Курсовая работа по дисциплине

Финансовая политика на тему:

«Финансовая политика в области здравоохранения».

Самара, 2010

Содержание.

Введение…………………………………………………………………………...3

I. Система здравоохранения РФ……………………………………………….....5

1.1 Структура здравоохранения………………………………………………….5

1.2 Министерство здравоохранения……………………………………………..6

1.3 Система организации медицинской помощи населению…………………..9

II. Основные мероприятия для осуществления концепции развития здравоохранения……………………………………………………………...….12

2.1. Главные цели, задачи и основные направления концепции развития здравоохранения……………………………………………………………...….12

2.2. Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи…………………………………………………………………….……..13

2.3. Укрепление системы здравоохранения……………………..…………….18

Заключение……………………………………………………………….……..24

Библиография …………………………………………………………………..26

Введение.

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития любой страны, одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.[[1]](#footnote-1)

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

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

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

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

Изменен механизм предоставления гражданам РФ высокотехнологичной медицинской помощи. Введены стандарты и рассчитаны нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичных видов помощи.[[2]](#footnote-2)

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

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

Все вышесказанное обосновывает актуальность выбранной темы. Эта тема жизненная, то есть касается каждого из нас. Проблема качества медицинской помощи приобрела особую значимость в последние годы в связи с социально-экономическими преобразованиями в стране, негативно отразившимися на состоянии здоровья населения. С каждым годом россиян становится почт на один миллион меньше. У государства значительно сократились возможности для бесплатной медицинской помощи населению.

Данная работа состоит из двух глав, введения и заключения.

В библиографии использованы: учебные пособия, постановления, федеральные законы, журналы, КонсультантПлюс, доклад о деятельности Министерства здравоохранения, национальный проект «Здоровья», «Здравоохранения» и т. д.

I. Система здравоохранения РФ.

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

Бюджетно-страховая система здравоохранения обеспечивается средствами государственного бюджета (федерального и регионального) и внебюджетными средствами медицинского страхования – обязательного государственного социального медицинского страхования (ОМС) и добровольного, частного медицинского страхования (ДМС).[[3]](#footnote-3)

1.1. Структура здравоохранения.

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

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

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

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

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

1.2. Министерство здравоохранения.

Сфера деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ определена Положением о Министерстве, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 года № 321, которое является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда, физической культуры, спорта, туризма и защиты прав потребителей.[[5]](#footnote-5)

Ключевые вопросы деятельности: здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и медицинской помощи, фармацевтическую деятельность; качество, эффективность и безопасность лекарственных средств; курортное дело; санитарно-эпидемиологическое благополучие; уровень жизни и доходов населения; оплата труда; пенсионное обеспечение; социальное страхование; условия и охрана труда; социальное партнерство и трудовые отношения; занятость населения и безработица; трудовая миграция; альтернативная гражданская служба; социальная защита; демографическая политика; физическая культура и спорт; туризм; защита прав потребителей.[[6]](#footnote-6)

Структурными подразделениями являются департаменты по основным направлениям деятельности Министерства: Федеральная служба по труду и занятости; Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития; Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Федеральное агентство по физической культуре, спорту и туризму; Федерального медико-биологического агентства; Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи.[[7]](#footnote-7)

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

- повышение материального уровня жизни населения;

- повышение уровня здоровья населения;

- обеспечение потребностей в социальном обслуживании и социальной поддержке;

- обеспечение продуктивной занятости и достойных условий труда;

- воспроизводство и развитие потенциала трудовых ресурсов.

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

Миссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ в свете реализации конституционных гарантий и прав граждан Российской Федерации на базе положений посланий Президента РФ заключается в содействии улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения.

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

- повышение уровня удовлетворения потребности в образовании;

- развитие научного потенциала;

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

- развитие потенциала международных связей.[[8]](#footnote-8)

1.3. Система организации медицинской помощи населению.

С первой половины ХХ века по настоящее время в России реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной.

В настоящее время медицинская помощь населению Российской Федерации оказывается в 9 620 учреждениях здравоохранения, в том числе в 5 285 больницах, 1 152 диспансерах, 2 350 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, 833 самостоятельных стоматологических поликлиниках.

Первичная медико-санитарная помощь - совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, обеспечивающих оздоровление, профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний, лечение и реабилитацию населения. Первичная медико-санитарная помощь представляет первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения, что диктует необходимость ее максимального приближения к месту жительства и работы людей. Основным принципом ее организации является территориально - участковый. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это связано с:

- неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку (номинально в крупных городах - 1800-2500 человек на 1 участок, фактически - до 4000 человек), что трансформирует функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения;

- расширенным объемом лечебной работы при острой патологии. Отсутствуют взаимодействие и преемственность в работе отдельных подразделений первичной медико-санитарной помощи, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом.

Несовершенства в работе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, в частности, отсутствие системы патронажа и неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией привели к тому, что скорая медицинская помощь является самым распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи населению страны, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена. Эффективному использованию возможностей СМП препятствуют следующие факторы:

1. Оказание своевременной медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности.

2. Значительные различия в финансовом обеспечении СМП приводят к отсутствию возможности создать единую электронную диспетчерскую службу и оснастить машины СМП системой спутниковой навигации, а также к ослаблению контроля за техническим состоянием поставляемого в эксплуатацию оборудования.

3. Существует недостаточная укомплектованность бригад СМП квалифицированными кадрами, в том числе специалистами, своевременно прошедшими переподготовку, из-за несовершенства системы подготовки кадров службы СМП как высшего, так и среднего звена. Обращает особое внимание факт сокращения количества специализированных бригад и отток опытных медицинских кадров.

4. Зачастую происходит нецелевое использование бригад СМП (для перевозки плановых больных).

Таким образом, низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания и патронажа, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. Внедрение стационарно-замещающих технологий в деятельность амбулаторно-поликлинической службы позволило с 2006 г. по 2007 г. увеличить число мест в дневных стационарах на 9% (с 187,7 тыс. в 2006 г. до 206,2 тыс. в 2007 г.), обеспеченность местами дневных стационаров - на 4,3% (с 13,9 до 14,5 на 10 тыс. населения соответственно) и уровень госпитализации в дневные стационары - на 5,5% (с 3,6 до 3,8 на 100 чел. населения соответственно; для сравнения: в 2003 г. - 2,6).[[9]](#footnote-9)

На сегодняшний день в стране отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации. Во многих случаях больной выписывается из стационара "под наблюдение участкового врача", что в реальности означает "под собственное наблюдение". На амбулаторно-поликлиническом уровне слабо развита патронажная служба, не разработана система "стационара на дому", часто не обеспечивается преемственность в лечении между стационаром и поликлиникой, больным не доступны реабилитационные мероприятия.

Таким образом, также не удовлетворяются имеющиеся потребности значительной части населения Российской Федерации в восстановительном лечении и реабилитации.[[10]](#footnote-10)

II. Основные мероприятия для осуществления концепции развития здравоохранения.

2.1. Главные цели, задачи и основные направления концепции развития здравоохранения.

Главная цель модернизации российского здравоохранения — повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе повышения эффективности использования ресурсов и возрождения профилактической направленности в здравоохранении.

Современная концепция модернизации системы здравоохранения предполагает системное направление усилий и ресурсов на финансово-экономическое и нормативно-правовое обеспечение процесса реструктуризации здравоохранения в целях повышения доступности и реализации гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью на основе приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, профилактики, укрепления службы охраны материнства, отцовства и детства, совершенствования подготовки и переподготовки специалистов в соответствии с потребностями отрасли, улучшения лекарственного обеспечения граждан, развития медицинской науки.

Все это преследует одну стратегическую цель — улучшение состояния здоровья населения страны.

Целями развития здравоохранения являются:

- прекращение к 2011 году убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;

- снижение общего коэффициента смертности до 10 (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);

- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20% по отношению к 2007 г.);

- снижение показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7% по отношению к 2007 г.);

- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения;

- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Задачами развития здравоохранения являются:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;

- переход на современную систему организации медицинской помощи;

- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;

- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;

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

- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;

- информатизация здравоохранения.[[11]](#footnote-11)

2.2. Финансовое обеспечение оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет:

1. федерального бюджета;

2. бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;

3. бюджетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Законом о государственных гарантиях предусматривается разграничение расходных обязательств между бюджетами бюджетной системы, в том числе бюджетами фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств ОМС в рамках Программы государственных гарантий гражданам Российской Федерации будет предоставляться бесплатно первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь. Кроме того, в финансовое обеспечение за счет средств ОМС поэтапно будут включены:

- скорая медицинская помощь, за исключением санитарной авиации;

- высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;

- лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях;

- бюджетные инвестиции.

Скорая медицинская помощь, за исключением санитарной авиации, будет поэтапно включена в систему ОМС при обязательном соблюдении условия - оказания и оплаты ее вне зависимости от наличия у пациента полиса ОМС и его места проживания. Включение инвестиций в тариф ОМС может быть осуществлено после проведения полной инвентаризации и паспортизации действующей сети учреждений здравоохранения, установления необходимого объема ресурсов на основе стандартизации.[[12]](#footnote-12)

В 2010 году доходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования от страховых взносов работодателей составят 495 млрд. рублей. Платежи субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения при применении указанного способа расчета в 2010 году должны будут составить 715 млрд. рублей. Внедрение принципа одноканального финансирования медицинской помощи через систему ОМС, а также конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должны сопровождаться созданием системы выравнивания финансовых условий реализации территориальных программ государственных гарантий в субъектах Российской Федерации в части базовых программ ОМС. Источниками финансового обеспечения выравнивания условий базовой программы ОМС являются трансферты из федерального бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС в части страхового взноса работодателей на обязательное медицинское страхование работающих граждан в размере 1,1% от фонда оплаты труда. Конкретизация государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи потребует внедрения системы финансирования учреждений здравоохранения в зависимости от целевых показателей

Оплата стационарной помощи производится в соответствии с едиными тарифами по конкретному заболеванию или диагностически связанной группе заболеваний.

Подразделения экстренной помощи и маршрутизации больных оплачиваются за каждый вызов (в части скорой медицинской помощи) и за каждого больного (в части служб маршрутизации и экстренного лечения и диагностики) по дифференцированным тарифам, в зависимости от сложности случая и в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Патронажно - реабилитационные службы оплачиваются либо в составе тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь в случае "домашнего стационара", либо по стоимости койко-дней, рассчитанных в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Система обязательного медицинского страхования будет включать в себя Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС. Федеральный фонд ОМС при этом будет выступать в качестве основного органа, аккумулирующего средства для выравнивания программ государственных гарантий в субъектах РФ. Территориальный фонд ОМС будет осуществлять реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования. Необходимо обеспечить установление единых требований к квалификационным характеристикам страховщиков, а также создание механизмов контроля за выполнением указанных требований.[[13]](#footnote-13)

Помимо государственного контроля, в качестве средства обеспечения эффективной деятельности целесообразно использовать механизм экономического стимулирования страховщиков по ряду показателей, отражающих эффективность использования ресурсов в системе оказания медицинской помощи (например, объемов профилактических мероприятий, числа вызовов скорой помощи, средней длительности лечения в стационарах, числа повторных госпитализаций и т.д.). Такое стимулирование должно осуществляться территориальным фондом ОМС.

В договорах территориального фонда ОМС со страховыми компаниями должны быть предусмотрены следующие функции:

- организация медицинской помощи застрахованным, например, помощь больному в переводе в другое учреждение в случае выявленной необходимости (в том числе, перевод на более высокий уровень оказания услуг);

- участие в разработке заказов-заданий ЛПУ с включением согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС (в виде согласованных объемов помощи и условий оплаты при отклонениях);

- управление объемами медицинской помощи - контроль за обоснованностью и сроками госпитализаций, поощрение структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи (развитие дневных стационаров, межрайонных центров оказания помощи и проч.); контроль за соблюдением установленной системы направлений пациентов;

- стимулирование лечебных учреждений к мероприятиям по обеспечению качества медицинской помощи, например, поощрение применения более эффективных медицинских технологий, стимулирование кооперации различных учреждений по лечению хронических заболеваний;

- осуществление (совместно с органом управления здравоохранением) мониторинга деятельности лечебных учреждений.

Для осуществления текущего и стратегического планирования ресурсов, увеличения доступности и повышения качества медицинской помощи, оказываемой гражданам России в рамках Программы государственных гарантий, должен быть внедрен единый страховой полис, который позволит:

- создать единый регистр застрахованных граждан по ОМС;

- исключить двойное страхование и двойное финансирование;

- проследить за финансовыми потоками в учреждения здравоохранения, как на территории субъекта РФ, так и за его пределами;

- упорядочить взаиморасчеты между субъектами Российской Федерации за медицинскую помощь, оказанную гражданам на территории страхования и за ее пределами.

Необходимо внедрять рыночные (конкурентные) механизмы, а именно:

- предоставить возможность выбора ЛПУ, когда это возможно, для граждан Российской Федерации через повышение информированности пациента о качестве работы ЛПУ и наличие единой государственной тарифной политики; при этом необходимо установить ограничения этого права через рекомендацию врача на госпитализацию и наличие перечня ЛПУ, в которые может свободно обратиться пациент в течение определенного периода;

- создать конкуренцию между ЛПУ по критерию качества там, где это возможно, например, в крупных городах; привлечь учреждения всех форм собственности к исполнению государственного заказа на конкурсной основе путем заключения контракта по установленным государственным тарифам;

- привязать финансирование ЛПУ и оплату труда медицинских работников к объемам и качеству оказанной медицинской помощи;

- расширить права и полномочия руководителей ЛПУ в сфере управления ЛПУ, поэтапно изменить организационно-правовые формы государственных и муниципальных ЛПУ (при этом важно определить перечень учреждений, которые будут находиться только на бюджетном финансировании).

Кроме того, конкретизация государственных гарантий бесплатной медицинской помощи по видам и условиям оказания помощи, вступление в силу стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а также введение системы лекарственного обеспечения граждан при амбулаторной помощи будет являться стимулом для развития добровольного медицинского страхования. Развитие добровольного медицинского страхования должно быть неразрывно связано с разграничением платных и бесплатных медицинских услуг в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, с целью недопущения ограничения доступности бесплатной медицинской помощи.[[14]](#footnote-14)

2.3. Укрепление системы здравоохранения.

Существующая в стране ситуация со здоровьем послужила основанием к разработке ряда федеральных программ, основанных на программно-целевом регламенте определения тех или иных приоритетных задач: «Сахарный диабет», «Борьба со СПИДом», «Дети России», «Здоровье», «Вакцинопрофилактика», «Здравоохранение», **«**Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» и др.[[15]](#footnote-15)

С 1 января 2006 года стартовал проект «Здоровье». Проект уже получил название «национального приоритетного проекта» и был разработан для реализации предложений Президента РФ Путина В.В. по совершенствованию медицинской помощи в Российской Федерации. Основная задача проекта – улучшение ситуации в здравоохранении и создание условий для его последующей модернизации.

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» можно выделить три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.[[16]](#footnote-16)

Основное внимание планируется уделить укреплению первичного медицинского звена (муниципальные поликлиники, участковые больницы) – увеличению зарплаты участковым врачам и медсестрам, оснащению этих медучреждений необходимым оборудованием, переобучению врачей общей практики, введению родовых сертификатов.[[17]](#footnote-17)

Развитие здравоохранения в Росси должны обеспечить национальный проект **«Здравоохранение»** и федеральная целевая программа **«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»**.

К основным направления приоритетного национального проекта «**Здравоохранение»** относятся:

1. развитие первичной медицинской помощи, которое предусматривает следующие мероприятия:

- подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;

- увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерским пунктов и «Скорой помощи»:

- укрепление материально-технической базы помощи, скорой медицинской помощи;

- профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ;

- 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;

2. обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью:

- увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- строительство новых центров высоких медицинских технологий, подготовка для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала.

К основным целям национального проекта в здравоохранении относятся:

- укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности;

- повышение доступности и качества медицинской помощи;

- укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе;

- развитие профилактической направленности здравоохранения;

- удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

Минздравсоцразвития России заключает соглашения между федеральным центром и регионами, в которых будут определены «встречные обязательства» территорий по уровню финансирования здравоохранения, обеспечению целевого использования выделяемых средств, взаимодействия при реализации данного проекта.

Основные ожидаемые результаты проекта:

- повышение престижа труда медицинских работников первичного звена здравоохранения. В участковую службу должны прийти молодые квалифицированные специалисты;

- первичная медицинская помощь станет более доступной и качественной;

- повысится квалификация участковых врачей (13848 переподготовленных специалистов за два года);

- амбулаторно-поликлинические учреждения будут оснащены необходимым диагностическим оборудованием, а значит, снизятся сроки ожидания диагностических исследований;

- будут поставлены в регионы 12120 новых машин «скорой помощи», вследствие чего повысится оперативность работы службы «Скорой помощи»;

- предполагается организовать дополнительную бесплатную иммунизацию населения;

- будет организовано массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания;

- благодаря строительству новых медицинских центров снизятся сроки ожидания, и повысится доступность дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, особенно для жителей удаленных районов.

В конце 2006 г. закончилось действие федеральной целевой программы **«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»**. В ее рамках реализовывались подпрограммы в следующих направлениях: «Сахарный диабет», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России», «Вакцинопрофилактика», «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации», «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти - ВИЧ/СПИД)», «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф».

Основной целью данной программы являлось снижение заболеваемости и смертности населения, стабилизация эпидемиологической ситуации, связанной с заболеваниями социального характера, на основе комплексного решения их профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

В рамках данной программы реализовывались следующие мероприятия:

- профилактика, диагностика, лечения заболеваний социального характера и повышение уровня готовности системы здравоохранения к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;

- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения;

- развитие отечественного производства лекарственных средств для лечения заболеваний социального характера;

- повышение профессиональной квалификации медицинских работников в области предупреждения и борьбы с заболеваниями социального характера и специалистов Всероссийской службы медицины катастроф.

Общая сумма затрат составила на реализацию программы 92086 млн. руб.

Внедрение данной программы должно привести к снижению заболеваемости населения рядом болезней (туберкулезом, сифилисом – в 6,3 раза, гонореей – в 3 раза, хламидиозом – на 10%, вирусным гепатитом В – в 2 раза и т. д.), снижению смертности населения Российской Федерации от заболеваний социального характера (туберкулеза, онкологических заболеваний и т. д.), увеличить продолжительность жизни больных с заболеваниями социального характера, сохранить здоровье населения в чрезвычайных ситуациях, увеличить объемы промышленного производства отечественных лекарственных средств.

В совокупности программы поддержки здравоохранения призваны стабилизировать демографическую ситуацию в стране за счет сокращения заболеваемости и сохранения здоровья.[[18]](#footnote-18)

Заключение.

Здоровье людей – это самый драгоценный и надежный капитал. Сохранение и укрепление здоровья граждан является основной стратегической целью. В сентябре 2005 года Президентом России в послании Федеральному Собранию Российской Федерации были определены приоритетные направления развития страны на ближайшую перспективу, среди них и развитие здравоохранения. Подготовленный Министерством здравоохранения и социального развития России приоритетный национальный проект «Здоровье» был утвержден 21 декабря 2005 года.

В национальном проекте «Здоровье» выделены три направления:

1. Развитие первичной медико-санитарной помощи.

2. Усиление профилактической направленности здравоохранения (формирование у значительной части населения культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению, а также проведение углубленной диспансеризации, массовых и доступных противоэпидемических мероприятий).

3. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Появились и первые результаты проектной работы. Так, достигнутые показатели в реализации нацпроекта "Здоровье" можно рассматривать в качестве первых - пусть маленьких, но все-таки побед, измеряемых тысячами жизней наших соотечественников. Сокращение смертности и увеличение рождаемости, достигнутое в 2006 году и впервые месяцы этого года, - очевидное свидетельство правильности наших усилий.[[19]](#footnote-19)

Были намечены основные цели работы в среднесрочной перспективе на 2006–2008 годы:

1. Повышение благосостояния населения, снижение уровня бедности, дифференциации денежных доходов.

2. Повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение лекарственного обеспечения, в первую очередь, льготных категорий граждан.

3. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

4. Улучшение положения семей с детьми и создание социально-благоприятных условий для детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

5. Повышение эффективности системы социальной защиты, в первую очередь пожилых людей.

6. Содействие продуктивной занятости и обеспечения граждан в сфере труда.

Особое внимание было уделено проблеме модернизации здравоохранения – разработке комплекса мероприятий для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи, мер по улучшению лекарственного обеспечения граждан, совершенствованию программ оказания бесплатной медицинской помощи, дальнейшему развитию профилактической направленности здравоохранения, а также инвестиционного проекта по созданию высокотехнологических медицинских центров.[[20]](#footnote-20)

Библиография.

1. Послание президента РФ Дмитрия Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации 2010
2. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о министерстве здравоохранения и социального развития РФ» от 30.06.04. - №321.
3. Федерального закона от 06.10.03. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»
4. Бойко Ю.П. Гражданское общество, здоровье человека и здравоохранение / Ю.П. Бойко, М.Е. Путин // Народонаселение. – 2007. – №1. – С. 10–17.
5. Вялков А.И. О задачах Минздрава России по развитию здравоохранения РФ на среднесрочную перспективу / А.И. Вялков // Здравоохранение России: Федеральный справочник. - М.: Родина ПРО, 2003.
6. Глазьев С. Ю. Бюджет – 2007: все тот же социально-экономический смысл /С. Ю. Глазьев // Российский экономический журнал. – 2006. - №9-10. – с.3-27.
7. Григорьев К.И. Организация здравоохранения в России. Аналитический обзор / К.И. Григорьев, В.В. Пилюгин. – М.: Медицина и здравоохранение, 2005. - 35 с.
8. Григорьева Н.С. Что было..., что есть..., что будет (некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения Российской Федерации) / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2003. - №1.
9. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // Здравоохранение. – 2003. – №12.
10. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года // Приоритеты Министерства. – 2007. - №9.
11. КонсультантПлюс
12. Мырынюк А. Н. Национальные проекты в России: проблемы и перспективы: монография / А. Н. Мырынюк. – М.: Маросейка, 2007. – 206 с.
13. Национальный проект «Здоровья» в России и Ульяновской области: тема номера // Действующие лица. – 2007 - №4.
14. Об основных показателях развития здравоохранения и социально-трудовой сферы в январе-сентябре 2007 года / Мониторинг ситуации в сфере здравоохранения и социального развития // Аналитическая информация. – 2007. - №10.
15. Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в РФ // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2006.- №9.
16. Тарасов Ю.И. – «Перспективы развития обязательного медицинского страхования» – Экономика здравоохранения - №3 – 2004г. – стр.18-21
17. Финансовая политика России: учеб. пособие / под ред. Р. А. Набиева, Г. А. Тактарова, Р. К. Арыкбаева.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Финансы и статистика, 2008.- 400 с.: ил.
18. Шелехов С. Ю. Российское здравоохранение: к чему приведут преобразования / С. Ю. Шелехов // ЭХО. – 2007. - №4. – с. 29-39.
19. [www.zdravo2020.ru](http://www.zdravo2020.ru)

1. КонсультантПлюс [↑](#footnote-ref-1)
2. Национальный проект «Здоровья» в России и Ульяновской области: тема номера // Действующие лица. – 2007 - №4. [↑](#footnote-ref-2)
3. Григорьев К.И. Организация здравоохранения в России. Аналитический обзор / К.И. Григорьев, В.В. Пилюгин. – М.: Медицина и здравоохранение, 2005. - 35 с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // Здравоохранение. – 2003. – №12. [↑](#footnote-ref-4)
5. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения о министерстве здравоохранения и социального развития РФ» от 30.06.04. - №321. [↑](#footnote-ref-5)
6. Григорьева Н.С. Что было..., что есть..., что будет (некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения Российской Федерации) / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2003. - №1. [↑](#footnote-ref-6)
7. Вялков А.И. О задачах Минздрава России по развитию здравоохранения РФ на среднесрочную перспективу / А.И. Вялков // Здравоохранение России: Федеральный справочник. - М.: Родина ПРО, 2003. [↑](#footnote-ref-7)
8. # Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года // Приоритеты Министерства. – 2007. - №9.

   [↑](#footnote-ref-8)
9. Шелехов С. Ю. Российское здравоохранение: к чему приведут преобразования / С. Ю. Шелехов // ЭХО. – 2007. - №4. – с. 29-39. [↑](#footnote-ref-9)
10. Глазьев С. Ю. Бюджет – 2007: все тот же социально-экономический смысл /С. Ю. Глазьев // Российский экономический журнал. – 2006. - №9-10. – с.3-27. [↑](#footnote-ref-10)
11. [www.zdravo2020.ru](http://www.zdravo2020.ru) [↑](#footnote-ref-11)
12. Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в РФ // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2006.- №9. [↑](#footnote-ref-12)
13. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года // Приоритеты Министерства. – 2007. - №9. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ю.И. Тарасов – « Перспективы развития обязательного медицинского страхования» – Экономика здравоохранения - №3 – 2004г. – стр.18-21. [↑](#footnote-ref-14)
15. Об основных показателях развития здравоохранения и социально-трудовой сферы в январе-сентябре 2007 года / Мониторинг ситуации в сфере здравоохранения и социального развития // Аналитическая информация. – 2007. - №10. [↑](#footnote-ref-15)
16. Национальный проект «Здоровья» в России и Ульяновской области: тема номера // Действующие лица. – 2007 - №4. [↑](#footnote-ref-16)
17. Мырынюк А. Н. Национальные проекты в России: проблемы и перспективы: монография / А. Н. Мырынюк. – М.: Маросейка, 2007. – 206 с. [↑](#footnote-ref-17)
18. Финансовая политика России: учеб. пособие / под ред. Р. А. Набиева, Г. А. Тактарова, Р. К. Арыкбаева.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Финансы и статистика, 2008.- 400 с.: ил. [↑](#footnote-ref-18)
19. Послание президента РФ Дмитрия Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации 2010 [↑](#footnote-ref-19)
20. Бойко Ю.П. Гражданское общество, здоровье человека и здравоохранение / Ю.П. Бойко, М.Е. Путин // Народонаселение. – 2007. – №1. – С. 10–17. [↑](#footnote-ref-20)