

Содержание

Введение.....	3
1. Теоретические основы государственного регулирования в сфере здравоохранения РФ.....	6
1.1 Система здравоохранения как предмет государственного регулирования..	6
1.2 Нормативно-правовое регулирование системы здравоохранения в РФ.....	11
1.3 Развитие государственных программ в сфере здравоохранения на современном этапе.....	21
2. Анализ регулирования системы здравоохранения на примере ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""	32
2.1 Характеристика деятельности ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""	32
2.2 Анализ организации системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""	36
3. Совершенствование в сфере государственного регулирования системы здравоохранения.....	47
3.1 Проблемы государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""	47
3.2 Основные направления совершенствования государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""	53
Заключение.....	58
Список использованной литературы.....	62
Приложение 1.....	66

Введение

Система здравоохранения - важнейшая сфера общества. Управление здравоохранением в России традиционно строится на административных методах, а инвестирование системы здравоохранения основывается на показателях ресурсного обеспечения (кочный фонд, число работников, пр.).

В управлении системой здравоохранения не применяются экономические показатели эффективности, отсутствует оценка результатов труда и экономическая мотивация повышения эффективности деятельности медицинских учреждений. Однако современные принципы бюджетного процесса свидетельствуют о переходе к программному, основанному на достижении результата, инвестированию.

Инвестирование системы здравоохранения на основе целевых механизмов приводит к конкуренции в сфере производства медицинских услуг, и вызывает необходимость привлечения клиентов и получения конкурентоспособности на основе предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, модернизации устаревших производственных фондов, внедрения организационных и управленческих инноваций.

По существу, регулирование должно трактоваться как важнейший инструмент эффективного управления. Чтобы правительство могло успешно управлять системами здравоохранения в интересах общества, их регулирующие инициативы должны предприниматься с учетом широкого спектра новых и традиционных задач и способствовать как внедрению новаций, так и бесперебойному функционированию сложившейся системы. Именно подобное сочетание регулирования с предпринимательством — залог успешного управления здравоохранением.

Целью дипломной работы является анализ государственного регулирования системы здравоохранения в РФ.

Для достижения поставленной цели в работе необходимо решить ряд поставленных задач:

- рассмотреть систему здравоохранения как предмет государственного регулирования;
- изучить нормативно-правовое регулирование системы здравоохранения в РФ;
- проанализировать развитие государственных программ в сфере здравоохранения на современном этапе;
- дать характеристику деятельности ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"";
- провести анализ организации системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"";
- выявить проблемы государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"";
- разработать основные направления совершенствования государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"".

Объектом исследования выступает ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"".

Предметом исследования является система здравоохранения ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"".

Теоретической и методологической основой исследования послужили фундаментальные труды ученых, посвященные проблемам управления развитием социально-экономических систем, медико-социальных систем, системного анализа, менеджмента, управления знаниям, материалы научно-практических конференций, монографии, публикации в периодической печати и в сети Интернет, а также законодательные и нормативные акты РФ.

Методология исследования базируется на общенаучных методах познания: диалектическом методе, формализации, анализе и синтезе,

взаимосвязи общего и частного, системно-структурном, стратегическом и процессом подходах, использовании экономико-статистических методов, методов экспертных оценок.

Информационную базу исследования составили исследования отечественных ученых в области здравоохранения и инновационного развития, нормативно-правовые акты федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти; фактологические данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства регионального развития Российской Федерации.

Структура работы состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и приложения.

1. Теоретические основы государственного регулирования в сфере здравоохранения РФ

1.1 Система здравоохранения как предмет государственного регулирования

Система защиты здоровья человека и всего населения исторически прошла через целый ряд этапов, продемонстрировав зависимость здоровья и многих распространенных заболеваний не только от биологических (микробиологических) факторов, но и от условий жизни и труда населения, уровня имеющихся научных и практических медицинских знаний и их доступности в медицинской практике, от других социальных факторов. Это создало предпосылки для признания здоровья социальным правом человека и ответственности общества (государства) за реальное обеспечение этого права.

Система здравоохранения определяется основными системообразующими факторам:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);

- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно- профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Здравоохранение является важнейшей отраслью социальной сферы, ключевым фактором качества жизни и деловой активности людей. В прошедшее десятилетие в нашей стране происходили сложные социально-экономические, политические и демографические изменения. Возникшие трудности существенным образом отразились и на деятельности системы здравоохранения.

Здравоохранение как отрасль представляет собой систему медицинских учреждений, организаций и предприятий, осуществляющих главным образом деятельность, направленную на удовлетворение многообразных потребностей населения в медицинских услугах, сохранение и улучшение здоровья граждан.

Состояние системы здравоохранения во многом зависит от органов государственной власти, реализующим государственную политику в области здравоохранения.

Деятельность системы общественного здравоохранения РФ регулируют такие ведущие организации, как Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России), федеральные службы Роспотребнадзор и Росздравнадзор, а также Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Организации каждого из иерархических уровней напрямую подотчетны вышестоящей инстанции (рис. 1).

Деятельность департаментов здравоохранения, регулируемая региональными органами управления, направлена на поддержание подведомственных им медицинских учреждений (многопрофильных и специализированных больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений, диагностических центров, специализированных больниц скорой медицинской помощи, и т.д.) и осуществление мониторинга за деятельностью муниципальных комитетов здравоохранения и подведомственных им медицинских организаций.

Муниципалитеты осуществляют контроль над деятельностью принадлежащих им медицинских учреждений. Сеть медицинских учреждений в

городах включает общие и специализированные больницы, поликлиники, больницы скорой медицинской помощи, диагностические центры, и т.д.

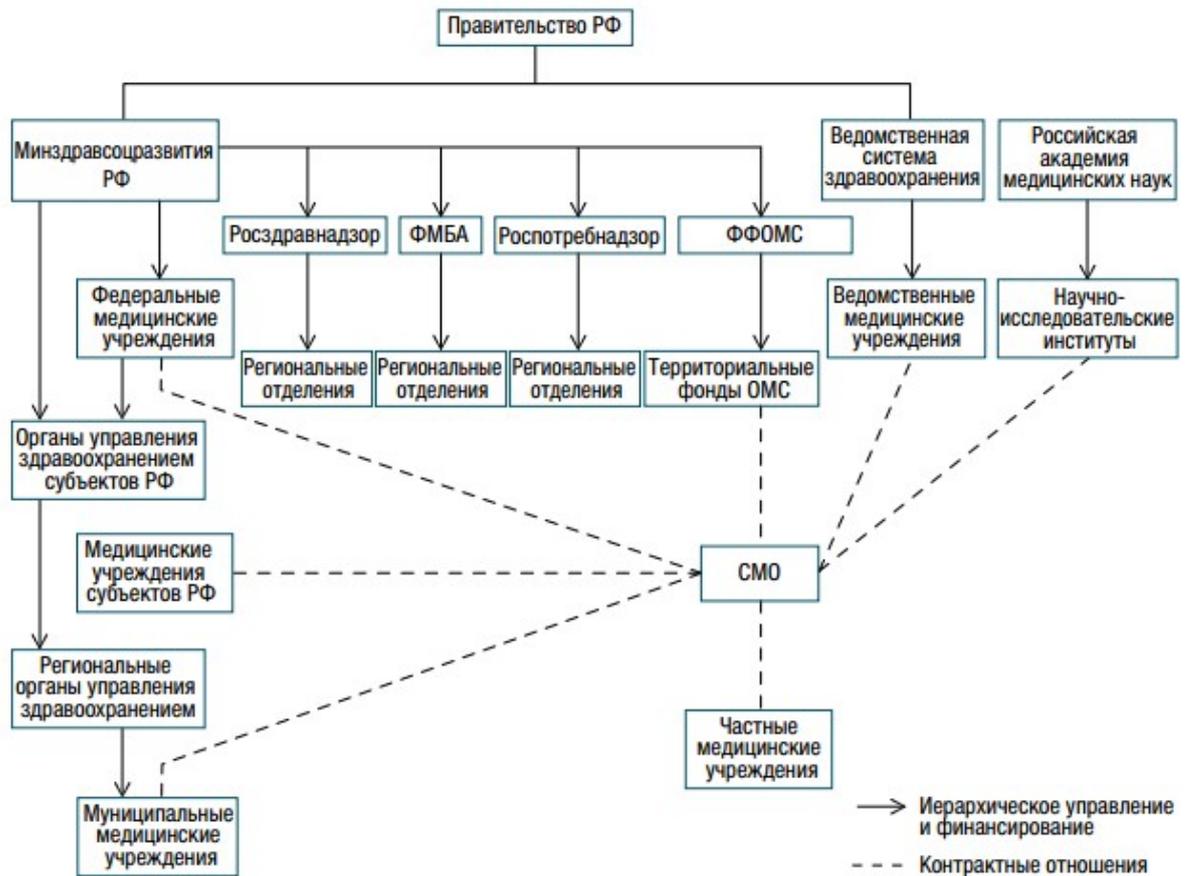


Рисунок 1- Организационная структура системы здравоохранения РФ

В сельской местности система представлена центральными районными, районными и небольшими участковыми больницами. ПМСП предоставляют амбулаторные отделения сельских больниц и ФАПы, которые, как правило, входят в состав близлежащей сельской больницы. Помимо системы общественного здравоохранения, управляемой Минздравсоцразвития России, имеются «параллельные» системы предоставления медицинских услуг сетью министерских поликлиник, больниц, санаториев и государственных медицинских учреждений.

Государственное финансирование системы здравоохранения осуществляется из двух источников: из средств бюджетов, распределяемых федеральными, региональными и местными органами власти, а также из

средств системы ОМС, управляемой ФФОМС и территориальными фондами ОМС.

Система здравоохранения РФ унаследовала модель управления, разработанную Н. Семашко. До революции 1917 года медицинские услуги предоставлялись широкой сетью медицинских учреждений. В послереволюционный период была введена система Н. Семашко, на основе которой и сформировалось современное российское здравоохранение. Ключевым принципом советской системы стало обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства/пребывания. Финансирование системы осуществлялось из средств налогоплательщиков и отличалось высоко централизованной моделью управления материальными и кадровыми ресурсами в соответствии с иерархией медицинских учреждений, представленных на местном, региональном, республиканском и краевом уровнях. В советское время все работники здравоохранения являлись государственными служащими, ведение частной практики было запрещено.

Основное внимание уделялось постоянному увеличению трудовых и материальных ресурсов, а также развитию ведомственной системы здравоохранения, предоставляющей услуги преимущественно сотрудникам крупных промышленных производств, представителям некоторых министерств (например, Министерства транспорта и Министерства внутренних дел) и высшему руководящему составу КПСС.

Число россиян, которых устраивает система здравоохранения в современной России, за год увеличилось с 20% до 31%. Недовольных же стало меньше: 64% в 2014 году против 77% в предыдущем. Это следует из результатов опроса, которые в среду опубликовал «Левада-центр».

Однако всего 1% считает, что за год медицина в стране стала намного качественнее. Гораздо больше уверены в обратном: качество медицинских услуг за год сильно упало (так ответили 13%). В целом улучшения заметили 17% опрошенных (в прошлом году их было 11%), а некоторые ухудшения —

17% (год назад их было 27%). 48% за последний год значительных изменений не заметили.¹

По-прежнему много россиян уверены, что не смогут при необходимости получить хорошие медицинские услуги: сейчас таких 16%, но в прошлом году было 22%. В обратном убеждены всего 4% (столько же было год назад). Мнения остальных разделились: 38% считают, что хорошее медицинское обслуживание получить скорее смогут (в 2013 году - 23%) и 37% — что скорее нет (год назад так считали 45%).

Организация системы здравоохранения, существовавшая в Советский период, в настоящее время признается одной из самых прогрессивных в мире. В большей степени это достигалось при помощи больших государственных затрат. За несколько последних десятилетий замечено повышение цен на медицинские услуги во многих странах, в том числе и в России. Связано это с появлением нового медицинского оборудования, новых лекарственных препаратов, затратами на переподготовку персонала т.д. существующая система здравоохранения России, в условиях экономической реформы, оказалась неспособной эффективно использовать имеющиеся ресурсы. В настоящий период времени в России возросло число проблем, связанных со здоровьем населения, что увеличивает его потребность в медицинских услугах. Из-за этого особую важность приобретает проблема разработки методологических подходов к формированию источников финансирования здравоохранения на основе анализа опыта других стран.

Идеальной модели здравоохранения не существует, и не может существовать. Любую систему здравоохранения нужно рассматривать в прямой связи с особенностями развития и функционирования отдельно взятой страны. Достоинства и недостатки каждой конкретной модели определяются с помощью комбинации различных факторов. В зависимости от определенных условий каждая из моделей имеет свои преимущества перед другими по определенным показателям. В идеальном варианте система, которая построена

¹ Консилиум главных врачей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consiliummag.ru/>

на принципе универсализма, предполагает предоставление каждому индивиду основных форм социальной защиты. Это значит, что определенный уровень льгот по пользованию услугами здравоохранения должен предоставляться государством бесплатно. Вмешательство государства должно быть активным в тех важных областях, где рыночные силы не способны обеспечить эффективное размещение ресурсов

1.2 Нормативно-правовое регулирование системы здравоохранения в РФ

Децентрализация значительно повлияла на регулирование и планирование в здравоохранении, включая создание системы ОМС в начале 1990-х годов и проведение административных реформ в начале 2000-х годов. Данные функции были распределены между основными участниками процесса: на федеральном уровне – Минздравсоцразвития России и подведомственные организации, на уровне субъектов РФ – региональные и местные органы управления здравоохранением, ФФОМС, территориальные фонды ОМС, частные СМО, осуществляющие ОМС и ДМС.

По закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями СМО², но могут владеть до 10% акций. СМО не имеют права предоставлять населению другие виды страхования, за исключением ДМС. В случае, когда организация предоставляет как ОМС, так и ДМС, учет средств должен вестись отдельно по каждому виду страхования. СМО для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды. СМО не имеют права отказать страхователю в заключении договора ОМС, который соответствует действующим условиям страхования. СМО действует на основании договора с территориальным фондом ОМС, а также заключает договоры с медицинскими учреждениями на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

² Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" / "Собрание законодательства РФ", 06.12.2010, N 49, ст. 6422.

Основные положения регулирования производителей медицинских услуг определяются на федеральном уровне – Правительством РФ и Минздравсоцразвития России. Министерство определяет номенклатуру медицинских учреждений и медицинских специальностей, определяет процедуру подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников.

Медицинская деятельность подлежит лицензированию на основании ФЗ от 04.05.2011 N 99-ФЗ (ред. от 14.10.2014) "О лицензировании отдельных видов деятельности". Порядок лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности разрабатывается Минздравсоцразвития России и утверждается Правительством РФ. Лицензирование осуществляется Росздравнадзором. Лицензии выдаются сроком на пять лет.

Основные требования для получения лицензии включают: наличие материально-технической инфраструктуры и высококвалифицированного персонала (наличие медицинских сотрудников с профильным образованием определенного уровня). Так, для получения лицензии на ведение медицинской деятельности соискатель представляет следующие документы в соответствии с постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»:

- документы о наличии зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности по перечню планируемых работ (утвержден Правительством РФ);
- санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности;
- регистрационные удостоверения и сертификаты соответствия на используемую медицинскую технику;
- документы об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники;

- документы об образовании и документы, подтверждающие стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- документы об образовании состоящих в штате и привлекаемых по договору специалистов.

В соответствии с этим постановлением по отдельным заболеваниям предлагаются рекомендуемые нормы оснащения медицинских учреждений медицинской техникой и оборудованием и рекомендуемые штатные нормативы. На сегодняшний день практически все государственные учреждения здравоохранения относятся к единой организационно-правовой форме – государственного или муниципального бюджетного учреждения здравоохранения.

В рамках системы ОМС деятельность медицинских учреждений регулируется договорами, подписываемыми со СМО, в которых определяется объем и качество предоставляемой застрахованным лицам медицинской помощи. Оказанная медицинская помощь оплачивается СМО по утвержденным территориальным фондом ОМС тарифам. В соответствии с действующим законодательством медицинские учреждения, оказывающие услуги по ОМС и ДМС, должны реализовывать программы по ДМС без ущерба для программы ОМС.

Контроль качества медицинского обслуживания осуществляют: Росздравнадзор и подведомственные ему региональные отделения, региональные и муниципальные органы власти, территориальные фонды ОМС, СМО и медицинские учреждения.

В соответствии с Административным регламентом, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 31.12.2006 № 905 «Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля над соблюдением стандартов качества медицинской помощи» Росздравнадзор выполняет государственную контрольно-надзорную функцию посредством оценки соответствия

оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных и иных исследований и мероприятий³, а также медикаментозного лечения при конкретных заболеваниях и состояниях, установленных стандартами медицинской помощи, а также требованиям к объемам и качеству медицинской помощи.

В соответствии с действующим законодательством Росздравнадзор и его территориальные управления с целью поведению оценки медицинской помощи используют динамические показатели, характеризующие качество оказываемой медицинской помощи. Они также осуществляют мониторинг результатов социологических исследований, а также рассматривают жалобы граждан на качество медицинского обслуживания и проводят запланированные и незапланированные проверки на отдельных объектах в соответствии с утвержденным регламентом. Региональные управления Росздравнадзора совместно с соответствующими органами управления здравоохранением регионального и муниципального уровней отвечают за соблюдение стандартов медицинской помощи на подведомственной территории посредством сбора данных и проведения проверок.

Во многих регионах страны органы управления здравоохранением разрабатывают системы контроля качества медицинской помощи, включающие в себя проведение многоуровневых экспертиз, начиная от уровня подразделения медицинского учреждения и заканчивая региональным органом управления здравоохранением и региональным управлением Росздравнадзора.

Регулирование лекарственных средств (ЛС) осуществляется в рамках Федерального закона РФ от № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Закон регулирует процедуру регистрации ЛС на всех этапах, прописанную по этапам и срокам. Максимальный срок регистрации не превышает 210 рабочих дней (60 рабочих дней – для воспроизведенных лекарственных препаратов).

³ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.12.2006 N 905 "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 12.03.2007 N 9079) / Консультант плюс.

Информация о регистрируемых препаратах выкладывается в Интернет для обеспечения прозрачности процесса. В соответствии с законом, при условии существования подписанного всеми сторонами соглашения о подтверждении результатов клинической экспертизы, дополнительной клинической экспертизы препарата для его государственной регистрации не потребуется, что значительно упростило приход новых ЛС на российский рынок.

Кроме того, государством взимается единовременная пошлина за регистрацию ЛС, сборы от которой поступают в федеральный бюджет. Роспотребнадзор выполняет функции государственного надзора за оборотом некачественных и поддельных ЛС и в соответствии с действующим законодательством осуществляет контроль (над):

- клиническими и доклиническими исследованиями ЛС;
- производством ЛС;
- качества ЛС при гражданском обороте (в форме выборочного контроля);
- уничтожением ЛС;
- безопасностью находящихся в обращении ЛС;
- применением ЛС;
- хранением и транспортировкой ЛС, соблюдением правил оптовой и розничной торговли;
- изготовлением и отпуском ЛС;
- ассортимента и цен на ЛС из перечня ЖНВЛП;
- рекламой ЛС;
- ввозом ЛС в Россию.

С конца 2002 года в целях борьбы с поддельными препаратами, доля которых на рынке составляет порядка 12% всех проданных средств, каждая партия, ввозимая на территорию РФ, подлежит обязательной сертификации в одном из семи центров контроля качества Росздравнадзора (в Москве, Санкт-

Петербурге, Нижнем Новгороде, Новосибирске, Екатеринбурге, Хабаровске и Ростове-на-Дону).⁴

Ввезенные ЛС остаются на таможенном складе при постоянном надзоре таможенных офицеров до завершения экспертизы. Вместе с тем по данным Росздравнадзора порядка 60% поддельных лекарственных препаратов производится внутри страны.

Для вступления в ВТО России предписывается внести изменения в существующее законодательство и привести его в соответствие с нормами и стандартами ВТО. В области регулирования фармацевтической промышленности основную трудность представляет защита авторских прав. В соответствии с п. 3 ст. 39 «Соглашения ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС)» все члены ВТО обязуются не допустить раскрытия и неправомерного коммерческого использования секретных данных экспертиз и другой информации, полученных государственными органами в процессе лицензирования.

На сегодня в России такой закон не действует, хотя Правительством РФ и были предприняты попытки рассмотрения правовой стороны вопроса. В 2005 году в России был введен государственный стандарт «Правила производства и контроля качества лекарственных средств», однако его дальнейшее внедрение потерпело неудачу в силу недостаточных производственных мощностей, которые потребовали бы существенных инвестиций на модернизацию.

Пациент имеет право выбора медицинского учреждения и врача. В соответствии со ст. 6 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» каждый гражданин имеет право выбрать СМО для заключения договора по ОМС и ДМС.

В действительности большинство россиян обращаются в поликлинику по месту жительства и не всегда знают о своем праве поменять врача в случае низкого качества обслуживания. По результатам одного из исследований даже в тех случаях, когда пациенту предоставляется выбор, только 6% опрошенных

⁴ Старченко А.А. Модернизация здравоохранения: проблемы правоприменительной практики // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 5-8.

сменили врача или медицинское учреждение. Основным препятствием на пути принятия пациентом обоснованных решений в отношении медицинского обслуживания остается отсутствие доступной информации о заболевании и возможных вариантах лечения. Таким образом, пациенты полагаются на социальные сети и знакомства при пользовании системой.

Права пациентов, закрепленные в «Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе», не были введены в действие на территории РФ. В российском законодательстве не существует как такового закона о правах пациентов, однако отдельные положения закреплены в различных нормативных правовых актах. В соответствии с п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин наделен правом на бесплатное медицинское обслуживание: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов других поступлений».⁵ В соответствии с законом РФ от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» каждый гражданин обладает правом на:

- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

⁵ "Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) / Консультант плюс.

- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, методах лечения и связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Лечение за пределами РФ предусмотрено бюджетом Минздравсоцразвития России, правда, в ограниченном виде, а сама процедура получения этих средств пациентами остается непонятной. Как ни парадоксально, состоятельные россияне самостоятельно оплачивают стационарное лечение в клиниках Европы. Например, согласно последним данным жители Санкт-Петербурга проявляют интерес к получению услуг стоматологической хирургии и родовой помощи в близлежащей Финляндии, в частности в области Куопио.

При нарушении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, вследствие чего причиняется вред здоровью пациента, наступает гражданско-правовая ответственность. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников является частным случаем профессиональной ответственности вообще и служит средством восстановления нарушенных прав. Глава 59 ГК РФ устанавливает ответственность медицинского учреждения за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги, независимо от его вины. В гражданско-правовой ответственности акцент делается на восстановлении имущественного положения потерпевшего, следовательно, существенного значения такое, по сути, субъективное условие, как вина, играть не может. ГК РФ предусматривает несколько видов гражданско-правовой ответственности при причинении вреда, одним из которых является компенсация морального вреда.

Под моральным вредом следует понимать нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т.п.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законами об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности), либо нарушающими имущественные права гражданина.

В частности, моральный вред может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, в невозможности продолжать активную общественную жизнь, в потере работы, раскрытии семейной, врачебной тайны, распространении не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, во временном ограничении или лишении каких-либо прав, в физической боли, связанной с причиненным увечьем или иным повреждением здоровья, либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий.

Суть содержания морального вреда заключается в том, что действия причинителя вреда обязательно должны найти отражение в сознании потерпевшего, вызвать определенную психическую реакцию, как правило негативную. Например, чувство боли в области шеи, осиплость голоса пациента после операции по удалению зуба является моральным вредом, который однозначно входит в понятие «повреждение здоровья». В подобных случаях моральный вред трактуется как «вид имущественной ответственности для случаев причинения вреда здоровью» (п. 35 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 апреля 1994 г. №3 «О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья»).

В соответствии со ст. 151 ГК РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права, либо посягающими на принадлежащие

гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Глава 59 ГК РФ «Обязательства вследствие причинения вреда» является правовым основанием гражданско-правовой ответственности в связи с причинением вреда при ненадлежащем оказании медицинской помощи. Так, ст. 1064 ГК РФ выражает принцип генерального деликта, согласно которому вред, причиненный субъекту гражданского права, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред; ст. 1068 ГК РФ предусматривает ответственность юридического лица за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей (специальный деликт).

Вместе с тем в медицинской деятельности при диагностировании и лечении часто используются предметы, вещества, представляющие собой источники повышенной опасности. К ним могут быть отнесены, в частности, рентгеновские и лазерные установки, сильнодействующие лекарственные препараты, некоторые методы диагностирования и т.п. В случае отнесения законодателем отдельных видов медицинских услуг к деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, медицинское учреждение должно нести гражданско-правовую ответственность и как владелец источника повышенной опасности на основании ст. 1079 ГК РФ.

Обязательным основанием возникновения деликтной ответственности является факт причинения вреда. Под вредом понимается умаление, уничтожение какого-то блага, наличие неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента. Неблагоприятные последствия могут выражаться в недостижении планируемого результата оказания медицинской помощи, осложнении основного заболевания, а также в возникновении ятрогений как нежелательных или неблагоприятных последствий проведенных медицинских мероприятий.

Кроме материального возмещения за вред здоровью, причиненный ненадлежащим оказанием медицинской помощи, пациент может предъявить

требования об уплате неустойки, связанной с нарушением сроков исполнения его законных и обоснованных требований, ссылаясь на законодательство о защите прав потребителей. Для граждан неустойка как форма гражданско-правовой ответственности представляется наиболее привлекательным и удобным средством «упрощенной компенсации потерь, вызванных неисполнением или ненадлежащим исполнением должником своих обязательств».

Неустойка взыскивается за сам факт нарушения обязательства, и нет необходимости представления пациентом доказательств подтверждения причинения вреда здоровью и его размера. Закон «О защите прав потребителей» предусматривает взыскание неустойки в случае нарушения сроков: либо выполнения работ (оказания услуг) (ст. 28 Закона), либо удовлетворения требований потребителя, связанных с обнаружением недостатков оказанной или оказываемой услуги (ст. 29 Закона). Обязанность уплаты неустойки, как самостоятельная форма гражданско-правовой ответственности, напрямую зависит от доказанности неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства и носит зависимый дополнительный характер. В Законе «О защите прав потребителей» устанавливаются ограничения относительно размера неустойки: сумма взысканной неустойки не может превышать цену отдельного вида оказания услуги или общую цену заказа.

1.3 Развитие государственных программ в сфере здравоохранения на современном этапе

Американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg представило рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году.

Рейтинг составлен аналитиками агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных

Наций и Всемирного банка. В основе рейтинга три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Исследование охватывает 51 государство с населением более 5 миллионов человек, ВВП свыше 5 тысяч долларов на человека в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет, по которым имеются достоверные статистические данные по всем семи показателям.

По итогам исследования выяснилось, что страной с самой эффективной системой здравоохранения является Сингапур, набравший 78,6 балла. Средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 82,1 года, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 2,426, доля расходов на здравоохранение — 4,5% от ВВП. За Сингапуром с небольшим отставанием идут Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея. В десятку лидеров также вошли: Австралия, Израиль, Франция, Объединенные Арабские Эмираты и Великобритания.

Неожиданно высокие позиции в рейтинге таких стран как Мексика (12 место), Эквадор (13), Ливия (25) и ряда других обусловлены очень низкой стоимостью медицинских услуг для населения в пересчете на душу населения, что косвенно показывает несовершенство рейтинговой методики, так как эффективность систем здравоохранения в указанных странах никак не может быть значительно выше, чем, например, в Соединенных Штатах, которые заняли лишь 44 место среди 51 страны. Вместе с тем, авторы исследования обращают внимание на то, что среди стран с развитой экономикой США тратят больше всего на здравоохранение с худшим результатом.

Последнее место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые в этом году и набрала только 22,5 балла. В предыдущем исследовании Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла 69 лет.

Сейчас средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 70,5 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 887, доля расходов на здравоохранение — 6,3% от ВВП.

Достижению данных результатов способствуют государственные программы в системе здравоохранения РФ в рамках ее модернизации.

Государственная программа "Развитие здравоохранения" действует в РФ на основании Постановления Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Результатами работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году стали следующие факты: ожидаемая продолжительность жизни россиян увеличилась на 0,5 года – до 70,8 года: у мужчин на 0,5 года (с 64,6 до 65,1 года), у женщин на 0,4 года (75,9 до 76,3 года). В 2013 году умерло на 34,5 тыс. человек меньше, чем в 2012 году, при этом родилось на 6,3 тыс. детей меньше. В 2013 году впервые зарегистрирована положительная динамика: естественный прирост населения составил 24 тыс. человек (в 2012 году естественная убыль населения – 2,5 тыс. человек).

Снизилось число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 0,8 тыс. (4,7%). Кроме этого, за 12 месяцев 2013 года зарегистрировано снижение смертности населения от болезней системы кровообращения (на 4,5% по сравнению с аналогичным периодом 2012 года), туберкулёза (почти на 10%), от внешних причин (на 4,2%), в том числе от дорожно-транспортных происшествий (0,7%), убийств (6,7%), самоубийств (3%), случайных утоплений (9,1%), случайных отравлений алкоголем (2,9%)

Основываясь на выше перечисленных результатах, целью программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Минздравом издан приказ от 15 февраля 2013 года №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», позволяющий, в том числе осуществлять оперативный мониторинг результатов диспансеризации на всех уровнях сферы здравоохранения, начиная с детской поликлиники отдельного субъекта Российской Федерации до федерального округа и в целом по Российской Федерации.

Разработана Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, в соответствии с которой предусмотрено строительство в 2013–2016 годах 32 перинатальных центров в 30 регионах страны.

В обучающих симуляционных центрах, созданных в 2011–2012 годах, прошли повышение квалификации 2242 врача – акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога, в 2013 году создано ещё 4 таких центра.⁶

В 2013 году за счёт средств федерального бюджета высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)» оказана 10470 женщинам.

В 2013 году разработан и утверждён комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами, который сформировал интегрированный подход к решению кадровой проблемы в отрасли и определил основные стратегические направления кадровой политики до 2018 года.

В России действует программа "Земский доктор". В 2014 году данная программа является действующей и позволяет получить 1 миллион рублей молодому врачу с высшим образованием на приобретение жилья, если он направился работать в сельскую местность.

Еще в конце 2011 г. был принят закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который детализировал некоторые аспекты этапов реализации

⁶ Официальный сайт правительства России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://m.government.ru/dep_news/11835/

программ, направленных на модернизацию отрасли здравоохранения в России на период с 2011 по 2012 годы. Данная федеральная программа была ориентирована на стимулирование притока медицинских работников с высшим образованием для работы в российское село.

По сообщениям Минздрава РФ, программа земский доктор в 2014 году будет функционировать и не прекратит своего действия. На основании данной инициативы правительства молодые врачи, которые отправляются в сельскую местность на работу и проживание, получают 1 миллион рублей в качестве единовременной выплаты. 2012 год принес свои «плоды» - сельские здравпункты пополнились на 8 тысяч специалистов. В 2013 году к селам были добавлены рабочие поселки.

В 2013 году в бюджете Фонда обязательного медицинского страхования заложено почти три миллиарда рублей, такая же сумма предположительно будет выделена из бюджетов регионов для поддержки врачей. Эти средства позволят привлечь примерно 6 тыс. молодых специалистов в рабочие поселки и сельскую местность в 2014-м году.

Отдельным ведомствам, а именно – Министерству здравоохранения и Министерству Финансов РФ поручена работа по рассмотрению вопроса с возрастными ограничениями медиков, переезжающих жить и трудиться в село. Правительство предлагает установить возраст в 40-45 лет против действующих сейчас 35-ти.

Дальнейшая реализация программы полностью поддерживается В. Путиным, о чем он заявил на прямой линии. Сельский врач, по мнению президента должен привлекаться в глубинку и всячески там поощряться. Государство выделяет развитие сети сельских медицинских учреждений в одно из более перспективных направлений развития страны.

Сегодня социальная сфера в России значительно недофинансирована. В условиях ограничения федерального бюджета источником необходимых денежных ресурсов могут стать инвестиции частного сектора. В общемировой практике государственно-частное партнерство (ГЧП) позволяет решить такие

проблемы, как низкая эффективность управления фондами и дефицит бюджетных средств. В России также есть успешные примеры привлечения инвестиций и административного потенциала институтов предпринимательства с целью повышения качества медицинских услуг, однако развитию ГЧП препятствует отсутствие правовой среды, в частности, федерального закона о государственно-частном партнерстве.

На сегодняшний день государственно-частное партнерство в здравоохранении осуществляется посредством концессионных соглашений и договоров аутсорсинга. В 2013 году аутсорсинг в организации медицинской помощи использовали 28 субъектов РФ, концессии – более 40 регионов РФ.

Спектр аутсорсинговых услуг меняется на глазах. Если сначала он состоял только из технических услуг: приготовление пищи, охрана территории, уборка мусора и другие, то в последние годы включает административное управление, юридическое и бухгалтерское сопровождение, и совсем в недавнее время более сложные функции – диагностические и лабораторные исследования». Концессионные соглашения применяются как для первого уровня оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлинические учреждения, фельдшерско-акушерские пункты), так и для моделирования специализированной медицинской помощи на уровне среднего звена (кабинеты гемодиализа, комбинированные диагностические центры) и на высокотехнологичном уровне (сети центров позитронно-эмиссионной томографии, специализированные реабилитационные комплексы). Количество частных структур в программе государственных гарантий также значительно увеличилось: более чем в три раза по сравнению с показателем 2010 года. Сегодня в программе более 1700 частных организаций – это 19% всех учреждений, оказывающих помощь в рамках госгарантий. Однако это не решает проблем отрасли: потребности в определенных профилях и объемах медицинских услуг.

Необходимость привлечения частных инвестиций обусловлена и финансовым фактором. По оценке Министерства здравоохранения РФ,

содержание и амортизация объектов государственной системы медицинских организаций сегодня требует порядка 300 миллиардов рублей, при этом объем субсидий из всех бюджетных источников составляет около 125 миллиардов рублей.

Федеральная целевая программа «Экономическое развитие и инновационная экономика» Подпрограмма «Кадры для инновационной экономики» предполагает создание благоприятного предпринимательского климата и условий для ведения бизнеса, повышение инновационной активности бизнеса, повышение эффективности государственного управления.

Цель программы - обеспечение организаций народного хозяйства Российской Федерации специалистами в области управления, отвечающими современным требованиям экономики.

Регионами разработаны и приняты программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, содержащие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей (выплаты единовременной помощи молодым специалистам; доплаты к заработной плате молодым специалистам в течение первых трёх лет работы после окончания учебного заведения; оплата жилищно-коммунальных услуг работающим и проживающим в сельских населённых пунктах или посёлках городского типа; возмещение затрат, связанных с арендой жилого помещения и др.).

На 1 января 2014 года в учреждениях здравоохранения системы Минздрава, согласно данным федерального государственного статистического наблюдения, работало 587 482 врача и 1 295 736 медицинских работников со средним профессиональным образованием, более 90 тыс. человек – в учреждениях здравоохранения ведомственной принадлежности и частной собственности

Постановлением Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП была утверждена «Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.).

Цель Программы: улучшение здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и доступности оказания медицинской помощи.

Задачи Программы:

- приведение мощности и структуры сети учреждений системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи;
- совершенствование технологий оказания медицинской помощи;
- переход к более эффективной организации медицинской помощи;
- создание единого информационного пространства в системе здравоохранения города Москвы;
- ликвидация диспропорций в структуре и численности медицинских кадров, повышение квалификации кадров.

Целевая программа Московской области «Развитие здравоохранения московской области на 2013-2015 годы» действует на основании Постановления Правительства МО от 23.08.2013 N 663/38 «Об утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы».

Цель Программы: улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи населению Московской области, повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Московской области.

Первой значительной инициативой в развитии российского здравоохранения XXI века стал приоритетный национальный проект «Здоровье», реализуемый с 2006 года. Целью проекта является улучшение показателей здоровья населения посредством повышения уровня материально-технического и кадрового обеспечения отрасли. Вторым направляющим документом стала Концепция долгосрочного развития России до 2020 года (Стратегия 2020), окончательная версия которой была утверждена Правительством Российской Федерации в ноябре 2008 года.

Среди приоритетных задач развития системы здравоохранения в рамках Стратегии 2020 – модернизация, предусматривающая текущий и капитальный ремонт медицинских учреждений, укрепление материально-технической базы, развитие информационных технологий, в том числе введение электронной записи на прием к врачу через Интернет, ведение электронного документооборота и медицинских карт, внедрение современных стандартов оказания медпомощи, увеличение зарплат работников здравоохранительной отрасли.

Двухлетняя программа модернизации российского здравоохранения была принята Правительством Российской Федерации в конце 2010 года и начала реализовываться в 2011 году. Общий объем финансирования Программы составил 630 миллиардов рублей, в том числе 174 миллиарда рублей было выделено на реализацию региональных программ. К 1 января 2013 года было потрачено 579,4 миллиардов рублей. Выполнено более 90% запланированных мероприятий, и освоена значительная часть финансовых средств в семи регионах: Алтайском и Хабаровском краях, Ненецком автономном округе, Брянской, Ивановской, Рязанской и Тамбовской областях. Более чем на 85% реализованы программы в республиках Адыгея, Алтай, Бурятия, Марий Эл, Мордовия, Татарстан, Чеченской и Чувашской республиках, Белгородской, Вологодской, Кемеровской, Липецкой, Нижегородской, Новосибирской, Пензенской, Омской, Самарской, Саратовской, Сахалинской, Томской, Тульской, Тюменской и Ульяновской областях, а также в городе федерального значения Санкт-Петербурге. 49 субъектов Российской Федерации использовали от 75 до 85% бюджетных средств, выделенных на реализацию программ. Только три региона использовали менее 75% дотаций: Чукотский автономный округ, Республика Ингушетия и Еврейская автономная область. Более чем в три раза увеличился объем получения высокотехнологичной медицинской помощи на уровне субъектов Российской Федерации. В 2010-2011 годах высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в 124 учреждениях 50 регионов страны и охватывала 34-40 тысяч граждан. В 2012 году

высокотехнологичной помощью смогли воспользоваться уже 135 тысяч человек в 221 учреждении 59 субъектов.

В рамках информатизации медицинских организаций электронной записью на прием к врачу по состоянию на 1 апреля 2013 года уже воспользовались 6 512 225 граждан.

В 2013 году на Программу модернизации в регионах предусмотрено 50 миллиардов рублей. Существенно расширился перечень направлений, по которым будет проводиться модернизация. Значительная часть полномочий здесь отдана самим регионам, которые с учетом индивидуальных особенностей – территории, процента средств из местного бюджета, приоритетности отдельных проектов – сами разрабатывают программы модернизации и дорожные карты, представляя их в Министерство здравоохранения Российской Федерации на окончательное согласование.

В настоящее время система здравоохранения переживает глубокий кризис, связанный как с проблемами социально-экономического развития страны в целом и регионов в частности, с недооценкой органами государственной власти роли здравоохранения в развитие общества, так и с недостатками управленческой деятельностью органов и учреждений самого здравоохранения в новых экономических условиях.

Государственная политика в области здравоохранения направлена на создание таких условий для системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять санитарное просвещение населения, профилактику заболеваний, обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам, проводить научные исследования в области здравоохранения и подготовку медицинских и фармацевтических работников, поддерживать и развивать материально - техническую базу системы здравоохранения.

2. Анализ регулирования системы здравоохранения на примере ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""

2.1 Характеристика деятельности ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""

ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь"" (далее "ЦВМиР №3") был открыт 01.10.1992 года на основании приказа Комитета по здравоохранению № 421 от 15.09.1992 года. Организация расположена по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Брянцева, д.5, корп.2, лит.А., ст.м. Гражданский проспект.

Предметом деятельности "ЦВМиР №3" являются:

- Оказание своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи и проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья прикрепленного контингента.
- Проведение экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности обслуживаемого контингента, разработка мероприятий по реабилитации больных и инвалидов.
- Внедрению в практику работы новых методов диагностики и лечения, отвечающих современному уровню развития медицины и медицинской техники.
- Проведение мероприятий по организации экстренной медицинской помощи в случае возникновения радиационных аварий, а также других чрезвычайных ситуаций.
- Проведение судебно-медицинских экспертиз.
- Организация службы переливания крови. Создание постоянного актива доноров.

- Проведение работы по повышению квалификации медицинских работников, аттестации и перееаттестации врачей и среднего медицинского персонала.

- Подготовка резерва на руководящие должности.

- Оказание медицинских услуг по территориальной программе обязательного медицинского страхования, по договорам на медицинское страхование, по договорам с учреждениями, организациями, оказание платных медицинских услуг гражданам, в том числе транспортных услуги по транспортировке больных.

- Осуществление санитарно-просветительской деятельности, в том числе проведение семинаров, лекций, пропаганды медицинских знаний и прочее.

- Проведение научно-практической и исследовательской работы, в том числе совместно с базирующимися "ЦВМиР №3" кафедрами медицинских образовательных учреждений.

- Издательская деятельность медико-санитарного профиля.

- Осуществление приносящей доходы деятельности, соответствующей целям "ЦВМиР №3", с самостоятельным распоряжением доходами от такой деятельности.

- Осуществление деятельности по закупке, хранению, реализации, лекарственных препаратов, товаров медицинского назначения, расходных материалов и прочее.

- Осуществление технического обслуживания, эксплуатации, ремонта зданий, сооружений, инженерных сетей и коммуникаций, оборудования, автотранспорта, медицинской техники; проведение монтажа и накладки инженерных сетей и оборудования.

- Оборудование и содержание платных стоянок автотранспорта для размещения автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей "ЦВМиР №3"

Учредительными документами "ЦВМиР №3" является устав, утвержденный собственником.

Организационная структура "ЦВМиР №3" представлена в [приложении 1](#). "ЦВМиР №3" возглавляется главным врачом, который назначается на должность Комитетом по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга.

"ЦВМиР №3" в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами министерства здравоохранения России, Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем и уставом.

Имущество "ЦВМиР №3" включает в себя основные фонды и оборотные средства, а также иные ценности, стоимость которых отражается в самостоятельном балансе.

Источниками формирования имущества "ЦВМиР №3" являются;

- ассигнования из бюджета на оказание лечебно-профилактической помощи прикрепленным контингентам;
- доходы, полученные от реализации платных медицинских и других услуг по договорам с предприятиями, организациями и частными лицами;
- капитальные вложения за счет средств федерального бюджета и средств обслуживаемых предприятий;
- средства, выделяемые обслуживаемыми предприятиями на обеспечение инженерно-технического и хозяйственного содержания "ЦВМиР №3";
- благотворительные взносы юридических и физических лиц.

"ЦВМиР №3" разрабатывает сметы и направляет их в Федеральное управление. В смету не включены статьи которые должны быть приплачены по долевого участию (коммунальные услуги, приобретение оборудования, затраты на ремонт помещения, услуги связи).

Финансирование из бюджета ведется по следующим статьям:

1. Заработная плата;
2. Отчисления на социальное страхование;
3. Продукты питания;
4. Медикаменты.

Финансирование по другим статьям может производиться, а может и не производиться.

"ЦВМиР №3" может осуществлять финансовые вложения-инвестиции в государственные ценные бумаги, предоставлять другим организациям займы на территории Российской Федерации и за ее пределами. Целью финансовых вложений является получение доходов. Также имеет право приобретать необходимое оборудование, медикаменты и инвентарь за счет собственных средств предприятий финансирующих его деятельность.

"ЦВМиР №3" может продавать и передавать другим учреждениям, организациям и предприятиям, обменивать, сдавать в аренду, предоставлять другие материальные ценности, а также списывать их с баланса и реализовывать в установленном законом порядке.

Доходы, полученные от хозяйственной деятельности, денежные средства, получаемые от юридических и физических лиц в виде безвозмездной благотворительной помощи, используются самостоятельно в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Уставом.

Источниками финансирования финансово-хозяйственной деятельности учреждения в соответствии с его Уставом, а также разрешением на открытие лицевых счетов в органе федерального казначейства для осуществления расчетов в рамках приносящей доход деятельности являются:

- Средства федерального бюджета.
- Доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности (Разрешение № 012 от 19.05.2005 года с последующими дополнениями о продлении).
- Финансирование в рамках программы ОМС.
- Дополнительное бюджетное финансирование (поступления арендной платы, за сдачу закрепленного за учреждением имущества в аренду сторонним организациям).
- Безвозмездные поступления средств в рамках благотворительных и иных аналогичных программ.

"ЦВМиР №3" ведет бухгалтерский учет в соответствии с общепринятыми допущениями имущественной обособленности, непрерывности деятельности, последовательности применения учетной политики, временной определенности фактов хозяйственной деятельности.

2.2 Анализ организации системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""

Основной задачей центра является оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в рамках осуществления восстановительного лечения и реабилитации детского населения Калининского района в возрасте от 0 до 18 лет.

Восстановительное лечение включает в себя различные виды как традиционной, так и нетрадиционной медицины: физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия, массаж, галотерапия, фитотерапия, аэрофитотерапия, гидрореабилитация, сухой бассейн, механотерапия, аппаратное использование эффекта биологической обратной связи. В центре используются современные методы лечения и диагностики.

Мощность центра 90 коек, из них 45 на реабилитацию детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, 45 на санаторно - курортное лечение граждан - получателей государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг с заболеваниями нервной системы.

В рамках программы добровольного медицинского страхования "ЦВМиР №3" заключены договора по добровольному медицинскому страхованию со страховыми компаниями:

1. ЗАО СК "Капитал-полис Согласие";
2. ООО "Росгосстрах";
3. ОАО "СОГАЗ";
4. ООО СК "Согласие";
5. ОАО СК "АЛЬЯНС";

6. ОАО "Страховая группа "МСК";

7. ОСаО "Ингосстрах" и другими страховыми компаниями.

В соответствии с объемами медицинской помощи, указанной в полисе добровольного медицинского страхования, "ЦВМиР №3" предоставляет следующий спектр услуг (табл. 1):

Таблица 1 - Услуги "ЦВМиР №3" в рамках программы по ДМС

Врачебные консультации	Услуги
- невролог;	- мануальная терапия;
- травматолог-ортопед;	- рефлексотерапия;
- врач мануальной терапии;	- массаж;
- врач по лечебной физкультуре;	- физиотерапия;
- педиатр;	- метод биологической обратной связи;
- пульмонолог;	- ЛФК, механотерапия;
- аллерголог;	- лечебное плавание
- отоларинголог;	- гидрокинезотерапия;
- рефлексотерапевт;	- определение функции внешнего дыхания;
- физиотерапевт;	- УЗИ органов брюшной полости;
- врач ультразвуковой диагностики.	- УЗИ головного мозга;
	- аэрофитотерапия;
	- сухой бассейн;
	- галокамера;
	- фитовоздействие.

В системе обязательного медицинского страхования с 01.11.2010 г. центр оказывает медицинскую помощь по медико-экономическим стандартам по профилю «амбулаторное восстановительное лечение для детей» (Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства СПб № 500-р от 05.10.2010 г.).

Объем медицинской помощи, оказываемой детскому населению, производится в соответствии с законом Правительства СПб от 27.12.2013 г №775-142 "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 годов".

Дети на реабилитационное лечение принимаются строго по направлениям из поликлиник Калининского района. Запись производится через регистратуру учреждения при наличии направления из районной поликлиники.

После осмотра специалистами центра решается вопрос о сроках и объёмах восстановительного лечения (в соответствии с медико-экономическими стандартами) индивидуально для каждого ребёнка.

В таблице 2 представлена

Основанием предоставления платных медицинских услуг является желание гражданина получить услугу на платной основе, оформленную в виде договора. Запись на прием на платные медицинские услуги производится по телефону регистратуры или при непосредственном обращении в регистратуру.

Выполнение работ по оказанию платных медицинских услуг производится с составлением графика работы, согласованным со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги. Расчеты с гражданами при оказании платных медицинских услуг производятся с использованием контрольно-кассового аппарата. Пациенту выдается кассовый чек и копия договора, подтверждающие прием наличных денег.

Общий контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также ценами и порядком взимания денежных средств с населения осуществляет главный врач "ЦВМиР №3". Прейскурант цен на платные медицинские услуги представлен в таблице 2.

В центре работает детский оздоровительный бассейн размером 4м x 7м, зеркало воды 28 кв.м., глубина от 1м.40см. до 1м.70см. В бассейне действует аэро- и гидромассажи.

Вода постоянно циркулирует через очистные сооружения - песочные фильтры. Контроль за состоянием воды ведётся в автоматическом режиме. Для обеззараживания воды используются озонирование, ультрафиолетовое облучение и хлорирование.

Таблица 2 - Прейскурант цен на платные медицинские услуги Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "ЦВМиР №3"

№	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Цена, руб.
1	В 01.002.001	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога	700-00
2	В 01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	700-00
3	В 01.022.001	Прием (осмотр, консультация) врача мануальной терапии	1100-00
4	В 01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога (высшая категория)	800-00
5	В 01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	700-00
6	В 01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	800-00
7	В 01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра (высшая категория)	800-00
8	В 01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	700-00
9	В 01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта	700-00
10	В 01.037.001	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога (высшая категория, кандидат наук)	900-00

Подогрев воды производится при помощи компактного электронагревателя для нагревания непрерывного потока жидкости и поддерживается на уровне 30 градусов.

В бассейне работают два высокопрофессиональных инструктора по лечебной физкультуре, которые формируют группы лечебного плавания (по профилю заболевания) и группы по обучению плаванию.

В 2013 году в стационарном отделении, в рамках госзадания, было обслужено— 1555 человек и 1270 семей.

Организация реабилитационного процесса и коррекции двигательных нарушений начинается с тестирования, при помощи которого определяется степень двигательных нарушений. Каждый ребенок получает индивидуальную программу реабилитации в зале лечебной физкультуры и механотерапии. Занятия с детьми проводятся в малогрупповом и индивидуальном режиме под постоянным контролем самочувствия, пульса, артериального давления, для установления индивидуальных нагрузок.

Группы формируются на основе заболевания, возраста и физического состояния ребенка, степенью тяжести заболевания.

Коррекция двигательных нарушений осуществляется с применением костюма Адели, использованием специальных ортопедических укладок, стендеров, ходунков, специальных упражнений в комплексе Гросса, коррекции походки (ходьба по следам), индивидуальной разработки конечностей с использованием мягких модулей, валиков, цилиндров, мячей, утяжелителей, батута.

В механотерапии используются беговые дорожки, велотренажеры, министепперы, супершагатель, гребля, пресс-скамья, вертикализатор;

Особое внимание в проведении реабилитации детей и подростков уделяется пропаганде здорового образа жизни и спортивных занятий. В центре успешно проводятся тренировки по лыжным гонкам под руководством тренера.

В кабинете социально-бытовой адаптации социальные педагоги обучает детей и подростков:

- жизненным навыкам, включающим персональный уход;
- социальным-навыкам, включающим элементы социального поведения (посещение магазинов, пользование транспортом и др.);
- навыкам самостоятельного проживания – подготовка к независимому образу жизни (обучение пользованию бытовыми приборами);
- навыкам независимого образа жизни с помощью упражнений и технических приспособлений;
- подбору технических средств реабилитации;

Достижение поставленных целей в обучении детей, жизни в социуме достигается с помощью бесед, тренингов, практических занятий, ролевых игр, позволяющих моделировать реальные жизненные ситуации.

Формирование и развитие личности, стимулирование его творческой активности и самореализации осуществляется с применением в разных видах трудовой деятельности. В швейной мастерской дети находят новые способы реализации своих фантазий и способностей.

Большое внимание работниками отделения уделяется консультативной помощи родителям об обучении необходимым умениям и навыкам.

Результаты совместного труда педагогов, родителей, детей оформляются в формате выставок центра и участвуют в конкурсах городского, республиканского уровня.

За 2013 год сотрудниками отделения проведено:

30153 – занятий для детей стационарного отделения;

4746 – занятий на договорной основе.

В 2014 году продолжила свою работу «Школа для родителей». За отчётный период обучающий курс прошли – 396 семей (595 родителей)/ 417 детей, из них: в ОДП – 259 семей/265 детей, в том числе в Службе ранней помощи – 219 семей (334 родителя)/ 222 ребёнка, в стационарном отделении 147 семей/152 ребёнка (табл. 3).

С января 2012 г. функционирует отделение ранней помощи детям с отклонениями в развитии в возрасте от 0 до 3-х лет. Целью деятельности отделения является осуществление комплекса мероприятий по социальной реабилитации детей и их семей.

В течение 2014 года курс реабилитации в Центре прошли 222 ребёнка раннего возраста, 47 из которых имеют статус «ребёнок-инвалид».

При поступлении детей в отделение ранней помощи проводится диагностика уровня развития детей и оценка потребности – мотивационной сферы родителей.

Наибольшее количество выявляемых проблем связано с нарушениями у детей двигательной сферы, которые напрямую связаны с уже имеющимися нарушениями движений, тяжестью этих нарушений, либо с угрозой закрепления таких нарушений как постоянных. Также выявляется высокий уровень недостаточного развития игровой деятельности детей. Это связано как с реальной недостаточной физической активностью детей, так и с недостаточной информированностью родителей или ошибочными убеждениями, что «больной ребенок не может играть».

Таблица 3 - Социально-медицинская реабилитация

Показатели	Отделение дневного пребывания	Служба ранней помощи (в числе ОДП)	Стационарное отделение	Всего
Пролечено детей Инвалидов	451 158	222 47	371 97	822 255
Педиатрия Инвалидов	12 7	- -	101 7	113 14
Неврология Инвалидов	367 143	216 44	131 58	498 201
Офтальмология Инвалидов	47 2	- -	64 10	111 12
Ортопедия Инвалидов	25 3	6 3	75 22	100 25
Город	403	195	81	484
Область	47	27	290	337
Первично	423	207	358	781
Повторно	28	15	13	41
Мальчиков	250	120	192	442
Девочек	201	102	179	380
Возраст < 3 лет	225	109		
От 0 до 1 года	116	62	-	225
От 1 до 2 лет	54	18		
От 2 до 3 лет	55	29		
От 3 до 7 лет	142		7	149
От 7 до 12 лет	75		186	261
От 12 до 15 лет	8		139	147
Старше 15 лет	1		39	40
Эффективность лечения	87,4%	98%	92,4%	89,9%

Наиболее успешной формой занятий с детьми и родителями являются индивидуальные занятия, с использованием лично-ориентированных методов работы.

Индивидуальные занятия направлены на развитие психомоторных функций ребенка и активизацию его речи, развитие мотивации к игровой деятельности, коррекцию и стабилизацию эмоционально – волевой сферы родителей, на социализацию семьи в целом.

По результатам проведенных диагностических процедур составляются индивидуальные программы реабилитации ребенка, выбираются определенные технологии работы.

В процессе занятий с ребенком родители получают необходимые навыки развития ребенка, коррекции отклонений в развитии, получают необходимую информацию, что позволяет родителям продолжать занятия в домашних условиях.

Занятия проводятся с использованием двигательных-экспрессивных, предметно – манипуляционных, вербально - коммуникативных, музыкально – ритмических, изобразительно – графических игр и смоделированных ситуаций с применением игровых приёмов, а также консультаций родителей.

Наиболее эффективными зарекомендовали себя следующие методы и технологии, используемые в реабилитации детей раннего возраста.

Лекотека — это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии. Лекотека направлена на поддержку усилий родителей по развитию личности ребенка, налаживанию эффективного общения ребенка с другими членами семьи, гармонизацию детско-родительских отношений.

Игра - основной метод Лекотеки. На занятиях педагог развивает у ребёнка мотивацию к игровой деятельности и обучает родителей инициированию игровой деятельности ребёнка с первых месяцев жизни.

Положительная динамика в развитии ребенка убеждает родителей в правильности выбранных форм общения с ребенком, его развитии и при повторном курсе реабилитации родители обращаются с просьбой составления картотеки игр в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями ребенка.

Арттерапия – это лечение искусством. Для детей раннего возраста - это работа творческой мастерской по рисованию, сказкотерапия, куклотерапия пескотерапия и музыкотерапия.

На занятиях психологом используется музыкальный луч «Саундбим», который преобразует движения в музыку. «Саундбим» позволяет раскрыть потенциал ребенка, развить его мотивацию к двигательной активности, дает возможность ребенку познать окружающий мир.

В рамках Целевой программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы "ЦВМиР №3" регулярно оснащается реабилитационным оборудованием (табл. 4).

Таблица 4 - Использование реабилитационного оборудования, полученного по целевым программам, в I полугодии 2014 года

Виды оборудования	Кол-во детей, прошедших курс реабилитации	Кол-во отпущенных процедур	Кол-во процедурных единиц	Кол-во процедур на одного ребенка
«Паучок»	176	2018	2018	11,5
«Фэтон»	106	559	1668	5,3
Иппотренажер	64	712	809,5	11,1
Алмаг-02	32	339	678	10,6
Полимаг	14	128	256	9,8
Альфа-Спа капсула	57	463	926	8,2
Гипокситерапия «Горный воздух»	132	1014	1014	7,7
Вертикализатор «Долматинец»	20	240	456	12,1
Вертикализатор «Ежик»	33	210	325	6,1
Тренажер «Гросса»	38	185	527	4,9
Параподиум динамический	38	292,5	585	5,6
Опора для сидения «Слоненок Нук»	21	196	261	9,3
Опора для ползания «Черепашка»	16	122	164	7,7
Аппарат электростимуляции офтальмологический	12	107	171	8,8
«Поток-1»	58	582	1164	7,5
УВЧ	1	7	10,5	7
БОС здоровье класса «Малыш»	19	148,2	148,2	7,8

Аппаратная терапия проводится аппаратом биологически обратной связи «БОС - Здоровье» класса «Малыш», применяемого в реабилитации детей, начиная с 2-х летнего возраста, улучшает соматическое состояние детей, корректирует нарушения осанки и плоскостопие, стабилизирует дыхание и эмоциональное состояние.

Кроме того, для стимуляции зрительных функций эффективно используется аппарат «ЛАСТ-1-М» (лазеростимуляции сетчатки глаза); для

снятия симптомов воспаления, оказания антиспастического, противоотёчного действия применяются физиотерапевтические аппараты «Поток-1» (гальванизатор) и УВЧ.

Лечебная физкультура проводится с использованием методик, изложенных в книге «ДЦП. Травма позвоночника и спинного мозга» под редакцией Качесова В.А., Семеновой К.А., Лильина Е.Г.

Эффективно зарекомендовали себя следующие методики:

- подавление остаточных проявлений тонических рефлексов;
- работа по последовательному становлению вертикальной установки головы и тела, статики и локомоций (все этапы внутриутробного и раннего развития ребёнка с ограниченными возможностями) назначение детям с первого дня реабилитации адаптогенов с целью повышения адаптационных механизмов организма;
- ранняя коррекция структуры шага, установки стоп;
- «генерализованная разблокировка» позвоночного столба при помощи массажа;
- применение костюмов Адели, многофункционального параподиума (вертикализатора), тренажёра Гросса, опор для ползания, спортивно-игрового комплекса «Ранний старт люкс».

Применение тренажёров позволяет обучить больного ребёнка произвольным движениям в статике, стимулировать функции ослабленных мышц и обеспечить нормальную подвижность в суставах.

Фундаментом, на котором основывается успех деятельности "ЦВМиР №3" является профессионализм и личные качества работников. Численность работающих- 239 единиц, из них 60 педагогических работников, в том числе 33 воспитателя, средний мед.персонал - 35 чел, врачи 12 чел.

Повышение квалификации кадров является одним из путей повышения эффективности работы учреждений. В 2013 году курсы повышения квалификации и специализации прошли 16 медицинских работника и 23 педагога. По итогам аттестации 2-м педагогам присвоена высшая

квалификационная категория, 2- педагогам – первая, 4 педагога прошли соответствие занимаемой должности.

Специалистами центра ежеквартально проводится мониторинг выполнения государственного задания: по полноте эффективности использования средств государственного задания, количеству и качеству оказанных государственных услуг.

Для оценки эффективности деятельности всех отделений проводится анкетирование и опрос клиентов, прошедших реабилитацию в центре. В 2012 году 82%, в 2013 году - 91% опрошенных клиентов удовлетворены качеством социальных и реабилитационных услуг.

3. Совершенствование в сфере государственного регулирования системы здравоохранения

3.1 Проблемы государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""

В апреле 2011 года Министерством здравоохранения и социального развития РФ была утверждена концепция создания единой государственной информационной системы (далее – Система) в сфере здравоохранения, основной целью создания которой является: «обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи»⁷.

Внедрение Системы должно было стать решением ряда задач по важным направлениям:

- повышение уровня предоставления медицинской помощи населению;
- улучшение информированности населения по важным вопросам;
- повышение эффективности управления в медицинских организациях за счет систематизированного сбора, хранения, обработки, учета поступающих данных;
- решение вопросов, связанных с прогнозированием и планированием расходов на оказание медицинской помощи.

Единая государственная информационная система должна включать в себя основные компоненты:

1. Интегрированная электронная медицинская карты;
2. Система ведения расписания приема специалистов;
3. Финансово-хозяйственная деятельность медицинского учреждения;
4. Идентификация и авторизация пользователей, защита информации;

⁷ Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 2.

5. Аналитический сервис поддержки управленческих решений на основе первичных данных здравоохранения⁸.

Однако мнения специалистов в области здравоохранения по этому вопросу разделяются, в том числе и медицинских сотрудников "ЦВМиР №3". Одни считают, что внедрение Системы даст положительный результат: совершенствование информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских учреждений будет способствовать повышению качества оказываемой медицинской помощи, и за счет этого уровень здоровья населения будет расти.

Так, Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова, отвечая на вопросы об информатизации здравоохранения, в одном из интервью заявила: "Единая информационная система позволит врачу в любой точке страны получить доступ к медицинской документации пациента, войти в централизованный архив и посмотреть рентгеновские снимки, лабораторные анализы, другие параметры, причем в динамике", – подчеркнув, что это позволит обеспечить преемственность в лечении каждого больного на разных этапах и в разных учреждениях.⁹

Медицинский персонал "ЦВМиР №3", предполагает, что данное учреждение не готово к переходу на электронное обеспечение, особенно государственные, и в связи с этим, внедрение Системы приведет к появлению еще большего числа проблем в сфере его деятельности, а так же здравоохранения в целом.¹⁰

Для того чтобы процесс внедрения прошел нормально, нужно очень многое сделать: разработать нормативно-методические документы, единые классификаторы и справочники, необходимо активно вовлекать руководителей

⁸ Калининская А.А., Стрючков В.В. Реформирование здравоохранения сельских муниципальных образований в условиях перехода на одноканальное финансирование // Главврач. – 2011. – № 8. – С. 14-20.

⁹ Там же.

¹⁰ Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 2.

здравоохранения на всех уровнях, проводить обучение врачей и медицинского персонала¹¹.

Также неясен ответ на вопрос: А нужно ли это все потребителю медицинских услуг? Нужна ли им электронная медицинская карта и электронная регистратура? Не предпочтут ли пациенты медицинские услуги "ЦВМиР №3" частным? Чтобы разобраться в сложившейся ситуации, в "ЦВМиР №3" был проведен опрос пациентов, а также взяты глубинные интервью у трех квалифицированных врачей.

Для проведения опроса была составлена анкета, включающая следующие вопросы:

1. Знакомы ли Вы с государственной информационной системой в области здравоохранения (с сервисами: электронная запись к врачу, электронная медицинская карта)?

2. Пользовались ли Вы данным сервисом (с помощью интернета, терминала)?

3. Удалось ли Вам записаться подобным образом на прием? (с какими трудностями вы столкнулись?)

4. Каким образом Вы предпочитаете записываться на прием?

В анкетировании участвовали лица, достигнувшие 14 летнего возраста, а так же родители представляющие интересы своих детей младше 14 лет. Всего было опрошено 120 респондентов. По результатам исследования были получены следующие результаты:

1. 93,3% (112 человек) респондентов знакомы с единой государственной информационной системой в области здравоохранения (с сервисами: электронная запись к врачу, электронная медицинская карта) либо, по крайней мере, слышаны о Системе.

¹¹Монич В.А. и др. Электронная история болезни ведущее звено медицинских информационных систем. Современные технологии в медицине. 2010. № 3. С. 73-75.

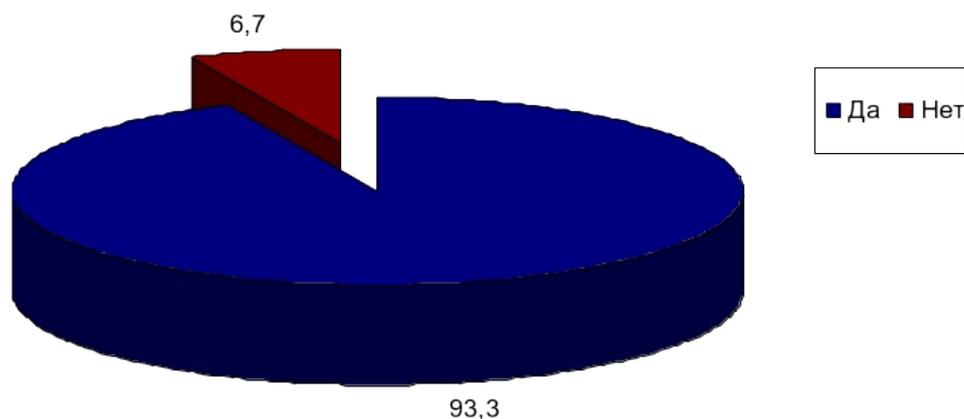


Рисунок 3 - Ответы респондентов на вопрос " Знакомы ли Вы с единой государственной информационной системой в области здравоохранения"

2. Только 40% (48 человек) опрошенных респондентов пробовали воспользоваться данным сервисом (с помощью интернета, терминала), 55% (66 человек) не пользовались в силу незнания Системы, 5% (6 человек) не хотят пользоваться системой (рис. 4).

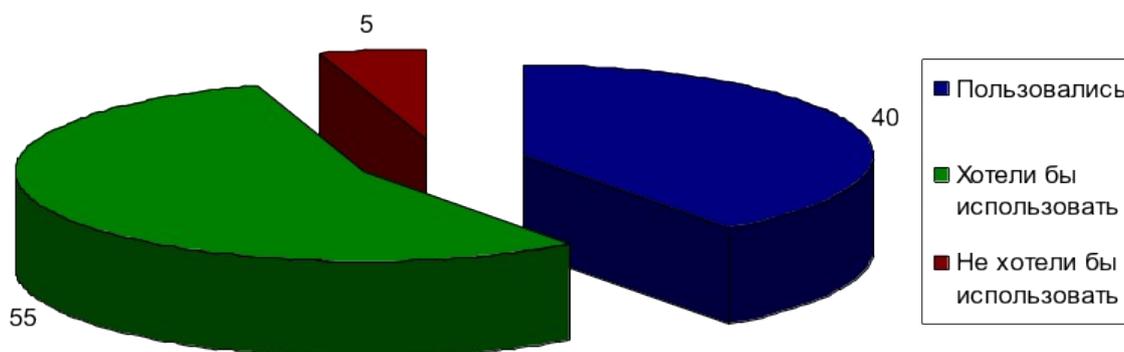


Рисунок 4 - Ответы респондентов на вопрос " Пользовались ли Вы данным сервисом (с помощью интернета, терминала)"

3. Лишь 20,8% из этого числа (10 человек из 48 человек) удалось записаться подобным образом на прием. Остальные столкнулись со следующими трудностями (рис. 4):

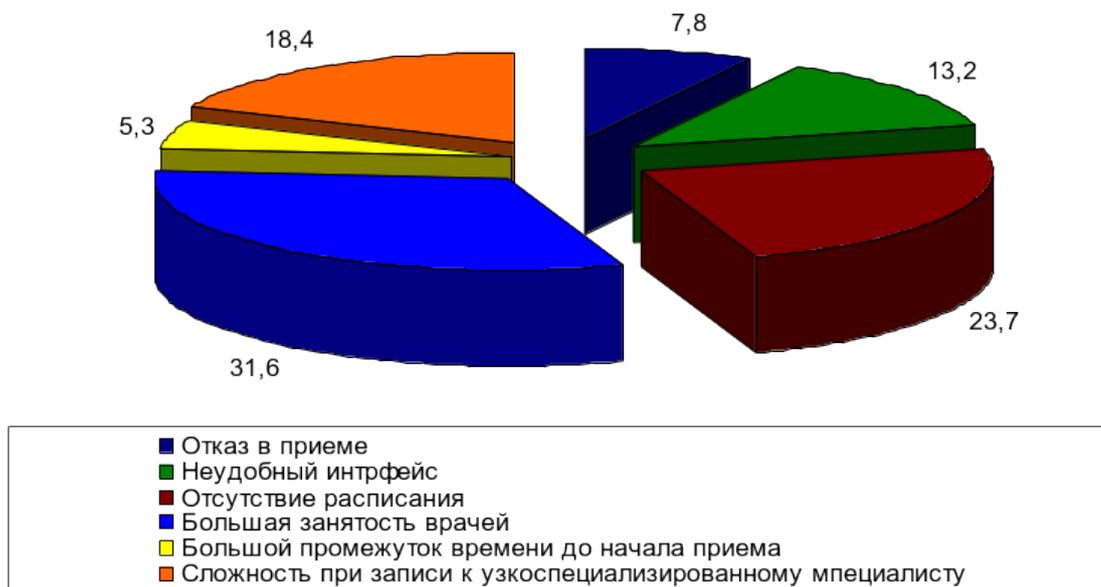


Рисунок 5 - Распределения голосов по критерию трудности при обращении к Системе

- 1) отказ в приеме,
- 2) неудобный интерфейс,
- 3) отсутствие актуального расписания учреждения,
- 4) большая занятость врачей,
- 5) большой промежуток времени до начала приема,
- 6) сложно записаться на прием к узкоспециализированному специалисту.

67% респондентов предпочитают записываться на прием с помощью телефонного звонка, либо лично обратившись в регистратуру "ЦВМиР №3". И данные способы записи к врачу опрошенных респондентов устраивает, менять способ они не намерены.

Опрошенные эксперты - врачи придерживаются одного мнения – они полностью поддерживают внедрение Системы в здравоохранение РФ, выделяя при этом множество положительных сторон:

- 1) связь всех участников здравоохранения в едином формате, экономия ресурсов (бумаги, времени);
- 2) повышение эффективности оказания медицинской помощи;
- 3) прозрачность истории болезни;
- 4) возможность дистанцированного консультирования больного другими специалистами;
- 5) улучшение сервиса и качества предоставления медицинских услуг;
- 6) повышение достоверности данных при принятии управленческих решений;
- 7) более легкое и качественное ведение статистического учета и пр.

Однако экспертами были выделены и «минусы»:

- 1) нет четкого регулирования защиты информации,
- 2) возникнут трудности адаптации пользования системой старшего поколения врачей,
- 3) злоупотребление возможностями Системы (например – пациенты могут продавать талоны, места в очередь и т.п.).

Таким образом, вопрос о пользе внедрения единой государственной информационной системы в области здравоохранения остается до сих пор открытым. Многие пациенты, особенно старшее поколение, не готовы переходить на электронное обеспечение деятельности лечебных учреждений.

Также пока нет однозначных доказательств того, что качество предоставления медицинской помощи улучшится, а эффективность деятельности "ЦВМиР №3" будет расти. Есть множество предположений как все должно быть, но, чтобы внедрение единой государственной информационной системы принесло желаемые результаты, необходимо еще работать и работать.

3.2 Основные направления совершенствования государственного регулирования системы здравоохранения в ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь""

На основании проведенного исследования считаем целесообразным совершенствование имеющейся программы информатизации в "ЦВМиР №3" на более удобную и доступную для населения, с помощью. Основным направлением станет внедрение более совершенствованной "Системы электронных медицинских карт".

Основная цель проекта по автоматизации - повышение качества и доступности медицинской помощи населению, эффективности использования бюджетных средств, выделенных на реализацию здравоохранительных программ; построение инфраструктуры для выполнения информационных проектов в сфере здравоохранения, в том числе с использованием электронных медицинских карт.

Система электронных медицинских карт предназначена для интеграции работы лечебных учреждений и организаций, осуществляющих контроль в сфере здравоохранения. Специалисты сферы здравоохранения пользуются единой базой данных здоровья населения, осуществляют оперативный контроль оказания медицинских услуг, выдачи медикаментов и т.д.

Так, например, в ходе реализации проекта «Детство» было автоматизировано 15 городских ЛПУ, а также Управление Здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани. Внедрение проекта завершено в 10 поликлиниках, в 5 поликлиниках идет этап опытной эксплуатации. Была создана единая информационная сеть всех детских ЛПУ города, внедрены система управления административно-хозяйственной деятельностью ЛПУ, программный комплекс для мониторинга сети и ресурсов детских ЛПУ, а также система использования электронных медицинских карт в детских поликлиниках.

Один из модулей системы обеспечивает ведение паспорта ЛПУ, благодаря которому осуществляется мониторинг материально-технических ресурсов учреждения (полный реестр оборудования, включая вид и год выпуска). В основе разработки - программное обеспечение «Система Витакарта» (рис. 6).

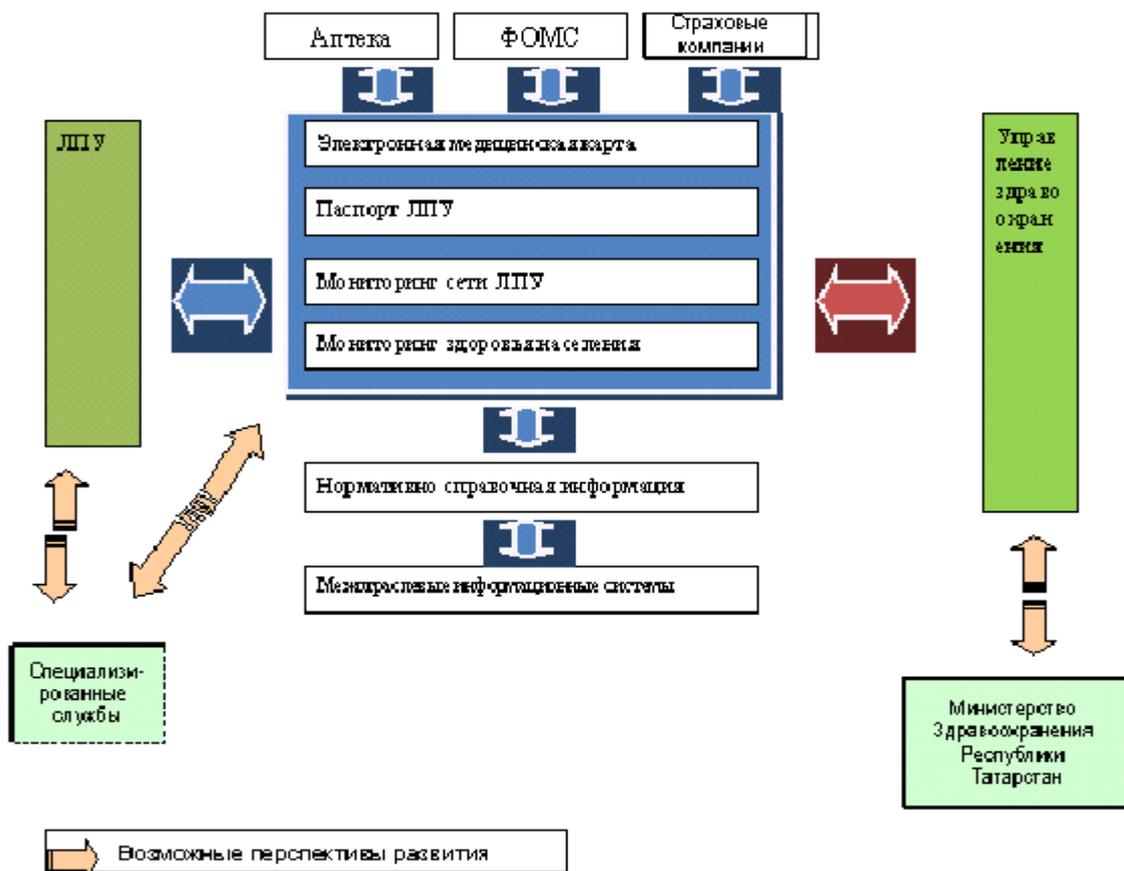


Рисунок 6 - Описание решения (технология разработки и внедрения) программы «Система Витакарта»

Задачи, решаемые при внедрении программы «Система Витакарта»:

- оптимизирует работу детских поликлиник;
- облегчает работу врачей, фиксируя интенсивность их деятельности;
- позволяет проводить контроль качества проведенного лечения;
- руководитель учреждения может оперативно принимать управленческие решения на основе имеющейся у него информации.

Каждому пациенту присваивается ключ к его персональному медицинскому файлу (в дальнейшем данный ключ будет иметь вид

пластиковой карты). С ее помощью или путем ввода в систему исходных данных о пациенте, например фамилии, можно сразу записаться на прием к любому врачу-специалисту или к участковому врачу-педиатру или врачу-терапевту.

На компьютере у врача "ЦВМиР №3" появится та же информация. Он может сразу узнать, кто придет к нему на прием завтра или в любой другой день.

Благодаря наличию уникального персонального кода врача, а также сохранению всей цепочки выполненных им действий в поликлиниках проводится анализ работы специалистов на предмет обоснованности выписки медикаментов, качества проводимого им лечения, выписки больничных листов. Может быть проведен статистический анализ деятельности персонала "ЦВМиР №3", связанной с лечением пациентов.

Информационная система позволит руководителям "ЦВМиР №3" разного уровня следить за ситуацией с заболеваемостью, формировать отчетность в соответствии с установленными формами. Информационная система обеспечивает возможность непрерывного мониторинга качества оказанных медицинских услуг.

Важное преимущество системы - возможность обращения и работы с картой во всех ЛПУ района, города, региона и страны в целом. Нужно только при себе иметь карту или знать ее код. Карта облегчает работу скорой и неотложной медицинской помощи, так как в режиме просмотра данных можно узнать всю информацию о пострадавших: от группы крови и перенесенных заболеваниях и травмах до аллергических реакций на те или иные лекарственные препараты.

В режиме просмотра на экран выводится ограниченная информация, что соответствует всем нормативным актам, которые относятся защите конфиденциальной информации.

Преимущества Информационной системы:

- 1) исключает случаи утери медицинской информации;

- 2) увеличивает пропускную способность поликлиник за счет уменьшения времени на заполнение различной документации;
- 3) исключает возможность дописок и переделок;
- 4) позволяет напрямую связываться с аптеками для уточнения наличия лекарственных средств для льготных категорий граждан;
- 5) позволяет напрямую связываться с регистратурой поликлиники для записи на прием к узким специалистам;
- 6) обеспечивает возможность связи с лабораторией для получения информации о результатах анализов;
- 7) предоставляет возможность просмотра различной справочной информации (база данных МКБ 10, других классификаторов и пр.)

Предполагаемая результативность внедрения системы в "ЦВМиР №3" заключается в следующих показателях:

- погрешность при ведении персонифицированного учета пациентов уменьшится с 7% до 1%.
- скорость получения информации о проведенных лабораторно-инструментальных исследованиях в "ЦВМиР №3" снизится с 2-х дней до 1 минуты.
- потеря информации о проведенных лабораторных исследованиях уменьшится с 10% до 1%.
- автоматизация лабораторной службы "ЦВМиР №3" позволит увеличить количество проводимых анализов на 15%

Мероприятия по внедрению и дальнейшему развитию программы «Система Витакарта» предусматривают:

- оснащение пригородных офисов врачей общей практики мобильными рабочими местами. Работа по объединению их в единую сеть, что позволит врачу записывать пациентов на консультации к «узким» специалистам поликлиник. Мобильные рабочие места позволят врачам в ходе визита к пациенту соединяться с центральным сервером для получения необходимой дополнительной информации;

- интеграция муниципальных лечебных учреждений и высокотехнологичных центров (федерального межрегионального клинικο-диагностического центра - МКДЦ, специализирующегося на кардио- и нейрохирургии). Предусматривается, что врач-терапевт, кардиолог или невропатолог смог бы в режиме реального времени оперативно получать квалифицированную консультацию профильного специалиста МКДЦ. Благодаря этому сокращается время для направления пациента на операцию, появляется возможность осуществления мониторинга дооперационного и послеоперационного периода.

- создание замкнутого лечебно-диагностического процесса с акцентом на решение проблем диспансеризации и профилактического направления первичного звена.

Заложенный в проект принцип создания единой муниципальной системы здравоохранения, работающей в рамках единого информационного пространства, что позволит вывести систему здравоохранения "ЦВМиР №3" на совершенно новый качественный уровень.

Заключение

Проведение политики в области здравоохранения часто осложняется кажущимся противоречием между двумя кардинальными задачами. С одной стороны, демографические изменения и развитие техники порождают потребность в новых методах, пользуясь которыми поставщики медицинских услуг могли бы более оперативно реагировать на нужды больных.

С другой стороны, недостаточно изученные методы медицинского вмешательства и недостаточно продуманные схемы лечения создают риск для здоровья, а иногда и для жизни больных. Столкнувшись с этим противоречием, многие из тех, кто формирует политику в области здравоохранения, приходят к мысли, что единственным ответственным решением является принятие строгого режима регулирования. Опасаясь непредсказуемых последствий свободного предпринимательства, эти деятели предпочитают держаться хорошо известных статических, часто бюрократических моделей деятельности.

Основными документами, составляющими нормативно - правовую базу, определяющую имущественную ответственность за совершение медицинским персоналом профессиональных правонарушений, являются:

1. Гражданский кодекс РФ;
2. Закон РФ «О защите прав потребителей»;
3. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан;
4. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
5. Правила о предоставлении платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

Анализ ситуации и перспектив развития методологической и нормативной основы отечественного здравоохранения в новых социально-политических и экономических условиях является предметом многих исследований ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Необходимо отметить, что за последние годы общая социально-политическая

ситуация в стране стабилизировалась, что вызвало необходимость разработки принципиально новых методов управления как в экономике, так и в секторе здравоохранения.

В рамках исследования в работе был проведен анализ организации системы здравоохранения на примере ГУЗ "Центр восстановительной медицины и реабилитации №3 "Биосвязь".

Основной задачей центра является оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в рамках осуществления восстановительного лечения и реабилитации детского населения Калининского района в возрасте от 0 до 18 лет.

В результате проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

1. В рамках программы добровольного медицинского страхования "ЦВМиР №3" заключаются договора по добровольному медицинскому страхованию со страховыми компаниями.

2. В системе обязательного медицинского страхования с 01.11.2010 г. центр оказывает медицинскую помощь по медико-экономическим стандартам по профилю «амбулаторное восстановительное лечение для детей» (Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства СПб № 500-р от 05.10.2010 г.).

3. Объём медицинской помощи, оказываемой детскому населению, производится в соответствии с законом Правительства СПб от 27.12.2013 г №775-142 "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 годов".

4. В 2013 году в стационарном отделении, в рамках госзадания, было обслужено– 1555 человек и 1270 семей.

5. В 2014 году продолжила свою работу «Школа для родителей». За отчётный период обучающий курс прошли – 396 семей (595 родителей)/ 417 детей, из них: в ОДП – 259 семей/265 детей, в том числе в Службе ранней

помощи – 219 семей (334 родителя)/ 222 ребёнка, в стационарном отделении 147 семей/152 ребёнка (табл. 3).

6. С января 2012 г. функционирует отделение ранней помощи детям с отклонениями в развитии в возрасте от 0 до 3-х лет. Целью деятельности отделения является осуществление комплекса мероприятий по социальной реабилитации детей и их семей. В течение 2014 года курс реабилитации в Центре прошли 222 ребёнка раннего возраста, 47 из которых имеют статус «ребёнок-инвалид».

7. В рамках Целевой программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы "ЦВМиР №3" регулярно оснащается реабилитационным оборудованием.

8. Фундаментом, на котором основывается успех деятельности "ЦВМиР №3" является профессионализм и личные качества работников. Численность работающих- 239 единиц, из них 60 педагогических работников, в том числе 33 воспитателя, средний мед.персонал - 35 чел, врачи 12 чел. Повышение квалификации кадров является одним из путей повышения эффективности работы учреждений.

Для выявления недостатков действующей системы здравоохранения в организации было проведено анкетирования. Целью опроса являлась оценка адаптации пациентов к информатизации здравоохранения. В анкетировании приняло участи 120 человек и 3 врача - специалиста.

В ходе исследования выяснилось, что система информатизации знакома пациентам, однако входе использования данной инновацией у людей возникает ряд проблем, которые в свою очередь отталкивают их от ее использования.

Поэтому в рамках совершенствования системы здравоохранения в "ЦВМиР №3" предлагается внедрить информационную систему «Система Витакарта».

Информационная система позволит руководителям "ЦВМиР №3" разного уровня следить за ситуацией с заболеваемостью, формировать отчетность в соответствии с установленными формами. Информационная система

обеспечивает возможность непрерывного мониторинга качества оказанных медицинских услуг.

Заложенный в проект принцип создания единой муниципальной системы здравоохранения, работающей в рамках единого информационного пространства, что позволит вывести систему здравоохранения "ЦВМиР №3" на совершенно новый качественный уровень.

Список использованной литературы

1. "Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) / Консультант плюс.
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" / "Собрание законодательства РФ", 06.12.2010, N 49, ст. 6422.
3. Федеральный закон от 04.05.2011 N 99-ФЗ (ред. от 14.10.2014) "О лицензировании отдельных видов деятельности" / Консультант плюс.
4. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 22.10.2014) "Об обращении лекарственных средств" / Консультант плюс.
5. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» / Консультант плюс.
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.12.2006 N 905 "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 12.03.2007 N 9079) / Консультант плюс.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2011 г. №364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
8. Агарков С.А., Кузнецова Е.С., Грязнова М.О. Инновационный менеджмент и государственная инновационная политика. Издательство «Академия естествознания», 2011 год. – 143 с.

9. Аношко В.П. Стратегия развития лечебного учреждения на основе использования сбалансированной системы показателей // Экономика здравоохранения. – 2012. - № 1-2. - С. 11-34.
10. Артюхов И.П., Шульмин А.В., Козлов В.В., Собанова А.О., Денисов В.С. Оценка целей реформирования отрасли здравоохранения с позиции теории систем. Материалы 2-й международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Новосибирского государственного университета. Новосибирск. 2010. С. 34-40
11. Атоян В.Р., Лопухин В.Ю. К вопросу теории инновационного общества // Креативная экономика. — 2010. — № 10 (46). — С. 49-56.
12. Багненко, С.Ф. Административная реформа и здравоохранение / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.В. Кириллов, В.А. Федотов // Скорая медицинская помощь. – 2010. – № 4. – С.10-16
13. Гата А.С. Пантелеева Е.В. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения // Здравоохранение. 2012. - № 10. - С. 16-34.
14. Голикова Т. Итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006–2010 годы. ГлавВрач. ММ XI. № 5. С. 5-29.
15. Демографический ежегодник России: стат.сборник. – М., Росстат. 2011.
16. Дэлиева, Г.Х., ОМС – основное направление реформирования российского здравоохранения [Текст] / Г.Х.Дэлиева, О.Г.Соловьева // Здравоохранение.– 2010.– № 3.– С. 16.
17. Жигалов Д. Автономные учреждения: актуальные вопросы деятельности. Москва : Фонд «Институт экономики города». 2010. 118 с.
18. Здравоохранение в России. 2011: Стат.сб./Росстат. - М., 2011. -180 с.
19. Калининская А.А., Стрючков В.В. Реформирование здравоохранения сельских муниципальных образований в условиях перехода на одноканальное финансирование // Главврач. – 2011. – № 8. – С. 14-20.

20. Лунёва, Т. В. Анализ видов конкуренции в системе здравоохранения / Т. В. Лунёва, Е. А. Белик // Вестник Астраханского государственного технического университета. Сер. «Экономика». – 2010. – 1. – С. 172-177.
21. Медик В.А., Юрьев В.К., Общественное здоровье: курс лекций. Часть II: Охрана здоровье населения/ В.А.Юрьев. - М.: РАГС, 2011. - 368 с.
22. Мониц В.А. и др. Электронная история болезни ведущее звено медицинских информационных систем. Современные технологии в медицине. 2010. № 3. С. 73-75.
23. Национальные проекты - современные механизмы реализации социальной политики: материалы науч-практ. конф., 20 декабря 2010 года, г. Москва / под общ. ред. Ф.Д. Демидова. - М.: Изд-во РАГС, 2010. - 227 с.
24. Парыгина Н.М. Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах // Актуальные проблемы социально-экономического развития России. - 2010. - № 4. - С. 15-20.
25. Перхов В.И. Современные аспекты обеспечения населения РФ высокотехнологической медицинской помощью // Здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 29.
26. Путин В.В. Доклад на Всероссийском совещании в г. Иваново «Модернизация здравоохранения Российской Федерации». Вестник медицинских услуг. 2010. № 11. С. 2-4.
27. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения в 2012 г. Часть 3. М.: 2013 г.
28. Российский статистический ежегодник. 2013: Стат.сб./Росстат. - М., 2013. – 717 с. С. 550
29. Сибурина, Т. А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг / Т. А.Сибурина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 15. – № 3 – С. 1.
30. Сибурина Т.А. Теоретическое обоснование и разработка механизмов стратегического управления региональным здравоохранением

(организационно-методические аспекты). Автореферат дисс. на соискание уч. степени д.м.н. М.: - 2011. - С. 58.

31. Старченко А.А. Модернизация здравоохранения: проблемы правоприменительной практики // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 5-8.
32. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения/ М.: Международный университет (в Москве), 2011. - 250 с.
33. Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 2.
34. Фонотов, А.Г. Россия: инновации и развитие / Фонотов А.Г. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2010. - 431 с.
35. Штукерт А.Б. Экономика и Финансовые проблемы муниципального здравоохранения в условиях рынка // Экономика здравоохранения. - 2012. - № 2. - С. 135-140.
36. Экономические методы управления в здравоохранении/ В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс» 2012. – 314 с.
37. Яковлева Т.В. Законодательное обеспечение охраны здоровья детей в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. – 2010. - № 2. – С. 4-7.
38. Официальный сайт правительства России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://m.government.ru/dep_news/11835/
39. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rosminzdrav.ru
40. Консилиум главных врачей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consiliummag.ru/>

Приложение 1

