

Посредством ДО обучено 1 954 человек - 15,3% общего количества слушателей за 2016 г. (2015 г. – 1 091; 8,8%). Таким образом, применение дистанционных образовательных технологий и электронного обучения расширяется.

На базе учреждения также проводятся онлайн мероприятия, видеоконференции, семинары с участием медицинских организаций.

На портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России в декабре 2016 г. зарегистрирован «Личный кабинет образовательной организации». В настоящий момент идет разработка и пересмотр методического материала для размещения на Портале.

На сегодняшний день Центр повышения квалификации является реальной площадкой для развития непрерывного медицинского образования специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием с задействованием всех видов образовательной деятельности. К его приоритетным задачам относится совершенствование методической работы педагогического персонала, а также унификация непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников с использованием дистанционных и симуляционных форм обучения.

Литература

1. Аналитический отчет о деятельности Государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации» за 2016 год. – Уфа, 2017. – 26 с.
2. Положение о Центре симуляционного и дистанционного обучения ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации». Приказ ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 29 сентября 2015 г. № 90.
3. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 годы // Главная медицинская сестра. - 2009. - № 12. - С. 25-31.
4. Устав государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации». – Уфа, 2014. - 18 с.

Майорская А.С., Сараев А.Р., Кудрявцева С.В., Бирюкова А.С.

РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Майорская Анастасия Сергеевна - старший преподаватель;
as-mayorskaya@rambler.ru,

Сараев Александр Рудольфович – к.м.н., доцент;
saraeff10@mail.ru,
Кудрявцева Светлана Вячеславовна – студент;
svetik030497@yandex.ru,
Бирюкова Алина Сергеевна – студент;
alinaaabiryukova@yandex.ru.

Резюме. Рассмотрены актуальные направления развития современной реформы системы здравоохранения в Российской Федерации. Определены цели, содержание каждой реформы, оценены результаты.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, содержание реформ.

Mayorskaya A.S., Saraev A.R., Kudryavtseva S.V., Biryukova A.S.

HEALTH CARE REFORMS: TRENDS AND DEVELOPMENTS

Abstract. The article considers current trends in the development of modern health care system reform in the Russian Federation. Objectives, content of each reform are defined, results are assessed.

Key words: health care reform, reform content.

Реформа здравоохранения в России направлена на создание условий, позволяющих осуществлять не только лечение и профилактику заболеваний, но и обеспечение оказания качественной и доступной медицинской помощи, проводить научные исследования и подготовку медицинских и фармацевтических работников, а также поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения в России.

Ожидаемые результаты: улучшение состояния здоровья населения России, повышение доступности и качества медицинской помощи, предотвращение заболеваний, формирование у населения культуры здоровья / здорового образа жизни.

Основные реформы в системе здравоохранения РФ

Одноканальное финансирование

Целью перехода на одноканальное финансирование власти называют консолидацию финансов в системе обязательного медицинского страхования. До конца 2014 г. государство финансировало здравоохранение из трех источников: ОМС, федерального и регионального бюджетов. Из региональных бюджетов дотировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, из средств федерального бюджета – высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) и лекарственное обеспечение льготников. Сейчас здравоохранение России перешло на одноканальное финансирование, при котором все средства в медицинские учрежде-

ния должны поступать из одного источника – фонда ОМС. Из других средств будут оплачиваться только ВМП в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капремонт зданий и реализация целевых государственных программ.

В целом государственные расходы на здравоохранение из всех источников в 2015 г. практически не выросли и составляли 2 478 млрд. руб. А их доля в ВВП сократилась с 3,4 до 3,3%, хотя ВОЗ рекомендует государствам выделять на национальное здравоохранение не менее 5% ВВП. Преимущества одноканального финансирования несомненны. Учитывая реальные затраты, возможно предоставление медицинской помощи в полном объеме и с соответствующим уровнем качества; использование единого канала финансирования должно повысить эффективность расходования бюджетных ассигнований; доступность медицинской помощи для граждан РФ независимо от их места жительства обеспечивает принцип равнодоступности, базируясь на разработке и внедрении единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи и клинико-статистических групп, подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи.

Нельзя не упомянуть и об отрицательном влиянии на положение медицинских учреждений перехода на одноканальное финансирование. Во-первых, это разный уровень финансового состояния учреждений здравоохранения, разные стартовые условия перехода на новую систему финансирования. Во-вторых, невозможность выполнения установленных плановых объемов оказываемой медицинской помощи и, как следствие, недостаточность финансовых ресурсов. В-третьих, продолжающаяся разработка тарифов, которые до сих пор не способны учесть все многообразие комплекса взаимосвязанных обслуживающих структур, обеспечивающих основу функционирования системы здравоохранения. В-четвертых, наличие «узких» мест медицинских учреждений, которые влекут за собой неэффективное использование финансовых ресурсов и многое другое.

Деньги за пациентом

Цель данных изменений заключается в том, что человек должен получить право выбора: прикрепиться со своим полисом в муниципальную поликлинику или к частнопрактикующему врачу. С 1 января 2015 г. все поликлиники страны перешли на подушевое финансирование, при котором деньги из фонда ОМС выделяются ровно на то количество населения, которое за этой поликлиникой закреплено. За каждого прикрепленного пациента, вне зависимости от того, как часто и с какими проблемами он обращается в поликлинику, раз в год поступит фиксированная сумма денег. Менять поликлинику можно один раз в год. В ОМС деньги поступают за работающих от их работодателей, а за неработающих платят бюджеты субъектов РФ. Как считают в Минздраве, когда деньги пойдут за пациентом, каждое лечебное учрежде-

ние будет заинтересовано его удержать, а значит, будет улучшать качество своей работы. Данная реформа нацелена на то, чтобы управленческий персонал уделял внимание модернизации и реорганизации ЛПУ, в целях привлечения большего числа пациентов [1].

Однако же не обошлось без отрицательных аспектов, например, стационарные отделения потерпели большие потери, в связи с тем, что поликлиники стали сокращать количество направленных пациентов для получения помощи, следовательно, стационары недополучают финансовые средства.

Полис ОМС дополнится платными услугами

Данная программа позволит расширить спектр услуг в здравоохранении с привлечением дополнительного капитала. Россияне смогут плюс к полису ОМС купить дополнительный полис медицинского страхования. В пакет платных услуг этого полиса входят мобильная консультация врачей и «персонифицированный мониторинг здоровья на расстоянии», позволяющий получать квалифицированную помощь онлайн с помощью мобильного устройства [2].

Информирование о стоимости лечения

Цель этих нововведений состоит в объективной оценке стоимости медицинских услуг. С 1 января 2015 г. всем жителям страны сообщается о стоимости услуг, оказанных им в рамках обязательного медицинского страхования. Каждому пациенту после посещения поликлиники или выписки из стационара выдается справка о затраченных на его лечение денежных средств. Информация, предоставленная пациентом, должна совпадать со сведениями, передаваемыми страховой компанией, которая перечисляет денежные средства на лечение. Ожидается, что такая открытая система позволит уйти от различного рода «приписок».

Сестринский прием

Данная программа позволит врачу сократить затраты времени на заполнение медицинской документации до 35% от длительности всего приема пациента. Иначе будет строиться работа с документацией: во время приема больного из девяти обязательных документов врач будет заполнять только три: амбулаторную карту пациента, рецепт и врачебное заключение. Остальные шесть: карту наблюдений, паспорт врачебного участка, медицинские справки, талон пациента, выписки и ведомость учета посещений доверили оформлять медицинским сестрам.

Например, в Самарской городской клинической поликлинике № 15 передали среднему медицинскому персоналу скрининговые исследования, оформление рецептов с подобранной медикаментозной терапией, ведение пациентов на дому, обучающие школы для пациентов. Введение подобной системы позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи. При этом расширяются полномочия среднего

медицинского персонала, что, скорее всего, приведет к сокращению численности врачей.

Аккредитация специалистов

Целью программы является поддержание на высоком уровне знаний и практических навыков специалистов. С 1 января 2016 г. вступила в силу ст. 69 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в соответствии с которой право на осуществление медицинской деятельности имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Первичная аккредитация проводится у людей с высшим образованием уровня бакалавриата и (или) магистратуры и (или) специалитета или среднего профессионального образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами.

Впервые в 2016 г. процедуру первичной аккредитации прошли лица, завершившие обучение по основной образовательной программе высшего образования по специальностям «стоматология» и «фармация». В 2017 г. процедуру первичной аккредитации будут проходить лица, завершившие обучение по основной образовательной программе высшего образования по всем специальностям, и лица, завершившие обучение по образовательной программе среднего профессионального образования (в соответствии с ФГОСами); процедуру первичной специализированной аккредитации пройдут лица, завершившие обучение по программам ординатуры/интернатуры, лица, освоившие новую квалификацию, и лица, получившие новый навык в рамках своей квалификации (специальности).

Сельские «подъемные»

Цель данной программы - увеличить приток врачей в сельскую местность. В 2015 г. на 10 лет увеличен предельный возраст врачей, получающих «сельские подъемные». Программа «Земский доктор» обеспечивает право на компенсацию в 1 млн. руб. для молодых врачей, которые готовы работать в сельской местности на протяжении 5 лет, теперь, на участие в этой программе могут претендовать врачи в возрасте до 50 лет.

Однако, по итогам 2015 г., данная программа не привела к ожидаемым результатам, молодые врачи не охотно покидают городские больницы - только 55% от предполагаемого количества воспользовались данной программой. Зато люди в возрасте (значит, и с большим опытом) нередко выражают готовность переехать из города. Тем более что «подъемный» 1 млн. руб. позволяет обзавестись на новом месте приличным жильем.

Таким образом, разработаны механизмы повышения качества лечебно-профилактического процесса и предоставляемого лечения. Реформы в системе здравоохранения постепенно ведут к:

- повышению доступности и качества медицинской помощи;
- раннему выявлению и предотвращению роста заболеваемости;
- формированию у населения культуры здоровья / здорового образа жизни;
- улучшению состояния здоровья населения России.

Это способствует увеличению продолжительности жизни, росту рождаемости и снижению смертности.

Литература

1. Постановление правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». - <http://base.garant.ru/70643470>.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». - <http://base.garant.ru/12191967>.

Манухина Е.В., Борисова Н.В., Музычук С.И.

МОДЕРНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, г. Рязань

Манухина Елена Васильевна - зам. директора по медицинским вопросам; manuxina.ev@tfoms-rzn.ru,

Борисова Наталья Викторовна - начальник отдела мониторинга территориальной программы ОМС; borisova.nv@tfoms-rzn.ru,

Музычук Светлана Ивановна - начальник сектора отдела мониторинга территориальной программы ОМС; muzychuk.si@tfoms-rzn.ru.

Резюме. С 2013 г. в Рязанской области специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оплачивается на основе клинико-статистических групп болезней. Это способствовало сокращению средней по региону длительности госпитализации на 5,6 дня, позволило оптимизировать коечную сеть в разрезе профилей медицинской помощи в соответствии с потребностью населения и упростить систему планирования медицинской помощи.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, клинико-статистическая группа болезней.