**СОДЕРЖАНИЕ**

[Введение 3](#_Toc255994642)

[ГЛАВА I. Теоретические основы здравоохранения 8](#_Toc255994643)

[1.1. История развития системы здравоохранения России 8](#_Toc255994644)

[1.2. Финансовые основы здравоохранения 21](#_Toc255994645)

[1.3. Медицинское страхование как раздел общественного здравоохранения 30](#_Toc255994646)

[ГЛАВА II. Основные направления развития здравоохранения в России 42](#_Toc255994647)

[2.1. Современное состояние здравоохранения в России 42](#_Toc255994648)

[2.2. Система лекарственного обеспечения населения России 51](#_Toc255994649)

[2.3. Региональные особенности состояния здоровья населения и организации системы здравоохранения (на примере Ставропольского края) 61](#_Toc255994650)

[Глава III. Роль диспансеризации населения в совершенствовании системы здравоохранения (на примере Ставропольского края) 68](#_Toc255994651)

[3.1. Общая характеристика состояния здоровья населения 68](#_Toc255994652)

[3.2. Реализация программы всеобщей диспансеризации в Ставропольском крае 82](#_Toc255994653)

[3.3. Система мероприятий, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения 94](#_Toc255994654)

[Заключение 98](#_Toc255994655)

[Список использованной литературы 104](#_Toc255994656)

# Введение

**Актуальность темы**. Понятие «здравоохранение» входит в понятие «медицина» как ее социальная, организационная, нормативная функция. Здравоохранение, таким образом, должно квалифицироваться как общественная, социальная функция медицины и всего общества, государства. Оно – деятельность общества, его представителей, его учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных, филантропических и др.), в том числе медицинских, по охране здоровья.

Большая медицинская энциклопедия дает определение медицины как системы научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека[[1]](#footnote-1), следовательно, ее история «восходит к самым ранним стадиям существования человека», начинается с первыми попытками человека избавиться от недуга, излечить рану, травму и т.п. Однако здравоохранение – это социальная функция общества и медицины по охране и укреплению здоровья.

Реализация государственной политики в сфере управления здравоохранением в регионах, разделение предметов ведения, полномочий и ответственности между органами власти различных уровне в данной сфере актуализируются настолько, насколько общество приближается к переходу конституционных деклараций в жесткую систему минимальных социальных обязательств, насколько региональные и местные власти в состоянии самостоятельно ресурсно обеспечить переданные им социальные обязательства, насколько значимой остается социальная сфера в политической борьбе. Прогноз развития этих тенденций очевиден, и в этой связи дальнейшая актуализация данной проблемы рассматривается более чем вероятной.

На фоне низких показателей продолжительности жизни, снижении рождаемости и недостаточном качестве медицинских услуг реформа здравоохранения является своевременной и остро необходимой.

Во многих странах население неудовлетворено своим здравоохранением. И, что естественно, в этих странах делаются попытки свою медицину реформировать. Что при этом примечательно - тратит ли страна на здравоохранение 14% валового национального продукта или менее 1%, проблемы их схожи - как использовать имеющиеся средства наиболее эффективно.

Что же касается непосредственно реформ, то тут можно выделить два направления: первое - от свободы рынка медицинских услуг к большей плановости и нормируемости; второе, характерное для постсоциалистических стран - от планово-командной централизованной системы к внедрению элементов рыночного регулирования.

Реформа здравоохранения в области управления качеством должна позволить проводить оценку медицинской помощи на основе ее промежуточных и конечных результатов, и оплачивать медицинскую помощь за ее качество в соответствии с этой оценкой. Если результат станет главным критерием оценки качества, то для всей системы и для каждого врача главной целью деятельности становится не объем услуг, не строгое соблюдение стандартов процесса, а положительные изменения состояния здоровья пациента.

Для всех составляющих устанавливаются стандарты, так как оценку и контроль возможно проводить только путем сравнения со стандартом. К настоящему моменту мы имеем необходимую законодательную базу, структуру, людские и материальные ресурсы, чтобы разработать на федеральном уровне необходимые стандарты.

**Степень разработанности данной проблемы**. Вопросу организации системы здравоохранения в последние годы уделяется пристальное внимание со стороны ученых, политиков и практиков. Так, профессор Ю.П. Алексеев в своей работе проводит сравнительный анализ методов и форм реализации социальной политики государства в Российской Федерации, в том числе и в управлении здравоохранением[[2]](#footnote-2). Специфика и уникальность теоретической и прикладной базы данной проблемы исследования предполагает необходимость междисциплинарного подхода, обусловленного изучением многочисленных научных трудов в политологии, юриспруденции, философии, экономики, общей теории управления, социологии и других областях научного знания.

Существенным вкладом в изучение всего спектра проблем реализации государственной политики в области здравоохранения в регионах являются исследования таких ученых и общественных деятелей А.И. Вялков, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко[[3]](#footnote-3), И. Мачульская, А.М. Михеев, Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина[[4]](#footnote-4) и др.

Отмечая накопленный опыт в научном исследовании рассматриваемой проблемы, необходимо отметить недостаточную изученность вопросов, связанных с принципами разграничения предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ, между субъектом Федерации и органами местного самоуправления в вопросах реализации социальной политики государства. Управление здравоохранением, реализация комплекса мероприятий, направленных на улучшение здоровья нации - все это элементы социальной политики государства.

**Цель работы** – рассмотреть приоритетные направления реформирования системы здравоохранения в современной России и ее регионах (на примере Ставропольского края).

Данная цель определила постановку следующих **задач исследования**:

* рассмотреть теоретические основы системы здравоохранения;
* уточнить историю развития системы здравоохранения в России;
* выявить финансовые основы здравоохранения;
* рассмотреть медицинское страхование как раздел общественного здравоохранения;
* обозначить приоритетные направления реформирования системы здравоохранения в современной России;
* рассмотреть региональные особенности организации системы здравоохранения (на примере Ставропольского края);
* определить систему мероприятий, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения.

**Объектом** исследования является система здравоохранения в России.

**Предметом исследования** – отношения, возникающие в ходе реформирования системы здравоохранения.

**Источниковой базой** написания работы послужили Конституция РФ, Федеральные Законы РФ, Указы Президента и Постановления Правительства РФ в области социальной политики и здравоохранения, нормативные документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Законы Ставропольского края, Постановления Правительства Ставропольского края и другие нормативные документы и материалы, действующие в области регулирования проблем социальной защиты и здравоохранения, а также положения, выводы и практические указания, содержащиеся в выступлениях официальных государственных лиц по рассматриваемым вопросам.

**Методологической и теоретической базой исследования**послужили концепции и теоретические положения отечественных и зарубежных ученых по кругу изучаемых проблем, законы Российской Федерации и нормативно-правовые акты органов исполнительной власти. В работе использовались концептуальные положения системного подхода и системного анализа.

Работа имеет следующую **структуру**: введение, три главы, заключение, список использованной литературы.

# ГЛАВА I. Теоретические основы здравоохранения

## 1.1. История развития системы здравоохранения России

Всем известно, что в нынешнее время у нас действует еще советская модель здравоохранения. Анализ советской системы здравоохранения я начну с того, что проведенная (1978) в Алма-Ате международная конференция ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи подтвердила преимущества советской системы здравоохранения. Генеральный директор ВОЗ д-р X. Малер, отмечая успехи СССР в создании всеобъемлющей системы здравоохранения, сказал, что много полезных уроков можно извлечь из процесса эволюции первичной медико-санитарной помощи и ее роли в системе здравоохранения Советского Союза; немаловажный из этих уроков - увязывание развития здравоохранения с целями социального развития. На конференции было убедительно доказано, что успехи в сохранении здоровья населения СССР достигнуты благодаря полному взаимодействию органов здравоохранения со всеми областями социальной жизни и экономики страны. Успешное проведение Алма-Атинской конференции расширило понятие о первичной медико-санитарной помощи и привело к переориентации мировых представлений и существующих подходов в этом направлении. Алма-Атинская декларация легла в основу деятельности ВОЗ в области оказания медико-санитарной помощи населению мира.[[5]](#footnote-5)

Ни у кого не вызывает сомнений, что это заявление генерального директора ВОЗ было объективным, и сделано без какого либо политического давления или подкупа. Фактически это было признание миром преимущества на тот момент советской модели первичной медико-санитарной помощи. Как известно, модель советского здравоохранения была рассчитана Н.А. Семашко в период с 1918 по 1947 год и оказалась эффективной в самые трудные годы государства. Анализируя эффективность системы здравоохранения СССР в разные периоды его существования ради справедливости надо заметить, что именно в сталинское время советская модель была наиболее рациональной – на минимум вложений давала больший эффект. В отличие от последующих периодов, когда масса средств шла на бездумное наращивание чиновничьих мускулов, в то время когда реально существовала техническая возможность автоматизации врачебного делопроизводства и процесса управления.

Рациональность модели Н.А. Семашко обуславливалась тем, что, как И.В. Сталин, так и Н.А. Семашко были хорошо знакомы как с рыночной экономикой, так и с особенностями многопрофильного приема в условиях земского врача. К тому же в тот период значительная часть населения была дисциплинирована и воспитана в рыночных отношениях, в которых оно жило при царском режиме. Поэтому мероприятия по всеохватывающей государственной плановой организации медицинской помощи и централизации информационных потоков имели наилучший эффект, так как они проводились рациональней за счет того, что высшее руководство и само население умело, и было заинтересованно трудиться с максимальной эффективностью. Соответственно объективней анализировалась ситуация, принимались адекватные решения и самое главное - все поставленные задачи были успешно решены, что в значительной мере обеспечивалось несгибаемой линией государства.

Основными достижениями тех лет были:

1. Максимальная доступность медицинской помощи.

2. Максимальная бесплатность.

3. Квалифицированность, т.е. максимальная гарантия правильного диагноза и лечения.

В свою очередь это достигалось внедрением следующих принципов:

- профилактическим направлением здравоохранения,

- участковым и диспансерным методом медицинского обслуживания населения,

- особой системой социального страхования в СССР,

- максимально доступным высшим медицинским образованием,

- особой организацией научной работы,

- государственной санитарной организацией.

Задачи в области охраны здоровья трудящихся, изложенные в программе ВКП(б), принятой в 1919 г. на VIII съезде партии, предусматривают решительное проведение широких санитарных мероприятий и обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи.[[6]](#footnote-6)

Это и определяло задачи медицинской деятельности в СССР, а именно - объединение лечебного и профилактического направления работы. Но советская медицина не ставила вопрос об объединении этих направлений формально. Вся советская организация здравоохранения построена на синтезе обеих сторон деятельности. В советской системе здравоохранения нет разрыва между лечением и профилактикой, который существует в капиталистических странах. Там органы санитарного надзора проводят весьма ограниченную «профилактику» и то в интересах господствующих классов, а частнопрактикующий врач и частные платные лечебные заведения занимаются лечением. У нас и профилактическая (санитарная, противоэпидемическая) организация, и лечебная (лечебные учреждения) совместно работают над предупреждением распространения заболеваний среди населения. Диспансерный метод - могучий проводник профилактики лечебных учреждений. Не формально, а по существу больницы, амбулатории, поликлиники называются у нас лечебно-профилактическими учреждениями.

Мало того, в советском государстве в основу здравоохранения положена именно профилактика. В программе коммунистической партии четко сказано: «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП полагает, прежде всего (подчеркнуто мною - Н. С.) проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний». Капиталист классово заинтересован лишь в том, чтобы подлечить выбывшего из строя по болезни рабочего (если он ему нужен), чтобы потом вновь ввергнуть его в круговорот эксплуатации. Советская власть, власть трудящихся заботится о коренном оздоровлении населения. Профилактику, т. е. мероприятия по укреплению здоровья населения, проводят не только органы здравоохранения, но и другие органы советской власти и советская общественность; наше законодательство о труде построено на максимальной охране труда рабочего, работницы, подростка от вредных условий работ. ...труд из зазорного и тяжелого бремени, каким он считался раньше, превратился у нас «в дело чести, в дело славы, в дело доблести и геройства».[[7]](#footnote-7)  Наши законы направлены на создание нормальных здоровых условий для такого труда.

Таким образом, профилактику надо понимать не узко как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко, как заботу советского государства об укреплении здоровья советского народа. И это обстоятельство играло и играет основную роль в тех достижениях, которые имела советская медицина за 30 лет своей работы, и в успехе противоэпидемической борьбы в годы Великой Отечественной войны.

Нормальное устройство земской медицины должно предшествовать и содействовать санитарному изучению губернии. Каждая лечебница, открывая двери для врачебной помощи, является в то же время первой статистической инстанцией… для наблюдения за санитарными условиями жизни»

Таким образом, участковый принцип, впервые примененный  в нашей стране земской медициной еще в дореволюционное время, должен был получить международную апробацию. Заслуга применения этого принципа на практике принадлежит нашей стране. Следует, однако, оговорить, что широкому осуществлению участкового обслуживания населения в земский период препятствовали и еще долго существовавшая платность медицинской помощи, и сопротивление, которое оказывалось во многих местах руководителями земств.

Подлинное осуществление принципа участкового обслуживания сельского населения оказалось возможным только в условиях советской действительности.

Советское здравоохранение получило возможность не только формально продолжить это здоровое по своей идее начало, но и развить его на новых принципиальных основах и в таких масштабах, и столь глубоко, как об этом, конечно, и не могли думать даже самые передовые земские врачи. Прежде всего, в это дело было внесено плановое начало: в земское время господа положения - земцы (в подавляющем большинстве дворяне) насаждали участки, руководясь не платном обслуживания сельского населения, а соображениями побочного характера: близостью к усадьбе влиятельного помещика, наличием свободной (обычно негодной для земледелия) земли и т. д. Советское здравоохранение строило и строит участковую сельскую медицину, руководясь плановым началом: общедоступностью помощи населению, лучшим обслуживанием ведущих сельскохозяйственных и промышленных предприятий в данной местности, санитарно-эпидемическими соображениями, рельефом местности, занятием жителей и т. д. Так строилась и строится участковая сеть.

Советское здравоохранение строит на этом принципе обслуживание не только сельского, но и городского населения. Городская амбулатория, поликлиника, больница работают также по участковому принципу. Это дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней и т. д. Участковый врач делается, таким образом, «домашним» врачом, другом семьи. Знание своего участка и жителей его дает возможность лучше распознать и лечить болезни. Участковый принцип целиком оправдывает себя и в городской деятельности.[[8]](#footnote-8)

Применение участкового принципа нашло особо совершенную и законченную форму в системе советских диспансеров. Учреждения, называемые диспансерами, существуют во многих капиталистических странах, но содержание работы этих учреждений в корне, принципиально отличается от содержания советских диспансеров.

Советский диспансер: 1) обеспечивает наиболее своевременную и совершенную постановку диагноза и высококвалифицированную лечебную помощь специалистами, 2) организует общественность для борьбы с заболеванием, 3) проводит мероприятия по оздоровлению труда и быта населения, 4) ведет широкую санитарно-просветительную работу, 5) обеспечивает пользование подсобными учреждениями (диетстоловыми, ночными и дневными санаториями, детскими площадками) и, наконец, 6) организует дальнейшее лечение больного (в больнице, санатории, на курорте), если таковое необходимо.

Диспансеры работают активными методами: они не довольствуются лечением обращающихся к ним больных, - они выявляют больных, принимают меры к лечению начальных стадий заболеваний, например, к ликвидации очагов туберкулеза. Патронажная работа диспансеров, т.е. систематическое наблюдение за больными, приносит огромную пользу. Ибо нет сомнения, что чем раньше выявлено заболевание, тем больше шансов на его быстрое излечение.

Таким образом, в советском диспансере находит свое развернутое выражение синтез профилактической и лечебной деятельности. Изучая труд и быт населения своего района, причины и условия возникновения тех или иных заболеваний, диспансер принимает меры к предупреждению распространения заболеваний, к оздоровлению условий труда и быта населения. Оказывая квалифицированную лечебную помощь, связываясь с другими лечебно-профилактическими учреждениями, диспансер успешно ликвидирует заболеваемость, т. е. выполняет лечебно-профилактические функции.

Социальное страхование и медицина в Советском союзе имели ряд принципиально важных особенностей:

1) все работающие по найму, рабочие и служащие, как в городских, так и в сельских местностях подлежат государственному социальному страхованию;

2) государственное социальное страхование проводится за счет государства, - сами застрахованные свободны от каких бы то ни было взносов в фонды социального страхования;

3) страховые органы работают на началах самоуправления; с 1933 г. дело социального страхования передано профсоюзам, никто никакого давления на них не производит, никто не вмешивается в их деятельность.[[9]](#footnote-9)

Столь же различны и другие стороны организации социального страхования: сроки выплаты пособий, размер пособий и т д. Таким образом, социальное страхование в СССР построено на началах, принципиально отличных от построения его в капиталистических странах.

Социальное страхование в жизни трудящихся имеет огромное значение: за счет фондов государственного социального страхования в СССР не только выдаются пособия по болезни и пострадавшим от несчастных случаев, пособия по старости и нетрудоспособности, пособия матерям, но и оказывается помощь в удовлетворении других чрезвычайно важных потребностей трудящихся - значительные средства идут на санатории и дома отдыха, на жилищное строительство, на обслуживание детского населения (устройство пионерских лагерей), на лечебно-профилактическую помощь застрахованным и т. д. Бюджет государственного социального страхования в 1946 г. достигал огромной суммы в 7,3 млрд. рублей.[[10]](#footnote-10)

Государственная организация всей система здравоохранения в СССР определила и постановку высшего медицинского образования в СССР.

И в этом деле имеется громадное принципиальное различие в постановке дела в зарубежных капиталистических странах и в СССР; и в этом деле советская медицина сказала свое новое слово.

Разница эта не только количественная, но, главное, - качественная.

В СССР вместо 13 медицинских факультетов, существовавших в 1913 г. в царской России, имелось в 1946 г. 72 высших медицинских учебных заведения. Количество обучающихся в них студентов достигает колоссальной цифры - 116 000 (вместо 8 500 студентов в 1913 г.). Таков количественный масштаб работы. Число врачей в СССР в 1940 г. равнялось 130,4 тыс. По пятилетнему послевоенному плану в 1950 г. оно должно достигнуть 223,9 тыс. человек.

Этот количественный объем объясняется, прежде всего, тем, что в СССР в отличие от зарубежных стран высшее медицинское образование общедоступно: успевающие студенты обеспечиваются стипендиями, иногородние - общежитиями, студенты пользуются специально организованными для них столовыми, библиотеками. Все это делает высшее медицинское образование доступным широким слоям населения. Двери вузов широко открыты детям трудящихся.

В СССР в отличие, например, от США нет вузов «первой категории» - для богатых, могущих платить высокую плату за учение, и «второй категории» - для малосостоятельных.

В СССР все вузы полноценны, все одинаково обеспечены всем необходимым для преподавательской и научно-исследовательской деятельности.

Сеть вузов в СССР распределяется так, чтобы удовлетворять своими врачами-выпускниками также отдаленные области и национальные республики. В национальных вузах особое внимание обращается на подготовку кадров из коренного населения. Национальная политика находит свое применение и в подготовке медицинских кадров, и в обеспечении ими учреждений здравоохранения.

С самого основания советского здравоохранения советская власть позаботилась о том, чтобы медицинская наука освещала пути советского здравоохранения. Одновременно с созданием Наркомздрава был создан при нем Ученый медицинский совет из виднейших представителей медицинской науки.

Широкая масса научных работников с воодушевлением приступила к развертыванию научной работы. Расширявшаяся медицинская практика предъявляла все новые и новые требования к науке. Появились новые отрасли практической и научной деятельности (например, курортное дело, борьба с туберкулезом и т. д.), о которых раньше не знали.

 Начался бурный рост научных учреждений. В настоящее время нет ни одной отрасли медицины, как лечебной, так и профилактической, которая не возглавлялась бы научным учреждением (а чаще несколькими научными учреждениями). Больше того, наука глубоко проникла в практическую работу лечебно-санитарных учреждений и органов здравоохранения. В редкой более или менее крупной больнице, поликлинике, диспансере, санитарно-эпидемиологической станции не ведется научная работа, часто на высоте кандидатских и докторских диссертаций. В органах здравоохранения работают научные консультанты по различным вопросам практической деятельности (по родовспоможению, по терапии, хирургии, борьбе с раком, с туберкулезом и т. д.).[[11]](#footnote-11)

Таким образом, советская медицинская наука глубоко проникает в советскую медицинскую практику, прочно связана с ней.

Но дело не только в количественном росте научных учреждений и научной работы, а и в «высоте научного потенциала», как выразился президент Академии наук СССР С. И. Вавилов.

Единое плановое начало проявляется в СССР не только в лечебном, но и в санитарно-эпидемическом деле. Весь санитарный надзор целиком сосредоточен в руках государственной санитарной организации санитарно-противоэпидемической службы. Органы санитарного надзора в СССР следят за соблюдением санитарных норм и правил труда и быта населения, за осуществлением санитарных правил на предприятиях и в учреждениях, в школах, в строительстве и благоустройстве населенных мест, мест питания населения, в борьбе с заболеваниями, особенно заразными, и т. д. Для выполнения этих разнообразных и важных задач органы санитарного надзора наделены особыми правами: их распоряжения обязательны к исполнению. Чтобы сделать их «оком государства», независимым от местных влияний, санитарная организация в структурном отношении построена иначе, чем лечебная организация. Последняя целиком и полностью подчинена местным органам. Здравотделы в области лечебной деятельности подчинены целиком местным советским органам. Вышестоящие органы здравоохранения осуществляют лишь общий контроль и руководство в области лечебной профилактической работы.

В санитарной деятельности дело обстоит иначе: местные санитарные органы непосредственно подчинены вышестоящим санитарным органам. Местные органы власти не имеют права отменять их решения, соответствующие установленному законодательству. Они могут лишь обжаловать его постановление (если находят его неправильным) вышестоящим санитарным органам.

В СССР построена стройная система государственной санитарной организации, которая по существу сводится к следующим основным видам санитарного надзора: коммунальному, пищевому, промышленному и школьному. Противоэпидемические мероприятия планируются санитарной организацией.

Таковы вкратце теоретические основы советской медицины.

Жизнь, практика являются лучшими критериями правильности различных построений, идей, принципов, учений.

Жизнь сурово проверила правильность принципов построения советского здравоохранения.

В тяжелые годы гражданской войны, блокады нашей страны империалистами, голода, разрухи, эпидемий советское здравоохранение выдерживало испытание: эпидемии были побеждены, санитарное благополучие населения быстро восстанавливалось.

У советской системы здравоохранения были не только положительные, но и отрицательные стороны.

С начала 70-х годов в советской медицине шло постепенное снижение выделяемых бюджетных средств, которое к концу 80-х не превышало 40 % от потребности, в то время как в высокоразвитых странах Запада такие расходы увеличивались. Значительное число больниц нуждалось в капитальном ремонте, оборудование физически и морально было изношено. Низкая заработная плата медицинских работников не обеспечивала должной мотивации к труду. Укоренилась практика теневой оплаты пациентами услуг высокопрофессиональных врачей в виде различных подарков и подношений. В случае больничного лечения пациенты сами были вынуждены “доставать” дефицитные препараты.[[12]](#footnote-12)

Итак, на первый взгляд дело было только в объеме финансирования. Достаточно было его удвоить — и задача “догнать и перегнать” была бы выполнена. Но на самом деле любое удвоение означает качественные изменения системы. Дело не в том, сколько денег выделить, а как их система освоит.

Какие же мероприятия должны были бы стоять за этим увеличением финансирования? Что надо было финансировать?

Первое. Переоснащение клиник. Необходимы были существенные капитальные вложения, как в строительство новых больниц (здесь нужен был не очень большой прирост), так и в техническое их переоснащение (а вот тут надо было денег заметно поболее), плюс инвестиции в развитие отечественной медико-технической индустрии в рамках конверсии ВПК.

Второе. Увеличение численности среднего и низшего медперсонала минимум на 40%.

Третье. Формирование системы независимого контроля за действиями врачей, разработка современной системы отчетности, введение системы специального общественного контроля за конфликтами по поводу лечебной деятельности.

Четвертое. Введение небольшой платы за обращение к врачу и за вызов его на дом. Эта плата не должна была бы покрывать стоимость услуги, но зато она бы дисциплинировала при обращении к врачу - попусту к нему бы не шли, а при серьезных подозрениях или плохом самочувствии эта плата бы казалась незначительной. Для болезненных людей и пенсионеров вопрос компенсации этих расходов можно было бы решать в индивидуальном порядке. Это повлекло бы снижение числа обращений к врачу до европейского уровня.

Пятое. Существенное увеличение требований к медицинскому персоналу следовало бы компенсировать увеличением реальной зарплаты хотя бы на 50%. Уместно напомнить, что зарплата врача тогда составляла 180 руб. (340 - 540 долл. При курсе 1,9 - 3,4), среднего медперсонала — 120 руб. (228 - 360 долл.), младшего медперсонала — 80 руб. (152 - 240 долл.), то есть в 5 раз выше нынешнего. Кроме того, было распространено занимать 1,5 ставки. Рост этой зарплаты на 50% поднял бы ее относительно других слоев населения на уровень, соответствующий статусу медработника в желающем иметь хорошее медобслуживание обществе.

Шестое. Поскольку "система Семашко" была ориентирована на массовое лечение и профилактику, необходимо было бы параллельно с ней допустить создание частной VIP-медицины, и вообще, создать условия свободной конкуренции для врачей, желающих иметь частную практику. Скорее всего, последняя расцвела бы только в столицах, где живет много лиц с западной ментальностью, а в глубинке существовала бы как экзотика. Но конкуренция необходима.[[13]](#footnote-13)

Эти простые меры не были приняты ни советским руководством, ни сегодняшними украинскими чиновниками от медицины. Вместо этого был взят другой курс - разрушить советскую медицину и заменить ее западной.

Слава Богу, пока и этого сделать не смогли. Зато путем сокращения ее финансирования в пять раз удалось добиться деградации советской медицины, но убить ее не удалось. Хотя пропорционально сократился и стоимостный объем предоставляемых ею услуг, но почти пятикратный уровень экономической ее эффективности, по сравнению с западной, странным образом сохранился.

Идеи необходимости реформы отечественного здравоохранения были высказаны в конце 80-х годов, однако до сих пор реальных реформ нет.

Существует, по сути, возможность выбора двух направлений развития.

Первое направление заключается в постепенном и поэтапном реформировании сложившейся системы с сохранением всего лучшего опыта и устранении слабых сторон.

Вторым направлением является полное разрушение “до основания” советской системы и строительство новой, основанной на децентрализации здравоохранения, введении ОМС и "института семейного врача".

С настойчивостью, достойной лучшего применения, нынешние псевдореформаторы поддерживают, почему-то, именно вторую модель.

Первой на "реформы" здравоохранения решилась Россия. Основной идеей уничтожения прежней "нерыночной системы здравоохранения" (системы Семашко) было убеждение "реформаторов" в том, что только "рыночные" механизмы способны повысить качество и эффективность здравоохранения, и, что только личные средства граждан способны решить проблему недофинансирования отрасли.

## 1.2. Финансовые основы здравоохранения

До внедрения в здравоохранение механизма медицинского страхования су­ществовал следующий порядок планирования расходов на здравоохранение, который частично приме­няется и в настоящее время:

1. составление индивидуальных и общих смет медицинских учреждений;
2. составление сводных смет расходов на здравоохранение к проекту террито­риального бюджета;
3. разработка расчетных показателей Министерством финан­сов республики, областным (краевым) финансовым управлением.

Планирование расходов на каждом уровне бюджетной систе­мы имело свои особенности в расчетах показателей, систем нормирования расходов на теку­щее содержание.

Составление индивидуальной сметы медицинского учреждения на­чиналось с расчета оперативно-сетевых показателей среднегодового количества коек, ко­личества койко-дней, среднегодового числа должностей медицинского и адми­нистративно-хозяйственного пер­сонала, количества поликлинических посеще­ний и других по­казателей, характеризующих объем работы каждого подразде­ления.

Использовались следующие показатели планирования расхо­дов на здраво­охранение:

1. по амбулаторно-поликлинической помощи - число вра­чебных посещений в поликлинике, консультации и помощь на дому, приходящиеся на од­ного жителя в год (примерно 12 по­сещений в год);
2. по стационарной помощи: количество - койко-мест, занятость больнич­ной койки в году.

Контроль за эффективностью использования выделенных бюджетных ассиг­нований осуществлялся в ходе ревизий и тема­тических проверок финансовыми органами территориальных и местных органов самоуправления, отделениями контрольно-ревизионного управления и счетными палатами регионов.

 Проверке подлежали: правильность расчета плановых пока­зателей деятель­ности учреждений здравоохранения, их соответ­ствие фактическим объемам вы­полненных работ, оказанных ме­дицинских услуг, целесообразность использова­ния выделенных бюджетных ресурсов.

Таким образом, чем выше показатель использования боль­ничных коек, тем выше показатель оборачиваемости коек и тем меньше средств необходимо выде­лить из бюджета на содержание коечного фонда, развертывания новой сети коек, строительства новых стационаров (меньше текущие и капитальные затраты на здравоохранение в бюджетах всех уровней).[[14]](#footnote-14)

В основе расчета расходов на содержание стационара - показатель сред­негодового количества коек, который в зависимости от сроков развертыва­ния новых коек определяется по формуле:

***К = К +***,

где ***К *** -среднегодовое количество коек; ***К *** - количество коек на начало года; ***К *** - количество коек на конец года; ***n*** - число месяцев функционирования вновь развернутых коек.

Общие расходы на здравоохранение в проекте бюджета рай­она опреде­ляются следующим образом.

1. Определяется величина фонда заработной платы по боль­ницам и ста­ционарам района. В зависимости от среднегодового количества коек и средней заработной платы на одну койку в год, определяемой от­дельно по диспансерам, находящимся в го­родах и рабочих поселках и в сельской местности:

***ФЗП= К ЗП ***,

где ***ФЗП *** -годовой фонд заработной платы;

 ***ЗП *** -средняя заработная плата на одну койку в год.

1. Определяются расходы на медикаменты, а также расходы на канцелярские и хозяйственные расходы.

Итоговая сумма расходов на медикаменты состоит из суммы расходов на медикаменты и расходов на бесплатную и льготную выдачу медикаментов по больницам, находящимся в городской и сельской местности:

***Р=NK ***,

где ***Р *** -расходы на медикаменты в стационарах; ***N *** -норма расходов на медикаменты; ***K *** -количество койко-дней;

***С= Р+ Р***,

где ***С *** -общая сумма расходов на медикаменты; ***Р*** - расходы на медикаменты в стационарах; ***Р*** - расходы на бесплатную (льготную) выдачу медикаментов.

 Аналогично определяется сумма канцелярских и хозяйствен­ных расхо­дов:

***С= К  N ***,

где ***С *** - сумма канцелярских и хозяйственных расходов;

 ***N *** - норма расходов на одну койку в год.

1. Определяется норма расходов на питание на одну койку в год:

***N =Ч N***,

где***N ***-норма расходов на питание на одну койку в год;***Ч*-**число дней функци­онирования койки в год;***N***-норма расходов на питание на одну койку в день.

Сумма расходов на питание определяется по формуле:

***С***= ***N  К ***,

где ***С *** - сумма расходов на питание; ***N *** - норма расходов на питание на одну койку в год; ***К *** - среднегодовое количество коек.

1. Определяется количество койко-дней по больницам и диспан­серам в горо­дах и сельской местности по формуле:

***К = Ч К ***,

где ***К ***-количество койко-дней;***Ч ***- число дней функционирования койки в год; ***К *** - среднегодовое количество коек.

1. Расходы на мягкий инвентарь определяются по формуле:

***P = P + P ***,

где ***P *** - расходы на мягкий инвентарь; ***P *** - расходы на дооборудование новых коек; ***P *** - расходы на оборудование прежних коек.

При этом используется расчет прироста коек, который обес­печивается по формуле:

***П =К -К ***

где ***П *** - прирост коек за год; ***К *** - количество коек на конец года; ***К *** - количество коек на начало года,

1. Расходы на дооборудование новых коек определяется так:

***P = П  P ***,

где ***P *** - расходы на дооборудование новых коек,

 ***P *** - норма расходов на дооборудование одной новой койки.

1. Далее определяется свод расходов проекта бюджета района по больницам и диспансерам городов, рабочих поселков, сельской местности:

***С=ФЗП+Н +С+ С+ С+ С*** ,

где ***С*** - сумма расходов по проекту бюджета района по больницам и диспансерам;

***ФЗП*** - фонд заработной платы (ФЗП) медицинских работников административно-хозяйственного персонала; ***Н*** - начисления на ФЗП (в 1999 г. они составили 38,5% отФЗП); ***С*** - общая сумма расходов на медикаменты; ***С*** - сумма канцелярских и хозяйственных расходов; ***С*** - сумма расходов на питание; ***С*** - сумма расходов на мягкий инвентарь.[[15]](#footnote-15)

Статьи расходов.

 1) Заработная плата (ст. 1) занимает особое место, так как со­ставляет 60% за­трат на содержание медицинского учреждения. В настоящее время она уста­навливается в соответствии с Единой тарифной сеткой по оплате труда работ­ников бюджетной сферы.

 2) Начисления на зарплату (ст. 2) в размере 39—40% направ­ляются во вне­бюджетные фонды.

 3) Административно-хозяйственные расходы (ст. 3) включают широкий пере­чень затрат по обслуживанию лечебного процесса.

 4) Командировочные расходы (ст. 4) определяются в соответ­ствии с дейст­вующими нормами.

 5) В стационарах большое внимание уделяется расходам на питание больных (ст. 9), определяемым умножением норм затрат на количество койко-дней, пла­нируемых в каждом отделении.

 6) В таком же порядке осуществляется планирование расходов на приобрете­ние медикаментов и перевязочных средств (ст. 10). С целью контроля за стоимо­стью медицинских услуг в расчет цен принимаются наиболее дешевые медика­менты.

 7) Расходы на приобретение медицинского оборудования и расходы на при­обретение мягкого инвентаря (ст. 12 и ст. 14) планируются в пределах выде­ленных ассигнований и по диффе­ренцированным нормам в зависимости от профиля отделений.

 8) Затраты на капитальный ремонт зданий (ст. 16) медицин­ских учреждений определяются на основе финансово-сметных расчетов в пределах выделяемых бюджетных ассигнований. Про­чие расходы (оплата летных часов санитарной авиации, организация и проведение культурно-массовых мероприятий среди больных и др.) планируются на уровне прошлых лет с учетом экономии.

К **бюджетным ассигнованиям** медицинские учреждения вправе привле­кать средства, полученные в ходе оказания плат­ных медицинских услуг, в том числе по договорам доброволь­ного медицинского страхования.

Итог сметы - свод затрат по всем статьям расходов.

При составлении сметы медицинского учреждения исполь­зуются материалы экономического анализа исполнения смет за предшествующие один-три года. Выводы по материалам анализа позволяют уточнить размеры отдельных расхо­дов, некоторые расчетные нормы, выявить динамику показателей и установить влияние различных факторов на отклонения по статьям сметы расходов. При условии инфляционного роста размер показате­лей может корректироваться на коэффициент инфляционных ожиданий по согласованию с вышестоящими орга­нами управле­ния здравоохранением.

Важнейшие модели (методы) финансирования медицинских уч­реждений.

1. цена конкретной медицинской услуги при бюджетно-страховой модели, определяемая на базе сметы расходов;
2. оплата средней стоимости пролеченного больного (в це­лом по стацио­нару или в среднем по отделению);
3. оплата одного законченного случая лечения на основе клинико-статисти­ческих групп или медико-экономических стандартов;
4. среднедушевой норматив финансирования на работающее и неработающее население.

Может применяться и комбинация этих методов. При этом конкретный выбор модели финансирования осуществляется ме­стным органом исполнительной вла­сти.

До 1993 г. в процессе сводного бюджетного планирования рас­ходов на здраво­охранение применялись среднегодовые показате­ли по сети, штатам и континген­там по видам учреждений, сред­ней ставке заработной платы на одну должность, средние рас­четные нормы по статьям затрат на текущее содержание.[[16]](#footnote-16)

Сводное планирование основано на анализе предыдущего периода и осуще­ствляется в два этапа:

1) расчеты к проекту бюджета субъекта Федерации, области, края;

2) разработка расчетных показателей по здравоохранению для бюджетов районов, городов областного, краевого подчинения и определение объема расходов для учреж­дений, состоящих на областном (краевом) бюджете и нижестоящих бюджетов и учреж­дений.

Расчетные показатели сообщались финансовым отделам районов (городов), анализи­ровались, уточнялись в областных (краевых) финансовых управлениях. С учетом этих корректировок составлялся бюджет города (района) по расходам на здравоохранение. В таком же порядке районные (городские) финансовые отделы разрабатывали расчетные показатели по здравоохранению по бюджетам городов районного подчинения и т. д.

В регионах сейчас действует большое количество форм взаиморасчетов, которые реализуют рассмотренные методы.

Главная проблема состоит не в правильности определения цены конкретного меди­цинского случая, а в порождении механизмов, которые ориентировали медицинские учреждения на проявление инициатив, полезных для расширения перечня и качества медицинских услуг.

Страховые отношения в здравоохранении.

В условиях перехода к рыночной экономике существуют две крупные проблемы:

1) определение границы, расширяющей финансовую ответственность территориаль­ных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) и территориальных бюд­жетов;

2) определение степени эффективности деятельности медицинских учреждений и выработка стимулов повышения качества обслуживания.

Для сохранения устоявшихся классификаций расходной час­ти бюджетной системы на здравоохранение можно использовать унифицированный подход. Предельное значе­ние финансовой ответственности может определяться следующим образом:

* в пределах параграфов 203 раздела бюджетов субъектов Федерации, краев, областей происходит финансирование медицинских учреждений;
* по медицинским учреждениям, имеющим совместное финансирование из бюд­жета и территориального фонда, Фонд берет на себя финансирование статей 1, 2*,* 9, 10, 14, а остальная часть финансируется из бюджета;
* по тем медицинским учреждениям, в которых не удается провести границу указан­ным способом, она может уста­навливаться в долях отдельных статей сметы медицин­ского учреждения.

Исходя из реальных финансовых возможностей регионов, определяются конкретные размеры по взаимному согласованию между фондом ОМС, бюджетом и др.

В условиях рыночной экономики финансовые ресурсы явля­ются основным и един­ственным средством реального управле­ния, поэтому система страховых отношений в медицине включа­ет взаимодействие бюджета и территориальных фондов в про­цессе аккумуляции и управление финансовыми средствами меж­ду медицинскими учрежде­ниями.

Такая система страховых отношений решает следующие задачи:

* планирование бюджета здравоохранения региона;
* проведение организационной работы по исполнению те­кущего бюджета;
* аккумулирование платежей ОМС и ведение страховых полисов.

В рамках планирования бюджета здравоохранения региона определяются:

* структура существующей и перспективной систем здраво­охранения;
* бюджеты медицинских учреждений, финансирование ко­торых в целом или посте­пенно закрепляется за бюджетом;
* стоимость лечебно-диагностических процедур, входящих в целевую программу обя­зательного медицинского об­служивания для лечебных учреждений и бюд­жеты неле­чебных учреждений, финансирование которых осуществ­ляется фон­дом.

Далее заключается бюджетное соглашение между управлением здравоохра­нения и территориальным фондом по объемам и статьям финансирования ре­гиональной системы здравоохране­ния на основе региональных программ ОМС и разрабатываются бюджеты всех медицинских учреждений региона.

При переходе на финансирование по подушевому нормативу, широко при­меняемому в мире по принципу «pay-as-go» («деньги следуют за пациентом») исходя из финансовых возможностей территориального бюджета определяются размер ассигнований на душу неработающего населения (студентов, детей, пенсионе­ров и т. д.) и общий размер ассигнований по региону.

Эти средства дополняются платежами хозяйствующих субъ­ектов на ОМС и составляют финансовую базу здравоохранения региона.

Таким образом, медицинское учреждение в условиях рыноч­ной экономики финансируется из *нескольких источников*:

1. бюджетные ассигнования на неработающее население;
2. финансирование целевых государственных программ;
3. средства обязательного медицинского страхования (платежей, хозяйствующих субъектов);
4. платные услуги по договорам добровольного медицин­ского страхова­ния (ДМС);[[17]](#footnote-17)

## 1.3. Медицинское страхование как раздел общественного здравоохранения

Фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) представляют собой централизованные источники финансовых ресурсов для целей медицинского страхования как формы социальной защиты населения. ФОМС обеспечивают аккумулирование денежных средств на обязательное медицинское страхование, обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования. Целимедицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и проводить профилактические мероприятия.

 Медицинское страхование осуществляется в двух видах:

* обязательное - является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования;
* добровольное - осуществляется на основе программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и других услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

 Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным*:* первое осуществляется в соответствии с социальными программами развития предприятий и является дополнительным к обязательному государственному страхованию, второе осуществляется отдельными гражданами.

 В качестве субъектов медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

 Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения - исполнительные органы власти субъектов РФ, местная администрация; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают граждане или предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховые медицинские организации - юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие соответствующую лицензию. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.[[18]](#footnote-18)

 Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск,связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

 Медицинское страхование проводится путем заключения договора между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством.

 Договор медицинского страхования представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией (страховщиком), в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема и качества или других услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса.

 Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис*.* Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного лица.

 В целом источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

1. средства бюджетов всех уровней;
2. средства государственных и общественных организаций,
предприятий;
3. личные средства граждан;
4. безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;
5. доходы от ценных бумаг;
6. кредиты банков и других кредиторов;
7. другие источники.

 Из перечисленных выше средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования. Финансовые ресурсы государственной, муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации единой политики в области охраны здоровья населения. Они направляются на финансирование мероприятий по разработке и реализации целевых программ, обеспечение профессиональной подготовки кадров, финансирование научных исследований, развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения, субсидирование конкретных территорий в целях выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию, оплату особо дорогостоящих видов медицинской помощи, финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях, оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и для других целей в области охраны здоровья населения.

 Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование.

 Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) обеспечивает обязательное медицинское страхование граждан. Он является государственным некоммерческим учреждением.

 Основные задачи ФФОМС:

1. Финансовое обеспечение установленных законодательством прав граждан на медицинскую помощь;
2. обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
3. аккумулирование финансовых средств для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

 Финансовые средства ФФОМС являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

 Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2001 г. по доходам утвержден в сумме 2 690,0 млн. руб., по расходам - в сумме 2 680,0 млн. руб. с превышением доходов над расходами в сумме 10,0 млн. руб.[[19]](#footnote-19)

 *Источниками формирования доходов бюджета* ФФОМС являются: часть единого социального налога; часть единого налога на вмененный доход; возврат ранее размещенных временно свободных финансовых средств; прочие доходы.

 Расходуются средства бюджета ФФОМС на *следующие цели* : выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая нормированный страховой запас; выполнение целевых программ оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; компьютеризация системы обязательного медицинского страхования; мероприятия по подготовке и переподготовке специалистов для системы обязательного медицинского страхования; научные исследования в области обязательного медицинского страхования; содержание ФФОМС и т.д.

 Временно свободные финансовые средства ФФОМС размещаются в банковских депозитах и могут использоваться для приобретения высоколиквидных государственных ценных бумаг. Доходы от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса ФФОМС направляются на выравнивание деятельности его территориальных отделений и реализацию принятых программ.

 Фонд ежегодно разрабатывает бюджет и отчет о его исполнении, которые по представлению Правительства РФ утверждаются федеральным законом.

 Управление ФФОМС осуществляется коллегиальным органом - правлением и постоянно действующим исполнительным органом - директором.

 Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами на финансирование государственной, муниципальной систем здравоохранения, не облагаются налогами. Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования освобождаются от уплаты налогов по доходам от основной деятельности.

 Страховые медицинские организации (страховщики) не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций, но могут владеть их акциями. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не может превышать 10% общего пакета акций страховой медицинской организации.

 Все медицинские учреждения подлежат обязательному лицензированию и аккредитации.

 Договор на предоставление медицинских услуг - это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования.

 Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления и профессиональными медицинскими ассоциациями (устанавливаются таким образом, чтобы обеспечить рентабельность медицинских учреждений), а при добровольном - по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются законодательными и исполнительными органами власти субъектов РФ. Финансовые средства и имущество всех фондов обязательного медицинского страхования находятся в федеральной собственности. Порядок формирования фондов и средств целевого назначения является единым для всех территориальных фондов, включая их филиалы.

 Финансовые средства территориального фонда обязательного медицинского страхования подразделяются на две основные группы:

1. фонды и резервы, обеспечивающие функционирование системы обязательного медицинского страхования, в том числе фонд финансовых средств обязательного медицинского страхования, направляемых на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормированный страховой запас;
2. фонды и средства целевого назначения, формируемые за счет средств, направляемых на содержание исполнительной дирекции территориального фонда обязательного медицинского страхования.[[20]](#footnote-20)

 Доходы бюджетов территориальных ФОМС формируются за счет следующих источников:

1. части единого социального;
2. страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего нетрудоспособного населения региона, подлежащие перечислению в Фонд из регионального бюджета;
3. прочих поступлений.

 Расходы бюджета территориального ФОМС включают:

1. финансирование региональных программ обязательного медицинского страхования;
2. формирование нормированного страхового запаса;
3. финансирование целевых программ по видам помощи, входящим в программу обязательного медицинского страхования;
4. содержание Фонда и его филиалов;
5. финансирование отдельных мероприятий по здравоохранению;
6. приобретение медицинского оборудования для лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования;
7. прочие расходы.

 Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и его филиалы финансируют страховые медицинские организации на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования. Оно осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, о которых мы будем говорить далее.

Важное значение для развития системы медицинского страхования имеет *Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью*, которая финансируется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Она включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

 Программа разрабатывается исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования, и пересматривается ежегодно.

 Органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов РФ.

Гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета предоставляется медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Минздравом России, а за счет бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований - скорая медицинская помощь, оказываемая станциями скорой медицинской помощи; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах.

 За счет средств бюджетов всех уровней осуществляется диспансерное наблюдение здоровых детей, льготное лекарственное обеспечение и протезирование, а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, больницами, центрами и др.

 Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека. Они формируются органами исполнительной власти субъектов РФ по определенным ими показателям стоимости медицинской помощи в разрезе ее видов.

Дальнейшее реформирование систем обязательного страхования нацелено на решение двух важнейших задач: повышение качества жизни населения путем предоставления всего спектра необходимых социальных услуг; достаточное финансовое обеспечение социальной сферы.

 Для повышения эффективности использования бюджетных и страховых средств предлагается объединить федеральный фонд обязательного медицинского страхования и фонд социального страхования в федеральный фонд медико-социального страхования. При этом необходимо решить следующие проблемы:

1. обеспечить контроль за выплатой пособий по временной нетрудоспособности на основании сведений о характере заболеваний и оказанной лечебной помощи, поступающих в систему обязательного медицинского страхования;
2. согласовать между собой предоставление лечебных и санаторно-курортных услуг путем частичной передачи специализированным санаторно-курортным организациям лечебно-оздоровительных функций по отдельным видам заболеваний;
3. снизить административные издержки.
4. В результате объединения федерального фонда обязательного медицинского страхования и фонда социального страхования в федеральный фонд медико-социального страхования региональные отделения фонда социального страхования предусматривается преобразовать в региональные отделения федерального фонда медико-социального страхования.

 Подавляющая часть государственных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, должна поступать в медицинское учреждение из одного источника - системы обязательного медицинского страхования. Бюджетные средства, используемые в настоящее время для оплаты медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, должны направляться исключительно в фонды обязательного медицинского страхования в качестве платежей на страхование неработающего населения.

Поэтапно в программу обязательного медицинского страхования следует включить страхование лекарственного обеспечения и проведение профилактики заболеваний. В перспективе объектом обязательного медицинского страхования должны стать не случаи заболевания застрахованных, а состояние их здоровья.

 Предполагается осуществить постепенный переход от оплаты фактических объемов медицинской помощи к оплате планируемых объемов медицинской помощи, определяемых на основе заказа медицинским организациям. Размещение этого заказа должно осуществляться страховщиком на основе показателей программы государственных гарантий и согласованного с лечебно-профилактическим учреждением плана предоставления медицинской помощи застрахованным лицам.[[21]](#footnote-21)

Должны быть повышены государственные требования к деятельности страховщиков и контроль их исполнения с тем, чтобы исключить возможности получать доходы за счет перетекания денег от фондов обязательного медицинского страхования медицинским учреждениям.

 Федеральный фонд медико-социального страхования совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования должен осуществлять мониторинг деятельности страховщиков на предмет выполнения лицензионных требований. При таких условиях активность страховщиков будет содействовать процессу реструктуризации здравоохранения, повышению эффективности использования средств обязательного медицинского страхования.

 Одним из направлений развития системы организаций здравоохранения является преобразование государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений в некоммерческие организации, имеющие разных соучредителей, а также передача имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности, в доверительное управление некоммерческим медицинским организациям.

 Предполагается ввести регулирование объемов бесплатной медицинской помощи и порядка предоставления платной медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях. Для решения этой задачи необходимо ввести в действие механизм финансово-обеспеченных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи для каждого государственного и муниципального учреждения. Последние имеют право оказывать услуги и самостоятельно определять объём этих услуг, но при условии выполнения финансово-обеспеченного заказа на оказание бесплатной помощи.

Завершая данную главу хочется отметить, что в прошлом отечественного здравоохранения было гораздо больше светлых и достойных страниц, чем это принято считать в настоящем. Рассмотрению современного состояния здравоохранения будет посвящена следующая глава.

# ГЛАВА II. Основные направления развития здравоохранения в России

## 2.1. Современное состояние здравоохранения в России

Обсуждение концепций проведения реформ в сферах здравоохранения и образования ведется в нашей стране начиная с 1997 года. Задачи реформирования здравоохранения и образования формулировались в целом ряде программных документов правительства, а в 2004 году были названы в качестве приоритетных направлений государственной политики в президентском послании. Но продолжающиеся дискуссии о содержании необходимых преобразований свидетельствуют, что в обществе существуют значительные расхождения в представлениях не только о конкретных механизмах, сроках и последовательности реализации реформ, но и о содержании и приоритетах тех проблем, ради которых следует затевать реформы. При этом отраслевые группы специальных интересов всячески стараются подчеркнуть специфику своих отраслей и использовать ее в качестве аргумента против проведения серьезных преобразований.

При всех специфических отличиях друг от друга здравоохранения и образования, современная ситуация в этих отраслях характеризуется наличием ряда ключевых проблем, имеющих общую природу. К числу этих проблем относятся:

* замещение государственного финансирования частным при формальном сохранении прежних гарантий бесплатного предоставления соответствующих социальных услуг;
* значительное неравенство в доступности социальных услуг для населения;
* низкая эффективность отраслевых систем, и отсутствие у ее субъектов стимулов к росту эффективности использования ресурсов;

Замещение государственного финансирования частным при формальном сохранении прежних гарантий.Вполне очевидно, что, с одной стороны, существует разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи и образования и их финансовым обеспечением, а с другой стороны, наблюдается значительный рост участия населения в оплате социальных услуг. И этот процесс происходит при молчаливом согласии со стороны государства без пересмотра декларированных гарантий.

Рисунок 1 Расходы населения на здравоохранение, млрд.руб. в ценах 2004 г. Источник: расчеты по данным Росстата.[[22]](#footnote-22)

На рис. 1 показана динамика расходов населения на лекарственные средства и на платные медицинские услуги. Очевидно, что нагрузка по финансированию здравоохранения перераспределяется в сторону населения. В таблице 1 представлены данные разных социологических исследований о доле пациентов, плативших за получение медицинской помощи. Полученные оценки колеблются, но в целом можно сделать вывод, что за лечение платят примерно от четверти до трети пациентов, получающих амбулаторно-поликлиническую помощь, около половины пациентов стационаров, более двух третей населения, обращающегося за стоматологическими услугами.

Таблица 1.

Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи, в %[[23]](#footnote-23)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название исследования или организации | Место и год проведения | Размер выборки | Амбулаторно-поликлиническая помощь | Диагностические исследования | Стоматологическая помощь | Стационарная помощь |
| Институт социальных исследований (Москва) и Бостонский университет | Общероссийская выборка, 2005 | 3000Домохозяйств | 30 | - | - | 71 |
| ИСЭПН РАН  | Таганрог, 2006 |   | 22 | - | - | 60 |
| Кемеровский государственный университет | Кемерово, 2007 |   | 18-38 | 45 | 84 | 51 |
| ВЦИОМ | Общероссийская выборка, 2007 | 1600 человек | 4-20 | 44 | 80 | 34-37 |
| Фонд «Российское здравоохранение» | Новгородская область, 2007 | 1061 человек | 24 | - | 59 | 46 |
| Фонд «ИНДЕМ» | Общероссийская выборка, 1999-2007 | 2017 человек | 34 | - | - | - |
| РМЭЗ, 2007 | Общероссийская выборка, 2007(9 раунд) | 4006 домохозяйств | 10 | 21 | - | 15 |
| Центр экономико-социальных исследований | 6 регионов, 2005-2007 | 562 человека | 41 | 36 | - | 48 |
| ОАО «РОСНО» | Москва, Санкт-Петербург, Саратов, 2007  | 10000 человек | 81 | - | - | - |
| Независимый институт социальной политики | 2 региона, 2002 | 3299домохозяйств  | 30 | - | 65 | 53 |
| НОБУС | Общероссийская выборка, 2007 | 44500 домохозяйств | 12 | - | - | 35 |

Следующая ключевая проблема – это значительное неравенство в доступности социальных услуг. Имеет место высокая региональная дифференциация размеров государственного финансирования социальных услуг в расчете на одного жителя. Применительно к расходам бюджетов субъектов РФ на здравоохранение разница между максимальным и минимальным значениями составляет 15 раз, а применительно к расходам на общее образование – 13 раз[[24]](#footnote-24).

Эти различия, в свою очередь, обусловливают различия в распространенности практик оплаты получаемой медицинской помощи. Так, данные исследования Независимого института социальной политики, проведенного в 2007 г. в двух регионах, различающихся по уровню государственного финансирования здравоохранения, свидетельствуют, что доля домохозяйств, которые платят за медицинскую помощь, существенно выше в регионе, где здравоохранение финансируется хуже (регион А на рис. 6).

Рисунок 2.

Доля домохозяйств, плативших за разные виды медицинской помощи, в числе домохозяйств, обращавшихся за ними, в регионе с уровнем государственного финансирования здравоохранения ниже (А) и выше (В) среднероссийского, 2007 г., %

Анализ данных проведенного в 2007 г. масштабного исследования социальных расходов домохозяйств России – НОБУС подтверждает наличие вполне определенной тенденции: чем меньше размеры финансирования  здравоохранение из регионального бюджета, тем больше доля пациентов, которые прибегают к оплате стационарной медицинской помощи (см. рис. 3).

Таким образом, имеется неравенство между жителями разных регионов в доступности гарантированной бесплатной медицинской помощи. Серьезные отличия в ее доступности существуют и внутри регионов между жителями областных центров, городов, сельской местности (см. рис. 4). Финансовая необеспеченность государственных гарантий больнее всего бьет по низкодоходным группам населения: доля расходов на лечение в их семейных бюджетах намного выше, чем у групп с большими доходами (см. рис. 5), хотя в абсолютном выражении они, разумеется, платят меньше.

Рисунок 3.

Распространенность практик оплаты стационарной помощи в субъектах РФ в 2006 г. в зависимости от уровня государственного финансирования здравоохранения.[[25]](#footnote-25)

Рисунок 4.

Доля домохозяйств, плативших за стационарную помощь, среди обращавшихся за ней, проживающих в разных типах населенных пунктов в одном из субъектов РФ, 2007 г., % [[26]](#footnote-26)

Рисунок 5.

Доля расходов на медицинскую помощь в доходах домохозяйств в одном из субъектов РФ в 2007 г. , в %, по квинтильным группам[[27]](#footnote-27)

Рисунок 6.

Показатели систем здравоохранения, 2007 г.[[28]](#footnote-28)

Существующие механизмы бюджетного финансирования социальных отраслей унаследованы нами от прошлой эпохи, когда бюджетные ассигнования выступали главным и зачастую единственным источником средств медицинских и образовательных учреждений. Сейчас экономические условия их деятельности совершенно иные. Тем не менее сохраняется порядок планирования размеров бюджетных ассигнований на социальные отрасли в зависимости от мощностных характеристик их учреждений (число коек, число учащихся и т.п.) и утверждения детальных смет их доходов и расходов. Все это воспроизводит сложившийся затратный тип хозяйствования. При этом прослеживается четкая тенденция превращения механизмов бюджетного финансирования учреждений, призванных предоставлять бесплатные социальные услуги населению, в механизмы субсидирования предпринимательской деятельности этих учреждений.

 Определенные особенности механизмов государственного финансирования есть, разумеется, и в здравоохранении, и в образовании. Прежде всего это относится к здравоохранению, где сочетаются бюджетное финансирование и система обязательного медицинского страхования (ОМС). Реформа начала 90-х годов по введению ОМС была не завершена, и сложившаяся бюджетно-страховая система финансирования оказалась эклектичной и неэффективной. Сложилась двойственность каналов государственного финансирования одной и той же деятельности медицинских учреждений (см. рис. 7). Они одновременно финансируются из соответствующих бюджетов, и из системы ОМС, причем по разным принципам. От 20 до 30% доходов муниципальных учреждений здравоохранения составляют бюджетные ассигнования, выделяемые по смете на их содержание; от 60 до 70% - средства ОМС, которые выделяются за определенные результирующие показатели работы учреждений (число врачебных посещений, койко-дней, пролеченных больных и т.п.), но покрывают лишь часть статей расходов. Несмотря на высокую долю ОМС в доходах муниципальных учреждений, существующее сочетание этих механизмов финансирования не стимулирует учреждения ни к каким телодвижениям в пользу повышения эффективности использования ресурсов.

 Препятствием к росту эффективности выступает существующая организационно-правовая форма учреждения. Она универсально используется для организаций бюджетной сфере с очень разными экономическими условиями деятельности (ср. рис. 7 и 8) и во многих случаях неоправданно ограничивает их хозяйственную самостоятельность. Для значительной части бюджетных учреждений имеет место несоответствия между объемом прав, которыми они располагают, и требованиями к их эффективной деятельности. Это относится к учреждениям, доходы которых формируются как оплата из бюджетных и внебюджетных источников оказываемых ими услуг. Таковыми являются учреждения здравоохранения, участвующие в системе ОМС и получающие из нее средства в соответствии с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, учреждения профессионального образования и учреждения культуры и искусства, доходы которых в существенной мере формируются за счет внебюджетных поступлений, и др. Избыточные ограничения деятельности таких учреждений оборачиваются ослаблением мотивации к адекватному учету запросов непосредственных потребителей их услуг и эффективному использованию своего ресурсного потенциала. Поэтому существует реальная необходимость иметь в государственном секторе не только административно контролируемые бюджетные учреждения, но и государственные некоммерческие организации, законодательно наделенные правами самостоятельного хозяйствования.

Рисунок 7.

Структура доходов учреждений здравоохранения– муниципальный уровень, 2007 [[29]](#footnote-29)

Рисунок 8.

Структура доходов учреждений здравоохранения– региональный уровень, 2007[[30]](#footnote-30)

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать вывод, что плановая советская система здравоохранения (система Семашко) имела огромные преимущества перед сегодняшней и что разрушение планового здравоохранения привело к ухудшению положения. При проведении реформ в медицинской сфере следует обратить внимание на многие факторы из прошлого и адаптировать их к современности.

Одной из важных составных частей системы здравоохранения является система обеспечения населения лекарственными средствами, о деятельности этой системы и пойдет речь в следующей главе.

## 2.2. Система лекарственного обеспечения населения России

Оказание медицинской помощи как амбулаторно-поликлиническим , так и стационарным больным, проведение различного рода профилактических мероприятий возможно в основном благодаря применению высокоэффективных лекарственных средств и наличию хорошо организованной системы лекарственного обеспечения.

Производством лекарственных препаратов и других изделий медицинского назначения в нашей стране занимаются около 450 производителей лекарственных средств, 80 % которых негосударственной формы собственности.

В Российской Федерации обеспечением населения и учреждений здравоохранения медикаментами занимаются около 7 тысяч оптовых структур, из которых 98 % составляют негосударственные предприятия, 16 тысяч аптек, 40 тысяч аптечных пунктов, 10 тысяч аптечных киосков, 1200 аптечных магазинов.

 Многие препараты поступают в порядке закупки по импорту из ряда зарубежных стран. Связующим звеном между промышленностью, системой снабжения с одной стороны и лечебно - профилактическими учреждениями и населением по обеспечению их лекарственными веществами с другой является фармацевтическая служба, которая объединена в систему лекарственного обеспечения.

Система лекарственного обеспечения состоит из органов управления аптечной сетью и учреждений, непосредственно обслуживающих население и ЛПУ.

Органы управления учреждениями аптечной системы:

Федеральный уровень: Управление организации обеспечения лекарствами и медицинской техникой Минздрава РФ.

Областной (краевой, республиканский) уровень: Комитет фармации Администрации области.

Основной задачей Комитета является осуществление государственной политики в сфере лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений области, осуществление мер по реализации единой стратегии развития аптечной службы, методическое руководство, координация, государственный контроль качества, эффективности, безопасности лекарственных средств, надзор за фармацевтической деятельностью аптечных учреждений и предприятий.

Районный (городской) уровень: В сельских и городских административных районах - центральная районная аптека (ЦРА), а в городах, областного подчинения, не являющихся районными центрами и не имеющих районного деления - центральнная городская аптека (ЦГА).

В соответствии с законом в России для медицинской практики могут быть использованы только те лекарственные средства отечественного и зарубежного производства, которые разрешены для применения и зарегистрированы МЗ РФ в установленном порядке.

Официальным документом, включающим перечни лекарственных, лечебно-профилактических и диагностических средств отечественного производства, разрешенных к медицинскому применению и промышленному выпуску и зарубежного производства, разрешенных к медицинскому применению и ввозу, является Государственный реестр лекарственных средств, издаваемый МЗ РФ ежегодно. В Государственный реестр лекарственных средств 1998 года включено свыше 13500 лекарственных средств.

Номенклатура лекарственных средств в РФ постоянно пересматривается. Устаревшие и малоэффективные лекарства исключаются из Госреестра, снимаются с производства, заменяются более эффективными аналогами.

При регистрации нового лекарственного средства как отечественного, так и зарубежного производства должны быть представлены результаты доклинических и клинических испытаний лекарственных средств.

В МЗ РФ работа по регистрации лекарственных средств возлагается на Департамент Государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и [медицинской техники](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=wt-jq-z6*-riGa*TB9ttmMEzTwQ0rCp1MMJh*ChR*J5lqjCHZk3uP8-8nHXgl0zc9Uu1B6LqthVDaZb3MZirTy8SD8*1J3gVdai5WgNdNCUvwutq8ZolkXx4W69b1-tlGRF11WbABBd*GpmaYlvmKLA-EqCI3WApn8klJhisr-JoRkef1o3cBPS-qGbKS1*kRguLQCScAwV6IsOjgPIhMYn01zaPuvw2fBtvNlaEmg6i*S8qxozqNwrI4VaYuU086ABJY798KDxapODjLErWZ7uqhNkCWG1q0dYk5ZgBoDcaSliqesxXWzLLFHVqhT18RydTgbu8iKG2mVLV) МЗ РФ (далее - Департамент).

Производство, фармацевтическая деятельность и оптовая торговля лекарственными средствами на территории России разрешается только при наличии соответствующей лицензии.

Качество лекарственных средств должно соответствовать требованиям Государственной Фармакопеи, Фармакопейным статьям (ФС), Временным фармакопейным статьям (ВФС), Нормативного документа на лекарственные средства зарубежного производства (НД).

В России установлен строгий порядок доклинических испытаний, клинической апробации и внедрения в практику новых лекарственных средств.

Непосредственной работой по изучению эффективности, безопасности лекарственных средств, разработке документов по контролю качества лекарственных средств занимается *Научный центр экспертизы и государственного контроля лекарственных средств* Минздрава РФ (далее - Центр), созданный приказом МЗ РФ от 22.02.99 г. № 58, путем слияния государственных учреждений: Российского государственного Центра экспертизы лекарств Минздрава России (ранее Государственного института доклинической и клинической экспертизы лекарств Минздрава России), Института государственного контроля лекарственных средств (ранее Государственного научно-исследовательского института по стандартизации и контролю лекарственных средств), Научно-исследовательского института традиционных методов лечения и Федерального центра по изучению побочного действия лекарств, Института стандартизации лекарственных средств.

 Центр должен работать в тесном сотрудничестве со специальными комиссиями Фармакопейного и Фармакологического комитетов МЗ РФ.

*Фармакологический комитет* занимается разработкой требований к проведению испытаний (доклинических и клинических) новых лекарственных средств, анализом поступающих результатов исследований, подготовкой инструкций по применению лекарственных средств и рекомендаций по разрешению новых лекарственных средств для медицинской практики, а также рекомендаций об исключении из Государственного реестра устаревших препаратов.

В последнее время получило распространение и такая форма клинических испытаний, как международные мультицентровые клинические испытания (ММКИ) - это проводимые по единому стандарту испытания незарегистри- рованных в мире фармакологических средств. Единым стандартом для таких клинических испытаний стали международные правила GCP (Good Clinical Practica), одобренные Фармакологическим государственным комитетом (26.06.97 г.) и Минздравом РФ (3.09.97 г.)

За период с 1994 по 1997 г. В РФ было разрешено 122 ММКИ. Проводились они в основном по кардиологии (41), онкологии(23), пульмонологии, включая аллергологию (17), ревматологии (10) и др. Лидирующее положение в проведении ММКИ в России занимают фирмы-производители из США ("Мерк Шарп и Доум", "Бристол-Майер Скрибб", "Элли Лилли", "Апджон", "Пфайзер"), а также фирмы-производители из Европы. Если раньше клинические испытания проводились в крупных клиниках Москвы и Санкт-Петербурга (КНЦ, ОНЦ, НИИ пульмонологии, НИИ кардиологии Санкт-Петербурга и т.д.), то сейчас в ММКИ включаются ведущие клиники Новосибирска, Томска, Тюмени, Архангельска, Ярославля, Казани, Смоленска, Саратова, Н.Новгорода, Астрахани, Сочи и др.

Система контроля качества серийно выпускаемых лекарственных средств действует в России на федеральном и территориальном уровнях.

*На федеральном уровне эту систему представляют:*

1. Департамент государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники;

2. Научный центр экспертизы и государственного контроля лекарственных средств Минздрава России (НЦЭГКЛС) и Центральная лаборатория государственного контроля и изучения качества препаратов крови, кровезаменителей и консервирующих растворов Гематологического научного центра РАМН.

НЦЭГКЛС осуществляет Государственный контроль качества.

Виды государственного контроля качества лекарственных средств:

1) предварительный,

2) выборочный последующий,

3) арбитражный.

Предварительному контролю подлежат все препараты, впервые выпускаемые серийно на данном предприятии, серийно выпускаемые по измененной технологии или переведенные на этот вид контроля в связи с ухудшением их качества.

Последующему выборочному контролю подвергаются все серийно выпускаемые лекарственные средства. Номенклатура и периодичность отбора образцов лекарственных средств устанавливаются планами-заданиями, утверждаемыми Департаментом, а также при очередных обследованиях предприятий-изготовителей, аптечных и лечебных учреждений или по сигналу учреждений здравоохранения и населения.

Арбитражному контролю подвергаются лекарственные средства в случае возникновения споров об их качестве между поставщиком и потребителем.

*На территориальном уровне систему контроля качества ЛС представляют:*

1. Органы по сертификации лекарственных средств.

2. Контрольно-аналитические лаборатории.

3. Центры контроля качества лекарств.

В настоящее время работу по контролю качества и сертификации лекарственных средств осуществляют 163 территориальных контрольно-аналитических лаборатории и центра контроля качества, аккредитованных Департаментом на техническую компетентность, 40 % которых являются государственными предприятиями, 40 % - структурными подразделениями предприятий, занимающихся оптово-закупочной деятельностью, 20 % - создано на базе ВУЗов и НИИ.

С 1 декабря 1998 года в России введена в действие Система сертификации лекарственных средств. Системы сертификации ГОСТ Р. Система сертификации является обязательной и служит для защиты интересов потребителей, применяющих лекарственные средства.

Контрольно-аналитическая лаборатория, Центр по контролю качества лекарственных средств проводит испытания лекарственных средств с целью сертификации и направляет результаты анализа в орган по сертификации.

Фармацевтический рынок России интересен сегодня как с точки зрения влияния внешних процессов, происходящих на мировом рынке, так и его внутренних национальных особенностей. Сейчас его *объем в отпускных ценах заводов-изготовителей составляет немногим более $2,5 млрд. в год*, что гораздо ниже докризисного уровня. Доля иностранных производителей неуклонно растет, а российских - падает. Если ситуация на отечественном фармрынке в ближайшие годы не изменится в пользу российских компаний, а зарубежные продолжат агрессивное наступление, то, по оценкам экспертов, соотношение долей рынка изменится в еще большей степени: 90-95% будет принадлежать иностранным компаниям. А это практически весь фармрынок, который относится к числу стратегических, поскольку связан со здоровьем населения страны.[[31]](#footnote-31)

В чем же причина столь пессимистичной картины? Прежде всего - в отсутствии ясного понимания российскими компаниями нужд потребителей. Иностранные компании, имеющие богатый опыт ведения бизнеса, более клиентоориентированы. Особенность же наших фармпроизводителей в том, что они до сих пор не трансформировались в рыночно ориентированные фармкомпании и остаются просто производителями.

В чем же разница между фармпроизводителем и фармкомпанией? Самое главное отличие - в ориентации компании на потребителя и на производство тех препаратов, которые востребованы рынком. Исторически сложилось, что наши фармпроизводители ориентируются прежде всего на возможности производства. Они сначала производят все, что можно произвести, а затем задумываются о реализации.

В этом кроется одна из очень больших проблем как для самих предприятий и тех, кто там работает, так и для тех городов, в которых они являются бюджетообразующими, а значит - и для всей страны в целом. И чем быстрее российские производители поймут это и перестроят свой бизнес, тем больше у них шансов выжить и изменить ситуацию на рынке в свою пользу.

Залогом цивилизованной здоровой конкуренции отечественных и иностранных производителей является формирование равных условий для всех, при которых исключено монопольное положение того или иного фармпроизводителя. Отечественные производители, активно перестраивающие свой бизнес, уделяют больше внимания обновлению портфеля своей продукции и ее продвижению. И государство отчасти помогло им тем, что затраты на продвижение продукции можно относить на себестоимость и их не приходится платить из прибыли, как это было раньше.[[32]](#footnote-32)

Хорошей поддержкой отечественному производителю послужит упрощение и ускорение процедуры регистрации новых российских препаратов. Она должна быть проще, чем для иностранных компаний. Сейчас она сложнее. Благодаря этому зарубежные компании могут быстрее выводить на российский рынок новые препараты. И здесь нужна реальная помощь государства, чтобы создать условия для нормальной конкуренции и мотивации. Это поможет российским компаниям быстрее регистрировать нужные нашему населению лекарственные препараты, отпадет необходимость закупать их аналоги за рубежом.

Немаловажным является вопрос регистрации цены. Рентабельность российских фармкомпаний государство ограничивает жесткими рамками. За рубежом ситуация аналогичная, но там государство гарантирует фармкомпаниям бюджетное финансирование системы лекарственного обеспечения. Российские же фармкомпании взамен не получают ничего! При этом наценка для зарубежных компаний в России ограничивается разницей между таможенной и аптечной ценой, и вся прибыль этих компаний остается за рубежом. Наценка же у российских компаний ограничивается разницей между себестоимостью и аптечной ценой, что не способствует ни развитию фармацевтических компаний, ни пополнению бюджета государства.

Почему государство и потребители заинтересованы в развитии российских фармпроизводителей? Во-первых, отечественные лекарства дешевле. Зачем тратить бюджетные средства на иностранные препараты, если есть российские аналоги, адекватные по качеству и эффективности. Во-вторых, российские фармпроизводители платят больше налогов в бюджет с каждого рубля продаж. Здесь государству просто необходимо подсчитать прибыль на вложенные средства. Предположим, российский препарат стоит 30 руб., а зарубежный аналог - 60. Качество - сопоставимое. Какой препарат выгоднее покупать государству? Очевидно, что российский. Иная ситуация, если оба препарата имеют одинаковую стоимость. Здесь необходимо оценить, куда эти средства будут перечислены дальше. Сколько налогов западный производитель заплатит в России с полученной выручки? И сколько заплатит российский?

Во исполнение поручения Правительства Российской Федерации по вопросу создания интегрированных научно-производственных структур, объединяющих разработчиков и производителей средств биологической защиты, в Федеральном агентстве по промышленности сформирована рабочая группа во главе с заместителем руководителя С.Б.Пугинским для проработки направлений структурного реформирования фармацевтической промышленности.

Производство лекарственных средств и обеспечение ими населения и учреждений здравоохранения Российской Федерации является важнейшим элементом обеспечения биологической безопасности России, а также одной из приоритетных государственных задач в рамках национального проекта «Здоровье».

*В связи с изложенным, первоочередными задачами представляются:*

1. Объединение профильных научных организаций по группам лекарств, которые требуют консолидации ресурсов и в будущем будут позиционироваться как направления создания новых лекарственных препаратов.

2. Реализация комплекса мероприятий по ускоренной технической модернизации и созданию научно-технических заделов для создания новых видов лекарственных средств.

3. Поддержка реализации текущих проектов участников в части оптимизации ресурсов и сокращения стоимости работ, организационной, финансовой и политической поддержки наиболее важных проектов, консолидации взаимодействия с ключевыми заказчиками и партнерами.

4. Для решения названных задач целесообразно создать с участием негосударственных инвесторов интегрированную (холдинговую) научно-производственную структуру, объединяющую разработчиков и производителей лекарственных и иных средств биологической защиты, в форме открытого акционерного общества, не менее 51% акций которого будут находиться в федеральной собственности.[[33]](#footnote-33)

В качестве вклада Российской Федерации в уставный капитал указанного общества предлагается внести:

- пакеты акций открытых акционерных обществ, созданных путем преобразования федеральных государственных унитарных предприятий: ГНЦА (г.Москва), ЦХЛС-ВНИХФИ (г.Москва), ВНИИ витаминов (г.Москва);

- находящиеся в федеральной собственности пакеты акций открытых акционерных обществ: «Мосхимфармпрепараты им.Н.А.Семашко», «Востоквит» (г.Бийск, Алтайского края), «ВНЦ БАВ» (п.Старая Купавна Московской области);

- высвобождающиеся имущественные комплексы реорганизованных профильных учреждений.

К созданию интегрированной структуры целесообразно привлечь институты Российской академии наук и Российской академии медицинских наук, а также организации других форм собственности на принципах частно-государственного партнерства.

## 2.3. Региональные особенности состояния здоровья населения и организации системы здравоохранения (на примере Ставропольского края)

В Ставропольском крае одной из наиболее серьезных проблем отрасли здравоохранения остается высокий уровень общей смертности населения края. За период с 1990 года по 2005 год данный показатель увеличился на 2,2 процента (с 11,5 на 1000 населения до 14,4), а рождаемость снизилась на 3,5 процента (с 14,6 на 1000 населения до 10). Естественная убыль составила в среднем более 10 тысяч человек в год.

В структуре причин смертности населения превалируют болезни системы кровообращения (это проблема возрастов старших групп населения), доля которых в 2005 году составила 61,2 процента и 23,7 процента в структуре потерь трудового потенциала населения.

Последствиями артериальной гипертонии являются такие осложнения, как острые нарушения мозгового кровообращения и инфаркты миокарда. Важное значение имеет своевременная информированность населения об опасности артериальной гипертонии и ее осложнений. Ведущая роль в профилактике и диагностике на ранней стадии артериальной гипертонии и в лечении неосложненных форм отводится участковым врачам-терапевтам и семейным врачам амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения.

Из-за недостаточного финансирования учреждения здравоохранения неудовлетворительно оснащены современным диагностическим оборудованием, ультразвуковой аппаратурой и испытывают острую нужду в современных сердечно-сосудистых препаратах. Материально-техническая база краевого клинического кардиологического диспансера нуждается в модернизации. Срок приобретенной аппаратуры подходит к критическому и требует финансовых затрат для ремонта и замены с целью проведения глубокого всестороннего обследования больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и применения новых технологий в данной области.

Решение проблемы борьбы с артериальной гипертонией требует комплексного подхода посредством выполнения программных мероприятий.

В Ставропольском крае остается напряженной эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера (туберкулез, сахарный диабет, онкологические, ВИЧ-инфекция и СПИД, венерические и другие заболевания).

Ежегодно в крае регистрируется около 450 тысяч случаев инфекционных заболеваний. В 2005 году экономические потери только от 28 наиболее значимых инфекций составили 906,1 млн рублей.

Наиболее массовыми остаются грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции. Сохраняется крайне высокая активность природных очагов туляремии, бешенства, лептоспироза. В крае отмечается высокая миграционная активность населения, в том числе в связи с паломничеством для совершения хаджа, что связано с возможностью заноса на территорию края, в частности, менингококковой и ряда других инфекций. Особенности водоснабжения края создают угрозу вспышек вирусного гепатита А.

Основным направлением в профилактике значительной части инфекционных заболеваний в крае остается специфическая профилактическая иммунизация населения, в первую очередь групп риска.

По-прежнему сохраняется дефицит средств для закупок препаратов для проведения прививок по эпидпоказаниям и современных вакцин для щадящей иммунизации детей, по состоянию здоровья имеющих длительные медицинские отводы от прививок национального календаря.

Серьезной проблемой здравоохранения в Ставропольском крае продолжает оставаться туберкулез. Общий показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения составил в 2005 году 52,3 случая на 100 тысяч населения, что ниже, чем в 2004 году (56,2). Заболеваемость туберкулезом органов дыхания составила в 2005 году 47,2 на 100 тысяч населения (2004 год - 51,4). Однако остается достаточно высокой смертность от туберкулеза - 15,3 на 100 тысяч населения в 2005 году.

В крае продолжается постоянный рост заболеваемости сахарным диабетом. Ежегодно количество больных увеличивается в среднем на 3 тысячи человек, в том числе детей и подростков в среднем на 45 человек. Обеспеченность в крае эндокринологических больных лекарственными препаратами остается неудовлетворительной. Больные не получают полноценного лечения.

Ежегодно в Ставропольском крае регистрируется около 8 тысяч человек вновь заболевших раком. Заболеваемость растет с 339,7 в 2003 году до 351,5 на 100 тысяч населения в 2005 году. Проблема льготного лекарственного обеспечения онкологических больных с каждым годом становится все более актуальной. Результаты лечения напрямую связаны с оснащением учреждений современным диагностическим и лечебным оборудованием.

В Ставропольском крае зарегистрировано 877 ВИЧ-инфицированных, в том числе 25 детей. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Ставропольском крае составил 31 случай на 100 тысяч населения, что в 7,7 раза ниже, чем в среднем по России (232), и в 2,4 раза ниже, чем в Южном федеральном округе (74). Тем не менее существует острая необходимость в проведении комплекса мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Заболевания, передаваемые половым путем, относятся к опасным в социальном плане и при отсутствии должного контроля могут оказать серьезное влияние на увеличение числа бесплодных пар в крае и соответственно на демографические показатели. Любое заболевание, передаваемое половым путем, является фактором, повышающим риск передачи ВИЧ-инфекции в десятки раз. За последние три года в Ставропольском крае наблюдается стабильное снижение уровня заболеваемости сифилисом (на 100 тысяч населения с 68,2 случая в 2003 году до 34,3 случая в 2007 году). Однако продолжают регистрироваться случаи раннего врожденного сифилиса, заболевания детей и подростков. Ежегодно происходит увеличение доли скрытых и поздних форм сифилиса, которая составляет свыше 80 процентов от общего числа заболеваний. В структуре заболеваемости гонореей преобладает регистрация острых форм (90 процентов). Причина - в слабой материальной базе большинства лабораторий края, где практически утрачен метод бактериальной диагностики.

Рост психических расстройств в крае и их отрицательных последствий для общества (нетрудоспособность, инвалидность, преступность и социально опасные действия, непригодность к военной службе и другие), неудовлетворительное состояние материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь населению Ставропольского края, недостаточное развитие стационарозамещающих и других внебольничных форм организации специализированной медицинской помощи, низкий уровень бесплатного обеспечения современными высокоэффективными лекарственными препаратами лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, - все это обусловило необходимость принятия программных методов для улучшения качества лечебно-диагностического процесса указанной категории граждан (их численность на диспансерном учете в учреждениях здравоохранения Ставропольского края на 01.01.2007 составляет 31741 чел.).

В условиях крайне неблагоприятной медико-демографической ситуации, сложившейся в последние десятилетия в крае в связи со снижением рождаемости, особую социальную значимость приобретает сохранение и укрепление здоровья матери и ребенка как фактор национальной безопасности. Низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения способствуют снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей.

Особую значимость приобретают проблемы младенческой и детской смертности, детской заболеваемости и инвалидности.

Состояние здоровья женщин и детей, формирующееся под воздействием комплекса неблагоприятных факторов, важнейшими из которых являются ухудшение экономической обстановки, недостаточное и несбалансированное питание, стрессовые воздействия, связанные со снижением экономического благополучия семей, социальным напряжением в обществе, несоответствием программ и условий обучения женщин и детей гигиеническим нормативам, распространение нездоровых привычек: курение, употребление алкогольных напитков, гиподинамии и т.д., характеризуется выраженным ростом общей заболеваемости, и с другой стороны, - снижением возможности приспосабливаться к повышенным нагрузкам беременности и родов. Так, частота анемий и болезней системы кровообращения увеличилась более чем в 1,5 раза, болезней мочеполовой системы - в 2,3 раза, гестозов - почти на 30 процентов. Отсюда сужение защитно-компенсаторных возможностей организма, ведущее к увеличению осложнений беременности и родов - невынашивания, аномалии родовой деятельности, кровотечений и т.д.

Таким образом, большинство проблем имеют социально-психологические корни, выходят за пределы здравоохранения и приобретают характер первостепенных задач национальной политики, при этом особое внимание должно быть обращено на создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию, образованию детей, формированию здорового образа жизни.

Злокачественные новообразования детского возраста в последние годы стали одной из важнейших проблем не только педиатрии, но и медицины вообще. Результаты проведенного эпидемиологического исследования показали, что среднегодовой стандартизированный показатель заболеваемости новообразованиями у детей в Ставропольском крае за период с 1995 года по 2007 год составил 11,6 на 100 тысяч детского населения, что соответствует частоте встречаемости онкопатологии у детей в развитых странах.

Используя современные методы лечения онкологических заболеваний у детей, удалось добиться пятилетней безрецидивной ремиссии у 63,8 процента больных с лимфобластным лейкозом. Для больных с другими гемобластозами результаты несколько хуже, что обусловлено развитием тяжелейших, иногда не совместимых с жизнью осложнений на фоне химиотерапии и прогрессирования основного заболевания. Для уменьшения инвалидизации и смертности детей, страдающих онкогематологической патологией, в ближайшее время необходимо решить проблемы минимизации осложнений при проведении химиотерапии, лечения химиорефрактерных опухолей, лечения острого нелимфобластного лейкоза, улучшения качества жизни больных, страдающих онкогематологической патологией.

Внедрение современных методов диагностики и лечения сопровождается ростом числа детей с хронической почечной недостаточностью, доживающих до терминальной стадии заболевания, при которой требуется проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа, развитие которого с внедрением новых, более современных методов его проведения у детей будет также способствовать снижению детской смертности, улучшению качества жизни больных детей, страдающих хронической почечной недостаточностью.

Вследствие низкого уровня здоровья женщин детородного возраста в Ставропольском крае продолжает увеличиваться количество случаев беременности и родов, протекающих с различными осложнениями.

Большинство родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений в крае нуждаются в оснащении современной аппаратурой, обеспечивающей выполнение новых технологий.

Нерешенными остаются проблемы модернизации и оснащения современным лечебно-диагностическим оборудованием краевых клинических учреждений здравоохранения. Медицинское оборудование физически и морально устарело. Одним из возможных путей обеспечения стандартов его оснащения является техническая модернизация .

В настоящее время с особой остротой встает проблема обеспечения диализной помощью больных с хронической почечной недостаточностью. Диализ является основным методом заместительного лечения этой патологии, обеспечивающим спасение больных и значительное увеличение продолжительности и качества жизни. Мощность материально-технической базы позволяет обеспечить хроническим гемодиализом только 114 пациентов при имеющейся очередности более 400 человек. Необходимо увеличить количество диализных мест до 42 путем открытия филиалов государственного учреждения здравоохранения "Медицинский центр амбулаторного диализа" в городах Буденновске и Пятигорске и расширение базового отделения в городе Ставрополе, что позволит обеспечить большее количество больных необходимой медицинской помощью.

Рентгеновские аппараты, эксплуатируемые более десяти лет в государственных учреждениях здравоохранения края, нуждаются в техническом обслуживании и ремонте. Все перечисленные проблемы требуют от органа исполнительной власти Ставропольского края принятия соответствующих решений, которые могут быть эффективными только при использовании программных методов.

# Глава III. Роль диспансеризации населения в совершенствовании системы здравоохранения (на примере Ставропольского края)

## 3.1. Общая характеристика состояния здоровья населения

В Ставропольском крае, как и в целом по России, в течение многих лет отмечался процесс депопуляции населения. Но если сокращение абсолютного числа жителей в целом по стране происходило с 1994 года, то по краю оно было впервые зарегистрировано в 2001 году. Относительно высокий естественный прирост численности населения, которым наш край длительное время выделялся на общероссийском фоне, сменился естественной убылью. Однако в 2007 году, впервые за последние семь лет, естественная убыль населения достигла своего минимального значения и составила -5,5 тыс. человек, в два раза сократившись по сравнению с 2006 годом. Ее уровень по краю сложился на 36% ниже, чем в среднем по стране (-2,1 против -3,3 в расчете на 1000 населения). В совокупности с увеличившимся миграционным приростом в 2007 году общий прирост населения составил 3,9 тыс. человек – численность населения края стала расти.

Основными факторами демографического развития, определяющими динамику численности населения, его возрастно-половую структуру, являются рождаемость, смертность и миграция.

 Рисунок 9.

Основные демографические показатели за 2007 г. в расчёте на 1000 человек населения соответствующей территории[[34]](#footnote-34)

В 2007 году в России родилось 1,6 миллионов детей, и был достигнут самый высокий за последние 15 лет рост рождаемости. Число детей, родившихся в 2007 году в Ставропольском крае,  составило 30,6 тысяч и превысило уровень 1995 года на 8% (по России – на 18%), а уровень 2006 года – на 12%(по России – на 9%). Повышение рождаемости, в том числе вторых и последующих детей, связано с действием Правительственных программ, направленных на поддержку и развитие семьи.

В Концепции демографической политики России, утвержденной Указом Президента РФ от 9 октября 2007 года, в разделе, посвященном повышению уровня рождаемости, особое место отведено увеличению различных пособий по материнству и уходу за ребенком. В связи с этим в 2007 году в два раза выросли расходы Фонда социального страхования РФ на выплату пособий по материнству: их размер составил 75,1 млрд. рублей против 38,4 млрд. рублей в 2006 году.  Расходы на выплату пособий по беременности и родам в 2007 году увеличились по сравнению с 2006 годом в полтора раза и составили 29,5 млрд. рублей. Ежемесячные пособия по уходу за ребенком получили 2,8 миллиона женщин России, средний размер этих пособий составил - на первого ребенка 2,4 тыс. рублей для застрахованных лиц и 1,6 тыс. рублей для неподлежащих социальному страхованию, на второго и последующих детей – 3,3 и 3,1 тыс. рублей соответственно.

В 2007 году реализация общероссийской программы «Родовой сертификат» охватила более 90% рожениц, была оплачена медицинская помощь  1,3 миллиону женщин России в период беременности, родов и послеродовой период. Стоимость родовых сертификатов в женской консультации была увеличена с 2 до 3 тысяч рублей, а в родильном доме – с 5 до 7 тысяч рублей, расходы Фонда социального страхования РФ на оплату родовых сертификатов составили 13,5 млрд. рублей. По данным Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, в 2007 году женским консультациям и родильным домам края было оплачено 57,9 тысяч талонов родовых сертификатов на сумму 263,9 млн. рублей.

Успешно действует в крае и программа «Материнский (семейный) капитал»: в соответствии с Федеральным законом № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», принятым Правительством РФ 29 декабря 2006 года, в 2007 году краевым отделением Пенсионного Фонда РФ ставропольским семьям было выдано 7,9 тысяч сертификатов на материнский капитал в связи с рождением второго и последующих детей.

Наблюдавшееся в 90-е годы предыдущего столетия снижение уровня рождаемости в крае повлекло за собой сокращение числа рождений вторых и последующих детей: уже в 1995 году по сравнению с 1990 годом число вторых рождений снизилось на 29,6%, а число рождений более высокого порядка – более чем на 40%. Последующие годы характеризовались дальнейшем  снижением рождаемости вторых и последующих детей. Ситуация изменилась в 2007 году: по сравнению с 2006 годом произошло увеличение числа вторых рождений на 20%, число рожденных третьих детей возросло на 29%, а число детей более высокого порядка рождения – на 28%. При этом удельный вес вторых детей в численности всех рожденных в 2007 году превысил уровень 1990 года на 0,2 пункта, а уровень 1995 года – на 3,6 пункта.

Рисунок. 10

Динамика рождаемости по очередности рождения ребенка по Ставропольскому краю (в % к числу всех  родившихся)[[35]](#footnote-35)

Как показывают исследования современных ученых-демографов, в последние 10-15 лет в стране наблюдается тенденция демографического перехода, связанного с возросшими возможностями каждого человека управлять своей демографической судьбой. Происходят изменения в системе индивидуального брачно-семейного планирования с расширением свободы выбора брачного партнера и форм совместной жизни, с более высокой эффективностью планирования сроков появления потомства. Статистическими индикаторами демографического перехода выступают повышение возраста вступления в брак и возраста рожающих женщин, некоторое увеличение добровольной бездетности, рост рождаемости вне зарегистрированного брака, уменьшение роли вынужденных браков, стимулированных добрачными зачатиями.

Анализ динамики возрастной структуры вступающих в брак ставропольчан подтверждает вывод, что все большее их число предпочитают вступать в брак в более зрелом возрасте. Если в течение не в столь далекого двухтысячного  года в крае зарегистрировали брак 63 юноши и 783 девушки в возрасте до 18 лет, то в 2007 году их число уменьшилось соответственно до 29 и 478 человек. Снижается удельный вес лиц, создающих семьи в возрасте 18-24 лет: в 2000 году у мужчин он составил 48% от общего числа зарегистрированных браков, а в 2007 году – 37%; у женщин - 61% и 55% соответственно. Напротив, доля заключивших брак в возрастной группе 25-34 лет выросла у мужчин с 33% в 2000 году до 43% в 2007 году; у женщин – с 21% до 29% соответственно. За период между 1995 и 2007 годами увеличение среднего возраста вступления в первый брак в крае было весьма значительным: на 2,2 года мужчин и на 2 года у женщин. Средний возраст ставропольских женихов в первом браке превысил 26 лет, а невест -  приближается к 24 годам.

За последние 15-20 лет средний возраст матери при рождении ребенка в России возрос с 24 до 27 лет, по краю этот показатель на российском уровне. Представленные на приведенном ниже графике возрастные коэффициенты рождаемости по Ставропольскому краю наглядно демонстрируют тенденцию все большего сглаживания возрастной кривой рождаемости, более равномерного распределения коэффициентов по возрастной шкале. В 2007 году число рождений на 1000 населения в возрастной группе женщин от 15 до 24 лет снизилось в сравнении с 1990 годом в 2,2 раза, соответственно возросли коэффициенты рождаемости у женщин более старших возрастов.

Рисунок 11.

Возрастные коэффициенты рождаемости по Ставропольскому краю (в расчете на 1000 женщин соответствующей возрастной группы)[[36]](#footnote-36)

Хотя брачно-семейные отношения обретают все большую свободу, брачность остается  основным социальным инструментом регулирования рождаемости. Увеличение по краю за последнее пятилетие коэффициента брачности (на 15%) и снижение уровня разводимости (на 12%) в определенной мере повлияло на повышение коэффициента рождаемости, который в 2007 году по краю, как и по России, составил 11,3 в расчете на 1000 населения. По сравнению с 2000 годом он вырос более чем на четверть, однако по отношению к уровню 1990 года он  примерно на четверть ниже.

Несмотря на приближение российских социально-демографических норм к европейским стандартам, вековые традиции не утратили своей силы: почти три четверти рождений приходится на семьи, состоящие в зарегистрированном браке. Однако с 2000 года в крае прослеживается значительный рост внебрачной рождаемости в сравнении с 90-ми годами. Число детей, рожденных женщинами, не состоящими в зарегистрированном браке, достигло своего максимума в 2007 году – 7,6 тысяч детей, это значит, что вне зарегистрированного брака был рожден каждый  четвертый ребенок.  В 1990 году на каждую 1000 новорожденных приходилось 152 ребенка, рожденных в незарегистрированном браке, к 2002 году это показатель возрос до 271, или в 1,8 раза. С 2003 года доля внебрачных рождений в числе всех родившихся постепенно снижается, однако в 2007 году она все равно в 1,6 раза превысила уровень 1990 года. Наибольший удельный вес внебрачных рождений в 2007 году пришелся на женщин моложе 20 лет (43% всех рождений в этом возрасте) и старше 40 лет (34%).

С одной стороны, рост внебрачной рождаемости связан с ростом внебрачных сожительств, с другой стороны, растет число новорожденных, не признанных отцами. В 1990 году таких детей в крае было 2,5 тысячи, в 2000 году – 3,1 тысячи, а в 2007 году их число возросло в сравнении с 1990 годом в 1,8 раза и составило 4,6 тысяч (40% всех рожденных вне брака). Таким образом, растет число одиноких матерей и, соответственно, неполных семей. Особенно низка распространенность признания отцовства при рождении  детей у  самых молодых матерей. В 2007 году 67% младенцев, рожденных вне зарегистрированного брака женщинами в возрасте 15-19 лет, не были  признаны отцами.

Если в первой половине 20 века репродуктивное поведение населения в России было ориентировано на максимальное число рождений, то ближе к 21 веку для нашей страны стал характерен западноевропейский тип брачности и рождаемости. Он ориентирован на более поздний возраст вступления женщин в брак, и на рождаемость, не обеспечивающую не только расширенное, но и простое воспроизводство населения. Суммарный коэффициент рождаемости, характеризующий среднее число рождений у одной женщины за всю ее жизнь, считается высоким при значении более 4,0, низким – при значении  меньше 2,15 . В 2007 году значение суммарного коэффициента рождаемости по России составило 1,41, а по Ставропольскому краю – 1,35, что не обеспечивает даже простое воспроизводство населения (при значении коэффициента 2,15). Прогнозные расчеты показывают постепенный рост в перспективе суммарного коэффициента рождаемости в крае, однако даже к 2025 году его величина не превысит 1,60 и суммарная рождаемость не сможет обеспечить замещение поколений. Между тем, укрепление позиций семьи и брака позволит не только сохранить прогнозируемую тенденцию сокращения доли женщин, не воспроизводящих себя в потомстве, но и в конечном итоге прекратить естественную убыль населения России и ее регионов.

Смертность населения – сложный демографический процесс, в котором отражаются условия жизни и труда, общеэкономического развития, открытия науки и доступность медицинской помощи (в частности, лекарственного обеспечения). В  «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации названа высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Граждане трудоспособного возраста составляют почти треть общего числа ежегодно умирающих в стране, около 80 процентов из них - мужчины. Смертность от заболеваний сердечнососудистой системы, составляющая 55 процентов смертности от всех причин, в России в 3-4 раза выше, чем в европейских странах. Среди причин смерти в трудоспособном возрасте значительную долю (более 30 процентов) составляют внешние причины - случайные отравления, самоубийства, убийства, транспортные происшествия, прочие несчастные случаи. В связи с этим в Концепции основными задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года определены мероприятия, направленные на сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин; не менее чем в 2 раза сокращение уровня материнской и младенческой смертности; укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков; существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями.

В 2006-2007 годах наметились позитивные сдвиги в снижении уровня смертности россиян: число умерших стало снижаться как в абсолютном, так и в относительном выражении. В 2006 году в России умерло на 137,2 тысяч человек меньше, чем в 2005 году, что позволило сократиться коэффициенту смертности (число умерших на 1000 населения) на  5,6%. Тенденция закрепилась в 2007 году – число умерших сравнении с 2006 годом сократилось на 86,3 тысячи человек, коэффициент смертности – на 4,1%.

В Ставропольском крае в 2007 году умерло 36,2 тысячи человек, что на  2,3 тысячи меньше, чем в 2006 году. Коэффициент смертности  сократился на 5,6% и составил 13,4 умерших на 1000 населения. Структура причин смертности населения за последние десятилетия не претерпевает значительных изменений: как и в 90-е годы, в 2007 году основными причинами смерти явились болезни системы кровообращения – 60% всех умерших, новообразования -14%, а также несчастные случаи, травмы и отравления –9%. В классе «болезни системы кровообращения» наибольшая доля приходится на цереброваскулярные болезни (41% умерших) и ишемическую болезнь сердца (39%). В классе «новообразования» наиболее распространены злокачественные новообразования органов пищеварения – 36% умерших, и злокачественные новообразования органов дыхания – 20% умерших. В группе внешних причин смерти 20% смертей происходит по причине дорожно-транспортных травм, 12% приходится на самоубийства 8% - на убийства.

Рисунок 12.

Структура смертности населения Ставропольского края за 2007 г.(в  %  ко  всем  умершим)[[37]](#footnote-37)

В сравнении с 2006 годом в 2007 году по краю сократился уровень смертности по причине заболеваний системы кровообращения – с 872 до 798 умерших по этой причине на 100 тысяч населения, новообразований – со 191 до 189, внешних причин смерти – со 134 до 122.

Несмотря на определенные положительные изменения, остается высоким уровень смертности населения трудоспособного возраста. По уровню смертности этой категории населения Россия, к сожалению, лидирует среди развитых стран мира. Сегодня 30% всех смертей приходится на россиян трудоспособного возраста. В течение года порядка 200 тысяч получают травмы и еще 180 тысяч погибают из-за причин, так или иначе связанных с их работой. Из-за опасных условий труда досрочно на пенсию уходят 37% россиян.

В 2007 году коэффициент смертности населения трудоспособного возраста  в крае снизился по сравнению с 2006 годом и составил 543 промилле (число умерших на 100 тысяч населения трудоспособного возраста). Смертность мужчин в возрастной группе 16-59 лет превышает женскую смертность в возрастной группе 16-54 лет более чем в 4 раза. Такой дисбаланс смертности приводит к ухудшению ранее существовавших диспропорций в численном соотношении полов, к увеличению числа неполных семей и вдов, сокращению брачности и репродуктивного потенциала населения, значительной разнице в продолжительности жизни.

Самой распространенной причиной смертности населения трудоспособного возраста в крае являются болезни системы кровообращения (34% умершего в 2007 году трудоспособного населения), на втором месте - неестественные причины (28%), на третьем – новообразования (15%). Структура мужской и женской смертности несколько отличается: мужчины чаще всего умирают от болезней системы кровообращения (36% всех умерших в 2007 году мужчин трудоспособного возраста) и несчастных случаев, отравлений, травм  - (29%), женщины – от болезней системы кровообращения (28% всех умерших в 2007 году женщин трудоспособного возраста),  новообразований (25%) и неестественных причин (21%). Число мужчин, умерших от заболеваний органов дыхания, более чем в 7 раз превышает число умерших по этой причине женщин. В структуре неестественных причин   смертность мужчин от суицида в 1,6 выше, чем от убийств. Женщины же по причине насильственной смерти погибают в 1,3 раза больше, чем по причине самоубийства.

Для того чтобы защитить здоровье работающего населения и обеспечить безопасность труда, в соответствии с планом мероприятий по реализации Концепции демографической политики России,   разработана программа по улучшению условий и охраны труда, сокращения смертности от травматизма и профессиональных заболеваний на производстве, внедрения системы управления профессиональными  рисками. Реализация намеченных мероприятий позволит снизить количество рабочих мест с вредными и опасными условиями труда до 3-5%, а также достичь коэффициента травматизма со смертельным исходом на уровне не более 0,05-0,08 на 1000 работающих, что в конечном итоге  выведет Россию на показатели стран Евросоюза.

Проблема младенческой смертности не теряет актуальности, хотя с 1996 года в ее динамике на Ставрополье наблюдались позитивные изменения. В 2007 году в крае сохранилась тенденция снижения этого показателя: из каждой 1000 родившихся умерло, не дожив до одного года, в среднем 8-9 детей против 10-ти в 2006 году, 11-ти в 2005 году, 22-х в 1995 году. Уровень младенческой смертности характеризует не только современное состояние медицины, но и определяет численность будущего поколения. В демографическом плане гораздо важнее, не то, сколько всего рождается младенцев, а насколько они жизнеспособны: сколько из них доживут до детородного возраста и смогут дать жизнь следующему поколению. В странах Западной Европы показатель младенческой смертности колеблется в пределах 3-6 на 1000 родившихся, в США – не превышает 7, в Японии и Финляндии соответствует биологическому минимуму – около 3 промилле. По России коэффициент младенческой смертности в 2007 году сложился в размере 9,4, в крае он ниже среднероссийского уровня  - 8,7.

Рисунок 13.

Динамика коэффициента младенческой смертности   (в расчете на 1000 родившихся живыми)[[38]](#footnote-38)

В 2007 году в крае умерло 260 детей в возрасте до 1 года (на 6% меньше, чем в 2006 году, и на 15% меньше, чем в 2005 году). В структуре причин младенческой смертности 48% смертельных исходов связаны с  заболеваниями перинатального периода (врожденная пневмония, гипоксия и асфиксия в родах и др.), 28% - с врожденными аномалиями (преобладают врожденные аномалии сердца), 10% младенцев умерли по причине болезней органов дыхания (в основном, пневмонии). В медицинских учреждениях края в 2007 году находилось под наблюдением 28 тысяч детей в возрасте до 1 года – на 3 тысячи больше, чем в предыдущем году. Заболеваемость этой группы детей составила в среднем 223 ребенка на 1000 детей в возрасте до 1 года. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (44%) и болезни перинатального периода  (24%), 5% составляют заболевания нервной системы, по 3% - инфекционные болезни, врожденные аномалии и анемии.

Таблица  3

**динамика Распределения населения ставропольского края по возрастным группам[[39]](#footnote-39)**

(в процентах к общей численности населения, на начало года)

|    | Население в возрасте |
| --- | --- |
| моложе трудоспособного | трудоспособном | старше трудоспособного |
| 1990г. | 25,3 | 55,4 | 19,3 |
| 1995г. | 25,1 | 54,7 | 20,2 |
| 2000г. | 21,8 | 57,1 | 21,1 |
| 2003г. | 18,9 | 60,2 | 20,9 |
| 2007г. | 16,7 | 62,6 | 20,7 |
| 2008г. | 16,4 | 62,6 | 21,0 |
| 2016г.\*) | 17,9 | 58,3 | 23,8 |
| 2026г.\*) | 18,4 | 55,0 | 26,6 |

\*) по среднему варианту прогноза Росстата

Более высокая мужская смертность, в первую очередь – в трудоспособном возрасте, а также разница в продолжительности жизни мужского и женского населения, определяют различия в показателях среднего возраста мужчин и женщин. На начало 2008 года разница в среднем возрасте мужского и женского населения России составляла 5 лет: средний возраст женщин составлял 41,0 год, мужчин – 36,0 лет. Средний возраст населения Ставропольского края несколько ниже российского уровня – 40,4 года у женщин и 35,7 лет у мужчин. В динамике наблюдается тенденция роста среднего возраста россиян: с начала 90-х годов  у мужчин на 10%, у женщин – на 9%.

Рисунок 14.

Ожидаемая продолжительность жизни населения Ставропольского края (средний вариант прогноза Росстата), лет[[40]](#footnote-40)

Средняя продолжительность жизни россиянина составляет 66 лет, это на 12 лет ниже, чем в США, и на 11,5 лет меньше, чем в Евросоюзе. Продолжительность жизни у женщин превышает этот показатель у мужчин в среднем более чем на 13 лет по России, по Ставропольскому краю разрыв несколько меньше - около 11 лет. В 2007 году средняя продолжительность жизни мужчин составила по краю 63,8 года, женщин – 74,7 года. По прогнозам Росстата в среднем варианте в перспективе предполагается рост продолжительности жизни жителей края: к 2026 году по сравнению с 2007 годом у мужчин на 2,2 года, у женщин – на 1,8 года. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин будет сокращаться незначительно.

## 3.2. Реализация программы всеобщей диспансеризации в Ставропольском крае

Пошел четвертый год реализации Национального проекта «Современное здравоохранение» на территории Ставропольского края. Согласно данным социологического опроса в целом по России около 60% населения поддерживает Национальный проект «Современное здравоохранение», при этом количество положительных ответов в конце года по сравнению с январем 2006 года увеличилось в среднем в 2 раза.

Главной задачей Национального проекта является повышение доступности и качества медицинской помощи населению. Качество оказания медицинской помощи в большей степени зависит от своевременно постановленного диагноза и назначенного лечения. Одним из направлений Национального проекта является дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы. Поэтому важность дополнительной диспансеризации работающих граждан, направленной на выявление заболеваний на ранней стадии развития или его предупреждение, трудно переоценить.

Наш менталитет таков, что, до тех пор, пока «не заболит», мы к врачу не обращаемся. Нам необходимо научиться заботиться о своем здоровье. Первым шагом достижения этого является посещение кабинета врача с профилактической целью.

По итогам 2006г. численность граждан, работающих в учреждениях бюджетной сферы, прошедших дополнительную диспансеризацию, составила около 70 тысяч человек. Такого большого объема комплексное обследование работников бюджетной сферы проводилось впервые.

В результате проведенной диспансеризации удалось выявить многие заболевания на ранней стадии развития, в том числе такие социально – значимые заболевания как туберкулез, сахарный диабет, злокачественные новообразования. Общая численность выявленных больных, нуждающихся в лечении в условиях поликлиники, составила более 40 тыс. человек, в условиях стационара - более 3,3 тыс. человек.

В 2009 году дополнительная диспансеризация будет продолжена. Работающим гражданам предоставляется возможность организованно и в короткие сроки, без предварительной записи и ожидания в очереди получить консультацию практически всех специалистов амбулаторно – поликлинического звена, пройти наиболее важные исследования. Дополнительная диспансеризация включает в себя осмотр терапевта, эндокринолога, хирурга, невролога, офтальмолога, уролога, гинеколога. Каждому пациенту будет проведен общий анализ крови, в том числе с определением уровня холестерина и сахара крови, электрокардиография, флюорография, для женщин старше 40 лет – обязательное рентгенологическое или ультразвуковое исследование молочной железы. После прохождения всех специалистов необходимо еще раз посетить терапевта, который сделает общее заключение о состоянии здоровья пациента, определит группу диспансерного наблюдения, даст рекомендации, при необходимости направит на лечение в стационар и т.д.

Если граждане проходят дополнительную диспансеризацию в поликлиниках не по месту жительства, то по окончании диспансерного осмотра медицинские карты с результатами диспансеризации передаются в поликлиники по месту проживания  гражданина для дальнейшего его наблюдения и лечения.[[41]](#footnote-41)

Граждане должны знать, что  государством выделяются финансовые средства на проведение каждого случая диспансеризации. Для повышения эффективности данного мероприятия не только медицинские работники, но и граждане должны со всей ответственностью подойти к его проведению: не только пройти все необходимые обследования, осмотры узких специалистов и терапевта, но и активно интересоваться их результатами.

Как определить, качественно оказана медицинская помощь гражданину в ходе диспансеризации или нет? Специалисты Территориального фонда обязательного медицинского страхования совместно с представителями органов управления здравоохранением области регулярно проводят проверки качества дополнительной диспансеризации работающих граждан. Оценивается выполнение лечебным учреждением полного объема обследования каждого гражданина, наличие заключения о состоянии здоровья, рекомендаций по итогам диспансерного осмотра, плана дальнейшего наблюдения и результаты проведенного лечения.

 Подготовлен перечень амбулаторно-поликлинических учреждений области рекомендуемых к заключению договоров на проведение дополнительной диспансеризации работающего населения в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2005 г. № 868 «О порядке предоставления в 2006 году из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования Территориальным Фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях».

• Подготовлен перечень амбулаторно-поликлинических учреждений области рекомендуемых к заключению договоров на проведение дополнительной диспансеризации работающего населения в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2005 г. № 876 «О порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных их бюджета Федерального Фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования Российской Федерации».

• Определены контингенты подлежащие диспансеризации: работающие в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях – 101953 человека, работники занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами – 59918 человек. МЗ и СР РФ определена квота по диспансеризации работающих в государственных и муниципальных учреждениях – 72330 человек

• Заключены договоры о финансировании расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан между 59 муниципальными учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь и государственным учреждением территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

• Открыт отдельный счет ГУ ТФОМС для перечисления средств на финансирование расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающего населения. Открыты отдельные счета учреждений здравоохранения, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации населения, для перечисления средств.

• Издан совместный приказ главного управления здравоохранения Ставропольского края и Территориального Фонда обязательного медицинского страхования граждан Ставропольского края от 22 мая 2006 года № 486/27 регламентирующий порядок осуществления дополнительной диспансеризации работающего населения.

• Издано распоряжение первого заместителя главы администрации Ставропольского края от 27.07.2006г. № 303-ра «О мероприятиях по проведению дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях, расположенных на территории Ставропольского края».

• Подготовлен помесячный график выполнения диспансеризации, направлен в МЗиСР РФ.

• Дополнительная диспансеризация населения в рамках ПНП «Здоровье» начата с 01.05.2006 г.

По данным ТФОМС за май-октябрь месяцы проведена диспансеризация 45789  граждан работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях на сумму 28922 тыс.руб.из 72330 предусмотренных планом, т.е. только 63,3% от запланированного на 2006 г.

На 01.01.2007 г., по данным ФСС, проведены медосмотры 84066 гражданам, т.е. 100%. Необходимо учесть то, что первоначальный план предусматривал проведение в 2006 г. в Ставропольского края дополнительные медосмотры 80328 человек на сумму 42975,1тыс. рублей. В связи с перевыполнением плана дополнительных медицинских осмотров он был подвергнут корректировке в сторону увеличения. Таким образом, исполнение первоначального плана проведения дополнительных медицинских осмотров в 2006 г. в Ставропольского края составило 104,6%.

Проведен комплекс подготовительных мероприятий к проведению дополнительной диспансеризации в 2007 г. Подготовлен перечень учреждений здравоохранения муниципальных образований Ставропольского края, участвующих в реализации дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в 2007 г. в рамках Правительства РФ от 30.12.2006 г. № 860 и помесячный план исполнения дополнительной диспансеризации. Уточнены контингенты, подлежащие дополнительной диспансеризации (150 185 человек). Проводится корректировка договоров между ТФОМСом и лечебными учреждениями участвующими в исполнении дополнительной диспансеризации.

Во исполнение Постановления правительства РФ от 30.12.2006 г. №860 «О порядке предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.01.2007 №47 «О проведении дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (поступил в департамент здравоохранения в начале марта 2007 г.) подготовлен совместный приказ департамента здравоохранения Ставропольского края и ТФОМС от 12.03.2007 г. №185/23 «О реализации Постановления правительства РФ от 30.12.2006 г. №860». В соответствии с нормативными документами дополнительная диспансеризация начата с марта 2007 г.

По данным фонда социального страхования, проведены медосмотры **76392** (98,7 %) гражданам, работающие в бюджетных учреждениях отраслей с вредными и опасными производственными условиями труда, медицинскими учреждениями получено **44,307** млн. руб.

Таким образом, всего за 2007г. осмотрено **153163** граждан (на 12,8% больше к 2006г.), медицинскими учреждениями оплачено **85,607** млн. руб. (на 20,7% больше, чем в 2006г.).

Таблица 4

При проведении диспансеризации выявлено заболеваний[[42]](#footnote-42)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заболевания**  | **2006г.**  | **2007г.**  |
| **ВСЕГО**  | **36441**  | **46439**  |
| инфекционные | 29 | 37 |
| - в том числе туберкулёз | 2 | 8 |
| злокачественные новообразования | 155 | 120 |
| болезни крови и кроветворных органов | 1098 | 853 |
| болезни эндокринной системы | 4996 | 6981 |
| - в том числе сахарный диабет | 358 | 415 |
| психические расстройства | 216 | 61 |
| болезни нервной системы | 2237 | 3301 |
| болезни глаза | 2195 | 6201 |
| болезни уха | 22 | 22 |
| - в том числе потеря слуха | 2 | - |
| болезни системы кровообращения | 12670 | 14308 |
| - в том числе ишемическая болезнь сердца | 6274 | 5054 |
| - болезни с повышенным кровяным давлением | 3442 | 4929 |
| болезни органов дыхания | 1159 | 1045 |
| болезни органов пищеварения | 3790 | 3142 |
| болезни костно-мышечной системы | 4624 | 3392 |
| болезни мочеполовой системы | 4102 | 6370 |
| признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях | 877 | 714 |

Основными причинами неисполнения графика проведения диспансеризации являются:

- Не соответствие количественных показателей плана проведения дополнительной диспансеризации, определенного Ставропольского края.

Так, ГУ ТФОМС определёно плановое число граждан Ставропольского края, подлежащих диспансеризации, в количестве **150185** человек.

Руководителями органов управления здравоохранением муниципальных образований Ставропольского края, главными врачами центральных районных больниц проведена сверка списочного состава предприятий, сотрудники которых подлежат дополнительной диспансеризации, при этом фактическая численность граждан Ставропольского края, подлежащих дополнительной диспансеризации с учётом вновь принятых на работу и граждан, подлежащих повторным осмотрам, составила 124219 человек.

- Недостаточная ответственность и отсутствие заинтересованности в проведение диспансеризации работодателей, а также крайне низкая активность граждан, подлежащих диспансеризации, привели к недостаточной явке работников бюджетной сферы на диспансерный осмотр.

Более того, руководители некоторых государственных и муниципальных учреждений отказывались от предоставления сотрудников на диспансерные осмотры, мотивируя отказ производственной необходимостью.

При этом в соответствии с действующим законодательством, воздействовать на работодателей и граждан не представляется возможным.

- Отсутствие в ряде медицинских учреждений области необходимых врачей-специалистов (окулиста, уролога, эндокринолога) для проведения дополнительной диспансеризации.

- Чрезвычайно высокая нагрузка на имеющихся в медицинских учреждениях «узких» специалистов. Проведение дополнительных медосмотров накладывается на необходимость выполнения основных обязанностей специалистов, и так работающих с высокой нагрузкой с учётом дефицита кадров, что приводит к невозможности физически выполнять дополнительную диспансеризацию в рамках рабочего времени.

-. ГУ ТФОМС граждан Ставропольского края в 2007г. не принимались к оплате реестры за граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006г. и повторно прошедших диспансеризацию в 2007г. На момент проведения диспансеризации списки, в которые была включена и данная категория граждан, были составлены и утверждены, диспансеризация данной категории граждан проведена.

По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования за апрель-октябрь 2008 года проведена диспансеризация 43936 работающих граждан (57,3 % от плана на 2008), оплачены реестры на общую сумму 42,794 млн. рублей.

За 11 мес. 2008 года по данным регионального отделения фонда социального страхования Российской Федерации, проведены углубленные медосмотры 59172 гражданам (81%) из числа работающих в бюджетных учреждениях, а также занятых на работах с вредными и опасными производственными условиями труда, оплачены договоры на общую сумму 36,687 млн. рублей.

Таблица 5

**При проведении диспансеризации в 2006 -2008 годах выявлено заболеваний:[[43]](#footnote-43)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заболевания**  | **2006 год**  | **2007 год**  | **1 пол.2008г.**  |
| **ВСЕГО:**  | **36441**  | **53453**  | **33417**  |
| в том числе: инфекционные  | 29  | 41  | 71  |
| - в том числе: туберкулёз  | 2  | 9  | 2  |
| злокачественные новообразования  | 155  | 178  | 53  |
| болезни крови и кроветворных органов  | 1098  | 967  | 318  |
| болезни эндокринной системы  | 4996  | 8840  | 4882  |
| - в том числе: сахарный диабет  | 358  | 435  | 193  |
| психические расстройства  | 216  | 66  | 60  |
| болезни нервной системы  | 2237  | 3402  | 1484  |
| болезни глаза  | 2195  | 7321  | 5812  |
| болезни уха  | 22  | 24  | 654  |
| - в том числе: потеря слуха  | 2  | -  | 21  |
| болезни системы кровообращения  | 12670  | 15435  | 6182  |
| - в том числе: ишемическая болезнь сердца  | 3442  | 1387  | 432  |
| - болезни с повышенным кровяным давлением  | 6274  | 9070  | 3325  |
| болезни органов дыхания  | 1159  | 1149  | 761  |
| болезни органов пищеварения  | 3790  | 3478  | 2146  |
| болезни костно-мышечной системы  | 4624  | 4567  | 2880  |
| болезни мочеполовой системы  | 4102  | 7039  | 4632  |
| признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях  | 877  | 976  | 2364  |

С целью выполнения плана ДД подготовлены следующие нормативно-правовые акты:

1. Приказ департамента здравоохранения Ставропольского края и Территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Ставропольского края от 26.03.2008г. №251/12 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 24.12.2007г. №921» (утвержден перечень учреждений здравоохранения муниципальных образований Ставропольского края, участвующих в реализации постановления Правительства РФ от 24.12.2007г. №921)

2. Приказ департамента здравоохранения Ставропольского края от 09.04.2008г. №306 «О предоставлении планов-графиков проведения дополнительной диспансеризации в 2008 году». Согласно данному приказу всеми учреждениями подготовлены помесячные планы-графики проведения ДД работающих граждан на территории соответствующего муниципального образования с указанием наименования организации и численности работающих граждан, которые подлежат ДД в 2008 году;

3. Приказ департамента здравоохранения Ставропольского края от 15.04.2008г. №342 «О предоставлении планов-графиков проведения дополнительной диспансеризации в 2009 году». Согласно данному приказу всеми учреждениями подготовлены помесячные планы-графики проведения ДД работающих граждан на территории соответствующего муниципального образования с указанием наименования организации и численности работающих граждан, которые подлежат ДД в 2009 году;

 4. Распоряжение заместителя Губернатора Ставропольского края от 16.06.2008г. № 304-рз «О мероприятиях по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008 году на территории Ставропольского края».

5. Приказ департамента здравоохранения Ставропольского края от 17.06.2008г. №746 «Об организации мониторинга дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008-2009 годах».

Распоряжением заместителя Губернатора Ставропольского края от 16.06.2008г. № 304-рз «О мероприятиях по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008 году на территории Ставропольского края» и совместным письмом департамента здравоохранения Ставропольского края и ТФОМС от 22.04.2008г. №54-3899/1079 утверждено помесячное распределение численности работающих граждан подлежащих дополнительной диспансеризации в 2008 году на территории всех муниципальных образований Ставропольского края.

Всем учреждениям согласованы списки учреждений и помесячные планы-графики проведения ДД.

Со всех муниципальных учреждений здравоохранения, не начавших проведение ДД в соответствии со сроками и численностью, запрошены объяснительные о причинах невыполнения плана-графика ДД.

Количество учреждений, оснащённых оборудованием по приоритетному национальному проекту «Здоровье» в 2006г. составило 89 (84% к общему количеству амбулаторно - поликлинических и стационарно -поликлинических учреждений), в 2007г. – 76 (78% к общему количеству амбулаторно - поликлинических и стационарно - поликлинических учреждений). В этой связи, безусловно, не все лечебные учреждения муниципальных образований Ставропольского края были оснащены маммографами и лабораторными комплектами.

Диспансеризация начата с августа 2008 года. По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования за август-октябрь проведена диспансеризация 2798 детей. Учреждениям здравоохранения перечислено 4,039 млн.руб.

По оперативным данным министерства здравоохранения Ставропольского края проведена диспансеризация 7684 детей-сирот.[[44]](#footnote-44)

Субсидии на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в стационарных учреждениях предоставляются из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В 2008 году планировалось провести диспансеризацию 7684 детей (уточненный план) на общую сумму 11,403 млн.рублей.

Диспансеризация начата с августа 2008 года. По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования проведена диспансеризация 7684 детей. Учреждениям здравоохранения перечислено 9,357 млн.рублей. Оставшаяся сумма 2,046 млн.рублей будет перечислена феврале 2009 года. По данным министерства здравоохранения Ставропольского края обследовано проведена диспансеризация 7702 детей-сирот (100,2%).

## 3.3. Система мероприятий, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения

5 марта 2008 года вышел приказ министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.Д. Голиковой "О проведении в 2008-2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан". Приказ подготовлен в соответствии с пунктом 4 Правил предоставления в 2008-2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утверждённых постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. №921.

С точки зрения врача, профилактика заболеваний должна быть наивысшим приоритетом в охране здоровья. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека наполовину определяется его образом жизни, на четверть - экологией, и только 15 процентов составляет вклад системы здравоохранения; 10 процентов остается на долю генетических факторов.

О значимости профилактики заболеваний говорил Президент России Владимир Путин на заседании Государственного совета, посвященного стратегии развития России до 2020 года. Профилактическое направление является одним из трех приоритетов проекта "Здоровье" , которое включает мероприятия по иммунизации населения, профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, дополнительной диспансеризации. В 2006-2007 годах на профилактику в целом было израсходовано 18,4 млрд. рублей. В течение следующих трех лет 2008-2010 годов будет выделено еще 33,3 млрд. рублей.

Среди мероприятий профилактической направленности важное значение имеет дополнительная диспансеризация работающего населения. За два года ее прошли 7,6 млн. человек работающего населения (из них - 3,5 млн. работники вредных производств).

Результаты показали, что только каждый пятый гражданин, прошедший диспансеризацию, признан практически здоровым. Почти у 60 процентов обследованных людей выявлено по 1-2 заболевания, требующих медицинского вмешательства. Выявлено более 4 млн. заболеваний по основным группам болезней, доминирующих в структуре смертности. Среди них выделяются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

Очень важно последовательно усиливать разъяснительную работу с людьми, в том числе с работодателями, чтобы человек воспринимал диспансеризацию не как нечто пугающее и сложное, а как насущную необходимость для сохранения своего здоровья, своей работы и своего материального состояния. А ведь на оздоровительные мероприятия и занятия спортом россиянин тратит в среднем не более 5 процентов семейного бюджета, а в то же время на покупку, например, сигарет - до 15 процентов.

На текущий год выделено пять приоритетных целей: улучшение демографической ситуации в стране, борьба с бедностью и повышение благосостояния населения, повышение качества и доступности медицинской помощи, повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания, содействие продуктивной занятости населения.

Улучшение демографической ситуации было названо первой и наиболее приоритетной целью. Больше года назад были разработаны мероприятия, направленные на ее существенное улучшение, рост рождаемости, улучшение материального положения семей с детьми. Результатом их реализации в 2007 г. стал прирост рождаемости, которого не было в России уже 25 лет. Число родившихся детей в 2007 г. (1,602 млн.) - самое высокое после 1991 г. По предварительной оценке, число детей, родившихся в январе - феврале 2009 г., превысило показатель двух месяцев 2007 г. на 10-11%. При сохранении таких темпов в течение всего 2009 г. мы сможем улучшить показатель рекордного 2007 г..

Важным мероприятием является организация работы по проектированию, строительству и оснащению современным медицинским оборудованием федеральных и региональных перинатальных центров. Реализация мероприятий Национального проекта "Здоровье" в значительной степени повлияла на общее снижение смертности. Коэффициент смертности составил в 2008 г. 14,7 на 1000 населения против 15,2 в 2007 г., однако в динамике смертности от отдельных видов заболеваний сохраняются негативные тенденции. Смертность от болезней кровообращения составила 829 на 100 тыс. населения, от транспортных травм - 27,4. Существенно снизить их - важнейшая задача 2009 г. В федеральном бюджете текущего года предусмотрены значительные средства на ее решение. Министерством приняты программы действий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и по улучшению организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.[[45]](#footnote-45)

Третья задача - повысить безопасность медицинских операций и манипуляций. Это касается в первую очередь препаратов крови и ее компонентов. Предусматривается формирование единой информационной базы, обеспечивающей сопровождение технологических процессов заготовки, переработки и хранения крови и ее препаратов, проведение модернизации материально-технической базы учреждений службы крови, а также кампании по развитию массового донорства крови.

Четвертая задача - значительное увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи. По прогнозам Минздравсоцразвития России, потребность населения в высокотехнологичной помощи в этом году будет удовлетворена на 45%, что в 1,5 раза больше, чем в 2007 г.

В 2009 г. 4 учреждения будут оснащены высокотехнологичным медицинским оборудованием. Это расширит возможности диагностики и лечения тяжелой сердечно-сосудистой патологии, позволит внедрить новые органосохраняющие вмешательства на органах пищеварительной системы и высокотехнологичные эндоскопические вмешательства. Появится возможность внедрить в клиническую практику новые методы лучевой терапии онкологических больных.

Таким образом, следует отметить, что на данный момент идет широкомасштабное реформирование здравоохранения в России, однако остается еще масса проблем и задач, которые предстоит решать в ближайшее время.

# Заключение

Следует признать, что существовавшая в советское время система здравоохранения была признана наилучшей в то время не только в рамках нашего государства, но и признана международным сообществом Всемирной организации здравоохранения на Алма-Атинской конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в 1978. Рациональная модель здравоохранения была рассчитана и реализована под руководством Н.А. Семашко.

 Рациональность модели Н.А. Семашко обуславливалась тем, что, как И.В. Сталин, так и Н.А. Семашко были хорошо знакомы как с рыночной экономикой, так и с особенностями многопрофильного приема в условиях земского врача. К тому же в тот период значительная часть населения была дисциплинирована и воспитана в рыночных отношениях, в которых оно жило при царском режиме. Поэтому мероприятия по всеохватывающей государственной плановой организации медицинской помощи и централизации информационных потоков имели наилучший эффект, так как они проводились рациональней за счет того, что высшее руководство и само население умело, и было заинтересованно трудиться с максимальной эффективностью. Соответственно объективней анализировалась ситуация, принимались адекватные решения и самое главное - все поставленные задачи были успешно решены, что в значительной мере обеспечивалось несгибаемой линией государства.

Основными достижениями тех лет были:

1. Максимальная доступность медицинской помощи.

2. Максимальная бесплатность.

3. Квалифицированность, т.е. максимальная гарантия правильного диагноза и лечения.

В свою очередь это достигалось внедрением следующих принципов:

- профилактическим направлением здравоохранения,

- участковым и диспансерным методом медицинского обслуживания населения,

- особой системой социального страхования в СССР,

- максимально доступным высшим медицинским образованием,

- особой организацией научной работы,

- государственной санитарной организацией.

 Это и определяло задачи медицинской деятельности в СССР, а именно - объединение лечебного и профилактического направления работы. Но советская медицина не ставила вопрос об объединении этих направлений формально. Вся советская организация здравоохранения построена на синтезе обеих сторон деятельности. В советской системе здравоохранения нет разрыва между лечением и профилактикой, который существует в капиталистических странах.

С приходом страховой медицины все резко изменилось и не в лучшую сторону.

Фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) представляют собой централизованные источники финансовых ресурсов для целей медицинского страхования как формы социальной защиты населения. ФОМС обеспечивают аккумулирование денежных средств на обязательное медицинское страхование, обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования. Целимедицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и проводить профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах:

* обязательное - является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования;
* добровольное - осуществляется на основе программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и других услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Обсуждение концепций проведения реформ в сферах здравоохранения и образования ведется в нашей стране начиная с 1997 года. Задачи реформирования здравоохранения и образования формулировались в целом ряде программных документов правительства, а в 2004 году были названы в качестве приоритетных направлений государственной политики в президентском послании. Но продолжающиеся дискуссии о содержании необходимых преобразований свидетельствуют, что в обществе существуют значительные расхождения в представлениях не только о конкретных механизмах, сроках и последовательности реализации реформ, но и о содержании и приоритетах тех проблем, ради которых следует затевать реформы. При этом отраслевые группы специальных интересов всячески стараются подчеркнуть специфику своих отраслей и использовать ее в качестве аргумента против проведения серьезных преобразований.

При всех специфических отличиях друг от друга здравоохранения и образования, современная ситуация в этих отраслях характеризуется наличием ряда ключевых проблем, имеющих общую природу. К числу этих проблем относятся:

* замещение государственного финансирования частным при формальном сохранении прежних гарантий бесплатного предоставления соответствующих социальных услуг;
* значительное неравенство в доступности социальных услуг для населения;
* низкая эффективность отраслевых систем, и отсутствие у ее субъектов стимулов к росту эффективности использования ресурсов;

Оказание медицинской помощи как амбулаторно-поликлиническим , так и стационарным больным, проведение различного рода профилактических мероприятий возможно в основном благодаря применению высокоэффективных лекарственных средств и наличию хорошо организованной системы лекарственного обеспечения.

Производством лекарственных препаратов и других изделий медицинского назначения в нашей стране занимаются около 450 производителей лекарственных средств, 80 % которых негосударственной формы собственности.

В Российской Федерации обеспечением населения и учреждений здравоохранения медикаментами занимаются около 7 тысяч оптовых структур, из которых 98 % составляют негосударственные предприятия, 16 тысяч аптек, 40 тысяч аптечных пунктов, 10 тысяч аптечных киосков, 1200 аптечных магазинов.

Многие препараты поступают в порядке закупки по импорту из ряда зарубежных стран. Связующим звеном между промышленностью, системой снабжения с одной стороны и лечебно - профилактическими учреждениями и населением по обеспечению их лекарственными веществами с другой является фармацевтическая служба, которая объединена в систему лекарственного обеспечения.

Непосредственной работой по изучению эффективности, безопасности лекарственных средств, разработке документов по контролю качества лекарственных средств занимается Научный центр экспертизы и государственного контроля лекарственных средств Минздрава РФ

В Ставропольском крае одной из наиболее серьезных проблем отрасли здравоохранения остается высокий уровень общей смертности населения края. В структуре причин смертности населения превалируют болезни системы кровообращения (это проблема возрастов старших групп населения), доля которых в 2005 году составила 61,2 процента и 23,7 процента в структуре потерь трудового потенциала населения.

Серьезной проблемой здравоохранения в Ставропольском крае продолжает оставаться туберкулез. Общий показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения составил в 2005 году 52,3 случая на 100 тысяч населения, что ниже, чем в 2004 году (56,2).

В крае продолжается постоянный рост заболеваемости сахарным диабетом. Ежегодно количество больных увеличивается в среднем на 3 тысячи человек, в том числе детей и подростков в среднем на 45 человек.

Ежегодно в Ставропольском крае регистрируется около 8 тысяч человек вновь заболевших раком. Заболеваемость растет с 339,7 в 2003 году до 351,5 на 100 тысяч населения в 2005 году. Проблема льготного лекарственного обеспечения онкологических больных с каждым годом становится все более актуальной. Результаты лечения напрямую связаны с оснащением учреждений современным диагностическим и лечебным оборудованием.

В Ставропольском крае зарегистрировано 877 ВИЧ-инфицированных, в том числе 25 детей. Особую значимость приобретают проблемы младенческой и детской смертности, детской заболеваемости и инвалидности.

Пошел четвертый год реализации Национального проекта «Современное здравоохранение» на территории Ставропольского края. Согласно данным социологического опроса в целом по России около 60% населения поддерживает Национальный проект «Современное здравоохранение», при этом количество положительных ответов в конце года по сравнению с январем 2006 года увеличилось в среднем в 2 раза.

Главной задачей Национального проекта является повышение доступности и качества медицинской помощи населению. Качество оказания медицинской помощи в большей степени зависит от своевременно постановленного диагноза и назначенного лечения.

Из мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания следует выделить такие как дополнительная и всеобщая диспансеризация населения.

Следует отметить, что на данный момент идет широкомасштабное реформирование здравоохранения в России, однако остается еще масса проблем и задач, которые предстоит решать в ближайшее время.

# Список использованной литературы

1. Александров Н.А., Мочалов С.Г. Здоровье человека - бесценное богатство. - Йошкар-Ола: Периодика Марий Эл, 2004. - 256 с. - 2000 экз.
2. Апазов А. Реформирование системы лекарственного обеспечения России в рыночных условиях // Медицинские новости № 4(19) 2006 г. - с. 6.
3. Артемова М. Контроль за качеством лекарств// Медицинские новости №7 (36) 2007 г.-с. 12.
4. Борисова Т. "Порядок организации лекарственного обеспечения медицинских учреждений, работающих в системе ОМС" // Фармацевтический вестник № 16 (107) август 2008 г. С.8.
5. Бошнакова С, Соколова В. Состояние и перспективы российского фармацевтического рынка // Фармацевтический вестник № 12 (103) июнь 2008 г. с. 17-18.
6. Бровкин В. Рынок лекарств: цены регулировать можно и нужно // Медицинские новости № 6 (49) 2008 г.- с.4.
7. Бякина В.П. Восстановление и развитие здравоохранения в послевоенный период: 1945 - середина 50-х годов: (На материалах Северо-Запада СССР). - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2003. - 224 с. - 500 экз.
8. Валеологические вопросы взаимодействия сомато-сенсорных и вегетативных функций в процессе трудовой деятельности: Сб. науч. трудов. - Тверь: Тверск. гос. ун-т, 2001. - 147 с. - 100 экз.
9. Вишняков Н.И. и др. Здравоохранение как системообразующий фактор здоровья населения. - СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2005. - 124 с. - 2000 экз.
10. Волкова Т.И. Ярославское земство и развитие народного здравоохранения и образования в губернии (1865 - 1918 гг.). -Ярославль: Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова, 2003. - 82 с. - 150 экз.
11. Горелов И. Импортное лекарство: семь раз отмерь // Медицинские новости №1(16) 2006 г. С.11.
12. Здоровье человека, общества и природы: Сб. ст. и рефератов / Ред.-сост. Т.Дичев. - М.: ПОМАТУР, 2001. - 112 с. - 1000 экз.
13. Ильин В.А., Шабунова А.А. Формирование здорового поколения: реальность и проблемы. - Вологда: Вологод. науч.-координац. центр ЦЭМИ РАН, 2003. - 34 с. - 200 экз.
14. Казанский гос. мед. ун-т: Справочно-исторические материалы. / Казан. гос. мед. ун-т. - Б.М., 2004. - 103 с.
15. Кузнецов Е. Новая валеология нового времени. - Тюмень: Истина, 1999.-224 с.-1000 экз.
16. Лучкевич. В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, СПб., 2007. с.895.
17. Лучкевич B.C., Поляков И.В. Основы медицинского страхования в России. СПб. 2005., с.542
18. Мартынов А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. - М.: Наука, 2006. - 240 с. - 1000 экз.
19. Медкова И.Л., Павлова Т.Н. Альтернативный мир: Вегетарианство. Здоровье. Этика. - М.: Дружба народов, 2007. - 320 с. - 11000 экз.
20. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. - 480 с. - 1000 экз.
21. Пименов Ю.С., Ларионов Ю.К. Здоровье и медицина сегодня и в будущем.- Самара: Самар. Дом печати, 2006. - 224 с. - 1000 экз.
22. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.256.
23. Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справ.-информ. пособие. - 2-е изд. - СПб.: Деан, 2004. - 254 с. – 5000 экз.
24. Проект школа здоровья. - М.: Полиграф сервис, 2007. - 207 с. – 3000 экз.
25. Транквиллитати А.Н. Восстановить здоровье. - 2-е изд. - М.: Физкультура и спорт, 1999. - 256 с. - (Физкультура и здоровье). – 9000 экз.
26. Чичагов Л.М. Медицинские беседы: в 2 т. Т. 1. Репринт, изд. - М.: Аванти, 2004. - 680 с. - 1000 экз.
27. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.67; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru)
28. <http://www.zdravinform.ra/dev/html/ras/index.php> Библиотека проектов реформы здравоохранения
29. <http://www.mzsrrf.ru/>
30. <http://www.iet.ru/index.php>
31. [http.V/www.tpprf.m/m/main/cormriittee/kombio/mk/3/](http://http.V/www.tpprf.m/m/main/cormriittee/kombio/mk/3/)
32. <http://www.kro>. su/article/show/?id=84
1. Большая медицинская энциклопедия. М., 1999. С. 562. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ю.П. Алексеев Местное самоуправление. Курс лекций. Ростов-на-Дону: “Март”, 1997 г., С. 65-77. [↑](#footnote-ref-2)
3. А.И. Волков, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко. Управление и экономика здравоохранения. М. : Гэотар-Мед. 2002.С.56. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ю.П. Лисицына, Н.В. Полунина. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Медицина, 2002.С.112. [↑](#footnote-ref-4)
5. Казанский гос. мед. ун-т: Справочно-исторические материалы. / Казан. гос. мед. ун-т. - Б.М., 2004. - 103 с. [↑](#footnote-ref-5)
6. Казанский гос. мед. ун-т: Справочно-исторические материалы. / Казан. гос. мед. ун-т. - Б.М., 2004. - 105 с. [↑](#footnote-ref-6)
7. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. С.34 [↑](#footnote-ref-7)
8. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. С.45 [↑](#footnote-ref-8)
9. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. С.54 [↑](#footnote-ref-9)
10. Лучкевич B.C., Поляков И.В. Основы медицинского страхования в России. СПб. 2005., С. 242 [↑](#footnote-ref-10)
11. Лучкевич B.C., Поляков И.В. Основы медицинского страхования в России. СПб. 2005., С.212 [↑](#footnote-ref-11)
12. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. С.35 [↑](#footnote-ref-12)
13. Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке. - М., Троицк: ЭСКИЗ при участии Тровант, 2005. С.123-145 [↑](#footnote-ref-13)
14. http://www.mzsrrf.ru/ [↑](#footnote-ref-14)
15. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.27-56. [↑](#footnote-ref-15)
16. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.89. [↑](#footnote-ref-16)
17. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.87. [↑](#footnote-ref-17)
18. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.214. [↑](#footnote-ref-18)
19. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.98. [↑](#footnote-ref-19)
20. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.76. [↑](#footnote-ref-20)
21. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.57. [↑](#footnote-ref-21)
22. Поляков И.В., Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб, 2007. С.27-56. [↑](#footnote-ref-22)
23. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.67; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-23)
24. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.67; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-24)
25. Данные НОБУС по 43 субъектам РФ, расчеты НИСП [↑](#footnote-ref-25)
26. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.74; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-26)
27. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.83; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-27)
28. Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2007 г.; WHO Regional Office for Europe health for all database. [↑](#footnote-ref-28)
29. Данные Минздрава РФ по 11 субъектам РФ. [↑](#footnote-ref-29)
30. Данные Минздрава РФ по 11 субъектам РФ. [↑](#footnote-ref-30)
31. Пименов Ю.С., Ларионов Ю.К. Здоровье и медицина сегодня и в будущем.- Самара: Самар. Дом печати, 2006. – С.175 [↑](#footnote-ref-31)
32. Апазов А. Реформирование системы лекарственного обеспечения России в рыночных условиях // Медицинские новости № 4(19) 2006 г. - с. 6. [↑](#footnote-ref-32)
33. Апазов А. Реформирование системы лекарственного обеспечения России в рыночных условиях // Медицинские новости № 4(19) 2006 г. - с. 6. [↑](#footnote-ref-33)
34. www.socpol.ru [↑](#footnote-ref-34)
35. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.74; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-35)
36. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.74; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-36)
37. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.74; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-37)
38. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/ Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова – Независимый институт социальной политики. М., 2007.С.74; [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru) [↑](#footnote-ref-38)
39. www.socpol.ru [↑](#footnote-ref-39)
40. www.socpol.ru [↑](#footnote-ref-40)
41. Пименов Ю.С., Ларионов Ю.К. Здоровье и медицина сегодня и в будущем.- Самара: Самар. Дом печати, 2006. C.67 [↑](#footnote-ref-41)
42. http;//www.iet.ru/index.php [↑](#footnote-ref-42)
43. http;//www.iet.ru/index.php [↑](#footnote-ref-43)
44. Приказ департамента здравоохранения Ставропольского края от 17.06.2008г. №746 «Об организации мониторинга дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008-2009 годах». [↑](#footnote-ref-44)
45. http;//www.kro.su/article/show/ [↑](#footnote-ref-45)