Правительство Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования

"Национальный исследовательский университет
"Высшая школа экономики"

###### Факультет Государственного и Муниципального Управления

###### Кафедра Местного Самоуправления

ВЫПУСКНАЯКВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

На тему: **Реализация государственной политики в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики (на примере Республики Бурятия).**

Студентка группы № 494

Харина Л.В.

Научный руководитель

 Профессор, д.э.н. Боговиз А.В.

Москва, 2013 г.

# Содержание

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

**Глава 1.** **Основы организации Первичной медико-санитарной помощи в России и за рубежом………….……………………………………………....7**

1.1 Роль и место первичной медицинской помощи в системе здравоохранения РФ…………………………………………………………..…7

1.2. Правовые особенности ПМСП в целом и ОВП в российском законодательстве………….…………………………………………...….……12

1.3. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи и виды финансирования ОВП…….………………………………………………...….18

1.4. ПМСП по принципу ОВП на примере зарубежного опыта…………….23

1.5. ПМСП по принципу ОВП на примере российского опыта………….….26

1.6. Основные направления преобразований в системе здравоохранения Российской Федерации…………..………………………………………….....29

**Глава 2.** **Анализ перспективных направлений реорганизации сектора ПСМП на примере Республики Бурятия………………..…….…….…….34**

2.1. Организация первичной медико-санитарной помощи на территории Республики Бурятия……………………………………………………………34

2.2. Основные мероприятия по преобразованию первичного звена в системе здравоохранении РБ……………………………………………………………37

2.3. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Республике Бурятия………………………………………………………………...………..43

**Глава 3. Анализ эффективности работы врачей общей практики в Республике Бурятия………………………………..……………………..…49**

3.1 Анализ эффективности работы общей врачебной практики на примере амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган, Республики Бурятия.……….…..……………………………...49

3.2. Сравнительный анализ показателей первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами общей практики и среднеспубликанских…....58

3.3. Предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия……………………………………….………..63

**Заключение…………………………………………………………………….68**

**Список литературы…………………………………………………………...72**

Приложение №1………………………………………………………………...76

Приложение №2………………………………………………………………...77

Приложение №3…………………………………………………………..…….78

# Введение

 Одним из основных компонентов социальных обязательств современного государства является забота о здоровье граждан. Для выполнения этих обязательств функционирует государственная система здравоохранения, которая основывается на четырех видах помощи, таких как первичная медико-санитарная помощь (ПМСП); специализированная медицинская помощь (СМП); скорая медицинская помощь и паллиативная медицинская помощь. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ПМСП является основным видом медицинской помощи для каждого гражданина, которая должна быть доступной и оказываться научно-обоснованными и социально-приемлемыми методами. Этот же принцип находит свое отражение в декларируемой основе устройства отечественной системы здравоохранения: своевременности, эффективности и доступности оказания квалифицированной медицинской помощи. Одним из признанных как в России, так и за рубежом механизмов оказания ПМСП является общая врачебная практика (ОВП).

На современную российскую систему здравоохранения существенно повлияли реформы, происходящие в течение последних нескольких лет. Смещение централизации, а также предоставление финансовой и экономической самостоятельности субъектам РФ, поспособствовало делению здравоохранения в целом на государственный и региональный уровни. В большинстве случаев региональное здравоохранение в РФ характеризуется как недостаточно развитое, при этом не имеющее необходимого количества квалифицированных кадров, а также отсутствием достаточной оснащенности учреждений здравоохранения. В добавление к этому основная фигура ПМСП - участковый врач перестал быть координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, он не обеспечивает постоянный контроль над состоянием пациента и его семьи и фактически не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. Функции терапевта в большей степени стали диспетчерскими. Появилась явная необходимость обновления данной системы здравоохранения с экономической и социальной точки зрения.

 Поэтому реформирование государственной системы здравоохранения главным образом основано на реорганизации первичного звена медицинской помощи, а основной фигурой регионального здравоохранения теперь становится не участковый врач, а врач общей практики. Таким образом, современные механизмы управления системой оказания первичной медицинской помощи нуждаются в изучении, чем и обуславливается актуальность данного исследования.

Вопросами организации работы системы общей врачебной практики занималось множество ученых, как в России, так и за рубежом. В их числе И.Г. Боерма, Денисов И.В. Боброва, B.К. Муравьева, И.М Акулин, С.А. Ануфриев, Р.А. Галкин, Ю.М Губачев, Д.М. Флеминг, О.П. Щепин и др.

Объект исследования – первичная медико-санитарная помощь.

Предмет исследования – механизмы управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи.

Цель исследования – провести сравнительный анализ преимущества оказания первичной медико–санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики в современных социально – экономических условиях.

В соответствии с поставленной целью будет необходимо решить следующие задачи:

1. Обозначить роль и место первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения, как на государственном, так и на региональном уровне;

2. Обозначить основы правового регулирования ПМСП, а также проанализировать финансово - экономическую сторону ПМСП в РФ.

3. Определить основные направления преобразований системы здравоохранения, в том числе ПМСП на региональном уровне.

4. Провести анализ поэтапной реорганизации службы общей врачебной практики в Республике Бурятия.

5. Предложить пути совершенствования оказания ПМСП в Республике Бурятия.

Базовая гипотеза: в организации первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики имеется ряд преимуществ в сравнении с участковой системой, однако существует ряд проблем, препятствующих ее повсеместному распространению на территории РФ. В том числе:

• Недостаток финансовых ресурсов;

• Несовершенство системы профессиональной подготовки кадров;

• Отсутствие подготовленных кадров, стандартов (протоколов) ведения больных и критериев оценки качества деятельности ВОП;

• Недостаточно разработана правовая и финансовая база, а также информационная поддержка;

• Слабая материально-техническая база муниципальных учреждений здравоохранения.

Базовый методологический подход: структурно-функциональный анализ.

Методы исследования:

• Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих систему оказания первичной медико-санитарной помощи

• Анализ организационной структуры управления системой здравоохранения

• Анализ статистических материалов и отчетной документации учреждений системы здравоохранения

• Анализ ресурсных потоков, направленных на финансирование первичной медико-санитарной помощи в бюджетах различных уровней

Научная и практическая новизна данного исследования состоит в выявлении ряда актуальных проблем внедрения общей врачебной практики в систему первичной медико-санитарной помощи, их анализ и разработка путей их решения.

# Глава 1. Основы организации Первичной медико-санитарной помощи в России и за рубежом

###### 1.1 Роль и место первичной медицинской помощи в системе здравоохранения РФ

В настоящее время здравоохранение РФ основывается на одной из нескольких существующих моделей реформирования, а именно на модели медицинского страхования.

Реформа, которая проводилась в течение нескольких предшествующих лет, осуществляла мероприятия по структурно-функциональной перестройке системы. Реформа, которая создается и фрагментарно практикуется сейчас, «имеет целью организацию оказания качественной медицинской помощи, доступной населению страны, на основе фундаментальных преобразований финансирования, с привлечением иных, помимо государственных, финансовых ресурсов (в том числе ресурсов населения), преобразования правовых основ отрасли, направленных на демократизацию управления, внедрение современных медицинских технологий, развитие конкуренции, основанное на свободном выборе пациентом лечебно-профилактического учреждения и врача».[[1]](#footnote-2)

В реформировании государственного здравоохранения для первичной медико-санитарной помощи отведена особая роль. В сентябре 1978 года в Алма-Ате под эгидой Всемирной организацией здравоохранения была проведена конференция, посвященная проблемам оказания первичной медико-санитарной помощи, в которой приняли участие 138 государств. В результате была принята Декларация, из которой следует, что первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является одним из важнейших и стратегически правильных инструментов для достижения такой цели, как «здоровье для всех». Важно то, что ПМСП является центральным звеном всей системы. Однако нерациональное использование финансовых средств, в том числе постоянный рост расходов на стационарное лечение, отражается на недостаточности финансирования других отраслей здравоохранения. Данная ситуация привела к очевидной необходимости изменения приоритетов с акцентом на профилактику и первичную помощь.

В соответствии с данной Декларацией ВОЗ было определено базовое понятие первичной медико-санитарной помощи:

«Первичная медико-санитарная помощь составляет существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям на местах, благодаря их полному участию в этой работе при затратах, оправданных как для общины, так и страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности врешении этих вопросов. Она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого она является, и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества. Она есть первая ступень в контакте между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образующая первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья».[[2]](#footnote-3)

 Центральным звеном в организации оказания ПМСП является амбулаторно-поликлиническая помощь (АПП). От качества предоставления услуг амбулаторно-поликлиническими учреждениями зависит здравоохранение в целом, в особенности это влияет на уязвимые группы людей, таких как: инвалиды, дети, а также пожилые люди и т.д.

 Однако, исследования, проводимые в сфере оказания амбулаторно-поликлинической помощи, показали, что, в России данная сфера также требует совершенствования, на данный момент АПП не в стоянии обеспечить население доступной и квалифицированной помощью, очевидные недостатки всей организации системы, в первую очередь, отражаются на специализированной помощи.

До недавнего времени, о чем упоминалось ранее, центровой фигурой здравоохранения был участковый врач. Он был специалистом, который осуществлял первый контакт с пациентом, обратившимся в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Однако, участковый врач – это врач, оказывающий лишь узкоспециализированную терапевтическую помощь, и только по определенному перечню заболеваний. Это поспособствовало росту оказания специализированной помощи, т.е. количество врачей оказывающих узконаправленные специализированные услуги возросло.[[3]](#footnote-4)

Таким образом, появилась раздробленность в оказании ПМСП, это привело к потере единого плана лечения пациента, а в последствие к росту заболеваемости населения. Увеличение специализированных кадров должно было сократить количество больных направляемых в стационар, однако, до сих пор в России госпитализируется более 23% населения, тогда как мировой показатель не превышает 20%.[[4]](#footnote-5)

Из выше сказанного следует, что работа участкового врача, перестала быть авторитетной для российского здравоохранения – понятие участкового врача ассоциируется с диспетчерскими функциями, в добавление к этому большая часть населения страны не удовлетворена работой поликлиники.

Актуальной данная проблема стала еще в 90-х, уже тогда была необходима существенная реформа первичного звена, под началом Минздрава РФ началось развитие службы ВОП.

Начало официальному существованию общей врачебной практики положил приказ Министерства здравоохранения РФ №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача» от 26 августа 1992 г., в номенклатуру была введена должность специалиста «врача общей практики».

Из данного приказа следует, что «врач общей практики (семейный врач) - специалист, широкоориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях».

Более широкое международное определение общей врачебной практики было опубликовано Королевским колледжем врачей общей практики в 1972 г. «Врач общей практики это врач, который оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он обычно работает в группе с другими врачами общей практики, в условиях, созданных или модифицированных для этих целей, при помощи коллег-парамедиков, соответствующего секретариата и необходимого оборудования. Даже если он работает в практике, где он является единственным врачом, он работает в команде и при необходимости делегирует полномочия. Его диагнозы состоят из физического, психологического и социального аспектов. Его вмешательства включают в себя образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность для укрепления здоровья пациента»[[5]](#footnote-6).

На современном этапе развития здравоохранения эффективность работы ВОП постепенно набирает доказательства, однако резонанс вокруг ОВП неоправдан, так как в действительности реформы ПМСП не произошло. В большинстве поликлиник и больниц вся система оказания ПМСП все еще остается сосредоточенной вокруг участкового врача, также наблюдается проблема нехватки соответствующей квалификации для того чтобы стать врачом общей практики.

Отсутствие правильных механизмов реализации и общих подходов реформирования первичной медико-санитарной помощи существенно тормозит развитие общей врачебной практики. [[6]](#footnote-7)

Чтобы добиться успеха в реализации данной политики, необходима заинтересованность региональных органов управления здравоохранением, таких как территориальные фонды ОМС, главные врачи ЛПУ, страховые компании, а также работники других отраслей социального сектора.[[7]](#footnote-8)

Одной из положительных сторон внедрения системы общей врачебной практики является сокращение направлений на стационарное лечение к узким специалистам, многопрофильность врача общей практики, в отличие от участкового врача, позволяет справиться с достаточным количеством пациентов без полноценного участия специализированной помощи.

Реорганизация существующей системы здравоохранения, основанная на ОВП, может решить ряд проблем (в первую очередь регионального здравоохранения), которые появляются в связи с территориальными особенностями регионов, такими как низкая плотность населения, сложные климатические условия, высокогорье и т.д. Из-за этих особенностей возникает проблема отдаленности населения от учреждений здравоохранения, следовательно, снижается уровень доступности населения к получению ПМСП.

Таким образом, главной фигурой ПМСП постепенно становится врач общей практики, особенно там, где он востребован, а именно на участках с территориальными особенностями.

###### 1.2. Правовые особенности ПМСП в целом и ОВП в российском законодательстве.

Правовая основа, регулирования ПМСП в целом и ОВП постоянно расширяется. Различные ее аспекты содержатся не только в различных государственных программах, Федеральных законах, приказах Министерства здравоохранения, но и различных локальных нормативно-правовых актах. Ниже перечислены базовые источники правового регулирования данной сферы деятельности:

• Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

• Приказ Министерства Здравоохранения №543н от 15 мая 2012 года «Об организационной структуре ПМСП взрослому населению»

• Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 17 января 2005 г. №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»

• Постановление Правительства Российской Федерации N1074. "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" от 22 октября 2012 г.

• Государственная программа «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.». от 28 сентября 2012 г.

Согласно основному Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан» гражданам предоставляется следующие виды медицинской помощи:

1. первичная медико-санитарная помощь;
2. специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
3. скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
4. паллиативная медицинская помощь.[[8]](#footnote-9)

В Федеральном законе первичная медико-санитарная помощь определена как «основная система оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения».[[9]](#footnote-10)

Так же из закона следует, что организация оказания ПМСП для граждан осуществляется по территориально-участковому принципу, который предусматривает формирование обслуживаемых групп населения, в целях приближения учреждений здравоохранения к их месту жительства, работы и учебы.

На современном этапе развития здравоохранения основной порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению включает в себя приказ № 543н от 15.05.2012.

В соответствии с данным приказом первичная медико-санитарная помощь может оказываться:

1. амбулаторно, в том числе в медицинской организации или ее подразделении, оказывающей первичную медико-санитарную помощь:
* по месту жительства (пребывания) пациента;
* по месту выезда мобильной медицинской бригады.
1. в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.[[10]](#footnote-11)

Также из приказа следует, что оказание ПМСП может включать в себя:

• первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками, со средним медицинским образованием;

• первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);

• первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник.[[11]](#footnote-12)

С 1 января 2012 года полномочия органов власти муниципальных районов и городских округов в сфере охраны здоровья были переданы органам государственной власти субъектов РФ. Передача полномочий с муниципального уровня на региональный связана с новой схемой оказания медицинской помощи, заложенной в региональных программах модернизации здравоохранения на 2011-2013 гг.

Полномочия переданы в соответствии со ст.16 п.5 федерального закона №323, где говориться, что организация оказания первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации относится к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ.

Также в данной статье определены и другие полномочия субъектов РФ, прописанные в соответствии с федеральным законом об охране здоровья граждан, в том числе:

* разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения (п.2);
* разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п.3);
* создание в пределах компетенции, условий для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан (п.6);
* формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации и установление порядка их организации и деятельности (п.4);
* координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации (п.11); и т.д.

Однако во 2 части 16 статьи данного закона оговаривается, что все полномочия указанные в 1 части данной статьи могут быть переданы органами государственной власти субъектов РФ органам местного самоуправления в соответствии с ФЗ N 184 "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" от 6.10.1999. В этом случае медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь, в том числе первичную медико-санитарную будут принадлежать муниципальной, а не региональной системе здравоохранения.

 А также органы местного самоуправления уполномочены создавать условия для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации. Но в пределах полномочий, прописанных в Федеральном законе от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".[[12]](#footnote-13)

Что касается общей врачебной практики, как уже раньше упоминалось, с 26 августа 1992 года началось ее развитие с приказа Министерства здравоохранения РФ №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача. После данного закона правительство РФ стало выпускать ряд приказов регулирующих деятельность врачей практики. Однако на данный момент большинство из них уже не действуют.

Развитие организации работы ВОП получила в приказе Минздрава РФ № 350 от 20.11.02 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ». Было официально определено в системе здравоохранения место семейного врача, медицинской сестры ВОП, место центра общей врачебной практики, а также отделений ОВП в составе поликлиники.

Одними из последних действующих законодательных актов, регулирующих сферу ОВП на федеральном уровне к настоящему времени оказались:

• Приказ Минздравсоцразвития РФ №84 от 17 января 2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»

• Приказ Минздравсоцразвития РФ №325 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)».

• Приказ Министерства Здравоохранения №543н от 15 мая 2012 года «Об организационной структуре ПМСП взрослому населению»

В приказе № 543н подробно обозначены правила организации деятельности ВОП; стандарты оснащения центра (отделения) ВОП, правила организации деятельности центра (отделения) ВОП, рекомендуемые штатные нормативы центра (отделения) ВОП и т.д.

Соответствующее лицензирование деятельности врачей общей практики осуществляется следующими нормативно-правовыми актами:

• Федеральный закон от 08.08.2001г №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

• Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2002г. № 499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» под редакцией от 01.02.2005

В основном современное правовое регулирование ПМСП, в том числе ОВП происходит на региональном уровне, однако произошедшие изменения в связи с передачей полномочий на субъектный уровень по-разному повлияли на регионы. Где-то муниципальные медицинские учреждения действительно перешли под управление региональных властей, где-то их положение не изменилось благодаря решению об обратном делегировании полномочий муниципалитетам. Не до конца продуманная реформа вызывает новые проблемы, в основном из-за плохого состояния передаваемого муниципального имущества и неопределенности новых функций муниципальных властей в сфере здравоохранения. Отсюда следует вывод, что для создания надлежащего уровня организации ПМСП в российском здравоохранении необходимо сначала усовершенствовать поддерживающее законодательство, в первую очередь, на федеральном уровне.

###### 1.3. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи и виды финансирования ОВП.

В настоящее время финансирование первичной медико-санитарной помощи на уровне РФ регулируется тремя основными нормативно-правовыми актами, такими как:

• Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

• Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

• Постановление Правительства Российской Федерации N1074. "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" от 22 октября 2012 г.

На сегодняшний день финансирование ПМСП осуществляется за счет средств:

• обязательного медицинского страхования.

• федерального бюджета;

• бюджетов субъектов Российской Федерации;

• местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий органам местного самоуправления).[[13]](#footnote-14)

В программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2013 год, сказано, что медицинская помощь в муниципальных медицинских организациях, может предоставляться за счет средств местного бюджета органами местного самоуправления, в случае передачи соответствующих полномочий органами государственной власти субъектов РФ.

В Постановлении Правительства РФ №1074, оговаривается, что при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

* по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, т.е. за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
* за единицу объема медицинской помощи, т.е. за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
* по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.[[14]](#footnote-15)

Для финансирования ОВП, как одного из видов оказания ПМСП, в российском законодательстве по сей день не существует единых стандартов. Система обязательного медицинского страхования является основным источником финансирования общей врачебной практики, так же как и первичной медико-санитарной помощи в целом. В большинстве субъектов и муниципалитетов РФ, где основным звеном в развитии здравоохранения считают внедрение общих врачебных практик, самостоятельно разрабатывают технологию и методы финансирования врачей общей практики, закладывая определенные требования к построению их системы оплаты.

Наиболее важные из этих требований считаются:

* Стимулирование расширения объема работ ОВП.
* Повышение ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения.
* Стимулирование координирующей роли ВОП.
* Сдерживание затратного механизма оказания медицинской помощи.[[15]](#footnote-16)

В отдельных регионах России, а также в зарубежной практике используется три основных подхода для поддержания данных требований:

1. Премирование ВОП за достижение установленных показателей качества их работы в дополнение к утвержденной ставке заработнойплаты.

2. Подушевое финансирование на общий объем внебольничной помощи (частичное фондодержание), дополняемое премированием на основе МКР (модель конечных результатов).

3. Система «ОВП — фондодержатель» (полноефондодержание).[[16]](#footnote-17)

В случае подушевого финансирования существуют недостатки, такие как отсутствие у врачей общей практики достаточных стимулов к снижению числа направлений больных в стационары, развитию стационарозамещающих технологий, снижению числа вызовов скорой помощи и т.д. В связи с этим в Кемеровской области родилась идея модели конечных результатов (МКР). Также в случае с премированием ВОП данная модель применяется для системы контроля качества работы.

В Тверской области действующая система оплаты врачей общей практики была введена в рамках Проекта Всемирного Банка и основана на мотивирующей к работе премиальной системе оплаты.

Премиальный доход ОВП в Тверской области состоит из трех компонентов:

а) Увеличение стандартного размера заработной платы.

б) Надбавки.

в) Дополнительные выплаты к стандартной заработанной плате, в соответствии с достигнутыми результатами ВОП. Результаты разбиты на три группы показателей по их значимости. Первая группа показателей оценивается в 100 баллов, вторая в – 60, а третья в 40 баллов. Каждый показатель имеет свой вес, в соответствии с которым и начисляется балл. Сумма итоговых баллов определяет размер премии или ее отсутствие. Одни из главных показателей с самым большим «весом», которые, главным образом, влияют на заработок ВОП – это кол-во вызовов скорой медицинской помощи, а также количество направлений на госпитализацию терапевтического направления.[[17]](#footnote-18)

Также одним из регионов имеющих ценный опыт в финансировании ВОП является Тульская область. В данном регионе используется метод подушевого финансирования в расчете на численность населения прикрепленного к ВОП (частичноефондодержание). В подушевой норматив включаются все прописанные в программе ОМС виды медицинской помощи для оказания первичной медико-санитарной помощи. Все мероприятия по оплате производятся страховой компанией, так как она является фондодержателем, а оставшиеся средства будут считаться доходом отделений ОВП. В основном отчисление уходят на оплату специалистов и приобретение медикаментов.

Принцип фондодержания основанный на внутриучрежденческих расчетах, т.е. полноефондодержание использует Самарская область уже много лет. В отделение ОВП начисляется оплата за комплекс предоставления амбулаторно-поликлинических услуг, которые включают не только расходы на осуществление деятельности, но и на предполагаемые услуги, оказываемые вне отделения ВОП, в первую очередь на специализированную помощь. Также поступают начисления за норматив объема и стоимости, как медицинской, так и стационарной помощи, для пациентов данного отделения ОВП, которые уже рассчитаны в соответствии с программой государственных гарантий.

На опыте разных регионов можно выявить несколько видов оплаты труда врачей общей практики:

• твердый оклад;

• твердый оклад с фиксированными надбавками;

• гонорарная система оплаты, заработанная плата рассчитывается на каждую детальную услугу оказанную врачом (при данном виде оплаты теряется заинтересованность в экономической эффективности у врачей, а также ответственность за улучшение здоровья населения).

В соответствии с вышесказанным, можно сделать вывод, что в регионах России имеет смысл использовать разные подходы подушевого финансирования, регионы сами должны подбирать эффективную для их системы здравоохранения модель оплаты труда, также существуют примеры комбинаций данных систем.[[18]](#footnote-19)

###### 1.4. ПМСП по принципу ОВП на примере зарубежного опыта.

Ряд международных исследований показали, что правительства многих стран, проведя анализ эффективности своих систем здравоохранения, выразили неудовлетворенность в проведении существующей политики. Данная ситуация подтолкнула большинство из них к созданию подходящей стратегии реформирования здравоохранения применимой лишь к конкретной стране, в соответствии с ее экономическими, национальными, историческими, климатическими или территориальными и другими особенностями.[[19]](#footnote-20)

Естественно, что каждая страна, опираясь на опыт других стран, выбирает свой путь реформы, однако есть и общие моменты, стоящие в приоритете у всех стран мира, такие как:

• профилактика населения;

• развитие первичной медицинской помощи, включая услуги врача общей практики, семейного врача;

• повышение качества медицинской помощи, как в больничных, так и в амбулаторных условиях.

Главной задачей реформ большинства стран выступает сдерживание роста цен на медицинские услуги, а цель заключается, в том, чтобы сделать доступной медицинскую помощь для тех слоев населения, у которых нет возможности их оплачивать в полном объеме.[[20]](#footnote-21)

В Европейских странах количество врачей общей практики, обеспечивающих медицинскую помощь населению, сильно колеблется. Например, в Нидерландах, Бельгии, Италии, Франции и Швеции отмечаются самые высокие показатели по обеспеченности врачами общей практики, таким образом, максимум на 1000 жителей приходиться 1 врач общей практики. Более низкая обеспеченность врачами общей практики отмечается в Германии, Швейцарии, Великобритании, Хорватии, Испании, то есть на одного врача общей практики приходиться 2000 жителей.

Также в Европе система ПМСП по принципу ОВП оказывается несколькими способами, а именно:

* с помощью индивидуальной практики ВОП;
* с помощью групповой практики ВОП;
* с помощью многопрофильных центров охраны здоровья.

В некоторых странах, как Австрия или Италия на законодательном уровне регулируется обеспечение врачей общей практики новыми местами, однако такие страны как Нидерланды или Португалия вовсе лишены такого рода нормативной базы.

Количество врачей общей практики сильно варьируется в разных странах. Например, во Франции количество врачей общей практики составляет 56%, в Испании немного меньше показатель – 47%, в Великобритании – 41%, Италии - 24 %, Исландии - 17 %, а в Испании – 16% от всех врачей.[[21]](#footnote-22)

В настоящее время существует тенденция к распространению групповых практик ВОП. В таких странах как Великобритания, Швеция, Финляндия, Турция, Нидерланды, Португалия, Испания, Болгария используется именно групповая практика. Такой способ популярен в связи с возможностью приобретения частичного опыта внутри самой практики, т.е. существует возможность консультации с коллегами, обучения, а также покупки оборудования для более качественной работы. Однако индивидуальная практика также распространена, в таких странах как Австрия, Франция, Италия, Польша, Швейцария, Бельгия. Там ВОП составляют 2/3 от всех врачей.

 Вызовы на дом в Европе осуществляются в стандартном порядке и составляют существенную часть работы ВОП. В Великобритании, Австрии, Франции, Германии и Бельгии посещение населения врачами общей практики на дому колеблется от 20 до 40 в неделю. Также распространена медицинская помощь, оказываемая ВОП по телефону, в сутки у докторов от 10 до 15 таких контактов.

 Из российского законодательства следует, что в России ОВП, оказывается, по участково-территориальному принципу. За рубежом данный принцип территориального прикрепления населения к ВОП также действует, в том числе в Швеции, Норвегии, Испании, Финляндии, Португалии странах Центральной и Восточной Европы. Также существует распределение по списку, то есть когда конкретный список людей закрепляется за ВОП. Люди в странах, где нет списочных методов распределения, вправе выбирать и менять ВОП по своему усмотрению.

«Основными формами оплаты труда врачей общей практики в странах Западной Европы являются: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма на каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные комбинации. В некоторых странах (Финляндия, Швеция, Португалия и др.) врачи общей практики находятся на фиксированной заработной плате. В Нидерландах для общественно застрахованных граждан такие специалисты получают фиксированную оплату за каждого пациента, занесенного в перечень обслуживаемых ими лиц. В Италии оплата дифференцируется согласно возрасту пациентов».[[22]](#footnote-23)

Положительный опыт зарубежных стран доказывает эффективность общей врачебной практики, однако нужно помнить о том, что каждое государство имеет свои особенности. Отсюда можно сделать вывод, что в России должна быть своя особенная, но универсально применимая ко всем регионам система здравоохранения, которая должна стремиться создать доступные условия оказания ПМСП для всех.

###### 1.5. ПМСП по принципу ОВП на примере российского опыта.

В настоящий момент ПМСП по принципу ОВП в России имеет довольно шаткое положение. Не смотря на большинство положительных практик применения данной системы в российских регионах, существует ряд проблем затормаживающих широкое и полное распространение ОВП.

Во-первых, одной из современных проблем, является нерациональное использование финансовых, кадровых, материальнотехнических и других ресурсов. Во-вторых, большинство врачей имеют недостаточный уровень квалификации для работы врачом общей практики и, в-третьих, существенная проблема заключается в нежелании самих врачей повышать свою квалификацию, нет мотивирующих факторов, таких как более высокая заработанная плата, а также другие социально-экономические проблемы.

Для создания действительно эффективной реформы ПМСП в РФ необходимы:

• создание актуальной законодательной базы;

• разработка действенных механизмов адаптации общей практики как научной специальности к сложившимся условиям;

• построение механизмов финансового взаимодействия и внедрение организационно-правовых принципов функционирования учреждений здравоохранения первого контакта с пациентом.[[23]](#footnote-24)

Не смотря на недостатки и проблемы развития ОВП, факт положительных изменений в организации ПМСП доказан. Денисовым И.Н.[[24]](#footnote-25) был проведен анализ внедрения ОВП в российских регионах, откуда следует, что на практике:

• снизилась частота вызовов скорой помощи;

• повысилась интенсивность стационарозаменяющих технологий;

• сократился уровень госпитализации в стационары;

• улучшилась преемственность в работе ВОП и специалистов, работающих в поликлинике (снизилась частота посещаемости узких специалистов).

«Внедрение общей врачебной практики в здравоохранение Самарской области показало, что произошло уменьшение количества посещений пациентов к специалистам: по неврологии — на 34,5 %, эндокринологии — на 35,0 %; кардиологии — на 43,9 %; оториноларингологии — на 32,7 %.

В течение 5 лет функционирования общей врачебной практики объем услуг, оказанных населению врачами общей практики по смежным специальностям, возрос более чем на 40 % — с 26,1 % до 66,8 %.

Опыт Тульской области по внедрению общей врачебной практики показал, что после соответствующей подготовки данный специалист может взять на себя 22,7 % посещений хирурга, 36,4 % посещений офтальмолога, 41,0 % посещений оториноларинголога и 46,6 % посещений невропатолога. Объем помощи, оказываемой врачом общей практики на дому, составил 14,0 %».[[25]](#footnote-26)

Также в большинстве других регионов РФ, где имело место внедрение ОВП (Кемеровская область, Свердловская область, Республика Бурятия и другие регионы), опрошенные пациенты и медработники высказались положительно за дальнейшее широкое развитие института ОВП.

Пациенты за время работы врачей ОВП оценили разницу между ВОП и участковым терапевтом. ВОП заинтересован в каждом случае, он не только проводит обследование и лечит пациента, но также оказывает поддержку в решение других проблем, не связанных с медицинской помощью, таких как психологические проблемы в семье, организация социальной помощи, проблем других членов семьи.

Нет сомнений, что развитие ОВП приносит положительные плоды, в связи с этим необходимо обратить внимание на образование, развивать специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Денисов И.Н. считает, что данная специализация может поспособствовать «стандартизации диагностических и терапевтических процедур в амбулаторной терапевтической практик»[[26]](#footnote-27), а также увеличению количества учащихся на семейного врача, участкового врача и терапевта, так как в данной сфере будет возможность карьерного и интеллектуального роста.

###### 1.6. Основные направления преобразованийв системе здравоохранения Российской Федерации.

Ключевыми инструментами реализации государственной политики и реформировании в сфере здравоохранения являются программы направленные на реорганизацию данной системы. В настоящее время в Российской Федерации работает несколько программ в том числе:

* Программа модернизации на 2011-2013гг. Данная программа имеет своей целью улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации. Задачами данной программы являлось:
* Укрепление материально-технической базы в медицинских учреждениях.
* Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
* Внедрениефедеральных стандартов оказания медицинской помощи.
* Национальный проект «Здоровье». Программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная президентом Российской Федерации [В. В. Путиным](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%BD%2C_%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80_%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87), стартовавшая [1 января](http://ru.wikipedia.org/wiki/1_%D1%8F%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D1%80%D1%8F) [2006 года](http://ru.wikipedia.org/wiki/2006_%D0%B3%D0%BE%D0%B4).

Основными направлениями для развития ПМСП были предусмотрены следующие мероприятия:

* подготовка и переподготовка врачей первичного звена.
* Переход на новые формы, повышение размера оплаты труда медицинских работников первичного звена медицины.
* Укрепление диагностической службы первичной медицинской помощи
* укрепление материально-технической базы скорой медицинской помощи
* Госпрограмма «Развитие Здравоохранения в 2012-2020гг.»

В сентябре 2012 года коллегия Минздрава утвердила новую государственную программу «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.». В данной программе выделены основные подпрограммы развития в сфере здравоохранения, такие как:

* Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни
* Формирование здорового образа жизни;
* Раннее выявление заболеваний.
* Развитие системы качественной и доступной медицинской помощи (в том числе детям):
* Повышение эффективности работы первичной медико-санитарной помощи и уменьшение нагрузки на стационар;
* Балансировка стоимости стандартов оказания медицинской помощи с программой государственных гарантий;
* Развитие механизмов лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях;
* Снижение материнской и младенческой смертности, улучшение репродуктивного здоровья населения.
* Обеспечение системы здравоохранения квалифицированным персоналом:
* Пересмотр идеологии и подходов к организации кадрового обеспечения отрасли здравоохранения квалифицированным персоналом – создание образовательно-кадрового континуума;
* Устранение дисбаланса в численном составе специальностей;
* Развитие инфраструктуры и клинических баз высших учебных заведениях;
* Переход от рутинной подготовки кадров к креативному развитию интеллекта, подготовке профессионального менеджмента.
* Разработка, внедрение и институционализация инновационных технологий:
* Развитие научных школ на фоне необходимости восстановить и активно использовать научный потенциал;
* Развитие инфраструктуры научного трансфера;
* Повышение восприимчивости системы к внедрению инновационных эффективных технологий охраны здоровья, диагностики, лечения, реабилитации.[[27]](#footnote-28)

Уже много лет подряд, одним из важнейших задач реформирования, является совершенствование ПМСП. Минздрав обозначил мероприятия по совершенствованию организации первичной медицинской помощи населению, которые будут проводиться в соответствии с государственной программой развития до 2020 года:

1. Реализация дифференцированного подхода к организации профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации;
2. Совершенствование оказания медицинской помощи сельскому населению, в том числе:
* оптимизация сети учреждений здравоохранения в сельской местности (организация врачей общей практики и комплексных участков, выездных методов лечебно-диагностической и профилактической работы по типу выездных бригад)
* совершенствование деятельности соответствующих учреждений (увеличение числа посещений на дому, патронажная работа)
1. Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.
2. Ранее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.
3. Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания.[[28]](#footnote-29)

Совершенствуя организационные и экономические механизмы в здравоохранении Министерство способствует осуществлению перехода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование. В 2011 году поэтапный переход на одноканальное финансирование осуществлялся в 42 субъектах РФ. В связи с положительными результатами большинства субъектов РФ, с 2013 года все субъекты РФ осуществили переход на одноканальное финансирование (в соответствии с ФЗ 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ».)

Для перехода на одноканальное финансирование во всех субъектах РФ были осуществлены следующие мероприятия:

* + Реализованы мероприятия по расширению тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
	+ Реализованы мероприятия по включению в тарифный план ОМС видов медицинской помощи, финансируемых в соответствии с тарифным планом государственных гарантий.[[29]](#footnote-30)

Реализация данной государственной программы сделает здравоохранение более доступным, для всех граждан, живущих на территории РФ, поспособствует сокращению роста заболеваемости, в связи с увеличением профилактических приемов и распознания болезни на ранней стадии, также повысится уровень квалифицированных специалистов в первичном звене, таких как врачи общей практики.

# Глава 2. Анализ перспективных направлений реорганизации сектора ПСМП на примере Республики Бурятия.

###### 2.1. Организация первичной медико-санитарной помощи на территории Республики Бурятия

Республика Бурятия расположена в центре Азиатского континента, в Восточной Сибири, характеризуется протяженной территорией - 351,3 тыс. кв. км. Характеризуется низкой плотностью населения – 2,77 человек на квадратный километр, тогда как средняя плотность по России составляет 8,4 чел/кв. км. Расстояние от райцентров до столицы до 1025 км., от г. Улан – Удэ до Москвы – свыше 5 тыс. км., численность населения – 971391 чел., удельный вес сельского населения – 41,2% (399802 чел.).

С 1 января 2013 года, в соответствии со ст. 16 N 323 ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закону Республики Бурятия от 23.12.2011 N 2470-IV «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов в Республике Бурятия отдельными государственными полномочиями по организации оказания медицинской помощи» полномочия по организации оказания медицинской помощи переданы с муниципального на региональный уровень. Изменена структура организации медицинской помощи на территории республики, установлена единая вертикаль управления. Ведется работа по созданию трехуровневой модели оказания медицинской помощи, определен маршрут пациента на всех этапах оказания медицинских услуг.

*К первому уровню относится медицинская помощь, оказываемая в* государственных учреждениях здравоохранения, обеспечивающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь.

*Ко второму уровню относится медицинская помощь, оказываемая в* государственных учреждениях здравоохранения, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) межмуниципальные центры (сосудистые, травматологические и иные).

*К третьему уровню относится медицинская помощь, оказываемая в* государственных республиканских учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь:

Исполнительным органом государственной власти Республики Бурятия, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере охраны здоровья населения на территории республики, является министерство здравоохранения. В соответствии с положением, утвержденным постановлением Правительства Республики Бурятия от 15 октября 2007 г. № 319 «О Министерстве здравоохранения Республики Бурятия» основными задачами Министерства являются:

1. Разработка в пределах своей компетенции основ государственной политики в области охраны здоровья населения на территории Республики Бурятия.

2. Организация охраны здоровья населения, обеспечение доступности медицинской помощи в объеме государственных гарантий.

3. Организация контроля за качеством предоставляемой населению медицинской помощи.

4. Разработка и представление в Правительство Республики Бурятия проектов законодательных и иных нормативных правовых актов в сфере здравоохранения.

Возглавляет и управляет всей системой здравоохранения регионального уровня в Республике Бурятия министр (с 2002 года Кожевников В.В.), назначаемый на должность и освобождаемый от должности в порядке, установленном Конституцией Республики Бурятия или иными нормативными правовыми актами Республики Бурятия. В новой редакции Постановления № 319 «О Министерстве здравоохранения Республики Бурятия» от 12.04.13 внесена схема, отображающая структуру Министерства Здравоохранения Республики Бурятия. (Приложение №1)

До передачи полномочий по организации оказания первичной медико-санитарной помощи на региональный уровень в республике функционировало 29 лечебно – профилактических учреждений муниципального подчинения и 11 лечебно – профилактических учреждений республиканского подчинения.

 В настоящее время в республике реализуются мероприятия по созданию единой системы здравоохранения. Проведена реорганизация муниципальных учреждений здравоохранения в государственные бюджетные учреждения здравоохранения, подведомственные министерству здравоохранения Республики Бурятия. В результате на территории республики функционируют 66 государственных учреждений здравоохранения. Первичная медико – санитарная помощь оказывается 11 самостоятельными амбулаторно – поликлиническими учреждениями г. Улан-Удэ, 21 поликлиниками центральных районных больниц, 2 поликлиниками в составе городских больниц, 11 поликлиниками республиканских учреждений здравоохранения и 3 центрами здоровья. В поликлиниках г. Улан-Удэ на отдаленных участках организована работа 12 филиалов и 19 амбулаторий общеврачебной практики. В составе центральных районных больниц функционируют 102 врачебные амбулатории, в том числе 72 амбулатории общей врачебной практики, 333 фельдшерско – акушерских пункта.

Мощность учреждений, оказывающих первичную медико – санитарную помощь, составляет 201,8 посещений в смену. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам осуществляется по территориально-участковому принципу. Обеспеченность врачебными кадрами составляет 16,9 на 10 тыс. населения, всего работает 1647 врачей, в том числе 218 участковых врачей терапевтов, 175 врачей педиатров участковых, 108 врачей общей (семейной) практики. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 64,2%. Согласно расчету потребности в медицинских кадрах в амбулаторно-поликлинической службе, оказывающей ПМСП, дефицит врачей составляет 927 человек.

###### 2.2. Основные мероприятия по преобразованию первичного звена в системе здравоохранении РБ.

Реформирование здравоохранения Республики Бурятия, в том числе ПМСП, началось с вступления на пост в 2007 году нового Президента республики Наговицына Вячеслава Владимировича.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Бурятия от 14.08.2007г. № 258 «с 1 января 2008 года в республике началась реализация мероприятий по модернизации системы здравоохранения, направленных на повышение качества услуг в сфере здравоохранения»[[30]](#footnote-31), а также на реорганизацию первичного звена. Модернизация системы здравоохранения реализовывалась «по двум направлениям:

* перевод учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования
* внедрение элементов частичного аккумулирования средств на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения (частичное фондодержание) путем финансирования по подушевому нормативу с созданием системы межучрежденческих взаиморасчетов».[[31]](#footnote-32)

«Основной целью проводимых преобразований было и остается на сегодняшний день совершенствование качества и доступности оказания медицинской помощи путем повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между производителями медицинских услуг».[[32]](#footnote-33)

Таким образом, у лечебного учреждения появился выбор, куда направить на дообследование пациента – в республиканское или городское медицинское учреждение, в зависимости от качества оказываемой медицинской помощи, либо оставить на дообследование в своем лечебном учреждении. Сегодня, поликлиники стремятся к тому, чтобы обходиться без направления своих пациентов в специализированные учреждения, они заинтересованы в состоянии здоровья прикрепленного населения.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Бурятия от 15.12.2007 №413 «Об утверждении структуры тарифов при оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия» с 2008 года в системе обязательного медицинского страхования взаиморасчеты с лечебными учреждениями за оказанные медицинские услуги стали производиться по условно полному тарифу. (Приложение №2)

Прикрепление больных к амбулаторно – поликлиническому учреждению в Республике Бурятия осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным постановлением Правительства от 18.12.2007 г. № 414 «О порядке прикрепления застрахованных граждан к медицинским учреждениям в Республике Бурятия для получения амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования» по двум принципам:

* территориальному, т.е. изначально гражданина прикрепляют к территориальной поликлинике, на территории обслуживания которой, он проживает и имеет прописку,
* заявительному, в данном случае, если гражданин не удовлетворен медицинским обслуживанием поликлиники, к которой прикреплен, или по другим причинам, он имеет право написать заявление и прикрепиться к другой поликлинике.

Финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений стало осуществляться по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного жителя, сформированному с учетом фондодержания. При фондодержании амбулаторно-поликлинических учреждений основным критерием финансирования стала численность прикрепленного населения, теперь действует принцип «деньги идут за пациентом», чего не было при сметном принципе финансирования и при финансировании за выполненные объемы в системе обязательного медицинского страхования.

Постановлением Правительства Республики Бурятия от 4.12.2007 г. № 387 утверждена разработанная методика определения подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно–поликлиническую помощь по программе ОМС. В течение 2008-2010 г.г. фактический подушевой норматив был компенсирован из фонда сбалансированности с постепенным переходом к расчету по дифференцированному подушевому нормативу. С2011 г. амбулаторно–поликлинические учреждения, имеющие прикрепленное население, перешли полностью на финансирование по расчетному дифференцированному подушевому нормативу.

Согласно Плану мероприятий модернизации перевод на частичное фондодержание амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) в Республике Бурятия осуществлялся в три этапа (Приложение №3):

**Этап 1.**С 01 января 2008 года введено частичное фондодержание медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) с системой взаиморасчетов с консультативно – диагностическими (КД) поликлиниками республиканских госучреждений здравоохранения. При этом подушевой норматив включал затраты на осуществление собственной деятельности АПУ и затраты на взаиморасчеты с республиканскими учреждениями здравоохранения за оказанные КД услуги.

**Этап 2.** С 1 июля 2008 года введено частичное фондодержание медицинских организаций, оказывающих АПП с системой горизонтальных взаиморасчетов. Для введения 2 этапа фондодержания составлен классификатор медицинских услуг, на основании которых проводятся взаиморасчеты между муниципальными лечебными учреждениями за оказанные консультативно – диагностические, лечебныеамбулаторно – поликлинические услуги.

**Этап 3.** С 1 апреля 2009 года внедрено частичное фондодержание медицинских организаций, оказывающих АПП в системе ОМС, с возмещением расходов на плановую стационарную и стационарозамещающую помощь прикрепленному населению. На этом этапе финансирование АПУ осуществляется по подушевому нормативу за прикрепленного жителя, который включает затраты на оказание АПП в прикрепленной поликлинике, КД помощи в специализированной поликлинике и плановой стационарной и стационарозамещающей помощи.

Параллельно программе модернизации, реализовывались мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье». За период реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (далее ПНПЗ) с 2006 года отрасль здравоохранения впервые за несколько десятков лет получила значительные финансовые и материально-технические ресурсы, направленные на решение наиболее острых проблем:

* укрепление и развитие первичной медико-санитарной помощи, включая кадры первичного звена,
* развитие профилактической направленности,
* развитие высокотехнологичной медицинской помощи.

Из средств федерального бюджета на реализацию проекта по Республике Бурятия за 7лет (2006-2012гг.) направлено 4 752,7 млн. руб.млн. рублей, софинансирование из консолидированного республиканского бюджета составило 2 044,0 млн. рублей. Финансирование из федерального бюджета за 7лет увеличилось на 25,6 %, из консолидированного республиканского бюджета – на 65,8%.

За 6 лет средства федерального бюджета направлены на:

* повышение заработной платы медицинским работникам первичного звена–1 623,4 млн. рублей,
* приобретение медицинского оборудования–257,4 млн. рублей,
* приобретение санитарного автотранспорта –257,4 млн. рублей,
* проведение дополнительной диспансеризации взрослых и детей –285,5 млн. рублей,
* проведение дополнительной иммунизации населения –312,1 млн. рублей,
* программу «Родовой сертификат» - 1 0432,9 млн. рублей,
* обследование населения на ВИЧ инфекцию, вирусы гепатита - 342,3 млн.руб.
* формирование здорового образа жизни - 4,4 млн. руб.
* развитие службы крови - 132,2 млн. руб.
* обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом и профилактика – 35,3 млн. руб.
* совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями - 197,9 млн. руб.
* совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно – транспортных происшествиях - 274,4 млн. руб.

В соответствие со статьей 50 Федерального закона №326-ФЗ от 29.11.2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2011 года в Республике Бурятия, как и в целом в Российской Федерации, началась реализация региональной программы«Модернизация здравоохраненияв Республике Бурятия на 2011-2013гг.». Общая сумма финансирования программы составляет 4 480,6 млн. рублей, в том числе субсидии Федерального фонда ОМС - 3 382,3 млн. руб., средства консолидированного бюджета Республики Бурятия – 382,8 млн. руб., средства бюджета территориального фонда ОМС – 715,7 млн. рублей.

В соответствии с данной программой осуществлялись мероприятия по укреплению материально – технической базы учреждений здравоохранения (проведение капитального ремонта, оснащение медицинским оборудованием), внедрению современных информационных систем в здравоохранение, внедрению пилотных стандартов медицинской помощи, проводились мероприятия по повышению доступности первичной медико – санитарной помощи, внедрена новая система оплаты труда, предусматривающая стимулирующие выплаты за высокое качество и эффективный результат работы. Это позволило республике уже в 2012 году достичь серьезного роста заработной платы в здравоохранении. Так, заработная плата врачей к концу 2012 года составила 160 % от средней зарплаты по Бурятии, а у среднего персонала – 85 %.

В 2012 году в республике реализовывалась Федеральная программа «Земский врач», которая направлена на привлечение молодых врачей-специалистов в возрасте до 35 лет на работу в сельские населенные пункты. Молодым врачам, прибывшим на работу в село, из средств субсидий Федерального фонда ОМС осуществлялись единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей. По данной программе на работу в сельские населенные пункты 20 районов республики прибыли 321 врач, что позволило повысить уровень обеспеченности села врачебными кадрами в 2012 г. на 11%.

В целом можно сказать, что первая региональная модернизация системы здравоохранения в основном протекала в условиях дефицита финансовых средств, также препятствующим фактором была не готовность к переменам населения, привыкшего получать объем медицинских услуг, превышающий реальную потребность. В этой связи, исполнение прописанных этапов и подходов к их реализации, происходило в условиях постоянного мониторинга и корректировки возможности перехода на следующий этап.

Благодаря мероприятиям по модернизации, которые реализуются последние несколько лет в РБ, происходят позитивные изменения и создаются соответствующие условия для обеспечения качества и доступности медицинской помощи. Главным их результатом является улучшение показателя здоровья населения, стабилизация демографической ситуации, характеризующейся положительным естественным приростом населения.

###### 2.3. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Республике Бурятия.

Проводимые преобразования в системе здравоохранения республики дали определенный толчок для дальнейшего совершенствования системы организации оказания первичной медико – санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики.

В своем послании от 25.12.2008г депутатам Народного Хурала РБ Президент РБ В.В. Наговицын, озвучил, что «для обеспечения шаговой доступности первичной медико-санитарной помощи необходимо значительно ускорить темпы развития общеврачебной практики».

Внедрение общей врачебной (семейной) практики в Республике Бурятия началось ровно десять лет назад. За это время был приобретен достаточный опыт в этой сфере, подготовлено 141 ВОП, 159 медсестры врача общей практики, а также на территории РБ открыто 72 амбулаторий общей врачебной (семейной) практики. Однако работает в настоящее время только 108 врачей общей (семейной) практики. Число населения, обслуживаемое врачами общей (семейной) практики, составляет 167 501 человек (17,2% от численности населения Республики Бурятия).

Правительством Республики Бурятия в 2009 году принята и утверждена постановлением Концепция развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 (далее - Концепция).

В соответствии с данной Концепцией реформирование ПМСП направлено на:

* формирование общих врачебных практик и одновременное изменение функций большинства служб поликлиники, а также схем их взаимодействия;
* создание системы общей врачебной практики, основанной на действующей системе оказания первичной медицинской помощи.[[33]](#footnote-34)

В Республике Бурятия более 40% сельского населения, при этом с учетом территориальных особенностей их расположения сельские жители становятся отрезанными от города. Также существует ряд сопутствующих проблем, таких как отсутствие транспортного сообщения в районах, отдаленность врачебных участков от районного центра, низкая укомплектованность врачебными кадрами и т.д. В связи с этим, в сельской местности стало актуальным развитие индивидуальной семейной врачебной практики. Началась активная реорганизация работы врача на селе по модели врача общей (семейной) практики – в его обязанности стала входить ответственность за здоровье прикрепившегося населения, а также расширился круг выполняемых им функций.

В городских населенных пунктах преобладает групповая ОВП, где в команде с врачом работает акушер-гинеколог, педиатр и др. специалисты при такой необходимости.

В соответствии с планом мероприятий, утвержденным в Концепции в республике реализованы мероприятия республиканской целевой программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия» на сумму 101,2 млн. руб., в рамках которой:

* проведена реконструкция 9 и строительство 5 амбулаторий общеврачебной практики в районах республики;
* эти амбулатории обеспечены санитарным автотранспортом и медицинским оборудованием в соответствии табелю оснащения;
* амбулатории общей врачебной практики обеспечены медицинским оборудованием согласно утвержденному табелю.

Также в рамках Концепции предусмотрена подготовка медицинских кадров дляразвития института врача общей (семейной) практики:

* целевая подготовка ВОП, организация последипломной переподготовки терапевтов, педиатров (дополнительная подготовка 223 врачей общей практики)
* целевая подготовка специалистов среднего звена – помощников и медсестер ВОП(подготовка 433 медицинских работников)

На сегодняшний день в Республике Бурятия, основным нормативно-правовым актом, регулирующим всю систему финансирования здравоохранения на региональном уровне, является территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в РБ (далее - ТПГГ).

ТПГГ утверждается каждый год и включает в себя планирование объема оказания медицинской помощи и финансирование на три года. В программе на 2013 и плановые 2014 и 2015 года (Постановление Правительства Республики Бурятия от 24.12.2012 № 773) оговаривается, что застрахованный пациент имеет право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного) врача и лечащего врача, с учетом его соглашения.

Финансирование общей врачебной практики в Республике Бурятия согласно ТПГГ осуществляется по принципу подушевого финансирования на модели межучережденческих расчетов, т.е. частичного фондодержания, но главным распорядителем финансовых средств является лечебно – профилактическое учреждение, в состав которого входит амбулатория общей врачебной (семейной) практики. Оплата медицинской помощи, оказанной врачами общей (семейной) практики осуществляется следующими способами:

* премирование врачей общей (семейной) практики за достижение установленных показателей качества их работы;
* подушевое финансирование на прикрепленное население, дополняемое премированием за достижение моделей конечных результатов.[[34]](#footnote-35)

В ТПГГ указаны нормативы подушевого финансирования, предусмотренные нормативы (без учета расходов федерального бюджета) «составляют:

* в 2013 году – 11769,4 рубля,
* в 2014 году – 13442,5рубля,
* в 2015 году – 15371,3 рубля».[[35]](#footnote-36)

Также, с целью реализации мероприятий Концепции в республике проводится эксперимент по частичному фондодержанию на уровне амбулаторий общей врачебной (семейной) практики с системой внутри - межучрежденческих взаиморасчетов (далее - Эксперимент), в котором участвуют 10 амбулаторий общей врачебной (семейной) практики. «Для амбулаторий, участвующих в рамках эксперимента:

* рассчитаны дифференцированные подушевые нормативы конкретно на каждую амбулаторию;
* приказом министерства здравоохранения Республики Бурятия и Бурятского территориального фонда ОМС № 29/17 утвержден Порядок взаимодействия между амбулаторией врача общей (семейной) практики и муниципальным учреждением здравоохранения, участвующем в эксперименте;
* открыты субсчета;
* ведется отдельный учет оказанных медицинских услуг;
* утвержден прейскурант цен на оказание внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов;
* в ЛПУ утверждено положение о порядке оплаты медицинской помощи;
* проводится ежемесячный мониторинг их работы».[[36]](#footnote-37)

Таким образом, в Республике Бурятия с целью обеспечения доступности проведены определенные организационные мероприятия по реформированию первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики: укреплена материально – техническая база амбулаторий, подготовлены и работают врачи общей (семейной) практики, подготовлена региональная нормативная база.

# Глава 3. Анализ эффективности работы врачей общей практики в Республике Бурятия.

###### 3.1 Анализ эффективности работы общей врачебной практики на примере амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган, Республики Бурятия.

 На сегодняшний день в Республике Бурятия развитие общей врачебной практики актуально в сельских местностях, связано это с тем, что села, в которых обосновалось 40% всего населения республики, находятся на довольно большом расстоянии от центральных районных поликлиник и больниц, что соответственно затрудняет быстрое и доступное получение первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, на основании преддипломной практики и задач дипломной работы было проведено полевое исследование амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган в Республике Бурятия. Целью исследования было проанализировать эффективность работы врача общей практики на данном участке. Анализ проводился в соответствии с отчетной документацией трехлетнего периода (2010-2012гг.).

Село Новый Заган расположено на юго-западе республики в Мухоршибирском районе в 120 км от столичного города Улан-Удэ. Количество зарегистрированного населения составляет 2081 человек.

 В 2008 году в рамках реализации мероприятий Концепции было построено и введено в эксплуатацию здание Ново-Заганской врачебной амбулатории, которое оснащено полностью в соответствии табелю оснащения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.12.2005 № 753 (в настоящее время согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15.05.2012 № 543н).

Врачебная амбулатория обслуживает население двух сел Новый Заган и Старый Заган. Отдаленность от ЦРБ 4,5 км.

Первичная медико-санитарная помощь населению Старого и Нового Загана оказывается по принципу индивидуальной общеврачебной (семейной) практики. Всего в штате амбулатории 8 должностей. Радиус обслуживания 6 км. Мощность врачебной амбулатории 25 посещений в смену. В здании имеются кабинет врача общей практики, кабинет здорового ребенка, процедурный, прививочный, кабинет акушерки. Введен в эксплуатацию кабинет стоматолога, физиокабинет, палата дневного пребывания на 2 койки. В амбулатории также функционирует аптечный пункт.

С целью повышения квалификации медицинских работников в амбулатории ежегодно составляется план учебы средних медработников и врача, согласно которому проводится обучение. В течение 5 лет проучены все медицинские работники.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается населению в количестве – 2076 человек (фактически зарегистрированное население):

* взрослого - 1676 человек
* подростков - 65 человек
* детей - 335 человек.

Из таблицы 1 видно, что за 2010-2012 гг. количество населения на участке уменьшилось за счет всех групп, как взрослого, так и подросткового детского населения.

#### Таблица 1

#### Характеристика населения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Население** | **2010 г.** | **2011г.** | **2012г.** |
|  |  |  |  |
| Дети  | 359 | 330 | 335 |
| Подростки  | 69 | 70 | 65 |
| Взрослые  | 1847 | 1660 | 1676 |
| **Всего** | **2275** | **2060** | **2076** |

В основу организации деятельности данной амбулатории положен семейно-территориальный принцип. Основными разделами работы являются организация мероприятий по медицинскойпрофилактике, формированию здорового образа жизни и оказание первичной медико-санитарной помощи.

 Одной из важнейших составляющих работы врача общей (семейной) практики является знание условий жизни больного и его семьи. Пациентами врача являются все члены семьи, начиная от периода новорожденности и на протяжении его жизни. Уделяется внимание не только больным, обратившимся с жалобами, но и тем членам семьи, которые не жалуются на здоровье, но нуждаются в повышении информированности о факторах риска развития заболеваний. Врач учитывает не только физическое здоровье своих пациентов, наследственность, но и морально – психологический климат в семье, взаимоотношения между ее членами и т. д. Работа врача направлена и на воздействия для изменения быта, образа жизни семьи, если они оказывают отрицательное воздействие на здоровье членов семьи. Проводится анализ генеалогического дерева семьи, который позволяет оценить степень риска развития многих наиболее распространенных хронических заболеваний.

С целью выявления заболеваний на ранней стадии, предупреждения осложнения хронических заболеваний проводится ежегодная диспансеризация населения. За 2010-2012 годы профилактическими осмотрами охвачены 90-95% работающего населения, 100 % детей первого года жизни, подростков. С 2008 года ежегодно проводится скрининг среди всего населения на выявление артериальной гипертонии, в результате выявлено 370 человек с артериальной гипертонией, в том числе с впервые установленным диагнозом 32 человека.

 Медицинские работники амбулатории активно занимаются профилактикой инфекционных заболеваний путем проведения прививок согласно Национальному календарю.

В данной амбулатории, медицинская помощь оказывается не только по терапии и педиатрии, но и по смежным специальностям - по неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, дерматологии, хирургии в объемах тех манипуляций, которыми владеет врач. Ежегодно в амбулатории осуществляется свыше 5000 посещений к врачу. В структуре обращений за медицинской помощью по итогам 2012 года посещения с профилактической целью составили 36%, терапевтического профиля - 26,3%, педиатрического – 12%, по смежным специальностям (неврологии, хирургии, офтальмологии, гинекологии и т.д.) – 25,7 %. Кроме приема пациентов в амбулатории, ежедневно врач посещает на дому 5-6 больных, нуждающихся в коррекции лечения, проводит на дому патронажи детей первого и второго года жизни, беременных женщин. Своевременная коррекция лечения хронических больных на дому позволяет уменьшить число обращений пациентов за скорой медицинской помощью, уменьшить уровень госпитализации в круглосуточный стационар.

В своей работе врач широко применяет наименее затратные стационарозамещающие виды медицинской помощи. При амбулатории открыт дневной стационар на одну койку (в 2010 году пролечено 50 пациентов, которыми проведено 500 пациенто-дней, в 2011 году - 51 пациент - 508 пациенто–дней, в 2012 году - 51 пациент- 509 пациенто-дней). В дневном стационаре используются все виды медицинских манипуляций. Также, врачом проводится лечение больных в стационарах на дому. Количество пролеченных пациентов в стационарах на дому ежегодно возрастает: в 2010 году пролечено 30 пациентов, 2011 г. – 36 пациентов, 2012г. – 42 пациента. Применение стационарозамещающих видов медицинской помощи позволяет снизить уровень госпитализации в круглосуточный стационар.

Одним из важных экономических показателей в здравоохранении является «заболеваемость с временной утратой трудоспособности», данный показатель является основным в оценке здоровья рабочих, он характеризует распространённость тех случаев заболеваемости работающих, которые повлекли за собой невыход на работу.

В целом на участке амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» количество работающего населения снизилось на 9% по сравнению с предыдущими годами. Особенно отмечается уменьшение числа работающих в отрасли сельского хозяйства, где на данный момент работают – 11 человек. Однако, при этом за отчетный период отмечено снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности как случаях так и днях.

Таблица 2

**Заболеваемость с временной утратой трудоспособности**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2010 год** | **2011 год** | **2012 год** |
| Абс. число | на 100 работающих | Абс. число | на 100 работающих | Абс. Число | на 100 работающих |
| Случаи (муж) | 56 | 10.4 | 41 | 8.54 | 38 | 7.9 |
| Случаи (жен) | 157 | 29.1 | 127 | 26.4 | 100 | 20.8 |
| Дни (муж) | 413 | 76.7 | 487 | 101 | 233 | 48.5 |
| Дни (жен) | 1200 | 223 | 1299 | 270 | 710 | 147 |

Из таблицы 2 видно, что произошло очевидное снижение как дней, так и случаев заболеваемости, которые препятствуют выходу на работу. В 2012 году женщины на 490 дней, а мужчины на 180 (почти в два раза) меньше отсутствовали на работе по причине болезни по сравнению с 2010 годом, что говорит об эффективности работы врача общей практики.

С 2009 г. амбулатория участвует в эксперименте по частичному фондодержанию с системой внутри и межучрежденческих взаиморасчетов. Финансирование амбулатории осуществляется по подушевому нормативу за прикрепленного жителя, который включает затраты на оказание первичной медико-санитарной помощи в данной амбулатории, к которой прикреплен житель, консультативно – диагностической помощи в специализированной поликлинике и плановой стационарной и стационарозамещающей помощи.

Таблица 3

**Финансирование амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган в Республике Бурятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2010 год** | **2011 год** | **2012 год** |
| **Направлено финансовых средств ОМС (тыс. руб)** | 2432,4 | 2577,3 | 2876,2 |
| **Израсходовано финансовых средств ОМС (тыс. руб)** | 4222,9 | 3527,9 | 3580 |
| **Дефицит финансовых средств (тыс. руб)** | -1790,5 | -950,6 | - 703,8 |

Из Таблицы 3 видно, что за отчетный период сохраняется дефицит финансовых средств, однако за счет роста потупляемых средств и сокращения расходов амбулатории, дефицит стабильно сокращается. Таким образом, за 2010-2012 года дефицит сократился примерно в 2,5 раза.

Таблица 4

**Структура расходов амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган в Республике Бурятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2010 год** | **2011 год** | **2012 год** |
| **На внешние услуги (тыс. руб)** | 2888,6 (68,4%) | 2099,1 (59,5%) | 1621,7 (45,3%) |
| **На оплату труда с начислениями (тыс. руб)** | 1150,4 (27,2%) | 1167,7 (33,1%) | 1528,6 (42,7%) |
| **На медикаменты (тыс. руб)** | 73,9 (1,7%) | 137,5 (3,9%) | 196,9 (5,5%) |
| **Расходы на амбулаторию (тыс. руб.)** | 109,4 (2,6%) | 123,4 (3,5%) | 161,1 (4,5%) |

В структуре расходов наибольший удельный вес за все года занимают расходы на внешние услуги (взаиморасчеты за услуги, оказанные другими ЛПУ), на втором месте по расходам – оплата труда с начислениями, меньшие доли в расходах занимают расходы на медикаменты и административно-хозяйственное обеспечение. Однако из таблицы 4 видно, что расходы на внешние услуги с каждым годом сокращаются и на 2012 году почти сравнялись с расходами на оплату труда, это говорит о том, что амбулатория стала более эффективно распоряжаться своими финансовыми средствами, меньше отправлять людей на плановую госпитализацию, к специалистам в другие поликлиники и т.д.

По данным отчета работы врача выявлено, что за последние три года на обслуживаемом участке отмечается снижение общей заболеваемости населения на 15% (2010 г. – 177 317 на 100 тыс. населения, в 2012г. – 150720 на 100 тыс. населения), пропорционально снизилась заболеваемость среди взрослого населения на 12%, детского – на 41%, а также подросткового – на 51%.

Отмечается улучшение демографической ситуации, характеризующейся ростом рождаемости с 14,1 на 1000 населения в 2010 году до 17,8 - в 2012г., снижением показателя общей смертности населения с 15,0 на 1000 населения до 12,0 на 1000 населения, соответственно. В течение последних трех лет не допущено случаев младенческой и материнской смертности. Отмечается снижение вызовов скорой медицинской помощи с 0,24 вызовов на 1 жителя в 2010 году до 0,20 в 2012 г., снижение уровня госпитализации с 8,0 на 100 человек населения до 6,0 на 100 человек населения, соответственно.

Анализ работы амбулатории общей врачебной (семейной) практики показывает, что на участке за отчетный период был проведен достаточный объем работы. За этот период значительно укреплена материально-техническая база, введено в эксплуатацию новое здание и современное оборудование, согласно табелю оснащения. Также на высоком уровне проводится профилактическая работа среди населения участка, что влияет на улучшение показателей здоровья населения: снижение показателей общей заболеваемости населения, общей смертности. За отчетный период не допущено случаев младенческой, материнской смертности. В своей работе врач использует наименее ресурсоемкие стационарозамещаюшие виды медицинской помощи, что позволяет снизить уровень госпитализации в круглосуточный стационар.

###### 3.2. Сравнительный анализ показателей первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами общей практики со среднеспубликанскими.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» и приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятияот 28.10.2009 г. № 950-ОД «Об исполнении приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 января 2005г. № 84«О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» проводится ежегодный мониторинг работы врачей общей (семейной) практики. Врачи общей (семейной) практики ежегодно в установленные сроки представляют отчет о проделанной работе в республиканский медицинский информационно – аналитический центр. На основании данных отчета за 2010-2012 гг. проведен анализ деятельности врачей общей (семейной) практики в Республике Бурятия.

Проанализировав результаты деятельности службы общеврачебной практики в республике, можно говорить об ее эффективности.

Эффективность службы общеврачебной (семейной) практики условно может делиться на медицинскую, социальную и экономическую.

Таким образом, медицинская эффективность организации оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики обеспечивается за счет:

* повышения доступности медицинской помощи, путем обеспечения пошаговой доступности амбулаторий для пациентов, что соответственно снижает до минимума транспортные расходы, то есть увеличивается скорость оказания помощи.
* повышения качества медицинской помощи, путем усиления профилактической работы, что помогает на ранней стадии выявить заболевание и предупредить осложнение.
* улучшения преемственности в оказании медицинской помощи, то есть обеспечивается непрерывность процесса.
* Предотвращение госпитализации, то есть сокращение объемов специализированной помощи.
* Уменьшение потребности в скорой медицинской помощи.

Социальная эффективность выражается:

* В низких показателях первичного выхода на инвалидность
* В низких показателях младенческой, материнской смертностях.
* В удовлетворенности пациентов.

В организации оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики соблюдается преемственность в оказании медицинской помощи, непрерывность процесса медицинского наблюдения: врач общей (семейной) практики обслуживает население от 0 лет до старости. Населению обслуживаемого участка оказывается первичная многопрофильная медико-санитарная помощь, что влияет на повышение доступности медицинской помощи по профилям. Приоритетными направлениями в работе врача общей (семейной) практики являются формирование у населения здорового образа жизни, профилактика заболеваний, поведение диспансеризации населения с целью выявления факторов риска заболеваний, заболеваний на ранней стадии, что кардинальным образом влияет на улучшение показателей здоровья населения. О медицинской эффективности деятельности врачей общей (семейной) практики в республике свидетельствуют следующие показатели здоровья обслуживаемого населения по данным отчета за 2012 год, отраженные в таблице 4:

Таблица 5

**Показатели здоровья обслуживаемого населения по данным отчета за 2012 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатели | Все населен.РБ | Населен., обслуживаемое ВОП |
| 1. | Общая смертность населения (на 1000 нас.) | 12,6 | 12,0 |
| 2. | Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) | 8,5 | 6,7 |
| 3. | Материнская смертность (на 1000 родившихся живыми) | 12,6 | 0,0 |
| 4. | Запущенные случаи туберкулеза (в % от числа лиц, с впервые установленным заболеванием) | 2,4 | 1,2 |
| 5. | Запущенные случаи онкозаболеваний (в % от числа лиц, с впервые установленным заболеванием) | 18,6 | 15,1 |

Общая смертность среди населения, обслуживаемого врачами общей (семейной) практики на 4,8% ниже уровня смертности среди всего населения республики. Проведение профилактической работы, организации работы на дому, патронаж детей и беременных на дому дает свои результаты, ежегодно показатель младенческой, материнской смертности на участке, обслуживаемом врачами общей (семейной) практики, ниже среднереспубликанского уровня и по итогам 2012 года показатель младенческой смертности на 21,2% ниже, случаев материнской смертности не зарегистрировано. Результатом работы по выявлению заболеваний на ранней стадии является низкие показатели запущенных случаев заболевания туберкулезом, онкозаболеваниями, которые ниже среднереспубликанского уровня.

На экономическую эффективность службы общеврачебной (семейной) практики влияет:

* Снижение уровня госпитализации за счет перевода больных в стационарозамещающие технологии.
* Сокращение числа вызовов скорой помощи.
* Снижение уровня госпитализации за счет перевода больных в поликлинику.

Анализ показателей уровня госпитализации пациентов в круглосуточные стационары, обращаемости за скорой медицинской помощью свидетельствует об экономической эффективности организации медицинской помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики.

Таблица 6

**Показатели уровня госпитализации пациентов в круглосуточные стационары, обращаемости за скорой медицинской помощью.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатели | Все населениеРБ | Население, обслуживаемое ВОП |
|  1. | Уровень госпитализации (на 100 человек населения) | 22,2 | 8,0 |
| 2. | Количество вызовов скорой помощи (на 1 жителя) | 0,28 | 0,20 |

Уровень госпитализации населения, обслуживаемого врачом общей (семейной) практики, в 2,7 раза ниже уровня госпитализации всего населения республики и обращаемость за скорой медицинской помощью ниже на 28,6%.

На примере этих двух показателей можно рассчитать экономическую эффективность работы врачей общей (семейной) практики.

1. При уровне госпитализации 8,0 на 100 человек населения врачами общей (семейной) практики направлено на госпитализацию и пролечены в круглосуточных стационарах в абсолютных цифрах 13400 пациентов в год. Если бы уровень госпитализации составлял 22,2, как в среднем по республике, то в стационарах пролечились бы 37185 пациентов. Количество предотвращенных госпитализаций у врачей общей практики в республике составило -23 785 пациентов (37 185-13400= 23785).

**Э = 23785\*11,6\*1271,69= 350 866 901,14 рублей**

**Э** – эффективность в рублях,

**23785** - число больных, которые могли получить помощь в круглосуточном стационаре,

**11,6** – средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре в днях,

**1271,69** – стоимость 1 койко-дня в круглосуточном стационаре по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Итак, эффективность работы врачей общей практики в республике за счет снижения уровня госпитализации составляет 350 866 901,14 рублей в год.

 2. Обращаемость за скорой медицинской помощью. При уровне обращаемости за скорой медицинской помощью 0,20 на 1 жителя количество вызовов скорой медицинской помощи в абсолютных цифрах составляет 33500 вызовов в год. Если бы уровень обращаемости за скорой медицинской помощью составлял 0,22, как в среднем по республике, то количество вызовов скорой медицинской помощи составило 36850. Количество предотвращенных вызовов скорой медицинской у врачей общей практики в республике составило -3350 вызова (36850- 33500=3350).

**Э= 3350\*1710,1=5 728 835 рублей.**

**Э** – эффективность в рублях,

**3350** – количество сокращенных вызовов скорой медицинской помощи,

**1710,1** – стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи.

Эффективность работы врачей общей практики в республике за счет сокращения вызовов скорой медицинской помощи составляет 5 728 835 рублей в год.

На основании изложенного выше, можно сказать, что организация первичной медико–санитарной помощи по принципу общей (семейной) практики обеспечивает населению доступность первичной многопрофильной медицинской помощи, повышает качество ее оказания, что в конечном итоге приводит к улучшению показателей здоровья обслуживаемого населения и имеет экономическую эффективность.

###### 3.3. Предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия.

В настоящее время в связи с программой модернизации и передачей полномочий по организации оказания первичной медико-санитарной помощи на субъектовый уровень, в Республике Бурятия проводится работа по выстраиванию единой системы здравоохранения и созданию трехуровневой модели оказания медицинской помощи, определен маршрут пациента на всех этапах оказания медицинских услуг. Задачей такой модернизации является правильное территориальное размещение ЛПУ разного уровня, их обновление и оснащение, а также выстраивание этапности оказания медицинской помощи.

В связи с этим, на сегодняшний день в республике остро стоит вопрос о создании:

1. новых больничных округов с организацией межрайонных специализированных центров оказания медицинской помощи;
2. широкой сети центров общеврачебной практики, находящихся в шаговой доступности по отношению к обслуживаемому контингенту без учета административных границ районов.

Расположение таких учреждений должно быть в шаговой доступности к прикрепленному населению. Необходимо предоставить право всем жителям республики иметь своего семейного доктора.

Основной целью создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи является правильное распределение объемов оказания медицинской помощи, то есть снижение числа посещений к специалистам и увеличение нагрузки на первичное звено, с помощью организации первичной медико-санитарной помощи по принципу общеврачебной (семейной) практики. Этот вопрос, в первую очередь, актуален для территорий с низкой плотностью проживания населения. Таким образом, в диагностический центр за консультацией к специалисту пациент должен ехать только тогда, когда у врача общей практики не хватает технических возможностей установить окончательный диагноз. Поэтому межмуниципальные диагностические центры должны быть оснащены современным диагностическим оборудованием, врачами узкой специализации и иметь возможность дистанционной консультации посредством телемедицины в республиканских и федеральных специализированных медицинских учреждениях.

Для реализации такой структуры функционирования здравоохранения сегодня в Республике Бурятия достаточное количество республиканских консультативно - диагностических центров, но не хватает межрайонных консультативно – диагностических центров и центров общеврачебных практик. В настоящее время в республике построено 72 офиса, в которых работают 108 врачей общей практики. Для организации общеврачебных практик на всей территории республики в соответствии с нормативами, установленными приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 мая 2012 года № 543 (1200 человек прикрепленного населения на 1 врача) необходимо подготовить дополнительно 308 врачей общей (семейной) практики, построить еще 94 офиса.

Однако за период исследования, всплыла, казалось бы, основная проблема, стало понятно, что в России нет четкого понимания кто такой врач общей практики. Люди путаются в понятии ВОП и участкового врача. Нормативная база, регулирующая оказание медицинской помощи по принципу ВОП имеет ряд несовершенств и ошибок. Все что касается ВОП не определено, не ясно готово ли само государство переходить на данную систему, несмотря на то, что эффективность данной системы доказана уже не раз, как за рубежом, так и в некоторых регионах РФ. На данном этапе развития здравоохранения каждый субъект выстраивает свою политику управления здравоохранением, нет единого плана, а также нет четкого плана по переходу с системы участкового врача на ВОП. В связи с этим, необходимо отрегулировать российское законодательство в сфере здравоохранения, концептуально определить перспективы модернизации здравоохранения, в первую очередь, определить сроки перехода системы здравоохранения на общеврачебные практики всех субъектов российской Федерации. В том числе для полной реорганизации в сфере общеврачебной практики было бы целесообразно внести изменения в действующее законодательство, такие как:

* четко определить полномочия ВОП и квалификационные требования, включающие обязательно владение практическими навыками по смежным специальностям, наличие практического опыта в качестве помощника врача общей практики;
* внести требования к разработке стандартов, оказания медицинской помощи для ВОП;
* утвердить протоколы ведения больных врачами общей практики;
* определить понятие помощника врача общей практики, установить квалификационные требования к нему;
* внести требования по разработке стандартов, определяющих радиус обслуживания амбулаторий ВОП и районных больниц, а также расстояние от амбулаторий и больниц до диагностического межрайонного центра
* На федеральном уровне должна быть утверждена и реализована Федеральная целевая программа по развитию общеврачебной (семейной) практики с обязательным включением мероприятий по укреплению материально – технической базы, подготовке медицинских кадров и финансированием за счет средств федерального бюджета;
* для привлечения медицинских кадров в первичное звено продолжить реализацию федеральной программы «Земский доктор».

Для совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи на субъектовом уровне необходимо:

* рассмотреть вопрос открытия на базе Бурятского государственного университета медицинского института с созданием филиалов непосредственно вблизи от места жительства абитуриентов;
* разработка и утверждение республиканской целевой программы «Кадры здравоохранения Республики Бурятия», предусматривающей целевую контрактную подготовку врачей общей практики;
* продолжить реализацию республиканской целевой программы «Развитие здравоохранения», включающей мероприятия по развитию общеврачебной практики.

Решение всех этих вопросов позволили бы решить несколько проблем. Во-первых, действительно сделать здравоохранение доступным для населения. Во-вторых, обеспечить здравоохранение необходимыми кадрами. В-третьих, создав первичную сеть из общеврачебных практик можно создать трехуровневую систему здравоохранения и тем самым повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения.

# Выводы

1. В России и за рубежом роль общей врачебной практики заключается в создании более доступной и качественной для граждан, а также в более эффективной для государства системе оказания медицинской помощи. В настоящее время в РФ и ее субъектах идет перестройка с участковой системы на систему общей врачебной практики. По мнению многих специалистов в зоне первого контакта пациента должен работать специалист, широкоориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях, умеющий оценить состояние здоровья пациента в целом. Именно этим требованиям в отличие от участкового врача терапевта отвечает врач общей (семейной) практики.
2. На уровне регионального здравоохранения главная роль ОВП заключается, в первую очередь, в доступности. Связано это с тем, что большинство регионов России, где преобладает сельская местность, сталкиваются с такими проблемами как крайне низкая плотность населения, неоднородность размещения и отдалённость населённых пунктов в условиях плохой транспортной инфраструктуры. Отсюда следует, что в таких регионах более чем актуально развитие общих врачебных практик.
3. Анализ основ правового регулирования, а также финансовой стороны ПМСП свидетельствует о том, что на сегодняшний день многие аспекты, касающиеся организации медицинской помощи до сих пор остаются либо нечетко сформулированными, либо по их поводу возникают противоречия в различных нормативно-правовых актах. Это касается и нормативной базы, регулирующей оказание медицинской помощи по принципу ВОП. На федеральном уровне не отработана четкая нормативная база по организации первичной медико–санитарной помощи по данному принципу. На данном этапе развития здравоохранения каждый субъект выстраивает свою политику управления здравоохранением, нет единого плана, а также нет четкого плана по переходу с системы участкового врача на ВОП. Назрела необходимость выработки федеральной стратегии, направленной на повышении качества и доступности первичной медико–санитарной помощи путем внедрения общеврачебных практик во все субъекты РФ.

Также, стоит отметить, что произошедшие изменения в связи с передачей полномочий на субъектный уровень по-разному повлияли на регионы. Где-то муниципальные медицинские учреждения действительно перешли под управление региональных властей, где-то их положение не изменилось благодаря решению об обратном делегировании полномочий муниципалитетам. Не до конца продуманная реформа вызывает новые проблемы.

1. Государственная система здравоохранения Российской Федерации находиться на этапе реформирования, которое главным образом основано на реорганизации первичного звена медицинской помощи. Данные перемены связаны с поиском новых механизмов оказания ПМСП. В настоящее время, одним из признанных как в России, так и за рубежом механизмов оказания медицинской помощи является общая врачебная практика (ОВП).

Исследования показали, что за рубежом и в ряде регионов Российской федерации, в частности в Республике Бурятия, имеется положительный опыт реформирования первичной медико–санитарной помощи по принципу общеврачебной (семейной) практики. Современная реформа реорганизации ПМСП концентрирует основное внимание на интересах пациента и ориентирована на существующую систему регионального и муниципального здравоохранения. Основным направлением реформы является повышение здоровья населения с помощью переноса услуг из вторичного стационарного сектора в первичную амбулаторно-поликлиническую. Основными принципами данной реформы стали:

* увеличение профилактической помощи населению;
* реорганизация порядка предоставления ПМСП населению;
* переход от круглосуточного пребывания пациентов в больнице к стационарозамещающим технологиям;
* переход от участкового врача терапевта к общим врачебным практикам и т.д.
1. Реформирование ПМСП по принципу ОВП в Республике Бурятия следует основным принципам государственной реформы, однако при этом выстраивает свою, ориентированную на республику и ее жителей реформу. Реорганизация системы здравоохранения в Республике Бурятия основана, в первую очередь, на создании широко-распространенной эффективно-функционирующей системы ОВП, а также на создании системы ОВП в рамках действующей системы оказания ПМСП.

В связи с программой модернизации и передачей полномочий по организации оказания первичной медико-санитарной помощи на субъектовый уровень, в Республике Бурятия проводится работа по выстраиванию единой системы здравоохранения. Ведется работа по созданию трехуровневой модели оказания медицинской помощи, определен маршрут пациента на всех этапах оказания медицинских услуг.

1. Проанализировав поэтапную реорганизацию в сфере ПМСП по принципу ОВП, можно сделать вывод, что благодаря Концепции развития ПМСП по принципу ОВП в РБ и соответствующим мероприятиям, которые реализуются последние несколько лет в РБ, происходят позитивные изменения и создаются соответствующие условия для функционирования ОВП. С целью обеспечения доступности проведены определенные организационные мероприятия по реформированию первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики: укреплена материально – техническая база амбулаторий, подготовлены и работают врачи общей (семейной) практики, подготовлена региональная нормативная база.

Главным результатом данных мероприятий является улучшение показателя здоровья населения, стабилизация демографической ситуации, характеризующейся положительным естественным приростом населения, а также экономическая эффективность.

1. Полевое исследование в амбулатории врача общей практики МУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» в селе Новый Заган Республики Бурятия позволило определить насколько эффективна работа ВОП в отдаленных районах и сельских местностях. Таким образом, на данном участке за отчетный период отмечено снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности как случаях так и днях; отмечается снижение общей заболеваемости населения на 15%; отмечается улучшение демографической ситуации, характеризующейся ростом рождаемости; отмечается снижение вызовов скорой медицинской помощи и т.д.
2. Основные предложения по усовершенствованию ПМСП по принципу ОВП как в России, так и в регионах РФ заключаются в необходимости отрегулировать российское законодательство в сфере здравоохранения, в первую очередь, концептуально определить перспективы модернизации здравоохранения, также для полной реорганизации в сфере общеврачебной практики было бы целесообразно внести изменения в действующее законодательство. Для совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи и решения проблем с медицинскими кадрами в Республике Бурятия необходимо разработать республиканскую целевую программу «Кадры здравоохранения Республики Бурятия», предусматривающую целевую контрактную подготовку врачей общей практики, а также создание на базе Бурятского государственного университета медицинского института с созданием филиалов непосредственно вблизи от места жительства абитуриентов

# Список литературы

1. Федеральный закон РФ от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" от 26 августа 1992 года
2. Федеральный закон РФ от 6 октября 1999 года N 184 "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"
3. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. N 326 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
4. Федеральный Закон РФ от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 года N1074. "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов"
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 августа 1992 года №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача».
7. Приказ Минздрава РФ от 20 ноября 2002 года № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ»
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 17 января 2005 г. №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11 мая 2007 года №325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)».
10. Приказ Министерства Здравоохранения от 15 мая 2012 № 543н «Об организационной структуре ПМСП взрослому населению»
11. Национальный проект «Здоровье» от 1.01.2006
12. Программа модернизации на 2011-2013 года
13. Государственная программа «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.» от 28.12.2012
14. Постановлением Правительства Республики Бурятия от 14 августа 2007 года № 258 «Об утверждении Плана мероприятий по повышению качества услуг в сфере здравоохранения Республики Бурятия»
15. Постановление Правительства Республики Бурятия от 15 октября 2007 года № 319 «О Министерстве здравоохранения Республики Бурятия.
16. Постановление Правительства Республики Бурятия от 4 декабря 2007 года № 387 «О методике определения подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно–поликлиническую помощь по программе ОМС»
17. Постановлением Правительства Республики Бурятия от 15 декабря 2007 №413 «Об утверждении структуры тарифов при оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия»
18. Постановление Правительства от 18 декабря 2007 года № 414 «О порядке прикрепления застрахованных граждан к медицинским учреждениям в Республике Бурятия для получения амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования»
19. Постановление Правительства Республики Бурятия от 24 декабря 2012 года N 773 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов"
20. Постановление Правительства Республики Бурятия от 6 октября 2009 года № 380 «О Концепции развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017»
21. Агафонов Б. В., Чуднов В. П., Елманова Т. В., Купряшина Н. В. Опыт подготовки врачей общей практики с участием районных специалистов / Тезисы 2
22. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001
23. Быстровский В. Ф., Вялков А. И., Когут Б. М и др. Основные проблемы становлениясемейной медицины в системе первичной медико-санитарной помощинаселению // Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощив России; мат. 2 научно-практич. конф. 3 0 - 3 1 мая 1995 г. / МЗ МПРФ, НПОМСЭИ, М..., 1995 г.
24. Вартанян Ф. Е., Рожецкая С. В. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе / Здравоохранение № 12. 2003 г., М.
25. Галкин Р.А., Peter Toon, Иванова А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики. Российско-британское издание. Самара, Самарский дом печати, 1997.
26. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарнойпомощи // Главврач. - 2010. - № 7
27. Денисов И.Н. Концепция общей врачебной практики (семейной медицины) - основа реформирования первичного звена здравоохранения / Общая врачебная практика, 2004
28. Денисов И. Н. Развитие семейной медицины - основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению России / Альманах клинической медицины, Т. 7, ≪Общая врачебная практика≫ МОНИКИ... М. 2004 г.
29. КожевниковВ.В. «Основные направления оказания медицинской помощи сельскому населению». - 2009.
30. Кожевников В.В. Занданов А.О Замбалова С.Д.. «О модернизации системы здравоохранения Республики Бурятия». - 2010.

Кравченко Н. А., Генкин А. Г., Калининская А. А., Петрова Е. А. Концептуальная модель системы финансирования и оплаты труда врача общей практики/ Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России. Материалы 2-ой научно-практической конференции 30-31 мая 1995 г. М.: НПО Медико-социальных исследований экономики и информатики, 1995.

1. Чуднов В.П. «Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современныхусловиях», дисерт. М., 2005.
2. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ Российско-американский проект. Реформа здравоохранения РФ, М...,1998.
3. Щепин В. О. Структурные преобразования в здравоохранении. М..., ТООРАРОГ, 1997 г.
4. Организация общей врачебной практики [электронный ресурс] // Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области - «Областная клиническая больница №1» [сайт] URL: <http://www.tokb.ru/elibrary/book/med/01metrus2.pdf>

Boerma W. G.W. et al. Health care and general practice, its across Europe,NHG, 1993

Department of Health. The new NHS: modern, dependable. London, 1998

Popovich Larisa, Potapchik Elena, Shishkin Sergey «Russian Federation Health system review», 2011

TheWorld Health Report, 2002,WHO, Geneva

[World Health Organization: The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)](http://www.who.int/whr/2008/en/index.html), 2008

##### Приложение№1

**СТРУКТУРА**

**Министерства здравоохранения Республики Бурятия.**

Коллегия

МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Консультант

по мобподготовке и

спецработе

Заместитель министра: председатель Комитета экономики, учета и контроля

* Отдел планирования, экономики и финансирования
* Отдел учета и мониторинга
* Сектор контрольно-ревизионной работы

Заместитель Министра: Председатель Комитета стратегического планирования и структурной организации здравоохранения

* Отдел развития медицинской помощи и формирования программ здравоохранения
* Отдел организационно-правовой работы и кадровой политики

Первый заместитель Министра:

Председатель Комитета медицинской и лекарственной помощи и профилактики

* Отдел медицинской помощи взрослому населению
* Отдел медицинскойпомощи детям и службы родовспоможения
* Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи
* Отдел фармации

##### Приложение №2

**Состав подушевого норматива (полный тариф)**

**Проведение капитальных ремонтов**

**Приобретение оборудования**

**Коммунальные платежи**

**Хозяйственные расходы**

**Приобретение ГСМ**

**Текущее содержание и ремонт**

**Заработная плата**

**Начисления на заработную плату**

**Медикаменты**

**Питание**

**Мягкий инвентарь**

**Заработная плата**

**Начисления на заработную плату**

**Медикаменты**

**Питание**

**Мягкий инвентарь**

С 2008 г.

До 2008 г.

##### Приложение №3

**Схема модернизации системы здравоохранения в Республике Бурятия.**

**I этап - полный тариф, подушевой норматив без фондодержания.Вертикальные взаиморасчеты, межмуниципальные взаиморасчеты.**

Бурятский

ТФ ОМС

Страховая компания

Подушевой норматив

Тарифы

договора

**Плановая стационарная помощь гос. и муниц. Учр**

**(направления)**

**АПУ,**

**Общая врачебная практика (ВОП -80), участковые терапевты (243), участковые педиатры (185)**

Направления, взаиморасчеты

**Республиканские ЛПУ**

**(консультативно-диагностические услуги)**

**Перинатальный центр, стоматология (г. Улан - Удэ), РКВД, экстренная медицинская помощь**.

**Одноканальное финансирование.**

**II этап – подушевой норматив, частичное фондодержание.**

**Горизонтальные (внутримуниципальные и межмуниципальные взаиморасчеты), вертикальные взаиморасчеты за консультативно – диагностические услуги.**

АПУ

АПУ

**Межмуниципальные и внутримуниципальные расчеты**

Подушевой норматив

**Перинатальный центр, стоматология (г. Улан - Удэ), РКВД, экстренная медицинская помощь**.

**Плановая стационарная помощь гос. и муниц. Учр**

**(направления)**

Страховая компания

Бурятский

ТФ ОМС

Тарифы

договора

Направления, взаиморасчеты

**Республиканские ЛПУ**

**(консультативно-диагностические услуги)**

**III этап: Схема модернизации системы здравоохранения в Республике Бурятияпри одноканальном финансировании с частичным фондодержанием, подушевой норматив.**

Бурятский

ТФ ОМС

Страховая компания

АПУ

АПУ



**Межмуниципальные и внутримуниципальные расчеты**

Подушевой норматив

Тарифы

договора

**Перинатальный центр, стоматология (г. Улан - Удэ), РКВД, экстренная медицинская помощь**.

Направления, взаиморасчеты

**Республиканские ЛПУ**

**(консультативно-диагностические услуги)**

**Плановая стационарная помощь гос. и муниц. учр.**

**(направления)**

1. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Ю.А. Шевченко на расширенном заседании Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года». Москва, 15 марта 2000 г. [↑](#footnote-ref-2)
2. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001, 7 с. [↑](#footnote-ref-3)
3. Денисов И. Н. Развитие семейной медицины - основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению России / Альманах клинической медицины, Т. 7, ≪Общая врачебная практика≫ МОНИКИ... М. 2004 г., С. 3- 14. [↑](#footnote-ref-4)
4. Чуднов В.П. «Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современных условиях», дисерт. М., 2005. [↑](#footnote-ref-5)
5. Боерма И. Г., Флеминг Д. М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 2001, С. 2. [↑](#footnote-ref-6)
6. Быстровский В. Ф., Вялков А. И., Когут Б. М и др. Основные проблемы становлениясемейной медицины в системе первичной медико-санитарной помощинаселению // МЗ МПРФ, НПОМСЭИ, М..., 1995 г., С. 120 - 123. [↑](#footnote-ref-7)
7. Денисов И.Н. Концепция общей врачебной практики (семейной медицины) - основа реформирования первичного звена здравоохранения / Общая врачебная практика, 2004,1; С. 4-7. [↑](#footnote-ref-8)
8. Федеральный Закон РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 ст.32 п.2 [↑](#footnote-ref-9)
9. Федеральный Закон РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 ст.33 п.1 [↑](#footnote-ref-10)
10. Приказ Министерства Здравоохранения № 543н «Об организационной структуре ПМСП взрослому населению» от 15.05.2012 ст.7 [↑](#footnote-ref-11)
11. Приказ Министерства Здравоохранения № 543н «Об организационной структуре ПМСП взрослому населению» от 15.05.2012 ст.10 [↑](#footnote-ref-12)
12. Федеральный Закон РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 ст.33 п.17 [↑](#footnote-ref-13)
13. Постановление Правительства РФ N1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" от 22.10.2012, часть IV [↑](#footnote-ref-14)
14. Постановление Правительства РФ N1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" от 22.10.2012, часть VI [↑](#footnote-ref-15)
15. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ Российско-американский проект. Реформа здравоохранения РФ, М...,1998 г., С. 335.; [↑](#footnote-ref-16)
16. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ Российско-американский проект. Реформа здравоохранения РФ, М...,1998 г., С. 336.; [↑](#footnote-ref-17)
17. Организация общей врачебной практики [электронный ресурс] URL: <http://www.tokb.ru/elibrary/book/med/01metrus2.pdf> [↑](#footnote-ref-18)
18. Кравченко Н. А., Генкин А. Г., Калининская А. А., Петрова Е. А. Концептуальная модель системы финансирования и оплаты труда врача общей практики/ Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России. Материалы 2-ой научно-практической конференции 30-31 мая 1995 г. М.: НПО Медико-социальных исследований экономики и информатики, 1995.- С. 145. [↑](#footnote-ref-19)
19. TheWorld Health Report, 2002,WHO, Geneva [↑](#footnote-ref-20)
20. BoermaW. G.W. Fleming D. M. «Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи» стр.55-56 [↑](#footnote-ref-21)
21. Вартанян Ф. Е., Рожецкая С. В. Особенности развития общей практики (семейной

медицины) в Европе / Здравоохранение № 12. 2003 г., М... С. 61 -67. [↑](#footnote-ref-22)
22. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи // Главврач. - 2010. - № 7 с.33 [↑](#footnote-ref-23)
23. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи // Главврач. - 2010. - № 7 с.33 [↑](#footnote-ref-24)
24. Др м. н. профессор, академик РАМН, главный внештатный специалист — врач общей практики Минздравсоцразвития России, первый проректор ММА им. И.М. Сеченова [↑](#footnote-ref-25)
25. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарнойпомощи // Главврач. - 2010. - № 7 с.34 [↑](#footnote-ref-26)
26. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи // Главврач. - 2010. - № 7 с.34 [↑](#footnote-ref-27)
27. Государственная программа «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.» от 28.12.2012 [↑](#footnote-ref-28)
28. Государственная программа «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.» от 28.12.2012 [↑](#footnote-ref-29)
29. Государственная программа «Развития здравоохранения в 2012-2020 гг.» от 28.12.2012 [↑](#footnote-ref-30)
30. КожевниковВ. В. «Основные направления оказания медицинской помощи сельскому населению». [↑](#footnote-ref-31)
31. КожевниковВ. В. «Основные направления оказания медицинской помощи сельскому населению». [↑](#footnote-ref-32)
32. Кожевников В.В. Занданов А.О Замбалова С.Д.. О модернизации системы здравоохранения Республики Бурятия. [↑](#footnote-ref-33)
33. Постановление Правительства Республики Бурятия № 380 «О Концепции развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017» от 6.10.2009 [↑](#footnote-ref-34)
34. Постановление Правительства Республики Бурятия № 380 «О Концепции развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017» от 6.10.2009 [↑](#footnote-ref-35)
35. Постановление Правительства Республики Бурятия от 24 декабря 2012 года N 773 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». [↑](#footnote-ref-36)
36. КожевниковВ. В. «Основные направления оказания медицинской помощи сельскому населению». [↑](#footnote-ref-37)