

# Реформирование здравоохранения

**ЛЕКЦИЯ**

**Профессора С. А. Ананьина**

**по учебной дисциплине «Общественное здоровье и  
здравоохранение»**

# План лекции:

1. Основные термины и понятия.
2. Основные принципы реформирования здравоохранения.
3. Реформирование здравоохранения России (прошлое, настоящее, будущее).
4. Реформирование здравоохранения Красноярского края.

# Основные подходы к реформированию здравоохранения

**РЕФОРМА** (франц. *reforme*, от лат. *reformo* - преобразовываю), преобразование, изменение, переустройство какой-либо стороны общественной жизни (порядков, институтов, учреждений); формально - нововведение любого содержания, однако реформами обычно называют более или менее прогрессивное преобразование.



# Основные подходы к реформированию здравоохранения

**Концепция - система взглядов,  
единый замысел.**



# Модернизация:

- это процесс изменения чего-либо в соответствии с требованиями современности, переход к более совершенным условиям, с помощью ввода разных новых обновлений

# Основные подходы к реформированию здравоохранения

**Либертарная  
идеология**

**Солидарная  
идеология**



- **Вложение (инвестиции) в здоровье.** Здоровье не является побочным продуктом экономического развития страны, а одним из важнейших детерминантов экономического развития и снижения бедности. Расходы на здоровье рассматриваются не как затраты, а вложение, диалектически связанные с экономическим развитием любой страны. Речь идет не об экономии и сокращении затрат на здравоохранение, а о том, что вложение в здоровье ведет к существенным экономическим результатам.



# Основные подходы к реформированию здравоохранения

**Голосование рублем**



**Готовность общества платить**



# ЭКОНОМИКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- Здоровые люди более производительны и вносят больший вклад в развитие экономики и общества.
  - Чем более развита экономика, тем она вносит больший вклад в обеспечение здоровья и повышение качества жизни населения путем улучшения социальной среды в целом при контроле уровня неравенства.
  - Чем более здоровое население, тем меньше затраты на здравоохранение.
  - Качественные медицинские услуги способствуют улучшению здоровья населения.
  - Сильная экономика обеспечивает больше ресурсов для здравоохранения.
- НЕТ НИЧЕГО БЕСПЛАТНОГО– У СЫРА В МЫШЕЛОВКЕ ТОЖЕ ЕСТЬ ЦЕНА!
  - МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДСТВ- ПРОБЛЕМА ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ
  - РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЗАТРАТЫ ИЛИ ИНВЕСТИЦИИ В ЭКОНОМИКУ/ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ
  - **САМЫЕ ВАЖНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ ИЗ ВСЕХ -- ЭТО ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ, УМ И ХАРАКТЕР ЧЕЛОВЕКА.**
  - **А. ПИГУ**
  - СОЦИАЛЬНАЯ И ЧАСТНАЯ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ДОХОД ИЛИ РИСК
  - ОЦЕНКА АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ВАРИАНТОВ

Экономический рост

# **Факторы экономического роста.**

- 1. Количество и качество трудовых ресурсов.***
- 2. Объем основного капитала.***
- 3. Технология.***
- 4. Количество и качество природных ресурсов.***

Влияние здравоохранения  
через снижение стойкой  
и временной нетрудоспособности  
смертности среди  
работающего населения

Факторы определяющие динамику реального продукта.

1. Численность занятых
2. Среднее количество отработанных часов.

Трудозатраты 32%  
(по числу отработанных часов)

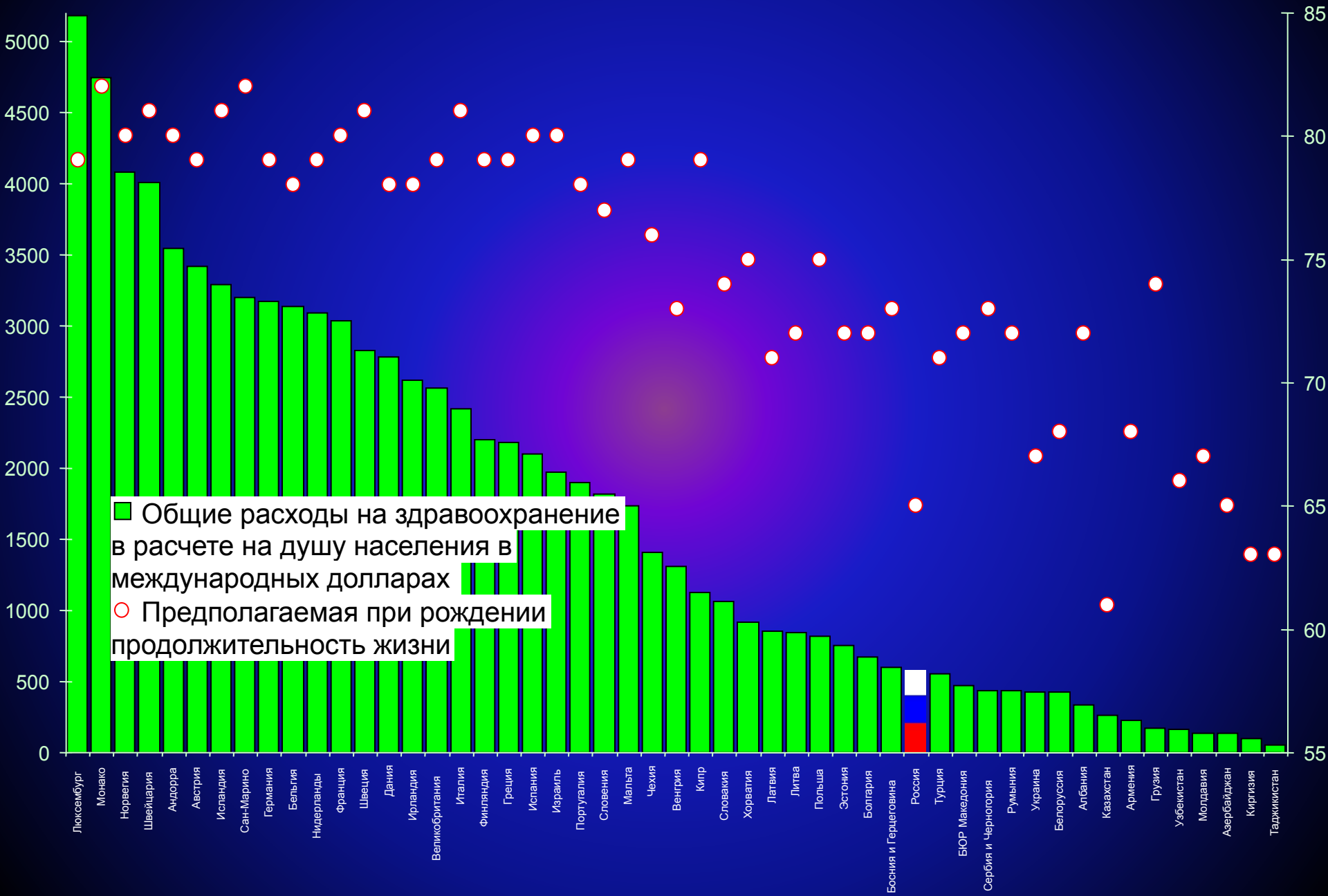
1. Технический прогресс 28%.
2. Объем капиталовложений 19%.
3. Образование и проф. подготовка 14%.
4. Эффективность размещение ресурсов 9%.
5. Прочие факторы 8%.

Производительность труда 68%



Реальный  
объем про-  
изводства

# Общие расходы на здравоохранение и предполагаемая при рождении продолжительность жизни в странах европейского региона



- Система охраны здоровья должна не просто улучшить здоровье населения, но и реагировать на немедицинские потребности граждан в вопросах охраны здоровья. Программа развития системы охраны здоровья должна включать не только развитие медицинских учреждений, но и более широкие вопросы, такие как чистая и безопасная окружающая среда, обеспеченность водой, борьба с курением, правильное питание.

- **Введение практики оценки государственными органами последствий для состояния здоровья населения любых мер, предпринимаемых на территории.** Необходимо осознание приоритетности охраны здоровья населения и стратегической важности его улучшения для будущего страны, изменить весь подход к охране здоровья населения: не просто дать приоритет здравоохранению, снижению показателей заболеваемости, а обеспечить интеграция здоровья в процесс развития общества, принятия политических решений.



- **Включение граждан в механизмы осуществления реформы здравоохранения.** Степень участия граждан определяется двумя основными параметрами, а именно учет мнения граждан относительно целей и структуры здравоохранения; полномочия и права граждан в отношении влияния на принимаемые решения.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

**История Здравоохранения России начинается с пре-христианской эры (крещение Руси произошло в 988 году), когда лечение производилось целителями, посредством растительных лекарственных средств и ритуальных действий. Значительных изменений медицины не происходило и в течении Татаро-Монгольского ига в 13-15 веках.**

# *История Реформирования Российского здравоохранения*



# *История Реформирования Российского здравоохранения*

С 15-го века в России доминировали иностранные, преимущественно европейские врачи. Первым Русским врачом получившим европейское медицинское образование считается Петр Постников, который отправился в Италию в 1694 году.



# История Реформирования Российского здравоохранения

В 18 веке Петр I способствовал приезду еще большего числа Европейских врачей. Русские врачи на тот момент времени преимущественно занимались лечением бедных слоев населения.



# *История Реформирования Российского здравоохранения*

В 1755 году царица Елизавета основала Московский Университет и в 1764 году, при нем был открыт медицинский факультет. Впоследствии в России открывалось множество новых больниц, в 1833 году была открыта первая городская больница, где из 400 коек сто предназначались для бедных и содержались за счет государства.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

В 1860-1917 были проведены социальные реформы, в частности царь Николай II основал сельские участки – земства, каждое из которых имело и свою собственную районную службу здравоохранения. На средства государства были организованы медицинские и фельдшерские пункты (по мнению некоторых западных экспертов именно с того времени берет начала традиция «неофициальных» платежей за медицинские услуги), а так же больницы.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

С 1912 года так же начала работу система социального страхования, основанная на немецкой системе Бисмарка и покрывавшая около 20% работников различных профессий. Таким образом, к периоду Великой Октябрьской Социалистической Революции в России была развитая на уровне сравнимом с Западными странами система здравоохранения, включавшая в себя разветвленную систему больниц, сельских амбулаторий, частнопрактикующих преимущественно городских врачей, медицинское (высшее и среднее) образование.



# *История Реформирования Российского здравоохранения*

В 1917-21 годах после Великой Октябрьской Революции, экономического спада, гражданской войны, голода, эпидемии тифа и т. д. Всероссийский Союз Работников Здравоохранения заменил профессиональные ассоциации. Контроль эпидемий и военная медицина получили наибольшее развитие. В 1921-28 годах в период Новой Экономической Политики (НЭП) отмечалось улучшение экономических показателей, эпидемический контроль оставался успешным.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

В начале тридцатых годов медицинское образование было полностью переведено на финансирование и под прямой контроль Министерства Здравоохранения. В 1936 году была создана Академия Медицинских Наук, которая должна была координировать все вопросы, связанные с медицинскими исследованиями.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

С 1937 году финансовые средства, которые до этого шли непосредственно от трудящихся в бюджет министерства здравоохранения, поступали в общий бюджет, а откуда распределялись между всеми министерствами. Хотя подобный способ финансирования системы здравоохранения применяется в других странах, например в Англии, необходимо отметить, что здоровье общества всегда было приоритетным направлением для Англичан. В СССР же финансирование из общего бюджета привело к тому, что здравоохранение недополучало необходимые средства, финансировалось по «остаточному принципу».

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Несмотря на некоторые отрицательно сказавшиеся на здоровье и здравоохранении решения и катаклизмы, в целом, достижения в области медицины, контроля заболеваемости были монументальны. Огромным достижением являлось в частности развитие разветвленной сети медицинских учреждений, сохранение бесплатности услуг, хорошее функционирование профилактических служб.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Среди отрицательных тенденций развития здравоохранения России послевоенного времени можно отнести изоляцию науки от мировой (хотя изоляция характеризовала все отрасли), упор на количественные показатели, постепенное снижение финансирования, уменьшение роли медицинских сестер и гиперспециализация врачей. Подход к развитию здравоохранения носил исключительно экстенсивный характер: считалось, что необходимо «больше того же самого», в то время как эпидемиологические тенденции изменились.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Доступ к услугам системы здравоохранения определялся либо местожительством, либо местом работы, через поликлиники. Выбор врача для большинства простых граждан не был предусмотрен. Члены определенных организаций, высокопоставленные начальники имели доступ к разветвленной сети элитных клиник, таким образом, провозглашенный принцип равноправия нарушался.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

До середины 1960-х советская медицина способствовала снижению смертности (в частности младенческой, хотя ее определение было изменено в целях пропаганды), увеличению продолжительности жизни, хотя вероятно большую роль сыграло повышение благосостояние граждан и изобретение антибиотиков. Однако после середины 60-х эпидемиологические тенденции перестали соответствовать таковым на западе.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

В то время как в развитых капиталистических странах после эпидемиологического перехода здравоохранение, используя новые подходы, продолжая успешно бороться с дегенеративными заболеваниями, Советское здравоохранение не смогло переориентироваться. В результате разница в смертности в СССР и развитых странах начала увеличиваться с каждым годом. Как и ранее, отчасти это было связано и с факторами находящимися за пределами медицины.



# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Другая причина неудачи советской системы здравоохранения состояла в том, что в период после Хрущева, расходы на содержание военного комплекса сильно возросли. Для того чтобы достичь военного превосходства над Соединенными Штатами при Валовом Внутреннем Продукте (ВВП) в четыре раза меньшем, СССР потребовалось подставить под удар все остальные отрасли, в том числе здравоохранение, жилищно-строительный комплекс, образование и другие службы, работающие с детьми, все из которых являются факторами определяющими здоровье.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

К моменту перестройки (1985 год) стали очевидными некоторые недостатки системы здравоохранения. В первую очередь остро встал вопрос о качестве медицинской помощи. Хотя в СССР количество врачей было, вероятно, высочайшем в мире, стандарты их подготовки явно не соответствовали западным. Медицина перестала быть престижной профессией. 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70% среднестатистической. Все чаще врачи получали неформальные платежи от пациентов, порой не за лучшее лечение, а просто за лечение. Таким образом, концепция всеобщей бесплатной медицинской помощи становилась все более далекой от реальности.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Самое высокое количество больничных коек в мире (в 4 раза больше чем в США на 1985 год) свидетельствовало о том, что в СССР развитие системы здравоохранения продолжалось по экстенсивному пути. Так же многие больницы особенно в сельской местности не соответствовали элементарным стандартам: около четверти больниц не имели даже системы центрального водоснабжения.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Зарплата врача зависела от специализации и квалификации, а не от качества его работы. Единственное к чему, посредством и зарплат и неформальных платежей, приводила материальная стимуляция врачей, это к узкой специализации и к стремлению работать преимущественно (около 80%) в больницах. Кроме того, в соответствии с законом Саттона, именно лучшие врачи были способны преодолеть конкуренцию и получить место в больнице. В амбулаторной службе в массе своей работали врачи с более слабой подготовкой.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Выплаты больницам основывались на количестве больничных коек и носили характер, стимулирующий неэффективность. По закону Ромера, в условиях финансирования больниц, исходя из количества больничных коек, управление больницы будет стремиться раздуть коечный фонд до максимально возможных размеров и держать их заполненными, за счет повышения количества госпитализаций или средней продолжительности госпитализации, часто необоснованно с точки зрения медицинской необходимости. Именно это и происходит в нашей стране вплоть до сегодняшнего дня.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Фармацевтический рынок конца 80х тоже столкнулся с кризисом. Производство медицинских препаратов и оборудования в России так никогда и не вышло на достойный уровень, из-за того, что экстенсивный метод развития отрасли здравоохранения требовал значительных расходов на поддержание системы, а средств на здравоохранение выделялось недостаточно, что бы их хватало и на фармацевцу.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Другой проблемой советской медицины и науки вообще, являлась полная изоляция. В то время как развитые капиталистические страны в условиях высокого финансирования медицинских исследований, трудились сообща, в России наука развивалась изолированно, в условиях низкого финансирования, преодолевая порой сопротивление, связанное с политизацией результатов исследований. В соответствии с мнением различных экспертов медицинская практика, по некоторым направлениям (трансплантология, реабилитация) в России отстает от уровня западных стран на 20-30 лет.

# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Разговор о стимулировании хороших врачей и рационализации финансирования здравоохранения начался задолго до непосредственного реформирования отрасли. Важным шагом было принятие закона о страховании здоровья за полгода до распада СССР. Воплощен этот закон был в 1993 году. Медицинское страхование, явилось радикальным переходом от бюджетного финансирования к выделению и изоляции средств предназначенных для отрасли здравоохранения, не позволяя таким образом урезать ее финансирование. 3,6% от фонда оплаты труда делились между региональным фондом (3,4%) и федеральным фондом (0,2%).



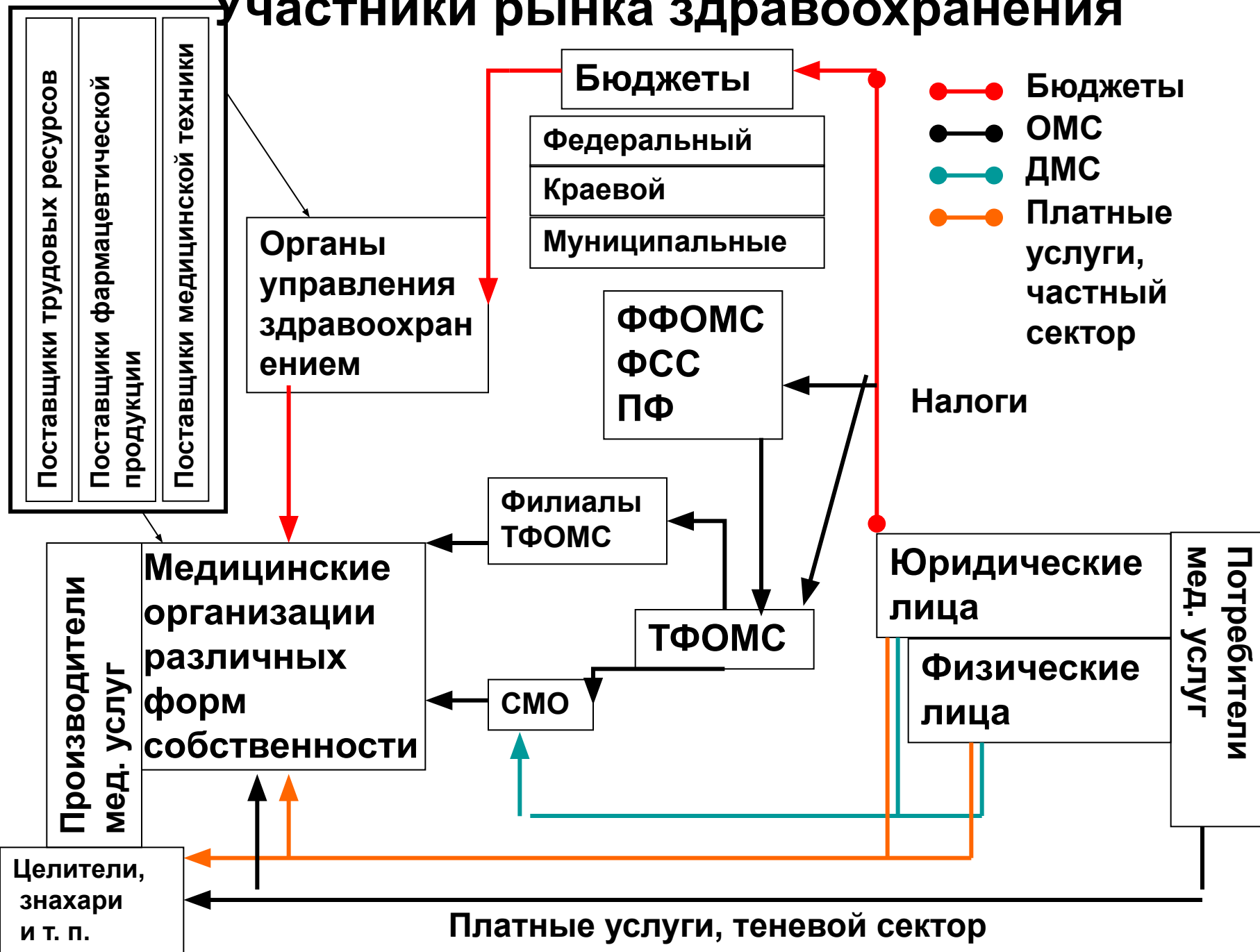
# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Страховые компании, получая средства от фондов, должны были контрактовать медицинские учреждения, борясь за потребителя и, стараясь расходовать средства наиболее эффективно, на благо пациента. Однако в России, в силу коррумпированности всех уровней власти, вместо регулируемого рынка, сложилась ситуация наиболее полно описанная в закон Капоне .

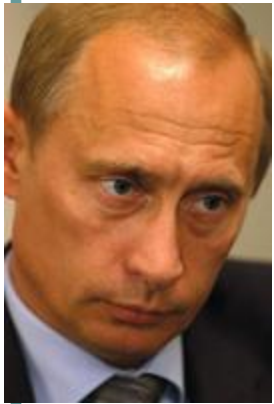
# *История Реформирования Российского здравоохранения*

Страховые компании не посчитали нужным вовлекать потребителя в процесс принятия решений относительно системы здравоохранения, хотя весь смысл создания последней, должен был состоять в служении здоровью общества. Капиталисты, как всегда оказались главными врагами капитализма. Мирно поделив население России, страховые компании попросту пропускают финансовые потоки через себя, оставляя часть средств на свое развитие.

# Участники рынка здравоохранения



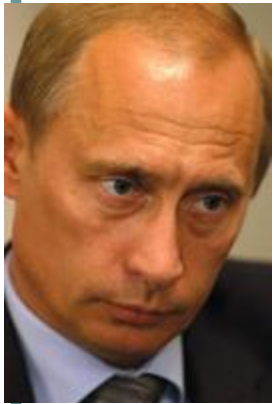
# Выступление В.В. Путина на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета



Что у нас произошло в 1991 году? Мы формально и окончательно передали в муниципалитеты вот это самое первичное звено. Но там не было ни умения **самостоятельно решать ряд важнейших вопросов**, не было и до сих пор отсутствует правовая база, и, самое главное, там не было и до сих пор нет нужного количества денег. Только сейчас мы с вами говорим **о разделении полномочий в рамках здравого смысла** и с обеспечением необходимым финансированием. И то до сих пор эту работу не довели до конца.

5 сентября 2005 года

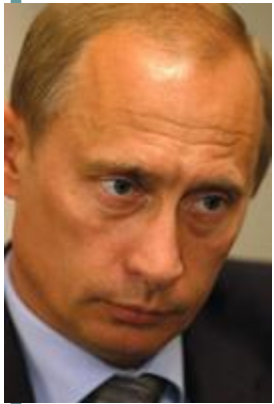
Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами  
Правительства, руководством Федерального Собрания  
и членами президиума Государственного совета



**И вот в результате такого положения дел из года в год ситуация в первичном звене здравоохранения постепенно, но уверенно ухудшалась. И нужно прямо признать, что муниципальная сеть здравоохранения находится сейчас в плачевном состоянии. И предлагаю сегодня говорить о проблемах не в общем виде, а предельно конкретно.**

5 сентября 2005 года

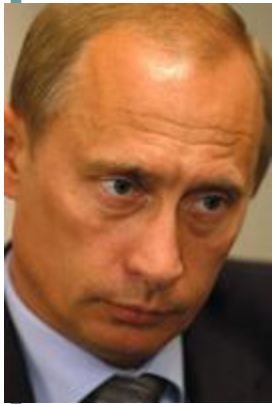
Выступление В.В. Путина на встрече с членами  
Правительства, руководством Федерального Собрания  
и членами президиума Государственного совета



**Сразу отмечу: это не только вопрос  
отраслевой политики. Это **ключевое  
условие** повышения качества жизни, а в  
конечном итоге – повышения их деловой и  
общественной активности. Я вообще  
думаю, что **это просто укрепление страны.**  
Нам необходимо кардинальное  
обновление всей системы. Рассчитываю,  
что серьезным стимулом к этому станут  
первоочередные меры одного из  
заявленных нами **национальных проектов.****

11 октября 2005 года

Выступление **В.В. Путина** на встрече с членами  
Правительства, руководством Федерального Собрания  
и членами президиума Государственного совета



**Вместе с тем проблемы здравоохранения не могут быть решены только за счет новых финансовых вливаний. Нам нужны решительные продуманные шаги по системной модернизации отрасли, и здесь нужно вести продуктивный диалог, в том числе с медицинским сообществом.**

5 сентября 2005 года

# Интегральные показатели уровня достижения стратегических целей государственной политики в сфере ведения Министерства

Удельный вес населения с доходами ниже прожиточного минимума

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Младенческая смертность

Удельный вес граждан, получивших услуги в учреждениях социального обслуживания

Уровень общей безработицы

Для оценки эффективности государственной политики в сфере ведения Министерства используется более 70 показателей, характеризующих положение дел в здравоохранении, социальном развитии, труде и занятости



Цель - повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия

• **Тактические задачи:**

- ✓ **2.1. - повышение эффективности функционирования системы здравоохранения;**
- ✓ **2.2. - обеспечение доступности и качества медицинской помощи;**
- ✓ **2.3. - улучшение состояния здоровья детей и матерей;**
- ✓ **2.4. - обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами;**
- ✓ **2.5. - предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.**

*Стратегическая цель и тактические задачи реализуются совместно с органами власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.*

- ❖ Первым шагом на пути реализации задачи обеспечения доступности и качества медицинской помощи стал **Национальный проект в сфере здравоохранения**, направленный на развитие первичной медико-санитарной помощи, повышение укомплектованности кадрами первичного звена здравоохранения, переход на новые формы оплаты труда в зависимости от объемов и качества оказываемой медицинской помощи, укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

**Поэтому в основу национального проекта в сфере здравоохранения были заложены мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи, включая:**

- ✓ **повышение уровня оплаты труда участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер, работающих с ними,**
- ✓ **дополнительную подготовку врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»,**
- ✓ **проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ряда заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит В, краснуха и др.),**
- ✓ **проведение дополнительной иммунизации в рамках Национального календаря профилактических прививок,**
- ✓ **проведение диспансеризации работающего населения по дополнительным программам,**
- ✓ **дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам и неработающим пенсионерам.**

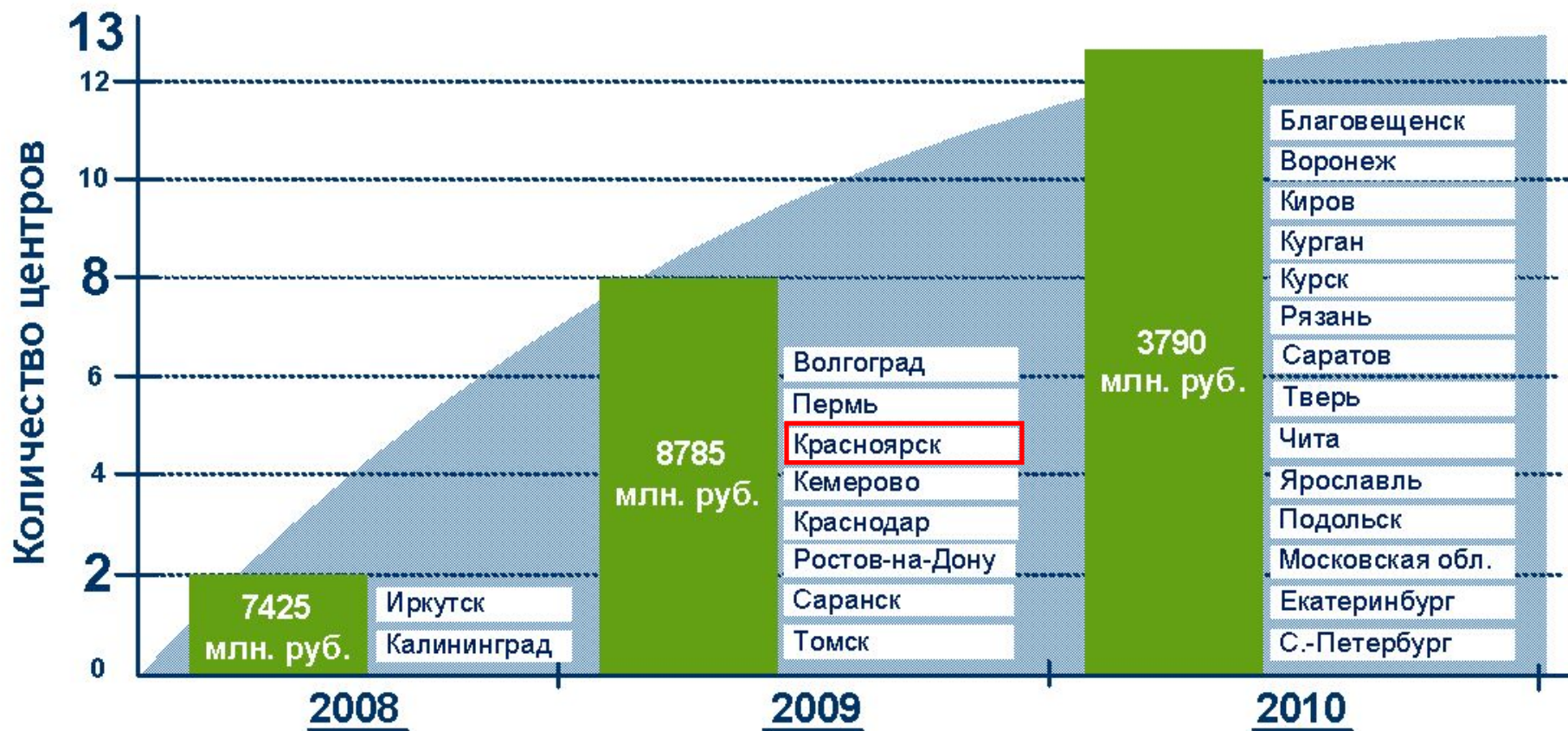
**Национальным проектом в сфере здравоохранения предусмотрено также улучшение обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью, включая:**

- ✓ **строительство новых центров высоких медицинских технологий (в области сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, ортопедии и эндопротезирования, эндокринологии, нейрохирургии, трансплантологии и репродуктивным технологиям) в ряде субъектов Российской Федерации,**
- ✓ **модернизацию существующих федеральных специализированных медицинских учреждений (ФСМУ),**
- ✓ **совершенствование организации предоставления высокотехнологичной медицинской помощи (перевод ФСМУ на государственный заказ, введение «Листа учета», разработка стандартов высокотехнологичной медицинской помощи).**

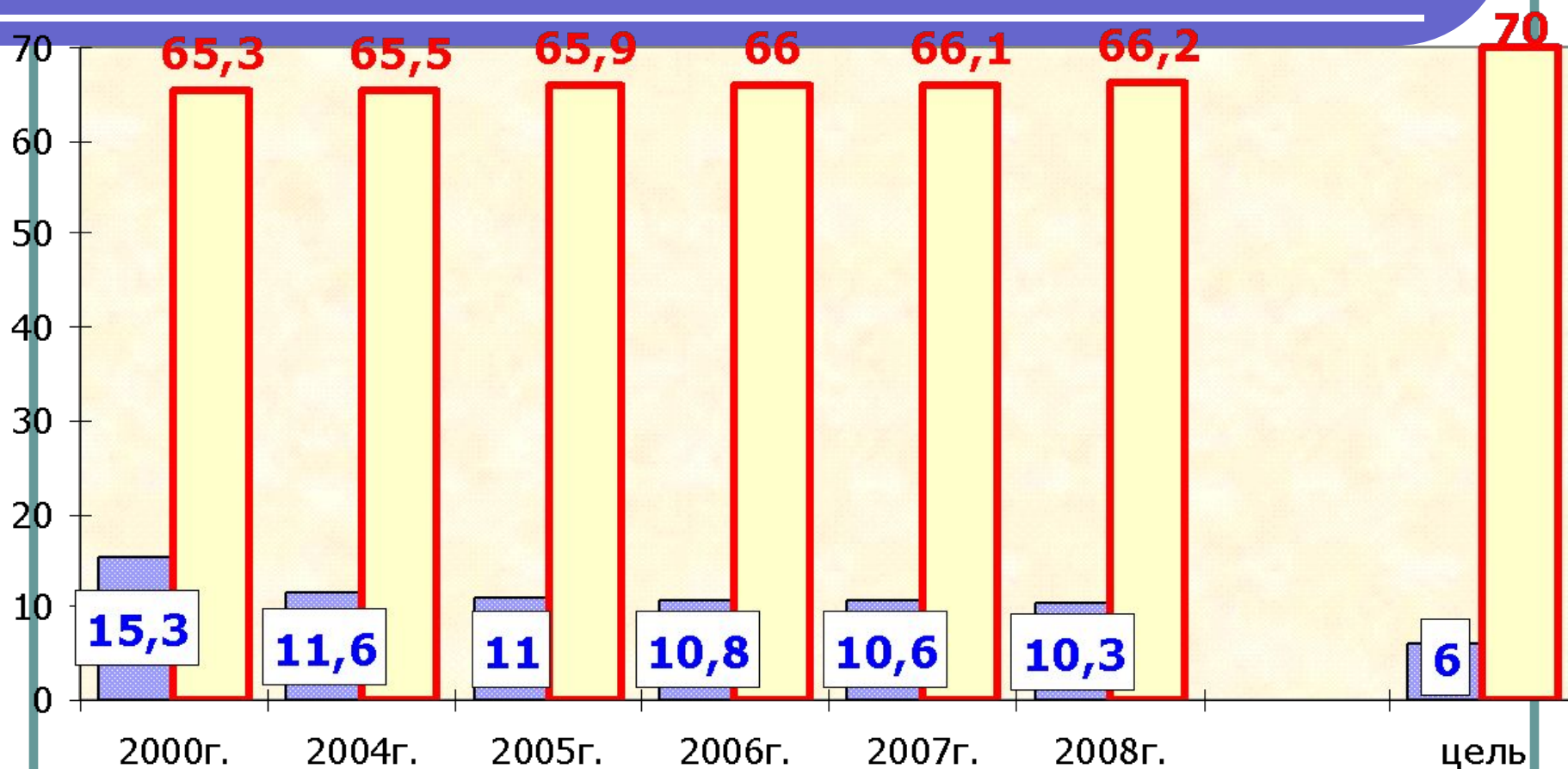
***Дополнение НП «Здоровье» - Конкретные меры,  
направленные на реализацию задачи улучшения состояния  
здоровья детей и матерей:***

- **внедрение новых организационных ресурсосберегающих, перинатальных и репродуктивных технологий;**
- **расширение диспансеризации детей, проведение массовых обследований новорожденных детей на наследственные заболевания;**
- **развитие перинатальной помощи и специализированной высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям;**
- **введение «Родового сертификата» в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов.**

# ПЛАНЫ СТРОИТЕЛЬСТВА СЕТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ



## Показатели уровня достижения целей



■ младенческая смертность (на 1000 родившихся)

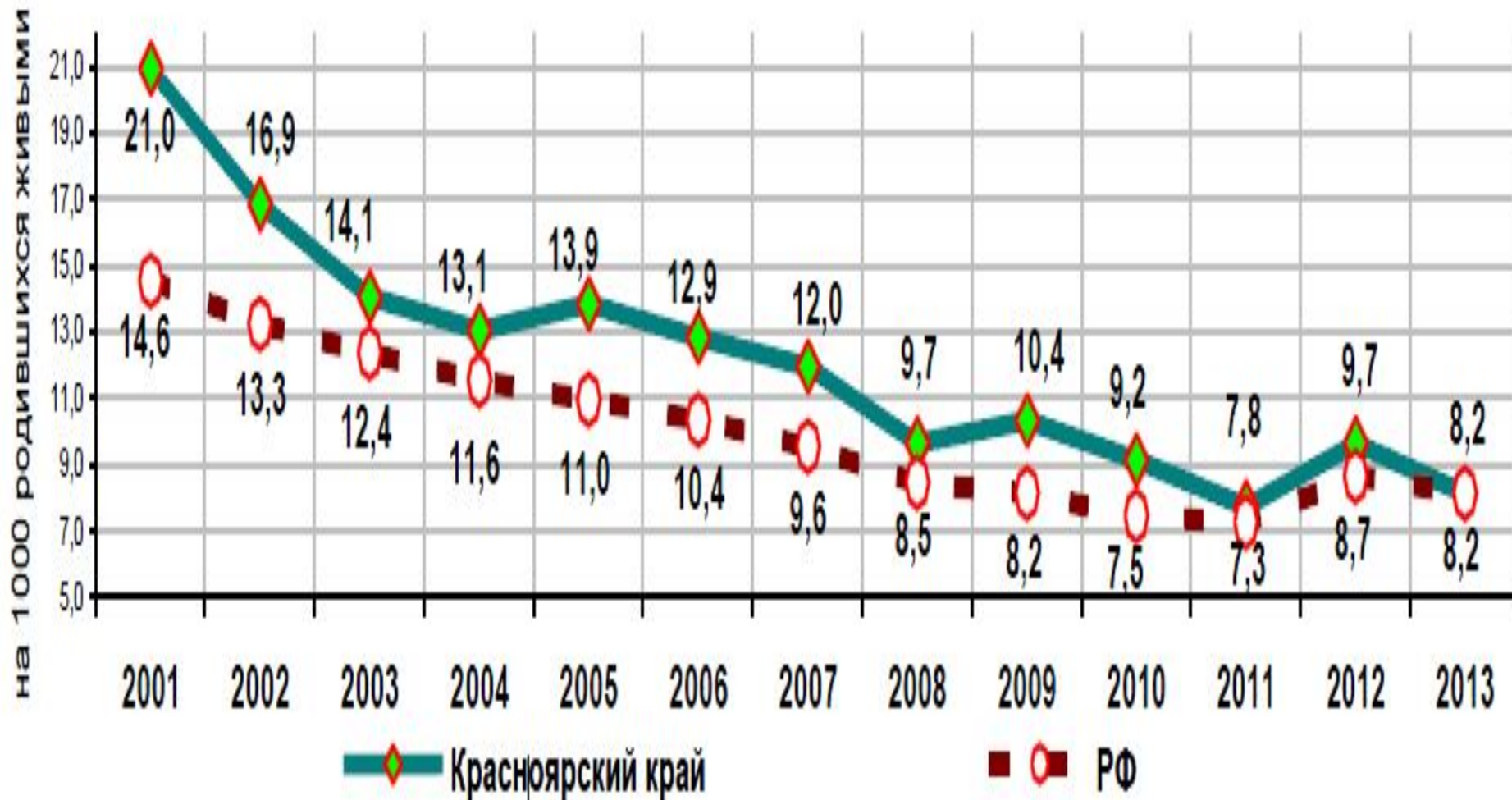
■ ожидаемая продолжительность жизни (лет)

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по Красноярскому краю  
(число лет)**

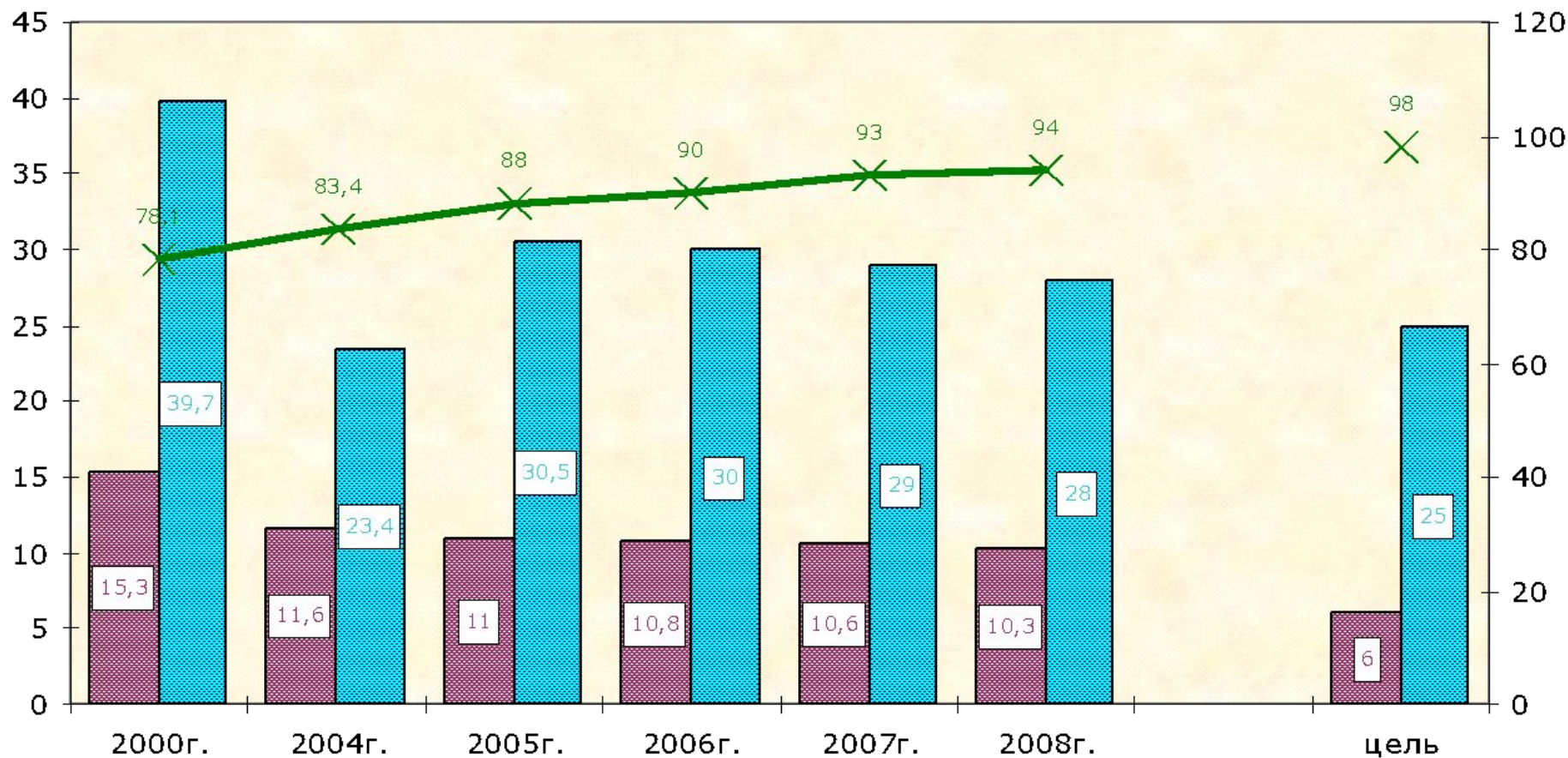
Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
1990	67,9	62,3	73,6	68,8	63,3	74,1	65,4	59,8	72,0
2000	62,5	56,1	69,8	63,2	56,7	70,4	60,4	54,4	68,0
2001	63,0	56,7	70,3	63,7	57,2	70,9	60,7	54,9	68,1
2002	63,0	56,8	70,0	63,7	57,3	70,8	60,5	54,8	67,7
2003	62,6	56,4	69,7	63,6	57,3	70,5	59,5	53,6	67,1
2004	63,5	57,3	70,6	64,8	58,4	71,6	59,8	54,0	67,3
2005	63,0	56,6	70,4	64,3	57,6	71,6	59,3	53,7	66,5
2006	65,5	59,3	72,1	66,7	60,5	73,0	61,7	55,8	69,1
2007	66,4	60,5	72,7	67,5	61,4	73,5	63,4	57,8	70,1
2008	66,8	61,0	72,9	67,9	61,9	73,8	63,6	58,2	70,1
2009	67,5	61,7	73,4	68,7	62,8	74,4	64,0	58,7	70,3
2010	67,6	61,6	73,8	68,7	62,7	74,6	64,2	58,5	71,2
2011	68,3	62,5	74,1	69,2	63,3	74,9	65,1	60,0	71,2
2012	68,4	62,7	74,3	69,4	63,5	75,1	65,2	60,0	71,3
2013	69,1	63,4	74,8	70,0	64,2	75,5	65,8	60,4	72,2



# Младенческая смертность по Красноярскому краю и РФ 2001-2013



# Показатели достижения задачи «Улучшение состояния здоровья детей и матерей»



■ Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)

■ Материнская смертность (на 100 тысяч родившихся живыми)

—\*— Профилактические осмотры детей (доля осмотренных детей 0-14 лет от числа, подлежащих осмотрам, %)

# Показатель материнской смертности в Красноярском крае

Годы	умерло всего	в том числе:				показатель на 100000 родившихся живыми		
		в стационаре		вне стационара		Красноярский край	РФ	СФО
	абс. число	абс. число	%	абс. число	%			
2009	8	7	87,5	1	12,5	20,9	22,0	29,6
2010	8	7	87,5	1	12,5	20,7	16,5	18,4
2011	10	8	80	2	20	26,2	16,2	17,3
2012	3	3	100	-	-	7,3	11,5	12,8
2013	5	4	80	1	20	12,2	12,5	н/д

## **Конкретные меры, направленные на реализацию задачи обеспечения доступности и качества медицинской помощи:**

- **законодательное закрепление государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;**
- **разработка и внедрение эффективных механизмов финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;**
- **развитие стандартизации медицинских услуг;**
- **развитие медицинских центров, оказывающих высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь;**
- **внедрение новых форм оплаты труда медицинских работников.**

## Конкретные меры, направленные на реализацию задачи обеспечения качественными и безопасными лекарственными средствами:

- совершенствование перечня лекарственных средств, рекомендуемых к отпуску гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи;
- развитие программ дополнительного лекарственного обеспечения для различных групп населения;
- усиление работы по регистрации и государственному контролю качества лекарственных средств.

*Качество и безопасность лекарственных средств будет обеспечиваться на основе внедрения международных стандартов производства лекарственных средств, лицензирования и аккредитации в области производства лекарственных средств.*

Мероприятия по реализации второй цели - повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, проведенные в 2005 году

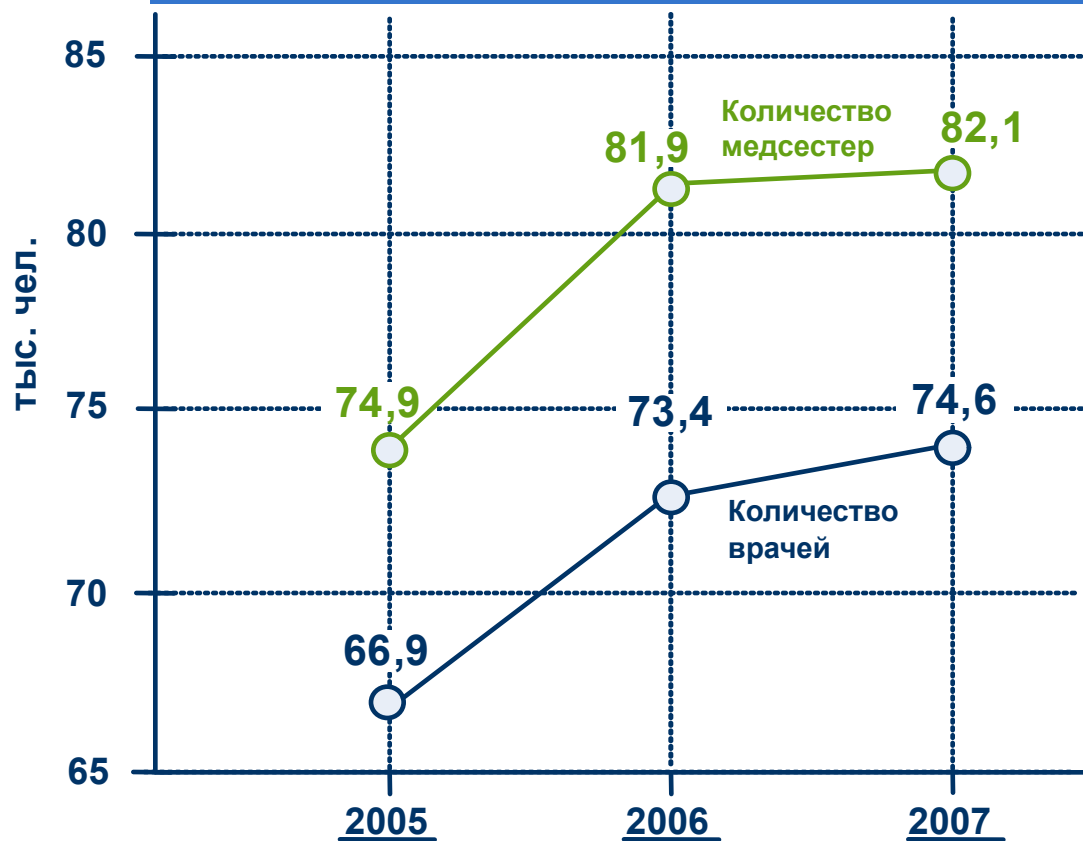
- ✓ В рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения лиц, включенных в Федеральный регистр, **14,7 млн.** граждан предоставлено право на получение бесплатных лекарств. За 2005 год выписано **151,2 млн.** рецептов. Более **148 млн.** рецептов обслужено. Уровень обслуживания рецептов в среднем по Российской Федерации составил **98,2%**, в то время как в 2004 году он составлял **63%**.
- ✓ Всего отпущено лекарственных средств на сумму более чем **41,2 млрд.** рублей, что в **5 раз больше**, чем в 2004 году.
- ✓ В рамках программы санаторно-курортного лечения лиц, включенных в Федеральный регистр, выдано 1 млн. 65 тыс. путевок в санатории и талонов на проезд в междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Число выданных путевок по сравнению с 2004 годом возросло в **4,5** раза.

- В **1,6 раза**, повышена заработная плата для 690 тысяч медицинских работников первичного звена. Зарплата участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики составляет в среднем **22,6** тысяч рублей, врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений – **15,5** тысяч рублей.
- **Численность участковых врачей возросла на 7,7 тысяч человек.** На участки пришли более **3 тысяч молодых врачей.**
- В результате доля лиц пенсионного возраста снизилась - на 10% среди врачей, на 12% среди медицинских сестер
- снижен коэффициент совместительства на 20 % (с 1,6 до 1,3).

# РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ

X

## ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ





# ОСНАЩЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПРИВЕЛА К УКРЕПЛЕНИЮ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

В **9966** лечебно -профилактических учреждений первичного звена поставлено **42 487** единиц диагностического оборудования

## ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СУЩЕСТВЕННО РАСШИРИЛО ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

На поставленном оборудовании дополнительно проведено **более 10 млн.** диагностических исследований , что позволило сократить время ожидания **с 10 до 7 дней**

В **2008** году время ожидания будет сокращено до **5 дней**

# ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ



**В РАМКАХ ПРОЕКТА ПОВЫСИЛИ КВАЛИФИКАЦИЮ В 2006 И 2007 Г.Г. УЧАСТКОВЫЕ ТЕРАПЕВТЫ, УЧАСТКОВЫЕ -ПЕДИАТРЫ И ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – 25 805 ЧЕЛОВЕК**

 **ЗА 2006 ГОД – 12805 ЧЕЛОВЕК**

 **ЗА 2007 ГОД – 13 000 ЧЕЛОВЕК**

---

**В 2008 ГОДУ ПОВЫСИЛИ КВАЛИФИКАЦИЮ 11 000 СПЕЦИАЛИСТОВ ДАННЫХ КАТЕГОРИЙ**

# ОСНАЩЕНИЕ САНИТАРНЫМ АВТОТРАНСПОРТОМ

**В 2006-2007  
ПОСТАВЛЕНО**

Парк автомобилей скорой помощи обновлен на 70%, в том числе:

- ◎ 229 реанимобилей
- ◎ 141 детский
- ◎ 19 реанимобилей гусеничных снегоболотоходов медицинской скорой помощи

Время ожидания больными скорой медпомощи сократилось с **35** до **25** минут

Т



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# Региональная программа модернизации здравоохранения на 2011, 2012 годы

# РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2011, 2012 ГОДЫ

## **Цель:**

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## **Задачи:**

УКРЕПЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Выполнение программы «Модернизация системы здравоохранения Красноярского края» на 2011-2013 годы в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений.

## Ремонтные работы

Проведены ремонтные работы в 66 учреждениях здравоохранения (на 214 объектах). Особое внимание уделялось учреждениям материнства и детства: проведен капитальный ремонт в 34 указанных учреждениях на общую сумму 669,9 млн рублей.

**В 2013 году** за счет дополнительно выделенного объема финансирования начаты и завершены ремонтные работы в 10 учреждениях (12 объектов), в том числе в учреждениях детства: проведен капитальный ремонт бассейна центра реабилитации (9,7 млн рублей) и приемного покоя (9,8 млн рублей) КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», поликлиники МБУЗ «Городская детская клиническая больница № 1» (11 млн рублей); в детской поликлинике МБУЗ «Центральная районная больница города Назарово» выполнен этап работ по капитальному ремонту (3,9 млн рублей).

Выполнение программы «Модернизация системы здравоохранения Красноярского края» на 2011-2013 годы в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений.

### **Закупка оборудования:**

В соответствии с задачей 2 «Оснащение оборудованием, программным обеспечением и расходными материалами краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края, в структуре которых организуются травматологические центры для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП» в 2013 году на оснащение медицинским оборудованием организаций здравоохранения было выделено – 505 543,5 тыс. рублей, из них: федеральный бюджет – 58 047,4 тыс. рублей; краевой бюджет – 147 496,2 тыс. рублей. В 2013 году закуплено 362 единицы медицинского оборудования.

В соответствии с задачей 3 «Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи и оснащение специализированными автомобилями станции переливания крови краевых государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Красноярского края» в 2013 году на оснащение автотранспортом организаций здравоохранения было выделено – 32 501,1 тыс. рублей, из них: федеральный бюджет – 7 613,6 тыс. рублей; краевой бюджет – 24 887,5 тыс. рублей. В 2013 году закуплено 15 единиц автотранспорта.

## ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ)

В 2013 году в Красноярском крае проводились работы по завершению мероприятий задачи 2 "Внедрение современных информационных систем в здравоохранение" программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011-2013 годы. Приоритетное направление по информатизации отрасли связано с внедрением региональной медицинской информационной системы (далее – РМИС).

В 2013 году 6 крупных медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарную медицинскую помощь, были подключены к работе в РМИС: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №4», КГБУЗ «Краевая клиническая больница №2», КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн». **В настоящее время в перечисленных учреждениях на каждого пациента заводится электронная история болезни, в которой фиксируются все случаи обращения за медицинской помощью, диагноз, состояние пациента, проведенные медицинские обследования и их результаты, осмотры и заключения врачей.**



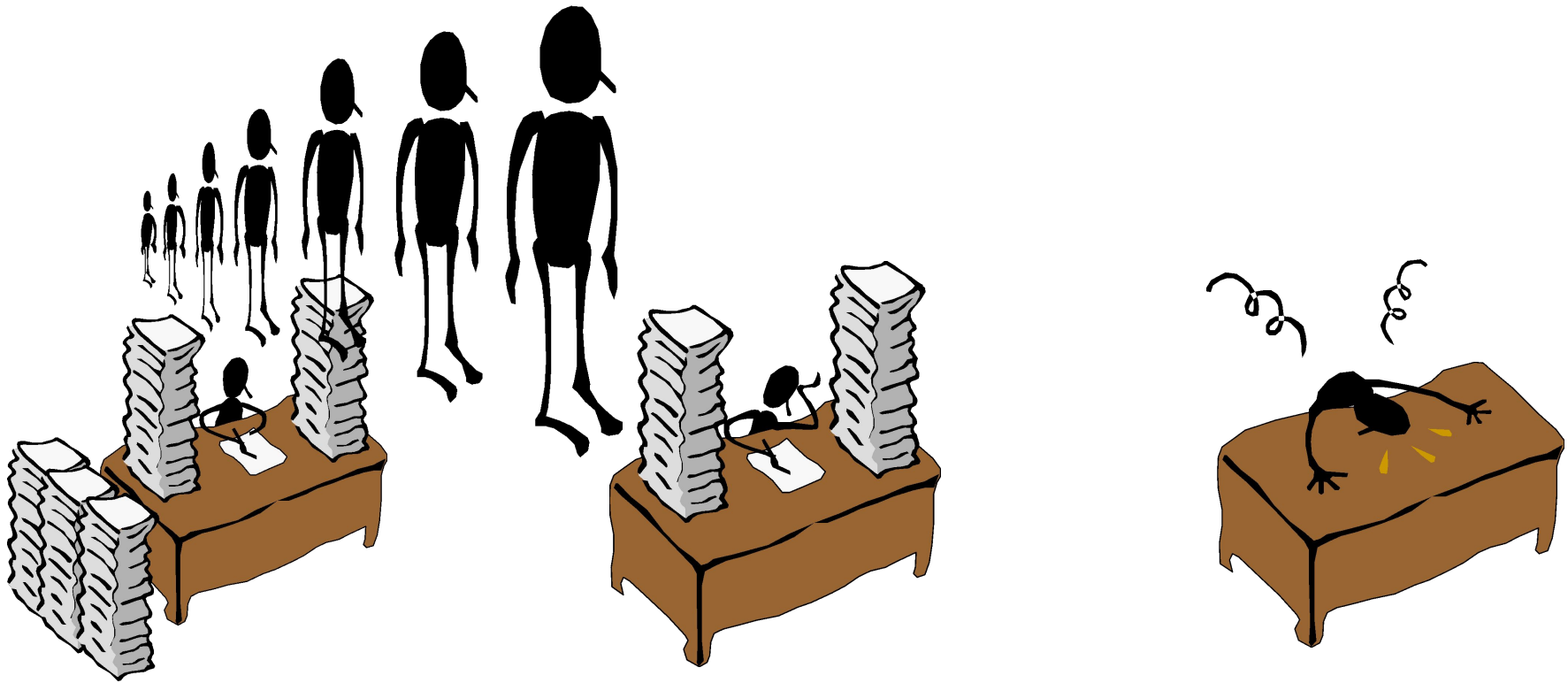
# Сравнение перечня мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в 1980-е годы и на современном этапе развития здравоохранения (с позиции их влияния на информационные потоки).

Приказ Минздрава СССР от 23.09.1981 N 1000 (ред. от 22.12.1989, с изм. от 04.05.1990)	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 N 187	Ожидаемое влияние на информационные потоки
Обеспечить систематическое повышение квалификации участковых врачей-терапевтов путем их направления в институты (факультеты) усовершенствования врачей (не реже одного раза в 5 лет), а также используя другие формы повышения их знаний.	Подготовка и переподготовка врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых.	<b>Положительное:</b> Повышение качества информационных потоков за счет специализации объектов получения, обработки, передачи специализированной информации. <b>Отрицательное:</b> отсутствие в программах обучения тем, направленных на формирование навыков работы с информацией, и, в том числе, владения компьютером.

# Сравнение перечня мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в 1980-е годы и на современном этапе развития здравоохранения (с позиции их влияния на информационные потоки).

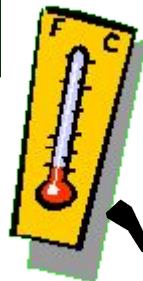
Приказ Минздрава СССР от 23.09.1981 N 1000 (ред. от 22.12.1989, с изм. от 04.05.1990)	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 N 187	Ожидаемое влияние на информационные потоки
Обеспечить в течение 1981-1985 гг. участковых врачей-терапевтов специальными укладками с набором необходимых медикаментов, инструментария и портативной диагностической аппаратурой.	Оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений.	<b>Положительное:</b> повышение скорости и качества получения и передачи информации в части технического обеспечения. <b>Отрицательное:</b> отсутствие оценки продуктивности процессов.

**В структуре затрат рабочего времени  
врача в среднем до 44% времени  
тратится на работу с документацией.**



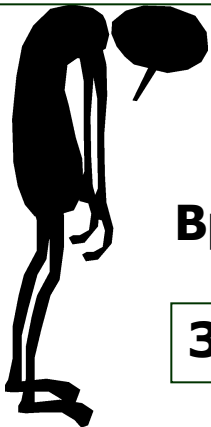
# Участковый врач

Дополнит  
ельная  
нагрузка



Врач

Здоровье



Пациент



Пациент



Врач



Здоровье

Врач



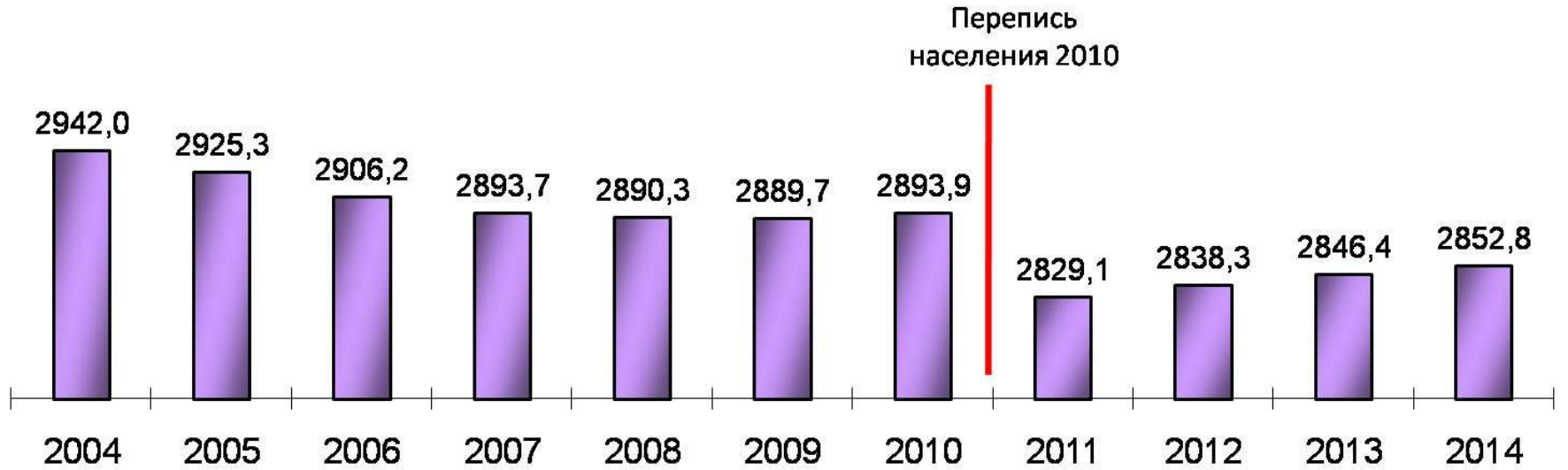
Пациент

Болезнь

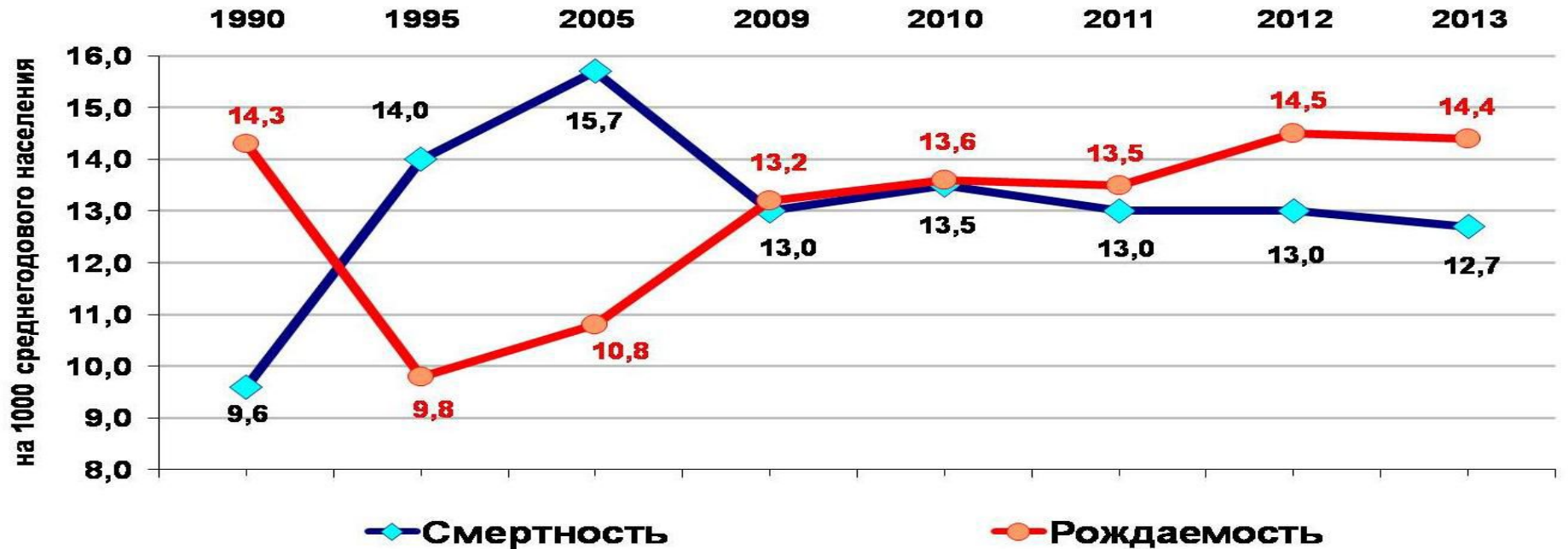
# Главные итоги

Удовлетворенность граждан  
РФ оказанием  
высокотехнологичной  
медицинской помощи  
сохраняется на уровне 79  
процентов (в 2005 году - 20%).

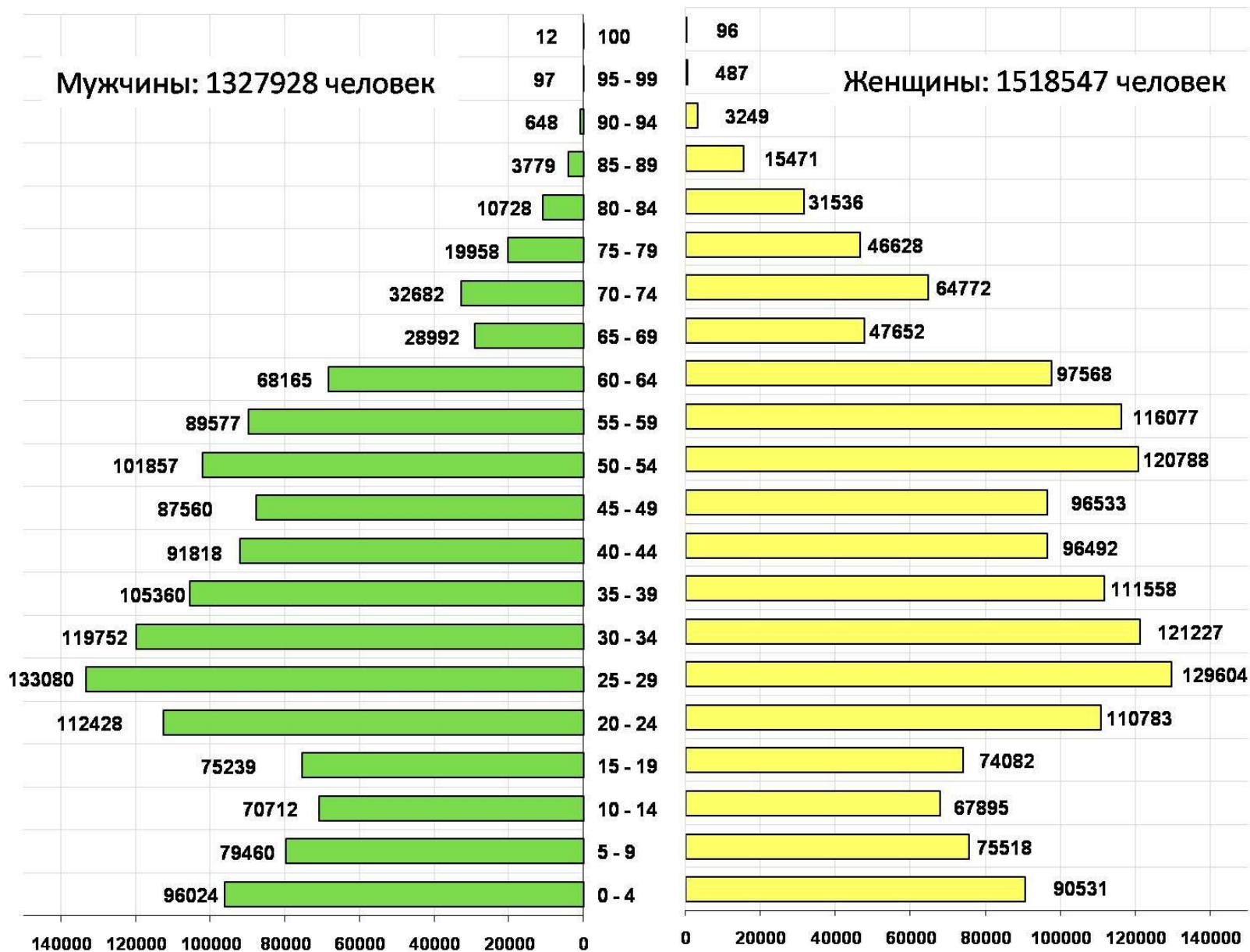
# Главные итоги



Численность постоянного населения Красноярского края (на начало



# Возрастно-половая структура населения Красноярского края на 1 января 2013 года



## Главные ожидания.

Повышение средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе до 2018 года.



# Что предстоит сделать

Предстоит обеспечить достижение к 2018 году следующих целевых показателей:

- Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случаев на 100 тыс. населения.
- Снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случаев на 100 тыс. населения.
- Снижение смертности от туберкулеза до 11,8 случаев на 100 тыс. населения.
- Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случаев на 100 тыс. населения.
- Снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми.
- Доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90%.

## *Выводы:*

**Таким образом, в ходе РЗ необходимо учитывать не только специфику отечественного здравоохранения, но и использовать принципы, методы и технологии современного менеджмента. Целью преобразований является повышение экономической, социальной и медицинской эффективности системы здравоохранения на основе совершенствования экономических отношений, организационной структуры, мотивационного механизма, внедрения стратегического планирования, развития современных информационных технологий.**

**Дорогу осилит идущий**



**Благодарю за внимание**