

СТРУКТУРА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ



СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АППАРАТА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ

Министерство здравоохранения и социального развития

Министр Голикова Татьяна Алексеевна

Заместители министра

Белов В.С.

Сафонов А.Л.

Скворцова В.И.

Воронин Ю.В.
статс-секретарь

Департаменты по основным направлениям деятельности

Финансовый

Занятости и трудовой миграции

Трудовых отношений

Развития медстрахования

Учетной политики и контроля

Имущественного комплекса

Почтовой службы

Информатизации

Управ. делами

Правовой

Суд. защиты

Анализа и прогноза развития здравоохранения и соц.-труд. сферы

здоровья и санэпид благополучия человек

медпомощи и развития здравоохранения

Науки, образования и кадровой политики

Развития медпомощи детям и службы родовспоможения

Развития фарм. рынка и рынка мед. техники

Высоко технологичной мед. помощи

Зарплаты, охраны труда и соц.партнерства

Развития соц. страхования и гос. обеспечения

Вопросы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

- осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральных служб и агентств, а также координацию деятельности Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ и Федерального фонда ОМС.
- самостоятельно осуществляет правовое регулирование в установленной сфере деятельности, а также разрабатывает и представляет в Правительство РФ проекты законов и актов Президента РФ и Правительства РФ по следующим вопросам:
 - здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и мед. помощи, фармдеятельность;
 - качество, эффективность и безопасность лекарственных средств;
 - курортное дело;
 - санитарно-эпидемиологическое благополучие;
 - уровень жизни и доходов населения;
 - оплата труда;
 - пенсионное обеспечение;
 - социальное страхование;
 - условия и охрана труда;
 - социальное партнерство и трудовые отношения;
 - занятость населения и безработица;
 - трудовая миграция;
 - альтернативная гражданская служба;
 - социальная защита;
 - демографическая политика;
 - защита прав потребителей

**Ключевым приоритетом в сфере
здравоохранения является:***

**Сохранение и укрепление здоровья
населения страны**

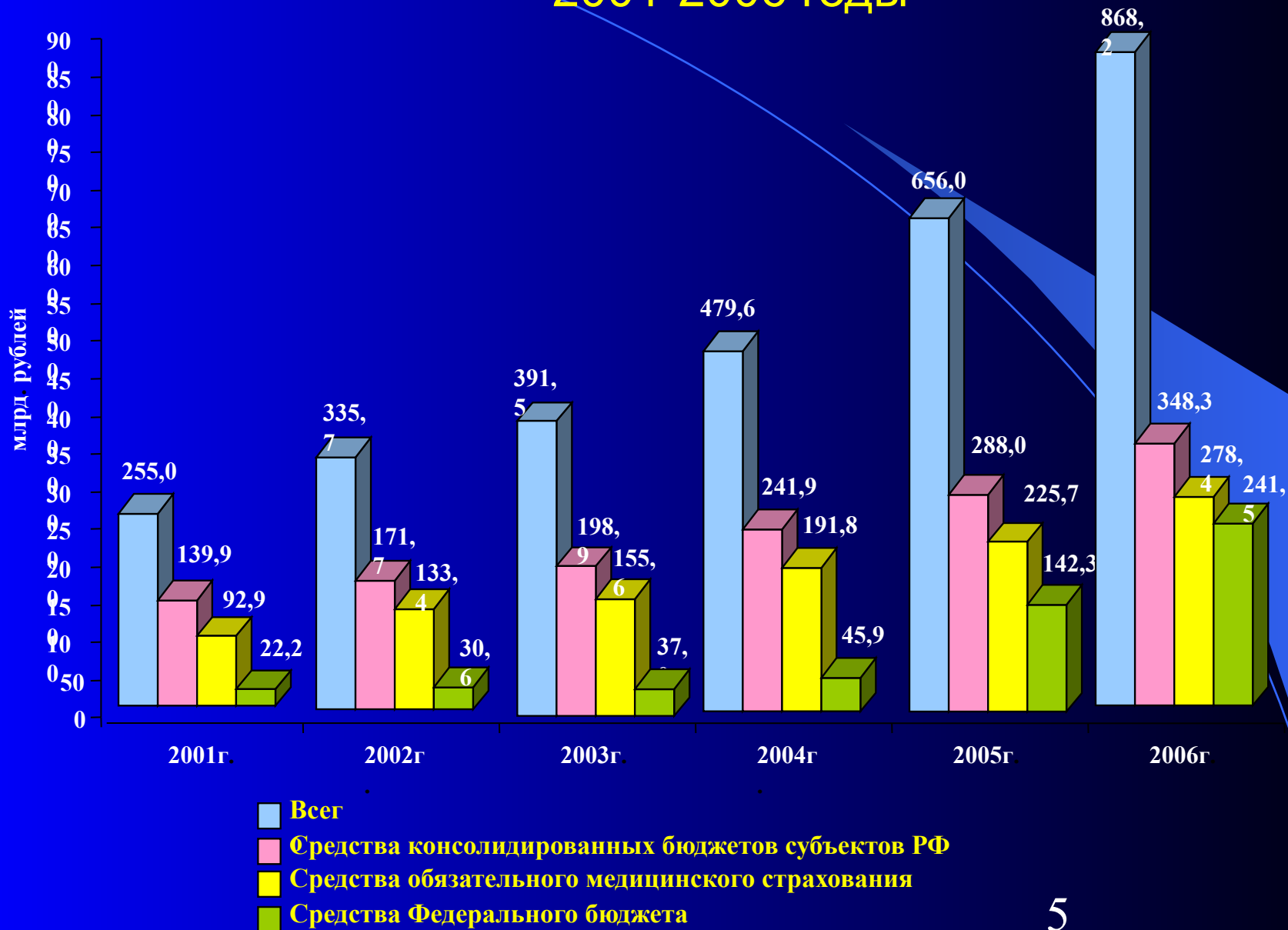
Для его достижения необходимо:

**Формирование системы
обеспечивающей доступность
медицинской помощи**

**Повышение эффективности
медицинских услуг, объемы,
виды и качество которых
должны соответствовать
потребностям населения,
передовым достижениям
медицинской науки**

*** По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента
Минрегионразвития РФ Какорина Е.Н.)**

Государственные расходы на здравоохранение за 2001-2006 годы



Общий объем расходных обязательств на здравоохранение (федеральный бюджет)



Особенности финансирования здравоохранения, требующие модернизации

- Многоканальность финансирования, приводящая к дублированию расходов, дискоординации в направлении средств, отсутствию прозрачности в использовании средств, снижению ответственности за неэффективные расходы;
- Заниженные нормативы финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи обуславливают дефицитность программы и отсутствие маневренности у руководителя в направлении средств на нужды ЛПУ;
- Неполный тариф в обязательном медицинском страховании ставит лечебное учреждение в зависимость от муниципального или государственного бюджета;
- Финансирование лечебных учреждений из бюджетов разного уровня на койку и на посещение, заработная плата по тарифной сетке формирует иждивенческий настрой у руководителей ЛПУ и медицинских работников.

Общие причины, обуславливающие необходимость модернизации здравоохранения в Российской Федерации

- Низкое качество оказываемой населению медицинской помощи;
- Высокая доля платных медицинских услуг;
- Неравная доступность высокотехнологичной бесплатной медицинской помощи для граждан, проживающих в разных субъектах Российской Федерации;
- Недовольство граждан действующей системой реализации их конституционных прав на бесплатную медицинскую помощь и охрану здоровья.

Оценка объемов неэффективных расходов в сфере здравоохранения определяется исходя из объемов неэффективных расходов по управлению*:

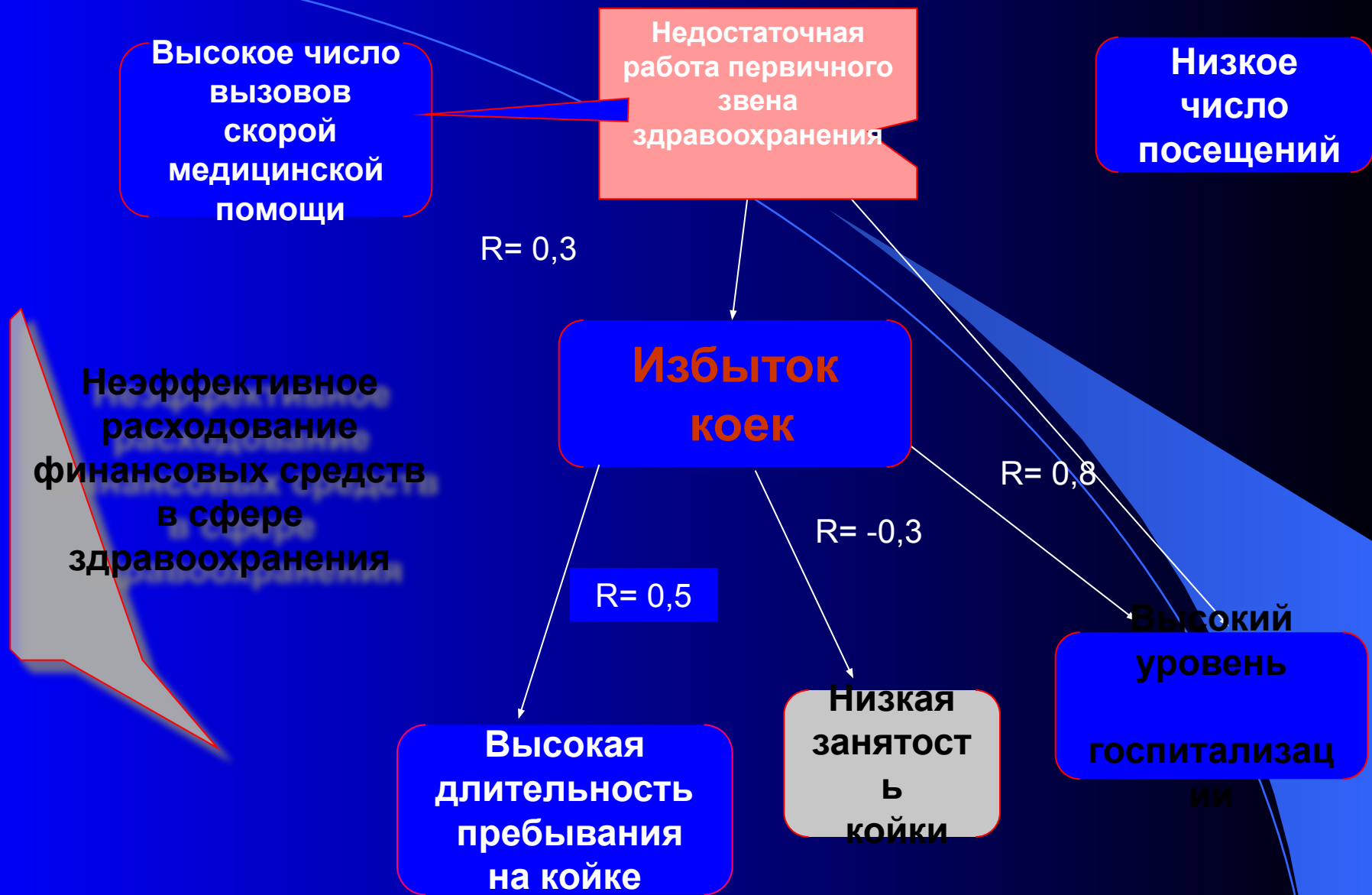
*Скорой
медицинской
помощью*

*Стационарной
медицинской
помощью*

*Кадровыми
ресурсами*

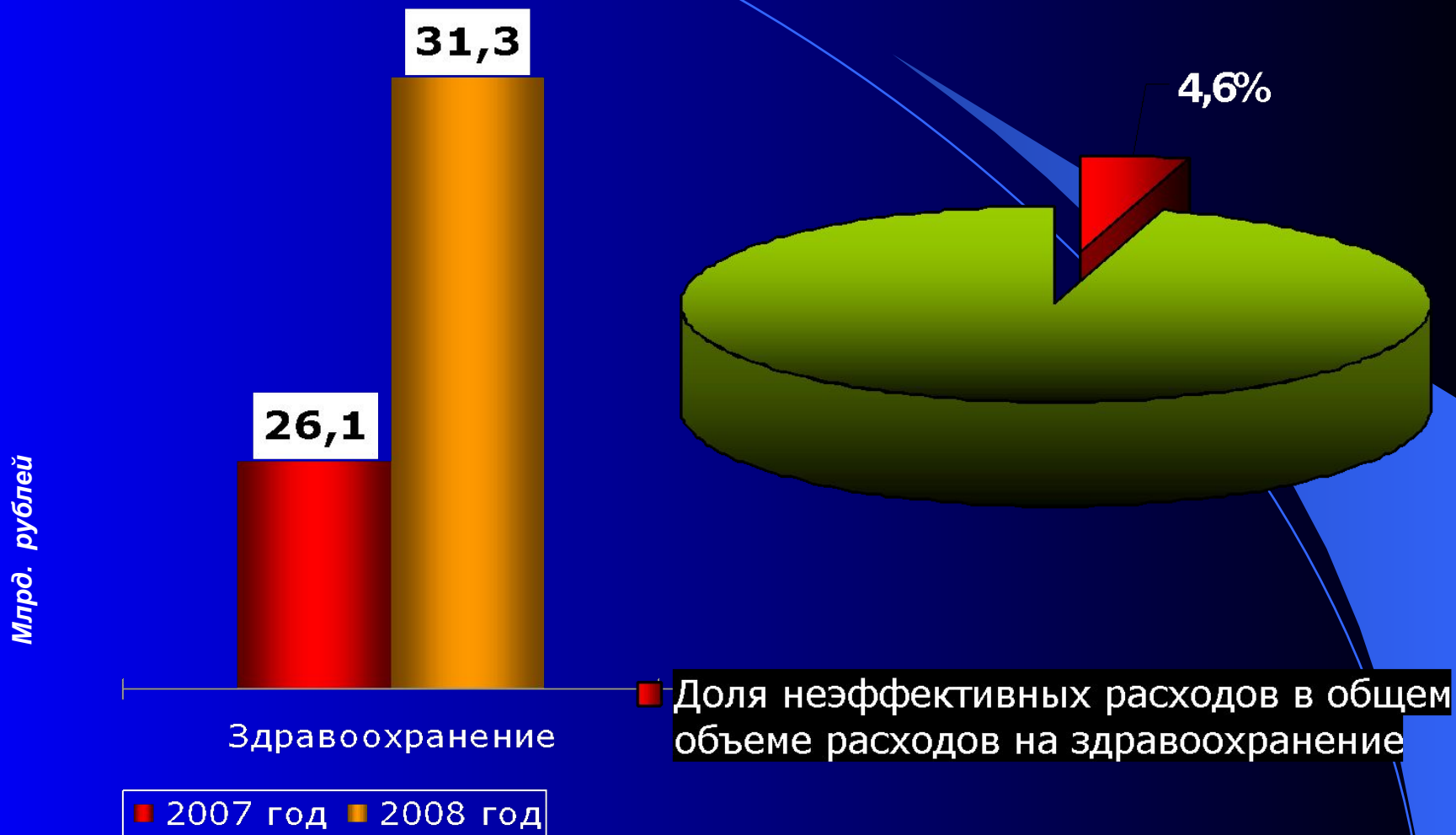
При расчете неэффективных расходов используются корректирующие коэффициенты сетевых нормативов, включающие коэффициенты транспортной доступности и расселения

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)



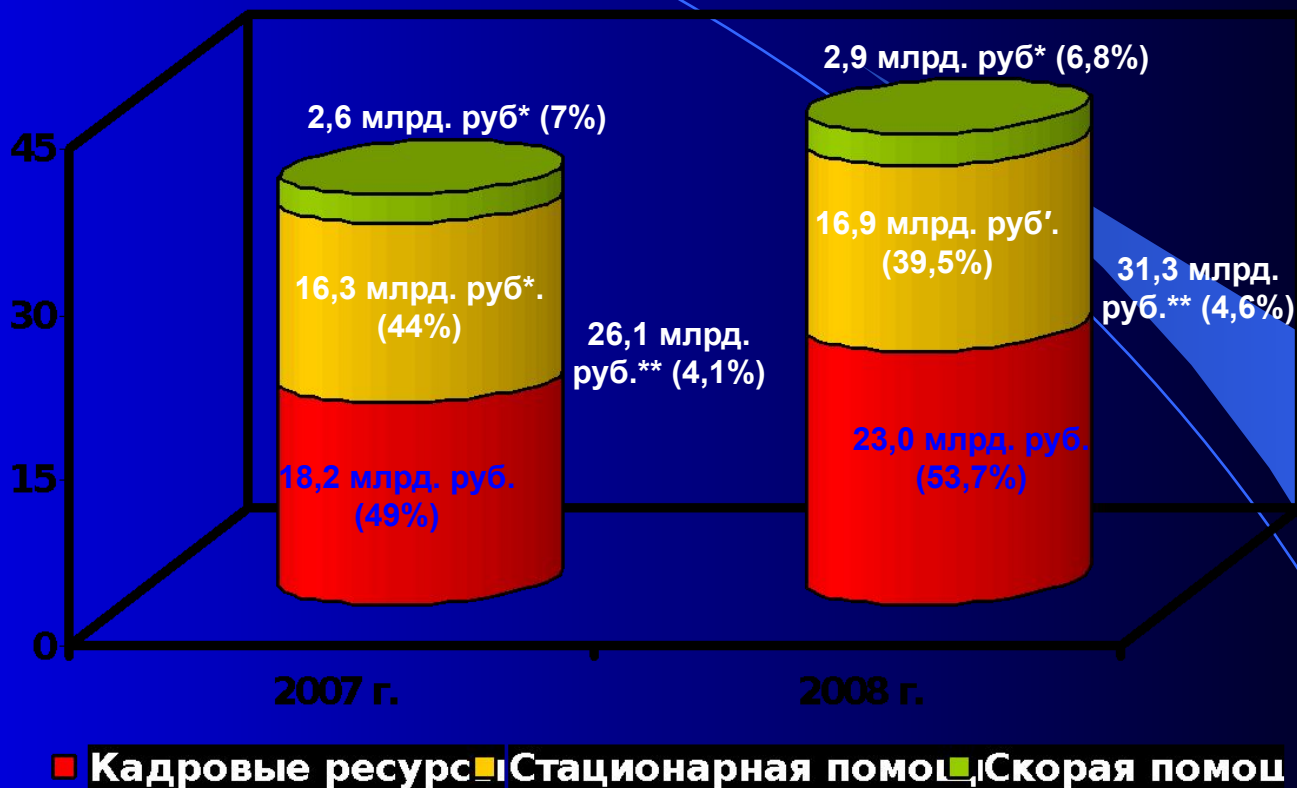
* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Объемы неэффективных расходов в здравоохранении*



* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Структура неэффективных расходов в сфере здравоохранения *



*- с учетом заработной платы работников

** - без учета заработной платы работников учреждений стационарных и скорой медицинской помощи

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Доля неэффективных расходов в сфере здравоохранения в общем объеме расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение*

В 37 регионах неэффективных расходов более

4,6 %

В 16 регионах неэффективные расходы отсутствуют

4,6 %

В 30 регионах неэффективных расходов менее 4,6%

В среднем

Проведение реформ

республики Татарстан, Бурятия, Саха (Якутия), Пермский край, Ленинградская, Самарская, Тюменская, Томская области

Сбалансированы объемы медицинской помощи

Красноярский, Приморский края, г.Москва, Челябинская область

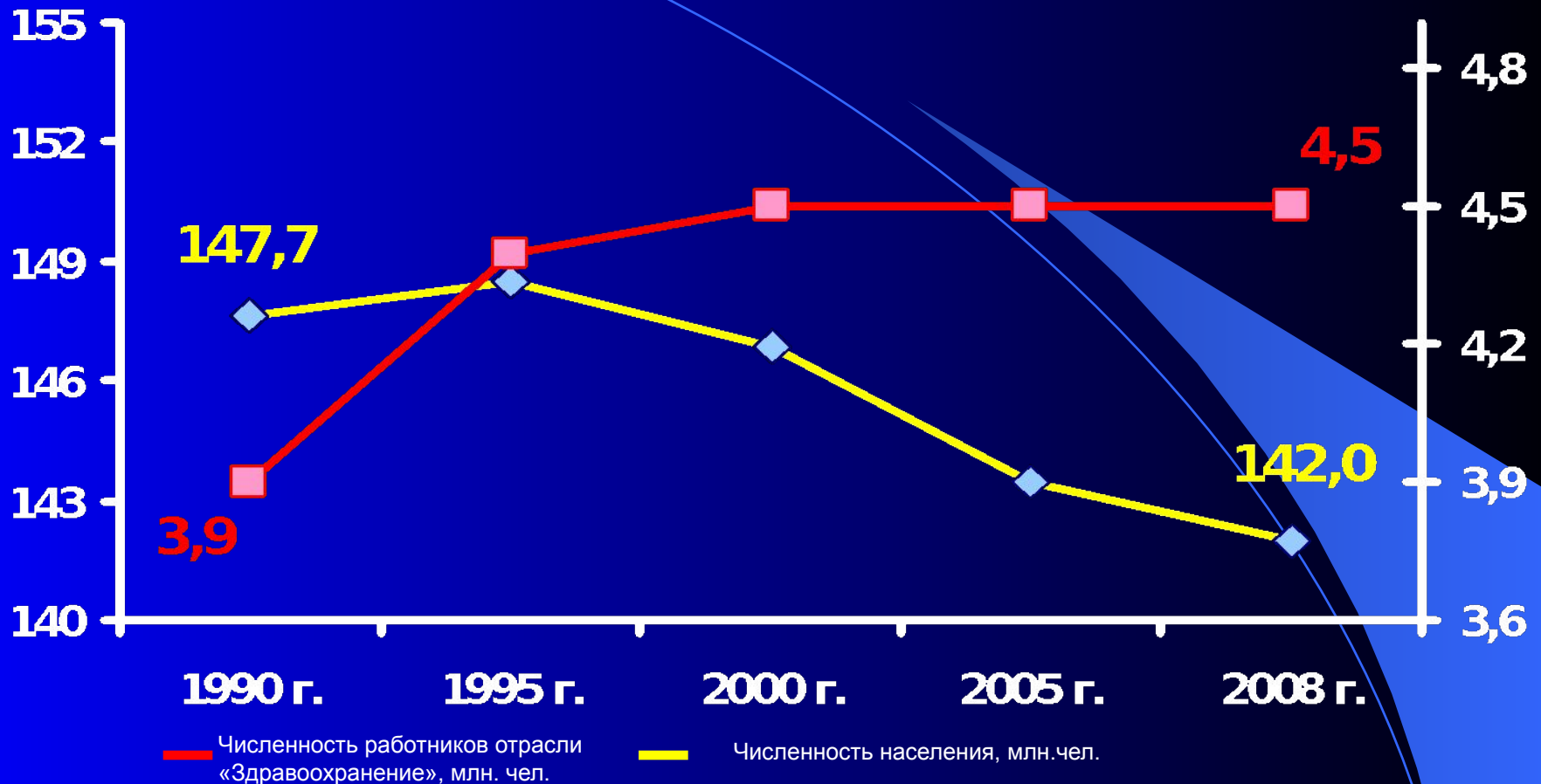
Низкая доступность медицинской помощи

республики Дагестан, Ингушетия, Алтай, Чеченская

Минимальная доля (до 1% от бюджета) неэффективных расходов - в Свердловской, Ростовской, Московской, Калужской, Калининградской, Владимирской областях, Хабаровском, Краснодарском, Ставропольском краях, республиках Карачаево-Черкессия, Хакасия, г.Санкт-Петербурге, Еврейской АО.

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ, Какорина Е.П.), республиках Удмуртия (42%), Тыва (39,3%).

Динамика численности населения Российской Федерации и численности работников отрасли «Здравоохранение»*



За период с 1990 по 2008 годы численность населения снизилась на 4%, а численность работающих в системе здравоохранения возросла более чем на 15%.

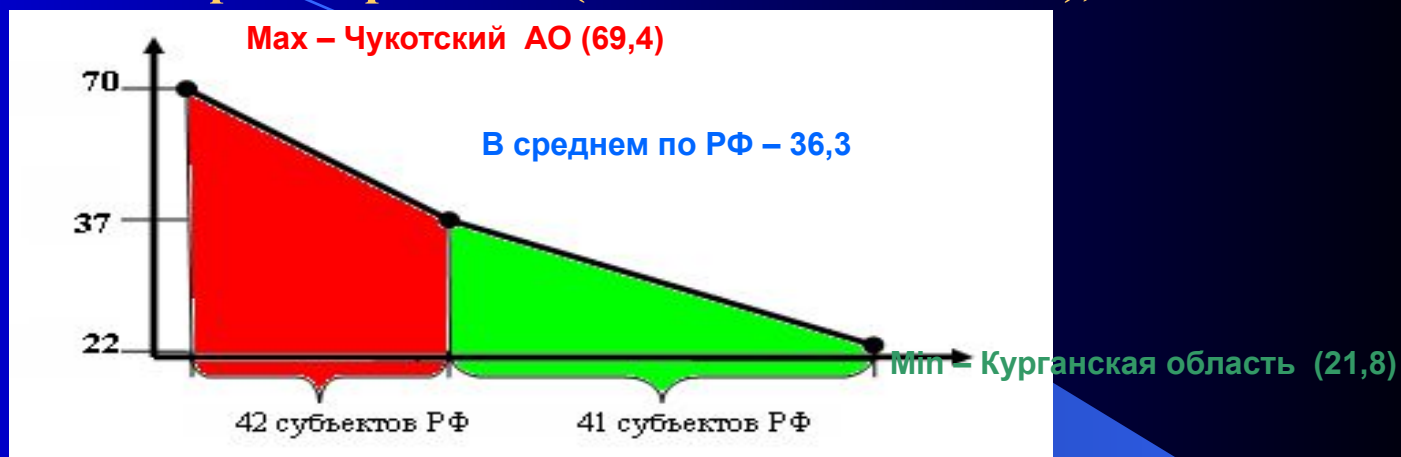
* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала, Российская Федерация (тыс.)*



* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

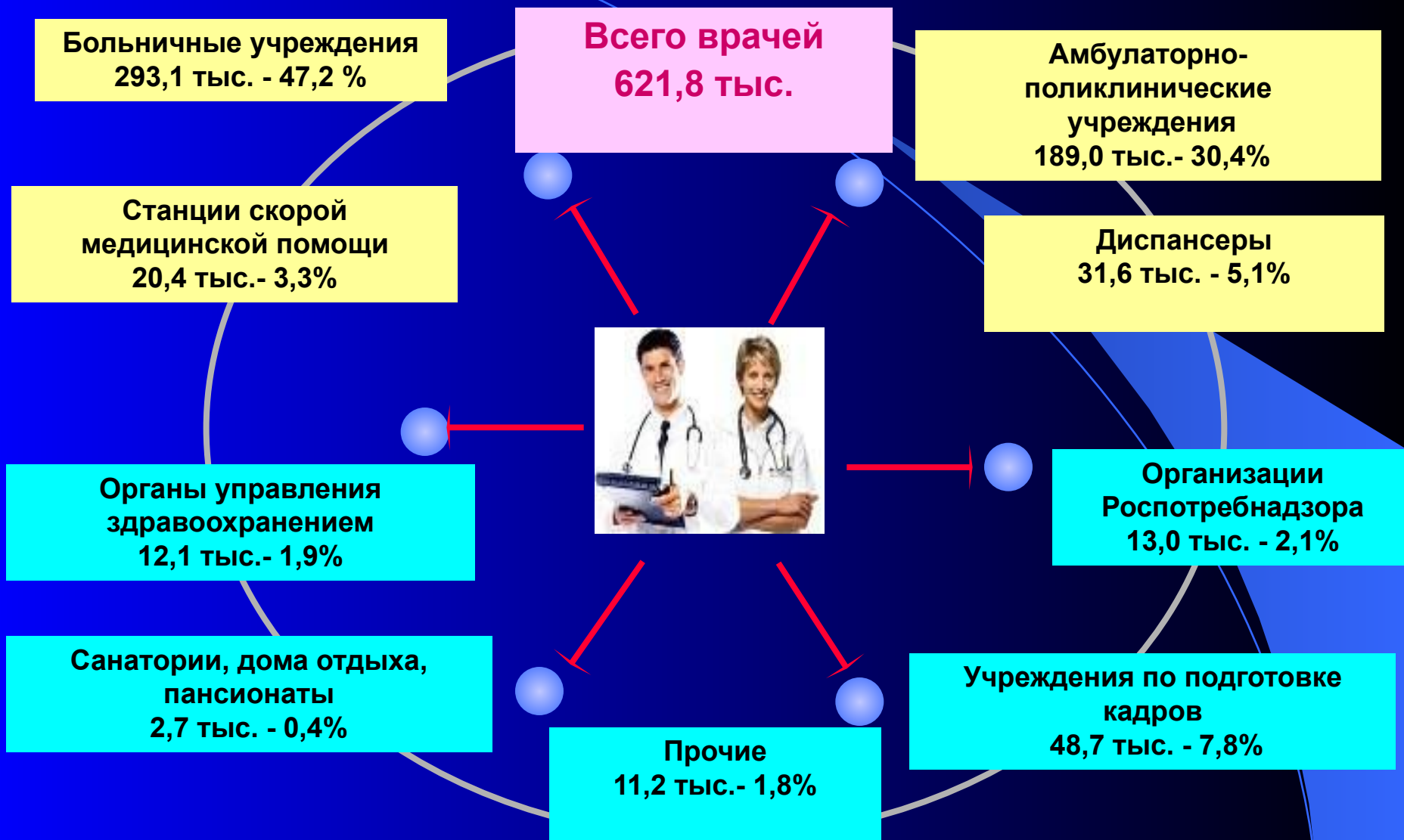
Обеспеченность населения врачами в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (на 10 тыс. населения), 2008 год*



Субъекты	Мак.	Субъекты	Мин.
Чукотский автономный округ	69,4	Курганская область	21,8
Республика Северная Осетия-Алания	51,8	Карачаево-Черкесская Республика	22,8
г.Санкт-Петербург	50,1	Чеченская Республика	23,5
Ханты-Мансийский автономный округ	49,3	Республика Ингушетия	23,7
Республика Саха(Якутия)	47,7	Калининградская область	27,0
Астраханская область	47,5	Калужская область	27,8
Удмуртская Республика	47,2	Ульяновская область	28,0
Магаданская область	47,0	Псковская область	28,3

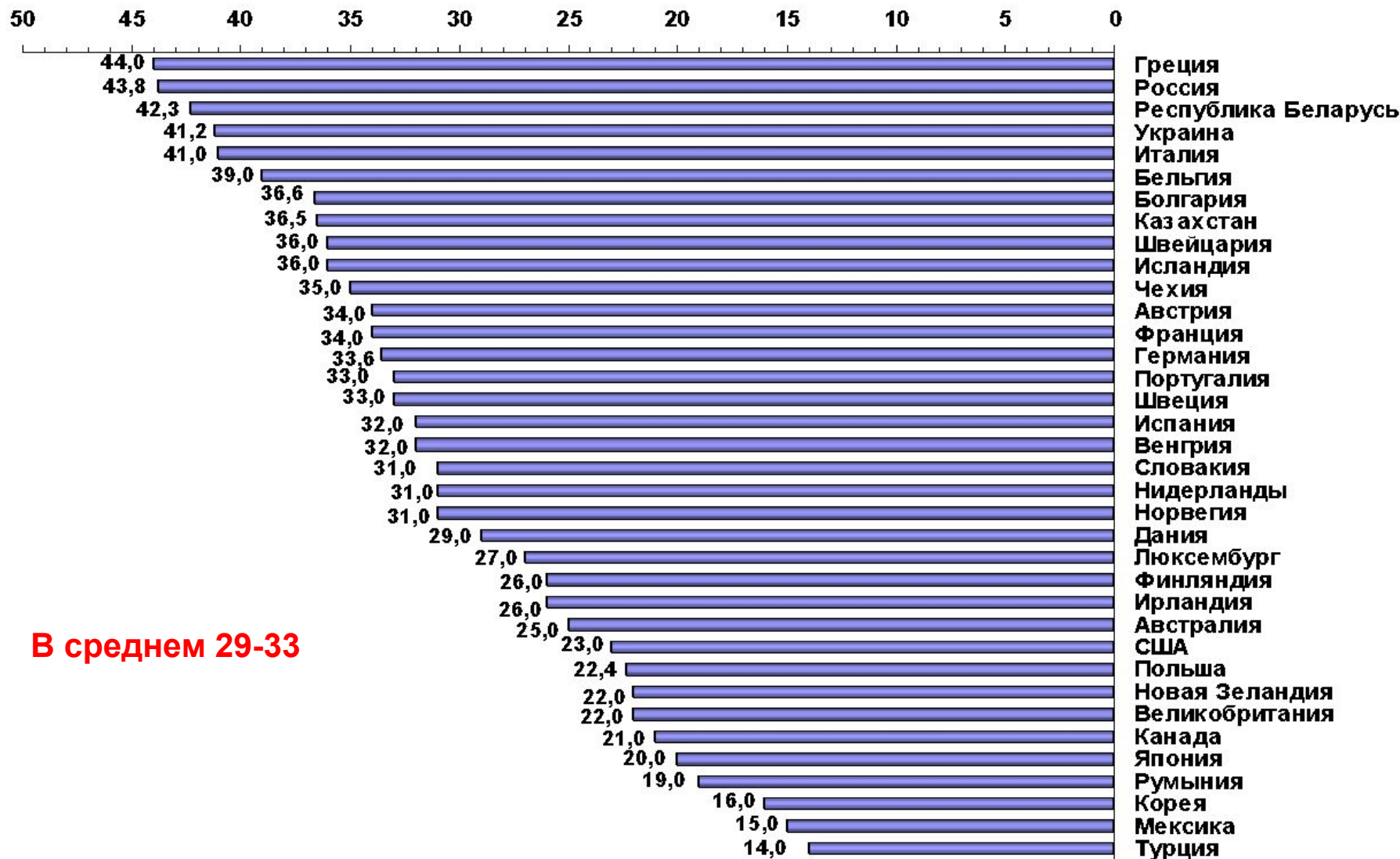
* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Распределение врачей по типам учреждений*



* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

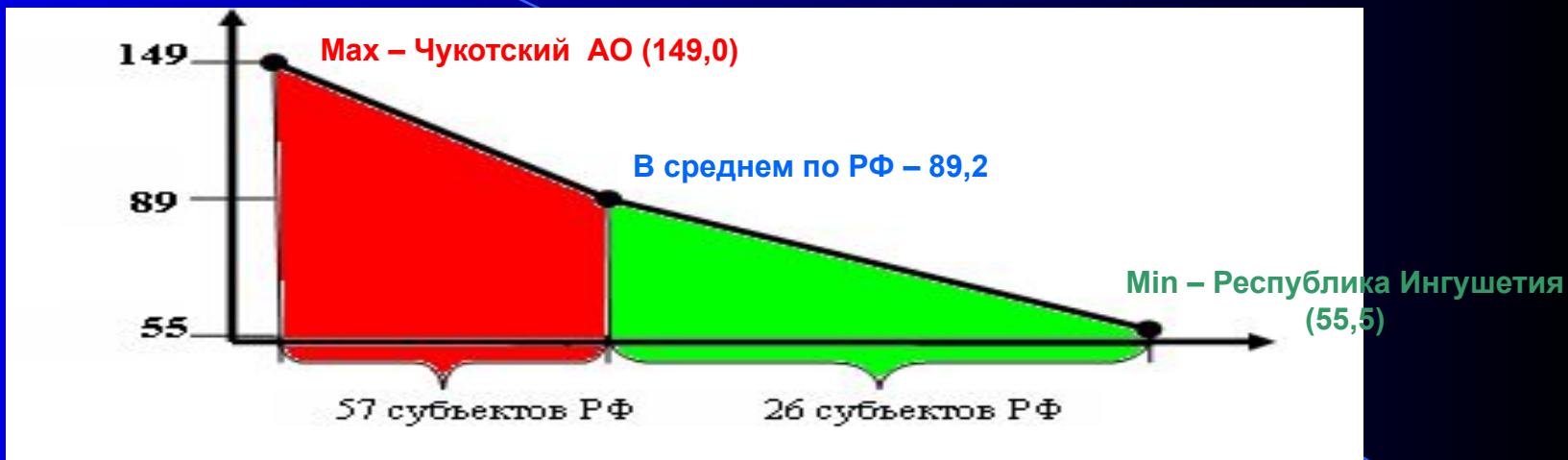
Обеспеченность населения врачами в различных странах (на 10 тыс. населения)*



В среднем 29-33

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

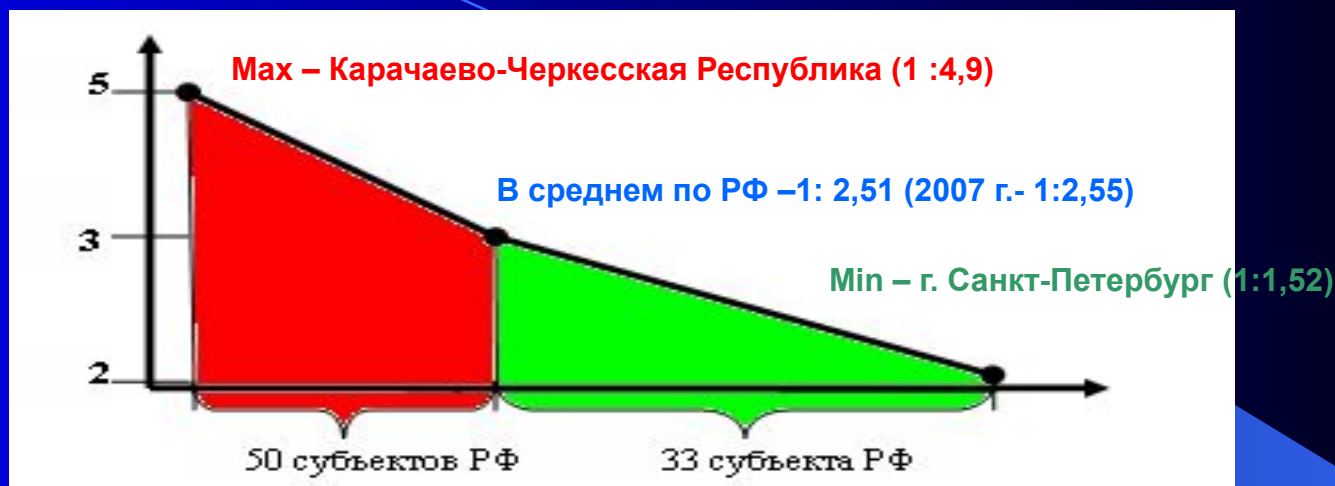
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (на 10 тыс. населения), 2008 год*



Субъекты	Мак.	Субъекты	Мин.
Чукотский АО	149,0	Республика Ингушетия	55,5
Ханты-Мансийский АО	135,7	Калининградская область	60,7
Магаданская область	135,3	Приморский край	63,9
Республика Тыва	127,6	Чеченская Республика	66,0
Республика Алтай	124,7	Ленинградская область	67,1
Республика Саха (Якутия)	121,7	Московская область	69,8
Республика Коми	119,1	Ставропольский край	70,6
Республика Калмыкия	116,4	Томская область	72,9
Ямало-Ненецкий АО	116,3	г.Москва	75,4

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, 2008 год*



Субъекты	Мак.	Субъекты	Мин.
Карачаево-Черкесской Респ.	1 : 4,90	г.Санкт-Петербург	1: 1,52
Курганская область	1:4,30	г.Москва	1: 1,73
Ульяновская область	1 :3,76	Приморский край	1:1,81
Республика Марий-Эл	1 :3,58	Респ. Северная Осетия-Алания	1: 1,82
Вологодская область	1 : 3,39	Хабаровский край	1: 1,89
Республика Тыва	1 : 3,32	Астраханская обл.	1: 1,98
Еврейская АО	1 : 3,32	Ярославская область	1: 2,01
Костромская область	1 : 3,31	Томская область	1:2,05

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала



Соотношение врачей и среднего медицинского персонала по типам учреждений здравоохранения*

**Соотношение
врачей и среднего
медперсонала
1-2,15**

**Больничные учреждения
1:3,1**

**Амбулаторно-
поликлинические
учреждения
1:1,08**

**Станции скорой
медицинской помощи
1:4,0**

**Диспансеры
1:2,1**

**Санатории, дома отдыха,
пансионаты
1:4,2**

**Организации
Роспотребнадзора
1:1,8**



**Прочие
1:3,7**

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Амбулаторно-поликлиническое звено, где начинается, и должен заканчиваться в большинстве своем маршрут пациента, обладает значительным потенциалом управления расходами в здравоохранении *

До 40% вызовов скорой медицинской помощи осуществляется к хроническим больным, находящимся на диспансерном учете.

Вызов скорой медицинской помощи — это дорогостоящая услуга. Большинство таких вызовов к хроническим больным можно предотвратить при эффективной работе участковой службы.

Оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе обходится в 8–10 раз дешевле, чем в стационаре. При этом, около 30% госпитализируемых пациентов могут получить качественную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения*

Перевод государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования

□ перевод свыше 80% учреждений осуществили всего 5 регионов (Тюменская, Томская, Ростовская, Пензенская области, Республика Татарстан)(в 2007 году – 8)
В 55 регионах не внедряется

Внедрение новой (отраслевой) системы оплаты труда, ориентированной на результат в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения

□ полностью внедрено только в 12 субъектах Российской Федерации (в 2007 году – 6).
В 56 регионах процесс перехода на новую систему оплаты труда не начал.

Применение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения

□ полностью перевод осуществлен в 12 регионах (в 2007 году – 6).
в 31 регионе процесс внедрения МЭС не начал, из них в 20 субъектах Российской Федерации до настоящего времени не разработано ни одного стандарта.

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

III . Отработка основных подходов к модернизации здравоохранения в пилотных территориях

- **Переход на одноканальное или преимущественно одноканальное финансирование лечебных учреждений по конечному результату;**
- **Внедрение единых стандартов оказания медицинской помощи и стандартов оснащения;**
- **Внедрение элементов частичного или полного фондодержания («деньги следуют за пациентом»);**
- **Внедрение персонифицированного учета объемов оказанной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования с ее оплатой на основе норматива финансовых затрат, рассчитанных на основе стандарта медицинской помощи;**
- **Реформирование оплаты труда в соответствии с объемами оказанной медпомощи на основе коэффициента трудового участия**

Основные направления развития системы здравоохранения на региональном уровне*

Проведение конкурсных процедур по размещению государственного заказа в целях отбора наиболее эффективных организаций

Формирование мотивации медицинских организаций и медицинских работников на повышение здоровья обслуживаемого населения

Создание условий для формирования рынка поставщиков медицинских услуг в сфере здравоохранения

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Зам. председателя Правительства Пермского края ЗУБАРЕВ А.Ю.)

Перечень услуг, выведенных на аутсорсинг*

Непрофильные услуги

- ✓ Оказание услуг по стирке белья
- ✓ Оказание охранных услуг
- ✓ Оказание транспортных услуг
- ✓ Оказание услуг по сбору, обезвреживанию, транспортировке и размещению медицинских отходов

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009 г. (Зам. председателя Правительства Пермского края ЗУБХРЕВА Ю.С.)

- ✓ Оказание услуг по техническому обслуживанию

Услуги в рамках основной деятельности

- ✓ Оказание услуг по организации лечебного питания
- ✓ Оказание услуг по проведению лабораторных исследований
- ✓ Оказание услуг по проведению медицинских исследований – компьютерной и магнитно-
- ✓ Оказание услуг по резонансной томографии
- ✓ Оказание услуг по

Объем размещаемого на аутсорсинг заказа*



* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Зам. председателя
Правительства Пермского края ЗУБАРЕВ А.Ю.)

Создание условий для формирования рынка поставщиков услуг в сфере здравоохранения*

1. Сдача в аренду имущества учреждений здравоохранения для оказания медицинских услуг
2. Создание автономных учреждений здравоохранения
3. Создание бизнес-инкубатора для поддержки малого бизнеса в здравоохранении
4. Передача объектов здравоохранения в концессию

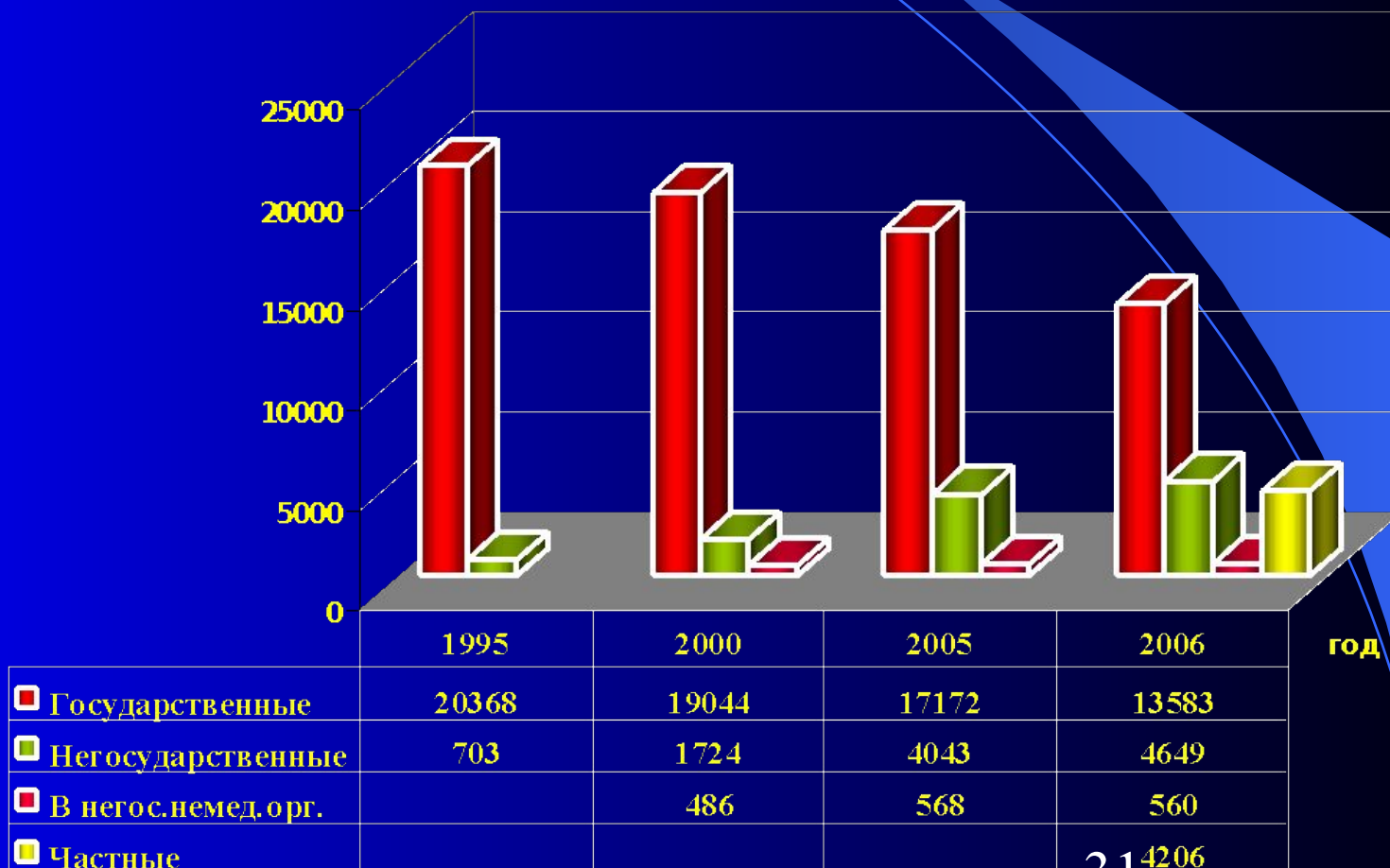
* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Зам. председателя Правительства Пермского края ЗУБАРЕВ А.Ю.)

Изменение налогообложения, стимулирующее развитие отрасли здравоохранения

- Отнесение на себестоимость продукции в полном объеме ДМС и медицинских услуг для сотрудников предприятий и членов их семей
- Инвестиции в здравоохранение освободить от налога на прибыль
- Освобождение организаций от выплаты НДС с платежей за расходные материалы и оказание медицинских и сервисных услуг
- Возможность зачета средств на ОМС при покупке ДМС для физических лиц и предприятий
- Льготное предоставление земельных участков под строительство ЛПУ
- Льготное подключение к инфраструктуре

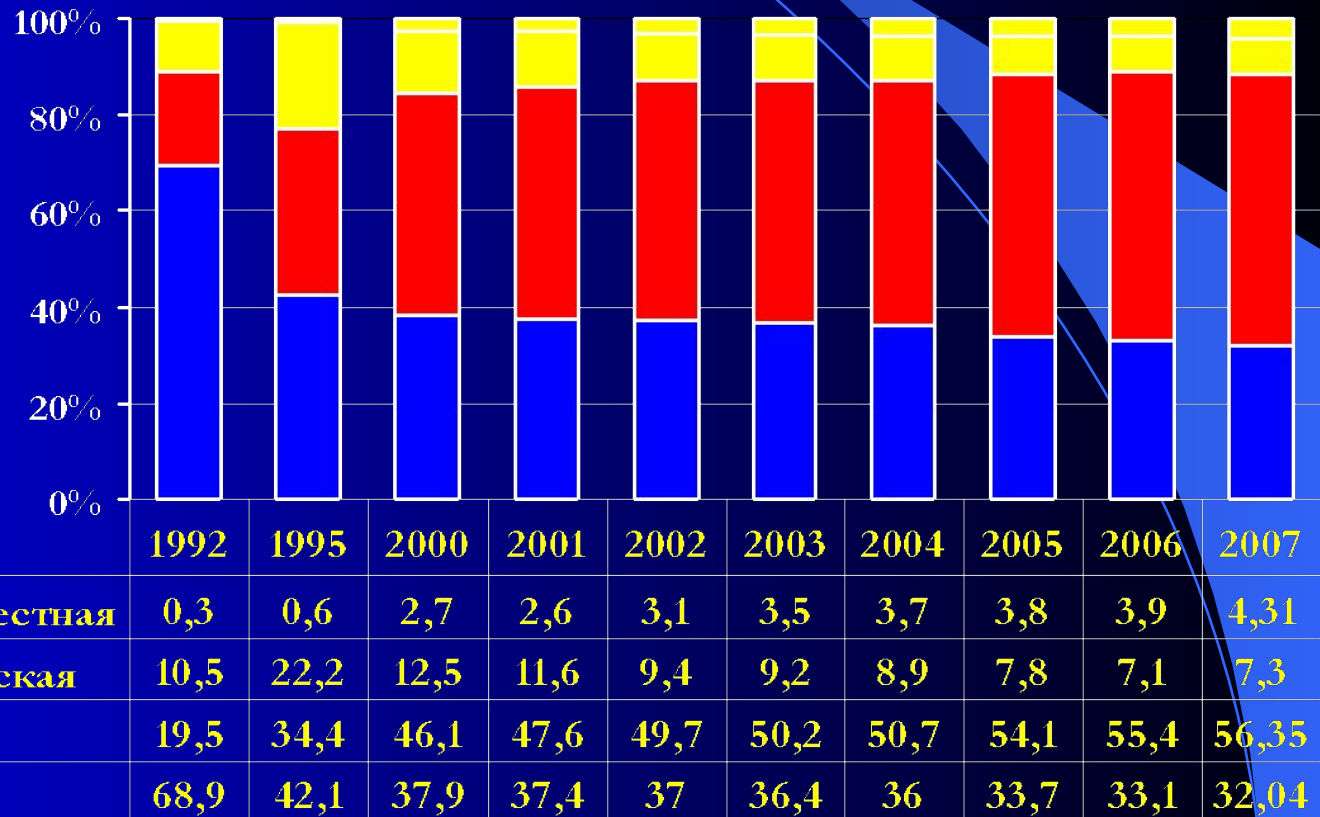
Обеспечение равенства медицинских организаций различных форм собственности при оказании медицинских услуг населению

Число амбулаторно-поликлинических учреждений по формам собственности



Солидарная ответственность государства, работодателя и гражданина за личное и общественное здоровье

Среднегодовая численность занятых в экономике по формам собственности



Перспективный план модернизации здравоохранения

2008-2009 годы – реформирование обязательного медицинского страхования, законодательное закрепление прав и обязанностей субъектов обязательного медицинского страхования;

2008-2010 годы – формирование конкурентной сети организаций здравоохранения для обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью с внедрением единых стандартов медицинской помощи, табеля оснащения и кадрового обеспечения;

2008-2011 годы – преобразование учреждений здравоохранения в иные организационно-правовые формы с размещением в них государственного (муниципального) задания.

Перспективный план модернизации здравоохранения

- **2008-2011 годы – законодательное закрепление страхования профессиональной ответственности медицинских работников;**
- **2008-2012 годы – формирование института защиты прав пациентов;**
- **2010-2012 годы – взаимодействие государства и профессиональных медицинских ассоциаций по аккредитации медицинских учреждений и лицензированию медицинских работников.**

Законодательное закрепление направлений модернизации здравоохранения

- **Об обязательном медицинском страховании;**
- **О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Российской Федерации в части уточнения норм по налогообложению субъектов правоотношений в системе ОМС;**
- **О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об автономных учреждениях»;**
- **О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности»;**
- **Об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников;**
- **О защите прав пациентов;**
- **О внесении изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.**

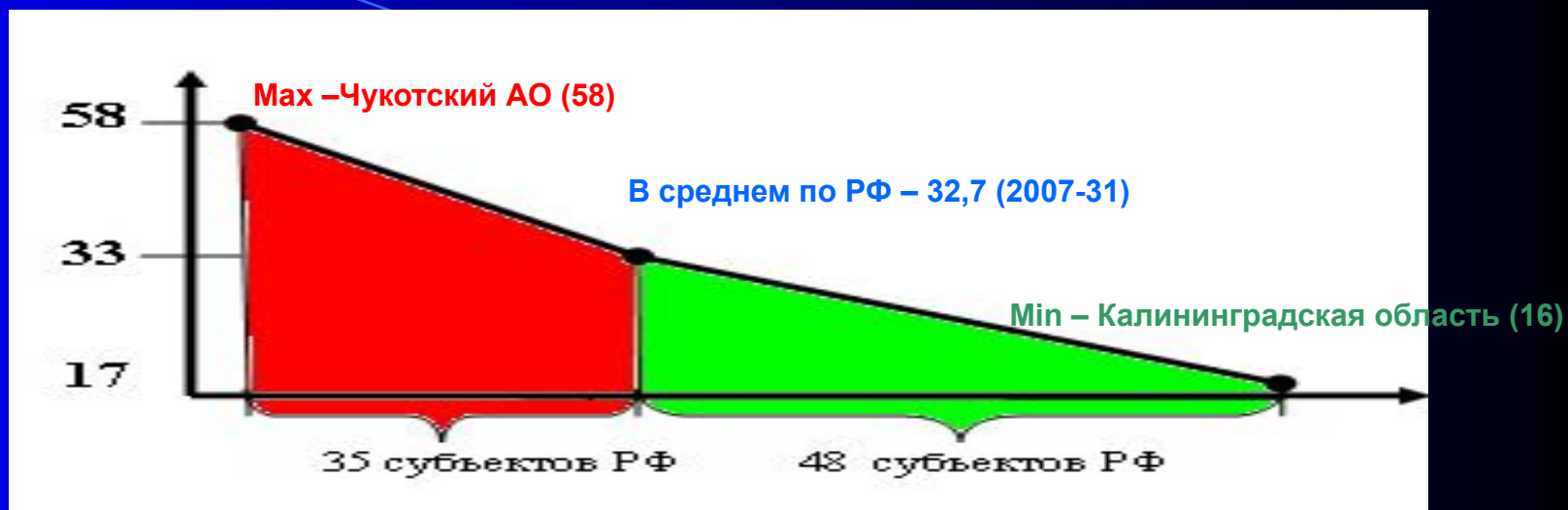
Предложения к реформе здравоохранения:

- Усовершенствование системы управления здравоохранением
- Законодательное обеспечение гарантий финансирования системы здравоохранения
- «Программно-блоковый» подход к медицинскому обслуживанию населения: работающего, сельского, детей, подростков, инвалидов, пенсионеров, больных социально-значимыми заболеваниями и др.
- Ликвидация теневого рынка в здравоохранении
- Разработка единых медико-экономических стандартов лечения
- Обеспечение равенства медицинских организаций различных форм собственности при оказании медицинских услуг населению
- Развитие системы медицинского страхования граждан
- Изменение налогообложения, стимулирующее развитие отрасли здравоохранения

Динамика основных медико-демографических показателей в Российской Федерации за 2002 – 2008 гг. (на 1000 населения)

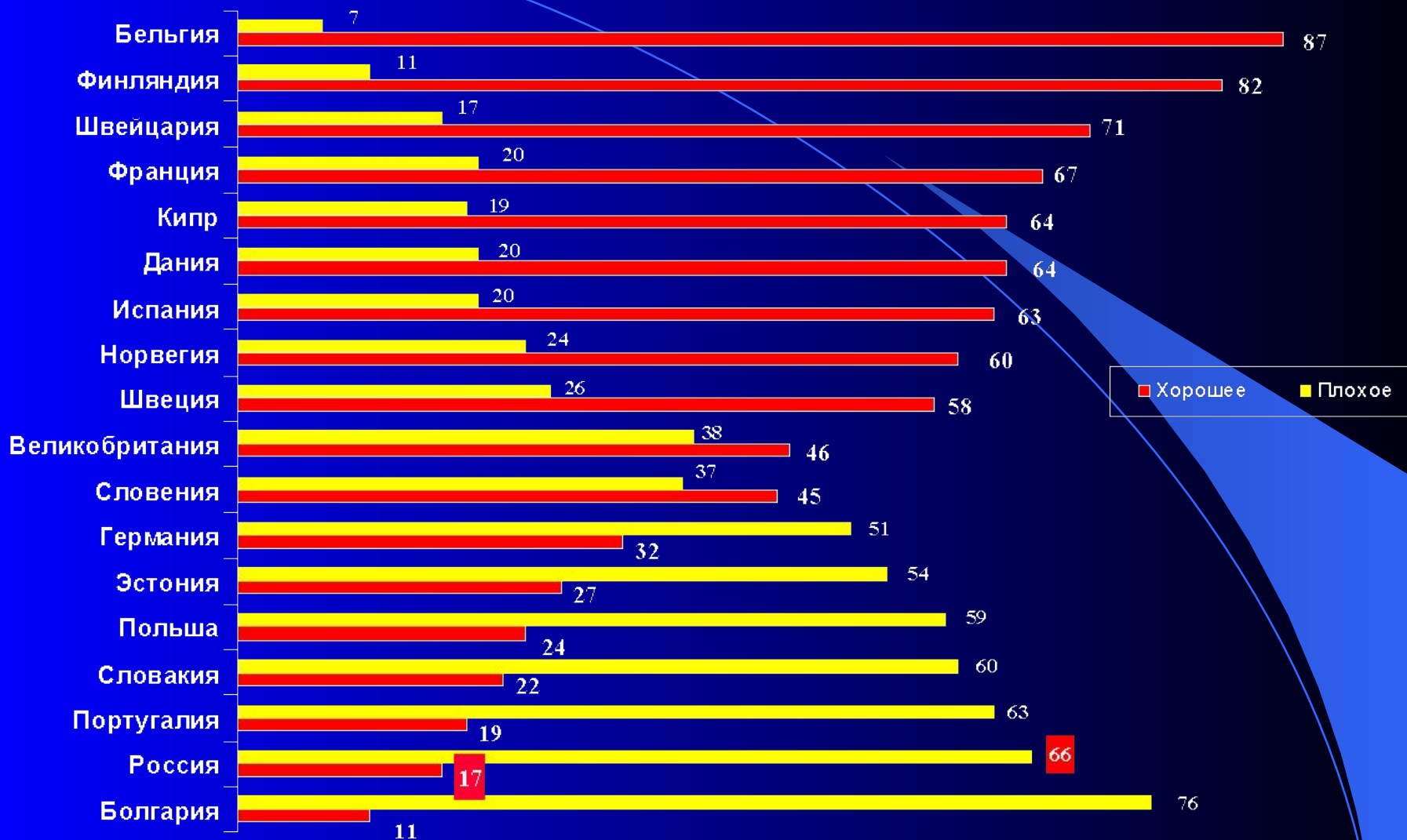
Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Рождаемость	9,8	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1
Смертность	16,3	16,4	16,0	16,1	15,2	14,7	14,7
Младенческая смертность	13,3	12,5	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5
Естественный прирост	- 6,5	- 6,2	- 5,6	- 5,9	- 4,8	-3,4	-2,6

Удовлетворенность населения медицинской помощью (в %)*



Субъект	Мак.	Субъект	Мин.
Чукотский автон.округ	57-58	Калининградская обл.	16-17
Республика Мордовия	47-48	Респу.Сев. Осетия	17-19
Чувашская Республика	44-46	г.Москва	20-34
Ненецкий автономный округ	43-46	Владимирская область	20-21
Чеченская Республика	42-43	Пензенская область	21-25
Республика Татарстан	42-46	Камчатский край	22-23
Псковская область	41	Республика Дагестан	23-30
Алтайский край	40-45	Республика Удмуртия	21-23
Красноярский край	38-43	Ставропольский край	23-24
Астраханская область	36-42	Орловская область	22-27

Удовлетворенность медицинским обслуживанием (% от всех респондентов)



- Европейское социальное исследование : изучение базовых социальных, политических и культурных изменений в сравнительном контексте Россия и 25 стран Европ. Аналитический доклад. Март 2008. По состоянию на 2002-2006 годы.

* По материалам V Пермского экономического форума, 2009г. (Директор департамента Минрегионразвития РФ Какорина Е.П.)

Благодарю за внимание