозирования потребности в лечении и необходимых лекарственных средствах.

Дополнительная диспансеризация в рамках Проекта направлена на раннее выявление и эффективное лечение заболеваний являющихся основными причинами смертности и инвалидности трудоспособного населения России, в том числе сахарного диабета, туберкулеза, онкологических и сердечнососудистых заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата.

В 2006 году [дополнительная диспансеризация](http://rost.ru/health/health_doc_11.doc) проводилась среди населения в возрасте от 35 до 55 лет, занятого в бюджетной сфере: государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях.

В 2007 году возрастные ограничения сняты и дополнительную диспансеризацию проходят все работники бюджетной сферы, не прошедшие осмотры и обследования в прошлом году.

Работники, занятые на предприятиях с вредными и (или) опасными производственными факторами, в рамках приоритетного национального Проекта проходят дополнительные периодические медицинские осмотры.

В 2006 году дополнительную диспансеризацию прошли 2,9 млн. работников бюджетной сферы, дополнительные медицинские осмотры  - 3,6 млн. человек, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными факторами. На проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2006 году из ФОМС было выделено 1,6 млрд. руб. Расходы на 2007 год предусмотрены в размере 4 млрд. руб. За каждый законченный случай дополнительной диспансеризации работника бюджетной сферы медицинское учреждение  в 2006 году получало 500 руб., в 2007 году эта сумма увеличена до 540 руб.

За проведение дополнительных медицинских осмотров в 2006 году учреждения здравоохранения получили из бюджета ФСС РФ 1,9 млрд. руб. В 2007 году на эти цели предусмотрено 2 млрд. руб. На проведение дополнительного медосмотра одного работника, занятого на «вредном» производстве предусмотрено 535 руб.

Обследование населения, в том числе в рамках дополнительной диспансеризации и профилактических осмотров, позволило диагностировать около 3 млн. случаев заболеваний (из них около 110 тыс. случаев на поздней стадии).

В 2007 году количество граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации, увеличено. Дополнительную диспансеризацию пройдут 7,4 млн. «бюджетников», а дополнительные медицинские осмотры – 3,5 млн. работников «вредных» предприятий.

Далее список планируется расширять: постепенно диспансеризацией будет охвачено все работающее население России.

В Таблице 3 представлено ранжирование по группам здоровья осмотренного на начало 2007 года населения.

Для I и II групп здоровья проводятся профилактические мероприятия, а пациенты III–V групп направляются в специализированные учреждения здравоохранения и после обследования подлежат диспансерному наблюдению по программе больных с хроническим заболеванием, включающей индивидуальную программу реабилитации.

При наличии медицинских показаний пациенты III–IV групп здоровья включаются в «Лист ожидания высокотехнологичной медицинской помощи», после получения которой  им также назначается индивидуальная программа реабилитации.

Таблица 3 – Ранжирование по группам здоровья в России

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категории | Группы здоровья | | | | |
| I группа практически здоровые | II группа риск развития заболеваний | III группа нуждаются в доп. обследо-вании, лечении в АПУ | IV группа нуждаются в доп. обследо-вании, лечении в стационарных условиях субъекта РФ | V группа нужда-ются в ДВМП |
| работники бюджетной сферы в возрасте 35-55 лет | 17,8% | 24,2% | 53,6% | 4,3% | 0,1% |
| работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производст-венными факторами | 36% | 23% | 37,9% | 3% | 0,1% |

Во время дополнительной диспансеризации были выявлены основные классы болезней:

* болезни системы кровообращения – 21,4%;
* болезни глаз - 18 %;
* болезни эндокринной системы, расстройства пищеварения и нарушения обмена веществ - 17,1 %;
* болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 14,1 %;
* болезни мочеполовой системы - 11,6 %;
* болезни органов пищеварения - 7,3 %.
* заболевания нервной системы – 6,8 %.

Эффективность дополнительной диспансеризации оценивается по следующим показателям:

– процент охвата дополнительной диспансеризацией населения;

– отсутствие впервые выявленных (через шесть месяцев после завершения дополнительной диспансеризации)  заболеваний на поздних стадиях, в том числе – онкологических, туберкулеза, тяжелых форм сахарного диабета, инсульта, инфаркта и прочих заболеваний, ведущих к стойкой утрате трудоспособности.

Введение с 1 января 2006 года во всех регионах Российской Федерации [родовых сертификатов](http://rost.ru/health/health_doc3_20.doc) имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи.

Родовый сертификат включает в себя:

* талон № 1 родового сертификата, предназначенный для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе;
* талон № 2 родового сертификата, предназначенный для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах;
* с 2007 года в родовый сертификат включен талон №3, предназначенный для оплаты услуг детской поликлиники по диспансерному наблюдению ребенка в первый год жизни;
* родовый сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения.

Учреждения здравоохранения передают эти талоны в отделения Фонда социального страхования. Дополнительные к обычному бюджетному финансированию средства медучреждения получат за каждую пациентку при условии, что роды завершились благополучно.

Муниципальные и гос. учреждения здравоохранения, имеющие лицензии по специальности «Акушерство и гинекология» и оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности (женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты поликлиник), получают по 3000 руб. (в 2006 году – 2000 руб.) за каждую пациентку, а учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в период родов (родильные дома, родильные отделения, перинатальные центры), – по 6000 руб. за каждую женщину (в 2006 году – 5000 руб.). Детские поликлиники, имеющие лицензию по специальности «Педиатрия», включенные в программу с 2007 года, за диспансерное наблюдение ребенка в первый год его жизни получают 1000 руб.

Общий объем средств, предусмотренных на реализацию в 2006 году программы родового сертификата, составил 10,5 млрд. рублей. В 2006 году по родовым сертификатам учреждения родовспоможения получили из федерального бюджета 9,1 млрд. руб. При этом медицинская помощь была оказана 1,3 млн. женщин:

* амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам - 1 319 555;
* медицинская помощь в период родов - 1 273 585.

В 2007 году в рамках программы родовых сертификатов планируется оказание медицинской помощи 1,6 млн. человек. На эти цели в федеральном бюджете предусмотрено 14,5 млрд. рублей. В первом полугодии 2007 года Фонд социального страхования РФ по программе [родовых сертификатов](http://rost.ru/projects/health/p04/p34/a35.shtml) за мед. услуги, оказанные женщинам в период беременности и родов, выплатил медицинским учреждениям 6,14 млрд. руб., что на 1,2 млрд. руб. больше, чем за такой же период прошлого года.

Всего в программе участвуют 5147 медицинских учреждений, которые в первом полугодии 2007 года оказали услуги на амбулаторно-поликлиническом этапе – 706401 женщине, в период родов – 676610 женщинам.

Медицинский эффект от внедрения родовых сертификатов:

* показатель ранней неонатальной смертности снизился c 4,49 до 4,27 на 1000 родившихся живыми и перинатальной смертности с 10,17 до 9,66 на 1000 родившихся живыми и мертвыми;
* показатель младенческой смертности в целом по Российской Федерации снизился с 11,0 на 1000 родившихся живыми в 2005 году до 10,2 – в 2006 году (Рисунок 5);

Рисунок 5 - Динамика младенческой смертности

(на 1000 родившихся живыми)

* количество посещений беременными женских консультаций увеличилось в среднем с 10 до 12 за период наблюдения;
* охват беременных женщин пренатальным скринингом с целью выявления пороков развития плода увеличился в среднем с 81,5 до 87%;
* объемы стационарозамещающей помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе увеличились с 14 до 16%;
* доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, увеличилась в среднем с 74 до 79%.
* внедрена новая форма работы – активный патронаж беременных на дому;
* повысилась эффективность диагностических и лечебных мероприятий по профилактике невынашивания беременности, инфекций, передаваемых половым путем и ВИЧ-инфекции;
* активизировалась работа по профилактике абортов и формированию позитивного настроя на деторождение;
* на 8% увеличилось количество родильных домов, участвующих в мониторинге врожденных пороков развития плода;
* появилась возможность приобретения дорогостоящих препаратов для реанимации новорожденных, борьбы с акушерскими кровотечениями, лечения инфекционных осложнений;
* сократилось число платных услуг по обследованию и лечению патологии у беременных женщин.

**Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.**

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающий значительной ресурсоемкостью медицинских технологий, имеющий законченное клиническое значение, и финансируемый за счет средств федерального бюджета. Это, прежде всего, операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных заболеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургические вмешательства высокой степени сложности.

Цель развития высокотехнологичной медицинской помощи в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» -­ это кратное увеличение количества пролеченных больных, нуждающихся в дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. В настоящее время уровень обеспеченности по разным видам высокотехнологичной медицинской помощи составляет не более 20% от потребностей. К 2008 году этот показатель должен превысить 50%. В первую очередь это касается таких видов ВМП, как кардиохирургия и эндопротезирование, уро­вень удовлетворения потребностей по которым должен составить 80­-90%.

Перечень видов ВМП и их профилей утверждается приказом Минздравсоцразвития России. [[Методические рекомендации от 08 августа 2006 №3604-ВС](http://www.rosmedteh.ru/i/upload/files/1190808620.94067-4232.doc) по организации выполнения государственного задания по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук. [http://www.rosmedteh.ru/about]]

С 2006 года перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета включает в себя 272 вида дорогостоящей помощи, тогда как в 2005 году их было только 130. [[www.nasledie.ru](http://www.nasledie.ru)]

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется федеральными специализированными медицинскими учреждениями, в своей работе подведомственных Федеральному агентству по высокотехнологичной медицинской помощи, образованного Указом Президента РФ от 30 июня 2006 г. № 658 «О Федеральном агентстве по высокотехнологической медицинской помощи», подведомственное Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Его основными функциями являются организация, координация и информационное обеспечение деятельности по разработке, внедрению и применению высоких медицинских технологий и оказание государственных услуг в сфере высокотехнологичной медицинской помощи.

Минздравсоцразвития России и Росздравом осуществляется ежеквартальный мониторинг выполнения плановых заданий по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Разработка заданий на оказание высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с постановлением правительства Российской Федерации от 6.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» с учетом предложений Научно-лечебно координационного совета и специально созданных комиссий как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации с учетом территориальных особенностей. В состав комиссий входят группы экспертов по направлениям, ученые Агентства ВМП, Росздрава, РАН, РАМН, ВУЗов РФ и др.

В рамках обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью предусматриваются следующие мероприятия:

* увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в четыре раза до 2008 года. Сегодня ее получает лишь каждый четвертый нуждающийся;
* расширение мощностей для оказания такой помощи, в том числе за счет строительства новых центров высоких медицинских технологий в регионах России, подготовки для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала. Главная задача новых центров – обеспечить население регионов высокотехнологичными видами медицинской помощи, за которой сейчас нередко приходится обращаться в столичные медицинские учреждения;
* увеличение средств федерального бюджета на оплату высокотехнологичной медицинской помощи и увеличение объемов оказания ВМП. Ранее многие виды дорогостоящего лечения приходилось оплачивать самим пациентам из-за отсутствия бюджетного финансирования. Расширение перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета, делает дорогостоящие медицинские услуги доступными для тех, кто, не имея личных средств, не мог ими воспользоваться;
* повышение эффективности расходования средств за счет перехода от «содержания» медицинских учреждений к государственному заданию на оказание определенного объема высокотехнологичной медицинской помощи;
* повышение прозрачности ведения очереди на получение высокотехнологичной медицинской помощи путем введения системы «листов ожидания».

В 2006 году из федерального бюджета на оказание данного вида медицинской помощи было выделено 9,9 млрд. рублей, тогда как в 2005 году финансирование по этой статье составило 6,3 млрд. рублей. Размер этих средств существенно увеличен. В 2007 году ­ 17,5млрд. рублей, в 2008 году запланировано 22,0 млрд. рублей и в 2009 году 26,5 млрд. руб­лей. Достаточно сказать, что по сравнению с 2005 годом стоимость одного пролеченного больного, например, кардиологического профиля, выросла в 2,5 раза и составляет до 185 тыс. рублей.

В 2006 году в рамках государственного заказа дорогостоящие операции больным проводились 94 федеральных специализированных медицинских учреждения. В 2007 году в конкурсе на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета приняли участие не только федеральные, но и региональные медицинские учреждения.

В настоящее время министерством разработаны стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению. Это позволит контролировать качество оказываемой помощи, а также обеспечит равные права граждан на ее получение. Кроме того часть оплаты медицинским учреждениям будет производиться только после проведения операции при соблюдении всех стандартов.

# Очередь на лечение – еще одна проблема, связанная с получением высокотехнологичной медицинской помощи. Потребности в высокотехнологичной помощи при сердечнососудистых заболеваниях удовлетворяются на 18-20 %, по патологиям опорно-двигательного аппарата, травматологии, эндопротезированию - на 14 %, по нейрохирургии - на 10-12 %. Это означает, что рассчитывать на бесплатную сложную операцию могут лишь 1-2 пациента из 10 тех, кому она нужна. [Лист ожидания. Как сделать сложные и дорогие операции доступнее. [Ирина Невинная](http://www.rg.ru/tema/avtor-Irina-Nevinnaia/index.html) ["Российская газета" - Неделя №4400 от 29 июня 2007 г.](http://www.rg.ru/gazeta/subbota/2007/06/29.html#subbota-4400)]

Для ее решения в 2006–2007 годах в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» запланировано строительство 15 новых центров высоких медицинских технологий. На строительство новых центров медицинских технологий в 2006­ - 2007 годах будет израсходовано 32 млрд. рублей.

С введением их в эксплуатацию количество пациентов, которым будет оказываться высокотехнологичная медицинская помощь, увеличится до 170 тыс. человек в 2007 году (из них 28 тыс. - это дети) по сравнению с 2006 годом – 128 человек, и до 250 тыс. – в 2008 году.

С 2006 года в России начато строительство первых восьми федеральных центров высоких медицинских технологий. Новые центры будут расположены в семи субъектах Российской Федерации: четыре федеральных центра сердечнососудистой хирургии в городах Астрахань, Красноярск, Хабаровск, Пенза; два федеральных центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в городах Краснодар и Чебоксары; два федеральных центра нейрохирургии в Тюмени, федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии в Москве. Из федерального бюджета на их строительство выделено 12,6 млрд. рублей. [По материалам официального сайта [Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов](http://www.rost.ru). http://www.rost.ru/]

С учетом показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения приоритетными направлениями по развитию высокотехнологичной медицинской помощи являются: сердечнососудистая хирургия; травматология; ортопедия и эндопротезирование; нейрохирургия. [http://www.novayagazeta.ru/ [Новая газета №82 от 25.10.2007 года)]

Обязательным условием реализации научных медицинских достижений в практике здраво­охранения является разработка действенных механизмов их внедрения и планомерная под­готовка высококвалифицированных научных и медицинских кадров. Подготовка кадров для новых центров высоких медицинских технологий будет производиться за счет текущего финансирования медицинских образовательных учреждений и средств субъектов Российской Федерации.

Последипломную подготовку кадров в Федеральные специализированные медицинские учреждения за два года было направлено 1017 врачей, за счёт средств гос. бюджета:

* ординаторов – 669;
* аспирантов – 339;
* докторов наук – 9.

Разработан также комплекс мероприятий по подготовке младшего медицинского персонала для работы в центрах высоких медицинских технологий. За 2006-2007 года планируется подготовить 3 920 специалистов среднего медицинского звена.

Особое внимание уделяется подготовке сестринского персонала. В субъектах Федерации разработан комплекс мероприятий по специальной подготовке медсестер для новых центров, с участием главных медицинских сестер, образовательных учреждений, ведущих медицинских центров.

Субъекты Федерации, на территории которых строятся новые центры, должны обеспечить реализацию мер социальной поддержки их медицинских работников, в том числе при необходимости предоставлять жилье. Кроме того, возможность поработать на оборудовании мирового уровня, получая достойную зарплату, должна привлечь перспективных специалистов. Кроме того, предполагается работа "вахтовым методом": хирургические бригады будут приезжать в центр на время, меняя друг друга. Уже идут переговоры с европейскими клиниками, готовыми прислать своих специалистов.

Для развития научно-практического потенциала медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, необходимо оснащение самым современным медицинским оборудованием (хирургическая робототехника, бесконтактные литотрипторы, линейные ускорители и т.д.) на общую сумму 13 млрд. рублей.

В целом, отечественная высокотехнологичная медицинская помощь в перспективе - это не только современные клиники, но и:

* производство современных диагностических систем;
* производство современных лекарств;
* производство современного медицинского оборудования и предметов медицинского назначения;
* создание биотехнологического центра, центра наномедицины по разработке и оперативному внедрению в клиническую практику геномных, постгеномных, клеточных технологий и нанотехнологий;
* экспертиза новых технологий в области диагностики, лечения, профилактики и реабилитации;

1. федеральные и отраслевые целевые программы.

На 2008-2009 годы запланировано расширение приоритетного национального проекта, которое коснется мероприятий, направленных на снижение смертности населения России от управляемых причин и сохранение трудового потенциала страны.

Основными мероприятиями данных приоритетов станут:

* совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, что поможет ежегодно сокращать смертность в результате ДТП на 2700 случаев, а также снизить инвалидность до уровня 8 тыс. случаев в год. Для этого запланировано оснащение 1130 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения санитарным автотранспортом (610 ед.) и медицинским оборудованием (4182 ед.) на общую сумму 4,9 млрд. руб.;
* совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что обеспечит снижение смертности с 325 случаев до 250 случаев на 100 тыс. населения. Для этого запланировано создание региональных сосудистых центров малоинвазивной хирургии в учреждениях здравоохранения России, в которые будет закуплено оборудование  на общую сумму 3 млрд. рублей;
* дальнейшее развитие новых высоких медицинских технологий, что позволит повысить уровень обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи до 70% потребности.

Общий объем финансовых ресурсов, необходимых для реализации дополнительных мероприятий на 2008-2009 годы составит 20,9 млрд. руб., из них на 2008 год – 11 млрд. руб., на 2009 год – 9,9 млрд. руб.

Таким образом, в заключение можно сделать следующие выводы:

* долгое время ориентация здравоохранения России была направлена на стационарную медицинскую помощь, что привело к недофинансированию первичной медико-санитарной помощи, в том числе к недостаточной обеспеченности участковыми врачами, низкой оснащенности поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь. Следствием этого стал рост хронических и запущенных заболеваний у населения, что приводит к высокому уровню госпитализации и вызовов скорой медицинской помощи, и в итоге – к высокой смертности населения России. В связи с этим главным приоритетом развития здравоохранения РФ на 2007-2008 годы в рамках ПНП «Здоровье» стало развитие первичной медико-санитарной помощи населению;
* в настоящее время в ряде регионов России остается напряженной эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом различного рода заболеваний, таких как краснуха, гепатиты В и С, полиомиелит, ВИЧ-инфекции, СПИД и д.р. Для раннего выявления и профилактики заболеваний в России в рамках ПНП «Здоровье» вторым приоритетом было определено развитие профилактического направления медицинской помощи, включающего в себя иммунизацию населения, обследование новорожденных детей, диспансеризацию групп риска и выявление и лечение инфицированных вирусом гепатита С, В и иммунодефицита;
* значительное число граждан страны не могут получить необходимую высокотехнологичную медицинскую помощь из-за отсутствия эффективного механизма ее финансирования, а также из-за ограниченности бюджетных средств. Цель приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения – сделать высокотехнологичную  медицинскую помощь доступной как можно большему числу граждан, нуждающихся в ней.

1.3 Основные проблемы реализации национального проекта "Здоровье"

Выполнение мероприятий реализации проекта «Здоровье» сталкивается с определённым спектром проблем, среди которых наиболее актуальны следующие:

1. введение доплат врачам общей практики привело к проблеме оттока специалистов, которые в регионах теперь стремятся стать врачами общей практики. В следствии этого сложилась ситуация, когда заработная плата участковых медицинских сестер оказалась существенно выше зарплаты квалифицированных врачей с многолетним стажем. Это привело к нестабильности в работе медицинских учреждений первичного звена;
2. в федеральном бюджете не предусмотрены средства для начисления денежных выплат за ежегодно оплачиваемый отпуск отдельным категориям медицинских работников узких специальностей, получающих выплаты за выполнение государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи. Также и труд медиков вспомогательных служб принимающих анализы и флюорографию, узких специалистов проводящих осмотр, без которых не возможны диспансерные мероприятия, остаётся не оплаченным, т.к. учреждения здравоохранения самостоятельно определяют, какую часть полученных средств и в каком объёме направить на оплату труда медицинских работников. Руководства медучреждений и региональные органы управления здравоохранением зачастую на местах ущемляют эти права медиков. Необходимо конкретизировать размеры выплат для всех участников диспансеризации на федеральном уровне;
3. недостаточно загружены (работают не на полную мощность) и не дооснащены необходимым оборудованием федеральные центры и высокоспециализированные службы в субъектах РФ с подготовленными кадрами, предназначенные для оказания высокотехнологичной помощи. Вместо решения этих проблем большие финансовые ресурсы направлены на создание новых центров ВМП;
4. закупка медицинской техники. Безусловно, ее дефицит больно бьет по здоровью нации. Но огромные одноразовые закупки могут иметь свои непоправимые минусы, грозящие распылением средств, т.к. оборудование иногда поступает туда, где в бюджете не предусмотрено средств на обучение специалистов и на лицензирование нового вида деятельности. Отчёт же об установке и налаживании оборудования учреждения обязаны давать в вышестоящие инстанции с момента поступления аппаратуры. Нет также договоренности с иностранными поставщиками о минимум пятилетнем снабжении запчастями и реактивами. Не создана сеть быстрого и качественного ремонта;
5. сегодня закупку необходимого оборудования и лекарственных средств диктуют не специалисты, не медицинские учреждения, а чиновники. В результате руководители медицинских учреждений вынуждены закупать оборудование, инструментарий, расходные материалы и лекарства только в тех фирмах, на которые им указали сверху;
6. в рамках национального проекта "Здоровье" запланирована подготовка в течение 2006-2007 годов 1500 врачей общей практики. Расчеты специалистов же показывают, что эти планы нереалистичны. В настоящее время производится подготовка врачей общей практики из участковых и прочих специалистов на 144-часовых циклах повышения квалификации (когда по 2-3 дня врачи обучаются разным специальностям) с выдачей сертификата. Однако такой подход к подготовке врачей общей практики недопустим;
7. обеспеченность сельского населения медицинскими кадрами клинического профиля в 1,8 раза меньше, чем в среднем по стране. Около 60 процентов работников сельского здравоохранения не повышали квалификацию более 10 лет. По данным Министерства сельского хозяйства, почти в 40 тысячах сельских населенных пунктах отсутствует автобусное сообщение, а в 34 процентах отдельных сельских поселений - подъездные дороги; на 11 сел в среднем приходится только одна аптека. О доступности медицинской помощи в этом случае говорить не приходиться. Нужен перспективный план решения вопросов муниципального здравоохранения, для недопускания вымирания населения в труднодоступных и удаленных районах;
8. отечественное здравоохранение длительное время находится в состоянии хронического недофинансирования, в пределах 2,7-3,1 процента от ВВП. При этом надо учесть, что абсолютная величина ВВП в России почти в 20 раз ниже, чем в странах ЕС и США. То есть расходы на здравоохранение в России составляют около 200 долл. на душу населения, что в 40 раз меньше, чем в США, в 20-30 раз ниже, чем в Западной Европе. Число стационаров на 100 тысяч населения в России превышает в 2 раза число стационаров в Европе, но оснащение большинства из них значительно отстаёт от европейских стандартов. Не достаточно финансируются капремонты учреждений, повышение квалификации специалистов, развитие компьютерных технологий. По подсчетам экспертов, расходы федерального бюджета на здравоохранение должны быть в три раза выше ныне существующих. Только в этом случае зарплату в здравоохранении можно будет приблизить к уровню оплаты труда в промышленности, а материально-техническое оснащение ЛПУ в течение 4-5 лет поднять до стандартов принятых в Восточной Европе;
9. наблюдается дефицит врачебных, фельдшерских и сестринских кадров, особенно в поликлиническом звене и на селе. Негативную роль играет отсутствие распределения выпускников медицинских ВУЗов, обучающихся за государственный счет. Из 24-25 тысяч выпускников, ежегодно оканчивающих медицинские вузы, только 14 тысяч проходят специализацию под контролем высшей школы. Квалификационную категорию имеют сегодня только 53,8% врачей, около 40% врачей первичного звена не проходили повышения квалификации в течение 10 лет. В России около 450 государственных и муниципальных средних специальных учебных заведений, которые обеспечивают подготовку и переподготовку более 300 тысяч средних медицинских работников в год. Но при этом также отсутствуют адекватное планирование и расчет потребности в данных специалистах. Недостаток сестринского и фельдшерского персонала в первичном звене становится критическим, что приводит к выполнению врачами и медицинским сестрами не свойственным им функциям;
10. утерян научный потенциал в области разработки и проектирования производства новых лекарств. Под угрозой исчезновения уникальная коллекция штаммов микроорганизмов. Отсутствует стратегический запас субстанций антибиотиков на случай особого периода. Практически свернута разработка оригинальных препаратов и технологий. Фактически исчезли НИИ - разработчики лекарств. Без возрождения отечественной медицинской промышленности выполнение мероприятий ПНП «Здоровье» может оказаться малоэффективным и более затратным, в связи с закупкой необходимых медикаментов и оборудования у стран-конкурентов [(«Российская Федерация сегодня» № 21 ноябрь 2006 года. «Ситуация остаётся критической» Леонид Рошаль, председатель комиссии по проблемам здравоохранения Общественной палаты РФ. стр. 2-3)];
11. принцип возмещения стоимости проведенной операции спустя несколько месяцев на практике оказывается не уместным т.к. медицинская услуга не может быть оказана в кредит, поскольку требует не только зарплаты, но и очень дорогих расходных материалов и медикаментов, крови, которые составляют в стоимости операции до 90 процентов. Поэтому важно решение вопроса о квартальном авансировании (с последующей корректировкой) [Пасынки из академии [Сергей Колесников](http://www.rg.ru/tema/avtor-Sergej-Kolesnikov/index.html), академик РАМН, заместитель председателя Комитета Госдумы по образованию и науке  ["Российская газета" - Федеральный выпуск №4401 от 29 июня 2007 г.](http://www.rg.ru/gazeta/rg/2007/06/29.html#rg-4401)];
12. слишком большие временные сроки поставки оборудования и расходных материалов для неонатального скрининга, несвоевременность поставок в субъекты Федерации;
13. в Проекте не предусмотрена закупка необходимого для учреждений родовспоможения оборудования, относящегося к капитальным вложениям (имеющего стоимость свыше 10 тыс. руб.) из средств, поступающих по родовым сертификатам, в целях улучшения качества медицинской помощи [(«Российская Федерация сегодня» № 21 ноябрь 2006 года. «Ситуация остаётся критической» Леонид Рошаль, председатель комиссии по проблемам здравоохранения Общественной палаты РФ. стр. 2-3)].

Однако, несмотря на возникновение ряда проблем реализации национальный проект «Здоровье», в целом, положительно оценивается населением.

В ходе проведения массового социологического исследования Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ), о национальном проекте «Здоровье» информированы 51% опрошенных, 8% из них довольно много знают о проекте, и 43% - что-то слышали. Чем выше доходы респондентов, тем, как правило, лучше они информированы о проекте. Половина опрошенных указывают, что не знают, реализуется ли проект «Здоровье» в их регионе, ещё 13% затрудняются с ответом. Мнения остальных разделились: 17% полагают, что проект в их регионе реализуется; 20%, что - нет. Главные ожидаемые изменения благодаря реализации данного проекта: повышение престижа труда медработников и, как следствие, приток молодых специалистов; рост доступности и качества первичной медицинской помощи прогнозируют 35-36% опрошенных; повышение квалификации участковых врачей - 27%, сокращение сроков ожидания диагностических исследований - 22%. Что в результате реализации проекта «Здоровье» ситуация в сфере здравоохранения улучшится, считает большинство респондентов (62%), каждый четвёртый опрошенный полагает, что ничего не изменится (26%), и лишь 2% прогнозируют ухудшение ситуации. О том что национальный проект «Здоровье» - это обычная программа с новым названием, направленная на решение давно назревших проблем, полагают 44% опрошенных. Меньше (31%) оказалось тех, кто считает проект принципиально новой программой, направленной на улучшение здоровья населения и повышение качества медобслуживания. Ещё меньше (14%) тех, кто расценивает проект как сугубо пропагандистскую акцию, для отвлечения внимания людей от действий, направленных на ухудшение жизни населения.

Опрос также показал, что большинство опрошенных граждан убеждены, что деньги, выделенные на национальные проекты, в том числе в сфере здравоохранения, будут потрачены малоэффективно или совершенно неэффективно. В высокой эффективности этого процесса уверены лишь 15%. (Всероссийский опрос ВЦИОМ проведён 19-20 августа 2006 г. Опрошено 1600 человек в 153 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России.) [Национальный проект «Здоровье»: ожидания россиян Пресс-выпуск за 27.10.2006 № 563 Всероссийский центр изучения общественного мнения <http://wciom.ru/>]

В связи с этим необходимо повысить уровень организации информационного обеспечения хода реализации ПНП «Здоровье», делая акцент на то, что он даст каждому человеку независимо от того, каков его социальный статус. Кроме того, регулярно проводимые мониторинги общественного мнения позволили бы ориентироваться в динамике общественных настроений и учитывать полученные данные в работе по основным целевым программам, связанным с реализацией ПНП.

В ходе реализации национального проекта стала очевидной важная роль региональных властей, администраций местного уровня. Без инициативы и их интересов проект не может быть реализован. Каждый регион должен представлять свой конкурсный проект с учетом потребностей субъекта и территориальной дифференциации, сформировать собственные источники развития приоритетных направлений.

|  |
| --- |
|  |

# 1.4 Законодательное регулирование реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»

Права на жизнь и охрану здоровья относятся к фундаментальным правам человека. В связи с этим исполнительной власти, в лице государственного здравоохранения, необходимо своевременно и в полном объёме создавать независимые механизмы контроля за реализацией этих прав. Мировой опыт общественного развития выработал универсальные инструменты для объективных оценок и управления социальными подсистемами любой сложности - это правой контроль.

Теория права гласит, что здравоохранительная деятельность, как и любая другая функция жизнеобеспечения государства, должна осуществляться по заданным законодательством правилам и профессиональным стандартам, и только их точное соблюдение может являться для граждан и государства подтверждением того, что запрос общества выполнен правильно, а деньги налогоплательщика потрачены эффективно [Большой юридический словарь А.Я. Сухарев - 3-е изд.,доп. и перераб. – М.: "ИНФРА-М", 2007 г. 858 стр.].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Законодательное регулирование реализации национального проекта «Здоровье» - это подготовка законодательной и нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность здравоохранения в условиях реализации приоритетного национального проекта. В рамках выполнения этой работы за период с 2005-2006 года, и полгода 2007 было принято десять федеральных закона, три указа Президента РФ, 55 постановлений Правительства, 41 приказ Министерства здравоохранения и социального развития, а также нормативные правовые документы подведомственных фондов и агентств, территориальных и региональных управлении, и других учреждений.

Финансирование мероприятий Проекта осуществляется на основании Федерального закона от 22 декабря 2005 г. № 171-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год» (с изм., согл. федерального закона от 18 февраля 2006 г. №27-ФЗ).

В соответствии, с направлениями по которым запланировано принятие нормативных правовых актов (на основании Распоряжения Правительства РФ от 14 ноября 2005 года № 1926-р (с изм., согл. распоряжений Правительства РФ от 27.02.2006 № 260-р, от 02.10.2006 № 1369-р), основными нормативно-правовыми актами по приоритетному национальному проекту «Здоровье» являются:

* 1. Денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи:
* Постановление Правительства РФ от 28.12.2006 г. N 825, «[О порядке финансового обеспечения в 2007 году расходов и учета средств на выполнение учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта РФ) государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/392.html)»;
* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. N 862 «[О денежных выплатах в 2007 году медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам станций (отделений) скорой медицинской помощи федеральных государственных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении федерального медико-биологического»;](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/400.html) 
  + - Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.02.2007 г. N 129 «[О порядке и условиях осуществления в 2007 году денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства и Российской академии наук (при условии размещения в этих медицинских учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи)](http://www.mzsrrf.ru/prav_prikaz/354.html)» и другие.

Все эти нормативно-законодательные документы направлены на содействие по решению вопроса дополнительных выплат персоналу участковой службы ЛПУ федерального подчинения.

2) Подготовка и переподготовка участковых терапевтов и педиатров:

* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2005 г. № 808 «О государс­твенном задании на 2006 год на подготовку врачей по специаль­ностям: «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (се­мейная медицина)»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.01.2007 г. N 51, «[Об обучении в 2007 году специалистов, обеспечивающих массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания](http://www.mzsrrf.ru/prav_prikaz/292.html)»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 08.11.2006 г. N 751 «[О повышении квалификации и профессиональной переподготовке врачей по специальностям "Терапия" и "Общая врачебная практика (семейная медицина)" в 2007 году](http://mzsrrf.ru/prav_prikaz/266.html)» и т.д.

На основании этих приказов регулируется проведение Росздравом РФ открытого конкурса среди аккредито­ванных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования на размещение государственно­го задания на подготовку врачей по специальностям: "Терапия", "Педиатрия" и "Общая врачебная практика (семейная медицина)".

Региональные и муниципальные власти обязаны проводить анализ и мониторинг кадровой ситуации.

3) Оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений:

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. N 868 «[Об обеспечении в 2007 году диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи, а также женских консультаций](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/396.html)» и т.д.

Утвержден перечень диагностического оборудования для муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений и определён механизм распре­деление средств федерального бюджета по субъектам. Росздрав РФ осуществляет централизованную закупку машин скорой медицинской помощи и реанимобилей (включая их достав­ку учреждениям скорой медицинской помощи).

Местные власти обязаны обеспечить подготовку помещений для размещения диагностического оборудования и осуществления пусконаладочных работ и проводить ревизию и мониторинг материально-технической базы больниц.

4) Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи:

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г N 867 «[Об обеспечении в 2007 году санитарным автотранспортом, в том числе реанимобилями и автомобилями скорой медицинской помощи на базе гусеничных тягачей, государственных и муниципальных учреждений и подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь и специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/397.html)» и т.д.

На их основании Росздрав РФ осуществляет централизованную закупку машин скорой медицинской помощи и реанимобилей (включая их достав­ку учреждениям скорой медицинской помощи и санитарной авиа­ции).

Местные власти оформляют заявку на санитарный автотранспорт и создают кадровые и организационные условия для его эксплуата­ции.

5) Дополнительная оплата медицинской помощи, оказываемой государственными и муниципаль­ными учреждениями здравоохранения женщинам в период беременности и родов (обеспечение ро­довыми сертификатами):

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. N 869 «[О порядке финансирования в 2007 году расходов, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/387.html)»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.11.2005 г. № 701 «О родовом сер­тификате»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10.01.2006 г. № 5 «О порядке и услови­ях оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.03.2006 г. № 223 «[О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации](http://www.mzsrrf.ru/prav_prikaz/128.html)» и д.р.

Фонд социального страхования РФ осуществляет финансирование расходов, связанных с оплатой услуг госу­дарственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беремен­ности и (или) родов. Заключается договор между региональными отделениями ФСС РФ и государственными (муниципальными) учреждениями здравоох­ранения об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной жен­щинам в период беременности и (или) родов. Оплата услуг осуществляется на основании родового сертифика­та, включающего талоны родового сертификата. Финансовые средства родового сертификата можно расходовать на заработную плату и оснащение учреждений здравоохранения, а в родильных домах - и на лекарственное обеспечение. Эти фи­нансовые средства нельзя расходовать на коммунальные платежи и капитальные вложения.

6) Дополнительная иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок:

* Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 3.11.2005 г. № 25 «О дополнительной иммунизации населе­ния Российской Федерации»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 08.08.2006 г. № 593 «О заявках на медицинские иммунобиологические препараты для проведения прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок, в том числе для дополнительной иммунизации населения, на 2007 год и отчетах об использовании медицинских иммунобиологических препаратов в 2005-2006» и другие.

Власти субъектов Федерации должны на основании этих нормативно-правовых актов определять численность детского и взрослого на­селения, подлежащего дополнительной иммунизации; представ­лять сведения в Федеральную службу по надзору в сфере защи­ты прав потребителей и благополучия человека; формировать заявки на вакцины; обеспечивать «холодовую» цепь на всех этапах транспортировки и хранения вакцин.

Муниципальные власти определяют численность контингентов детского и взрослого насе­ления, подлежащих дополнительной иммунизации и организуют представление информации о ходе проведения до­полнительной иммунизации.

7) Профилактика, выявление и лечение инфициро­ванных вирусом иммунодефицита человека, ге­патитом В и С, обследование новорожденных детей:

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. N 858 «[Об обеспечении в 2007 году за счет средств федерального бюджета учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения диагностическими средствами и антиретровирусными препаратами в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудованием и расходными материалами для неонатального скрининга](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/403.html)» и т.д.

В задачи субъектов Российской Федерации по реализации постановлений входят: повышение доступности и качества медицинской помощи боль­ным ВИЧ; обучение и подготовка кадров; обеспечение приверженности лечению; профилактика социального сиротства; социальная помощь отбывшим наказание; поддержка, укрепление и развитие неправительственных СПИД-сервисных организаций; борьба с проявлениями стигматизации и дискриминации ВИЧ-ин­фицированных.

Местные власти обязаны обеспечить 100% охват новорожденных скринингом на пять на­следственных заболеваний**.**

9) Дополнительная диспансеризация населения:

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. N 860 «[О порядке предоставления в 2007 году из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/401.html)»;
* Приказ Федерального фонда ОМС от 01.02.2006 г. № 13 «Об ут­верждении порядка предоставления в 2006 году субсидий на до­полнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, ока­занной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования» и другие.

По утвержденным федеральным нормативным правовым докумен­там и проектам приказов Минздравсоцразвития РФ формируются четыре группы граждан, подлежащих дополнительной диспансе­ризации: работники бюджетной сферы; занятые на работах с вредными и (или) опасными производс­твенными факторами; остальное работающее население (+25% к тарифу из средств ФСС); неработающие пенсионеры (+25% к тарифу из средств ФФОМС).

Финансирование дополнительной диспансеризации разных групп осуществляется по различным «механизмам».

В задачи, стоящие перед муниципальными образованиями по дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы входит определение списочного состава работающих в бюджетной сфере совместно с руководителями учреждений.

10) Дополнительных медицинские осмотры работников, за­нятых на работах с вредными и (или) опасными производс­твенными факторами:

* Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 г. № 859 «[О порядке финансирования в 2007 году проведения углубленных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/402.html)» и т.д.

Результаты дополнительных медицинских осмотров передаются участковым врачам (врачам общей практики) по месту жительства гражданина, где определяется группа состояния здоровья. При наличии показаний гражданин направляется на дальней­шее лечение, включая высокотехнологичную медпомощь.

Задачи, стоящие перед муниципальными образованиями по дополнительной диспансеризации - совместно с руководителями предприятий определять числен­ность работающих, занятых на работах с вредными и (или) опасны­ми производственными факторами; принимать меры по активному направлению на дополнительные ме­дицинские осмотры.

11) Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью:

* Постановление Правительства от 05.05.2007г. №266 «[Об оказании в 2007 году высокотехнологичной медицинской помощи  гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета»;](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/405.html)
* Постановление Правительства от 20.03.2006 г. №139 «[О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/311.html)»…

Задачи, стоящие перед местными властями заключаются в осуществлении оперативного взаимодействия с региональными медучреждениями и Минздравом регионов по вопросам оказания ВМП.

12) Реализация информационной поддержки и уп­равления Проектом:

* Указ Президента РФ от 24.01.2006 г. № 24-рп «[О межведомственных рабочих группах при Совете Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов»;](http://www.mzsrrf.ru/rasp_president/296.html)
* Решение Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 октября 2005 г. (протокол № 3) «О задачах по ре­ализации приоритетного национального проекта в сфере здраво­охранения»;
* Приказ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ от 31.03.2006 г. № 226 «[О Конкурсной комиссии по размещению заказов на выполнение работ, оказание услуг по обеспечению управления, координации и мониторинга при реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения](http://www.mzsrrf.ru/prav_prikaz/207.html)»;
* Приказ Федерального агентства по здравоохранению и социаль­ному развитию РФ от 22.03.2006 г. № 187 «[О системе управления приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения](http://www.mzsrrf.ru/prav_prikaz/122.html)» и другие.

Мерыпо реализации: создание при органе региональной и муниципальной власти совета по реализации национальных проектов; разработка и утверждение плана мероприятий, сетевого графика и контрольных параметров мониторинга по реализации приоритет­ного национального проекта в сфере здравоохранения; организация системы мониторинга и контроля реализации при­оритетного национального проекта в сфере здравоохранения; обеспечение наглядной агитацией и информацией различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Задачи, стоящие перед местными властями: организовывать работу совета по реализации национальных проек­тов; разрабатывать и утверждать целевые региональные и муниципальные программы «Здоровье» и сетевой график по реализации ПНП в сфере здра­воохранения; принимать управленческие решения; обеспе­чивать своевременное представление отчетности; организовывать широкое информирование населения о реализации Проекта.

Таким образом, в заключение можно сделать следующие выводы:

* в настоящее время сформулирована достаточно полная нормативно-правовая база реализации НПН «Здоровье» на федеральном уровне;
* на основе федеральных документов должна быть разработана нормативно–правовая база реализации национального проекта «Здоровье» в регионах, муниципалитетах, включая разработку и утверждение местных целевых программ «Здоровье».

Рекомендаций Совета Федерации органам государственной власти субъектов Федерации в этой связи звучат следующим образом:

– в опережающем порядке принимать нормативно-правовые акты, необходимые для эффективной реализации ПНП «Здоровье»;

– принимать правовые акты, предусматривающие участие субъектов РФ в финансировании мероприятий, реализуемых в рамках Проекта.

Можно констатировать, что на настоящий момент полностью сформирована нормативно-правовая база, которая позволяет реализовывать намеченные мероприятия национального проекта.