Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации

ВЫПУСКНАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ РАБОТА

Стратегия создания кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской Республики

Научный руководитель _____ Кандидат медицинских наук

Н.Д.Захарченко

К ЗАЩИТЕ» _____ Научный руководитель программы

к.м.н. Н.Д.Захарченко

Москва 2016

1. АННОТАЦИЯ

Целью настоящей аттестационной работы является создание кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики в современных условиях изменения законодательной базы (83-ФЗ, 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), вступления в действие новых инструктивно-нормативных актов, регламентирующих деятельность онкологической службы (приказ МЗ и СР от 15.11.2012.г. № 915н).

Настоящая аттестационная работа состоит из титульного листа, аннотации, оглавления и введения, в котором обоснована актуальность рассматриваемой проблемы, цели исследования, перечислены основные аспекты, анализируемые в данной работе. Также здесь обозначен объект исследования и определен предмет исследования (с выделением рассматриваемой проблематики). Основная часть работы состоит из трех разделов: анализ ситуации в настоящее время в онкологической службе страны, Чеченской республике, изучение деятельности республиканского онкологического диспансера и главная часть работы - собственно разработка проекта создания кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики. Работа написана в соответствии с методическими рекомендациями по написанию ВАР и использованием инструментария, приобретенного мной в процессе обучения на программе.

Завершают работу заключение, список используемой литературы и приложения.

Работа состоит из 85 страниц.

2. ОГЛАВЛЕНИЕ

1. АННОТАЦИЯ…….. 2

2. ОГЛАВЛЕНИЕ…….....3

3. ВВЕДЕНИЕ……..... 4

4. ГЛАВА I. Анализ текущей ситуации в онкологической службе……6

4.1 Современная нормативно-правовая база здравоохранении.....…….. 6

4.2 Организация современной онкологической службы России……..…… 18

4.3 Состояние онкологической помощи населению Чеченской республики……..…21

4.4 Организация оказания онкологической помощи в Чеченской республике……...23

4.5 Онкологическая заболеваемость, организация онкологической помощи населению Чеченской Республики…….....25

4.6 Анализ проблем онкологической службы……..……..38

5. ГЛАВА II. Анализ деятельности ГБУ РОД…….…42

5.1. Анализ правового положения ГБУ РОД……..…42

5.2.Анализ финансово-хозяйственной деятельности ГБУ РОД……...46

5.3.Характеристика материально-технической базы ГБУ РОД……...47

5.4. Характеристика структурных подразделений ГБУ РОД……..…49

5.5. Оснащение ГБУ РОД…….……53

5.6. Основные проблемы оказания онкологической помощи……..…57

6. ГЛАВА III. Кластер онкологической помощи жителям Чеченской республики….. 68

6.1. Обоснование создания кластера онкологической помощи……... 68

6.2. Состояние информатизации здравоохранения Чеченской республики……69

6.3.Формирование онкологического кластера в Чеченской республике…….74

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ……...80

8. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК……82

3. ВВЕДЕНИЕ

Важнейшим направлением государственной политики является стратегия реформирования здравоохранения, направленная на поддержку мер по сохранению и улучшению здоровья нации, включающих такие приоритетные задачи, как снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Национальная онкологическая программа - «Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным», рассчитанная до 2015 года, стартовала при тревожных показателях: второе место среди причин смертности занимают онкологические заболевания (13,2%); ежегодно выявляют 470 тыс. больных со злокачественными новообразованиями; неудовлетворительные показатели их активного выявления (12,9%). Злокачественные новообразования остаются второй основной причиной смерти населения нашей страны.

Выделение в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» отдельного мероприятия, направленного на совершенствование оказания медицинской помощи онкологическим больным - Национальной онкологической программы, свидетельствует о значительном внимании Президента и Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также органов исполнительной власти субъектов Федерации к совершенствованию оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями.

В результате реализации Национальной онкологической программы онкологическая служба начала получать реальную финансовую поддержку из федерального и региональных бюджетов, позволяющую постепенно модернизировать и расширять оснащенность не только специализированных учреждений, оказывающих медицинскую помощь онкологическим больным, но и лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети.

Реализация Национальной онкологической программы, стартовавшей в январе 2009 г., коренным образом меняет статус онкологической службы, придавая ее деятельности форму государственного заказа. Укрепляется материально-техническая база онкологических учреждений, улучшается оснащенность онкологических кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов первичного звена здравоохранения. Значительное

внимание уделяется активной пропаганде здорового образа жизни, повышению онкологической настороженности как врачей «первичного звена», так и населения, разрабатываются и внедряются новые программы профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний.

За последние два десятилетия произошли значительные изменения условий функционирования экономики государства, системы исполнительной власти, организационных основ оказания медицинской помощи. На смену плановой экономике пришла рыночная. На смену индустриальной модели развития пришли постиндустриальная и инновационная модели. Это значит, что для того, чтобы региону и здравоохранению выжить и развиваться в новых условиях, на смену устаревшим подходам должны прийти новые технологии управления региональным развитием, адаптированные под использование в обществе, основанном на знаниях и последних достижениях науки. Кластерный подход является одной из них.

Главное, что дают кластеры – это возможность для здравоохранения и, в частности, онкологической службы развиваться не по инерции. Для медицинских организаций кластер предоставляет широкие возможности по концентрации ограниченных ресурсов при реализации комплексных целей совершенствования качества и доступности медицинской помощи, усиления конкурентных преимуществ. Региональным и местным органам государственной власти кластерный подход предлагает эффективные инструменты для реализации программ развития здравоохранения, предоставляет возможность непосредственно влиять на принятие организационных и экономических решений, выступая при этом не в роли внешней принуждающей силы, а в качестве равноправного партнера. Для общества внедрение кластеров означает улучшение качества медицинских услуг, при снижении или сохранении ценового уровня, расширение ассортимента, а также увеличение количества рабочих мест, развитие жилищной, транспортной инфраструктуры, реализацию иных социальных целей.

В российском здравоохранении кластерный подход пока еще слабо осознан и вследствие его недостаточной изученности и распространенности не в полной мере задействован на рынке медицинских услуг. Во многом это связано также и с историко-культурными факторами, детерминирующих преобладающую роль государства в принятии хозяйственных решений и низкий уровень развития конкурентной среды и предпринимательской культуры, которые являются главными препятствиями на пути развития кластерных объединений.

Актуальность темы обусловлена необходимостью формирования новой стратегии развития онкологической службы путем формирования онкологического кластера.

Объект исследования: онкологическая служба Чеченской республики

Предмет исследования: создание онкологического кластера в Чеченской республике

Цель работы – разработать проект создания кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики

Для этого были сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить нормативно-правовую базу, регламентирующую оказание онкологической помощи;
2. проанализировать современное состояние информатизации отрасли здравоохранения и его нормативно-правовую базу;
3. Рассмотреть систему оказания онкологической помощи в России.
4. Изучить состояние онкологической помощи населению Чеченской республики.
5. Провести анализ внешний и внутренней среды онкологической службы.
6. Обосновать необходимость создания кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики.
7. разработать стратегический план развития онкологической помощи населению Чеченской республики на основе создания кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики.

Методы исследования: изучение литературы, анализ источников, законодательных актов, приказов; матрица БКГ, SWOT-анализ, PEST-анализ; анализ конкурентов, сравнительный анализ, другие методы, освоенные в процессе обучения по программе «Менеджмент в здравоохранении».

Практическая значимость выпускной работы состоит в том, что создание кластера оказания онкологической помощи жителям Чеченской республики , обоснованное в данной работе, позволит решить актуальные вопросы по развитию онкологической службы, совершенствованию диспансерного наблюдения, обеспечению межведомственного взаимодействия, обеспечению доступности и качества медицинской помощи, повышению качества подготовки медицинских работников.

ГЛАВА I

Анализ текущей ситуации в онкологической службе

Современная нормативно-правовая база в здравоохранении

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. было отмечено, что прямое негативное воздействие на обеспечение национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации оказывают незавершенность формирования нормативной правовой базы здравоохранения в целях повышения доступности и реализации гарантий обеспечения населения медицинской помощью.

21 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Этот закон направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также на закрепление гарантий и

механизмов их реализации в современных условиях в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения.

Необходимость принятия нового нормативного акта была вызвана также следующими обстоятельствами. С момента принятия Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. произошли значительные изменения условий функционирования экономики государства, системы исполнительной власти, организационных основ оказания медицинской помощи. Кроме того, было осуществлено разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и местного самоуправления, разработаны и реализуются долгосрочные целевые программы и приоритетный национальный проект в сфере охраны здоровья.

Помимо Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" законодательство в сфере здоровья включает в себя иные правовые акты как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов федерации. Важное значение имеет Федеральный закон от 29 ноября 2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и другие.

В Законе об основах охраны здоровья граждан глава 3 посвящена разграничению полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья, органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и полномочий органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Говоря о разграничении полномочий, следует учитывать, что в соответствии с п. "ж" ч. 1 ст. 72 Конституции Российской Федерации координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. За федеральными органами исполнительной власти закреплены исключительные полномочия по организации и осуществлению контроля за соответствием качества и безопасности оказываемой медицинской помощи. Так, в соответствии со ст. 37 Закона об основах охраны здоровья граждан медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Известно, что в современных условиях наблюдается обострение противоречия между ограниченными ресурсами здравоохранения и доступностью медицинской помощи. В связи с этим государство отказалось от концепции полностью бесплатной медицинской помощи, и законодательно определила случаи, когда медицинская помощь оказывается за деньги, а в каких случаях бесплатно. При этом платные медицинские услуги могут предоставляться как в виде разовых услуг, так и в рамках исполнения договора добровольного медицинского страхования.

Так, согласно п. 2 ст. 19 Закона об охране здоровья граждан каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации (п. 4 ст. 80 Закона об основах охраны здоровья граждан). Ранее такие программы утверждались на год. В частности, постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015г. N 1382 была утверждена программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2016 год.

В соответствии с указанной программой органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2016 год.

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных 323 Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования (базовые программы являются составной частью программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи).

Основным правовым актом в области обязательного медицинского страхования является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

В ст. 4 указанного закона установлены следующие базовые принципы обязательного медицинского страхования:

1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Вопрос о том, должна ли быть медицина платной или бесплатной дискутируется уже довольно давно. Вместе с тем понятно, что бесплатной медицины в принципе быть не может. Весь вопрос в том, кто будет платить за оказываемые медицинские услуги: государство либо сами граждане.

Как уже отмечалось, в России принята смешанная система здравоохранения, когда базовые услуги осуществляются бесплатно, а остальные - за плату. В связи с этим организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Государственную систему здравоохранения составляют:

1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук;

2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 1 настоящей части);

3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав

потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Муниципальную систему здравоохранения составляют:

1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Охрана здоровья не может рассматриваться как частное дело самих граждан. В связи с этим государство играет важнейшую роль в ее организации. В функции государства входит сама организация системы охраны здоровья, включающей все существующие виды медицинских организаций независимо от формы собственности.

В Законе об основах охраны здоровья граждан разделяются понятия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Особое внимание законодателя к ним обусловлено тем, что они затрагивают интересы общества в целом. В п. 2 ст. 43 Закона об основах охраны здоровья граждан установлено, что перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

Постановление Правительства РФ от 01 декабря 2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" установило соответствующий перечень. Так, в перечень социально значимых заболеваний входят такие заболевания как туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, злокачественные новообразования, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Особенностью таких заболеваний является то, что борьба с ними ведется с помощью специальных целевых программ, финансируемых как за счет федерального бюджета, так и бюджетов субъектов федерации. Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 года N 280 была утверждена Федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)". В ее состав вошли подпрограммы "Сахарный диабет", "Туберкулез", "ВИЧ-инфекция", "Онкология", "Инфекции, передаваемые половым путем", "Вирусные гепатиты", "Психические расстройства", "Артериальная гипертония" и "Вакцинопрофилактика".

В 2010 году был принят закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", предназначенный для поэтапного преодоления застойных явлений в здравоохранении, значительного увеличения его финансирования и включения механизмов повышения эффективности отрасли. Одно из ключевых положений нового закона - "одноканальное" финансирование медицинских организаций, выполняющих программу обязательного медицинского страхования.

Одной из основных причин, препятствующих снижению внутренних затрат медицинской организации при реализации программы обязательного медицинского страхования, является отсутствие экономических стимулов для экономного и рационального использования ресурсов здравоохранения, в том числе и финансовых, получаемых из системы ОМС.

Даже преодоление хронического дефицита финансовых средств, ставшего нормой для отечественного здравоохранения, и наполнение системы ОМС финансовыми ресурсами не повысят эффективность менеджмента медицинской организации, если не будут созданы нормативные и организационные условия, поощряющие рациональное (экономное) использование ресурсов здравоохранения без ущерба для лечебного процесса и его конечного результата, направленного на улучшение состояния пациента и на повышение уровня общественного и индивидуального здоровья.

Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", вступивший в силу в 2011 г., определил структуру тарифа, применяемого в системе ОМС, расширив перечень расходов медицинской организации, выполняющей базовую и территориальные программы ОМС, и определил существенное расширение видов медицинской помощи, использующих для своего финансирования средства ОМС, создав тем самым поэтапный переход от "бюджетно-страховой" к "страховой" схеме финансирования медицинской помощи, получившей наименование "одноканального" финансирования.

Эти положения нашли свое отражение в следующих статьях вышеназванного федерального закона:

1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы,

расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу (ст. 35, п. 7).

2. Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим федеральным законом (ст. 35, п. 8).

3. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 г. (ст. 52, п. 5).

4. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2015 г. (ст. 52, п. 6).

Включение в структуру тарифа постоянных расходов медицинской организации, связанных с хозяйственным содержанием и не зависящих от объемов предоставленной медицинской помощи, и сложность их нормирования снижают эффективность гонорарных (ретроспективных) способов оплаты медицинской помощи, что в свою очередь делает необходимым применение способов оплаты, не связанных напрямую с объемом оказанной медицинской помощи, так называемых фиксированных (проспективных) способов оплаты.

Мировая практика финансирования здравоохранения предлагает два варианта названного способа оплаты:

1. "Подушевой" (в том числе с "фондодержанием"), широко используемый для финансирования амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, ориентированной на профилактику заболеваний и повышение уровня здоровья "прикрепленного" к медицинской организации индивидуума.

2. За заранее согласованные объемы медицинской помощи (так называемый глобальный бюджет), применяемый для финансирования стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, услуг диагностических центров, стоматологических поликлиник и травматологических пунктов, а также иных медицинских организаций, деятельность которых определяется в основном лечебной или диагностической составляющей. Данный способ оплаты требует детального планирования медицинской помощи, с учетом ее структуры, возможных отклонений при фактическом обращении пациентов, и должен учитывать совокупность применяемых диагностических и лечебных технологий и плановую стоимость ресурсов, необходимых для реализации плановых объемов.

Одним из основных экономических стимулов для менеджмента медицинской организации, запускающих механизмы эффективности и рационального хозяйствования,

является самостоятельное использование средств, полученных от СМО за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь.

Наличие нескольких финансовых потоков, имеющих различные принципы организации и контроль не результата деятельности медицинской организации в виде качественно выполненной лечебно-диагностической технологии, а целевого использования полученных средств, является тормозом для инновационных изменений в самой организации. Проверяется и в конечном итоге поощряется не результат лечения и выполнения задания, а целевой характер использования полученных средств, что само по себе тоже важно, но не должно становиться самоцелью для медицинской организации.

В ходе реализации Федерального закона от 08.05.2010 N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" (далее - Закон N 83-ФЗ) правовой статус действующих бюджетных учреждений изменился путем их преобразования в казенные, бюджетные или автономные.

Принятие Закона N 83-ФЗ - один из этапов бюджетной реформы, направленной на повышение эффективности бюджетных расходов, обеспечение потребностей граждан в государственных (муниципальных) услугах в сферах образования, здравоохранения, культуры, социального обеспечения и других социально значимых сферах, повышение качества этих услуг, обеспечение их доступности.

Среди направлений бюджетной реформы выделяются следующие:

- создание казенных учреждений как нового типа государственных (муниципальных) учреждений. Их правовой статус аналогичен правовому статусу действующих ныне бюджетных учреждений с той лишь разницей, что они будут лишены права распоряжаться доходами, полученными от приносящей доход деятельности;

- изменение правового статуса существующих бюджетных учреждений, расширение их прав с целью создания условий и стимулов для повышения эффективности их деятельности и способности самостоятельно функционировать в условиях рыночной экономики.

Указанные перемены повлекут за собой необходимость изменения механизмов финансового обеспечения казенных и бюджетных учреждений. В этой связи планируется осуществить перевод казенных учреждений на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания в соответствии с показателями бюджетной сметы этого учреждения, а в части бюджетных учреждений - перевод со сметного финансирования на субсидии, выделяемые в рамках выполнения государственного (муниципального) задания.

Положения о составе государственного (муниципального) задания, его формировании, использовании и финансовом обеспечении содержатся в ст. 69.2 Бюджетного кодекса РФ (БК РФ). Согласно поправкам, внесенным Законом N 83-ФЗ в п. 1 данной статьи, государственное (муниципальное) задание должно содержать:

- показатели, характеризующие качество и (или) объем (содержание) оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ);

- порядок контроля за исполнением государственного (муниципального) задания, в том числе условия и порядок его досрочного прекращения;

- требования к отчетности об исполнении государственного (муниципального) задания.

При оказании государственных (муниципальных) услуг физическим и юридическим лицам государственное (муниципальное) задание также должно содержать:

- определение категорий физических и (или) юридических лиц, являющихся потребителями соответствующих услуг;

- порядок оказания соответствующих услуг;

- предельные цены (тарифы) на оплату соответствующих услуг физическими или юридическими лицами в случаях, если законодательством РФ предусмотрено их оказание на платной основе, либо порядок установления указанных цен (тарифов) в случаях, установленных законодательством РФ.

Таким образом, бюджетное законодательство предусматривает связь между финансовым обеспечением учреждений, качеством и результатом их работы, что должно повысить мотивацию учреждений к эффективному использованию бюджетных средств и качество оказываемых учреждениями государственных (муниципальных) услуг.

Согласно новой редакции п. 2 ст. 69.2 БК РФ показатели государственного (муниципального) задания используются при составлении проектов бюджетов для планирования бюджетных ассигнований на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ), при составлении бюджетной сметы казенного учреждения, а также для определения объема субсидий на выполнение государственного (муниципального) задания бюджетным или автономным учреждением.

Государственное (муниципальное) задание на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) федеральными учреждениями, учреждениями субъектов РФ, муниципальными учреждениями формируется в порядке, установленном соответственно Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, местной администрацией муниципального образования на срок до одного года в случае утверждения бюджета на очередной финансовый год и на срок до трех лет в случае утверждения бюджета на очередной финансовый год и плановый период (с возможным уточнением при составлении проекта бюджета) - п. 3 ст. 69.2 БК РФ.

В рамках реализации Закона N 83-ФЗ на федеральном уровне принято постановление Правительства РФ от 02.09.2010 N 671 "О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания" (далее - Постановление N 671). Это постановление предусматривает, что с 01.01.2011 ,будет действовать новый

порядок формирования государственных заданий в отношении федеральных государственных учреждений.

Утвержденное Постановлением N 671 "Положение о формировании государственного задания в отношении федеральных бюджетных и казенных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания" конкретизирует соответствующие нормы федеральных законов от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях" и от 03.11.2006 N 174-ФЗ "Об автономных учреждениях" в редакции Закона N 83-ФЗ. В частности, определено, что государственное задание устанавливает показатели, характеризующие качество, объем (содержание) государственной услуги или работы, а также порядок ее оказания (выполнения).

Государство регулирует тарифную политику в отрасли и выделяет целевые средства на содержание и развитие медицинских учреждений, а также на оплату текущих и капитальных расходов, связанных с их деятельностью.

Намечены меры по реформированию финансирования отечественного здравоохранения с переводом его на одноканальные модели, объединяющие все потоки средств в ЛПУ: бюджетные, средства ОМС, средства от реализации платных услуг и ДМС. При этом реформированию будут подвергнуты и оценочные критерии медико-экономической и социальной эффективности работы в здравоохранении на всех уровнях управления.

В Чеченской Республике в целях повышения качества услуг в сфере здравоохранения с ориентацией на конечный результат и эффективное использование средств обязательного медицинского страхования определен переход с 01.01.2013 на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования..

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Чеченской республики от 144 "Об утверждении Устава государственного бюджетногоучреждения "Республиканский онкологический диспансер"" ГБУ РОД отнесен к бюджетным учреждениям. Функции и полномочия учредителя осуществляетМинистерство здравоохранения Чеченской республики. Полномочия собственника в отношении имущества, находящегося в оперативном управлении учреждения, осуществляет Министерство имущественных и земельных отношений Чеченской республики.

Постановление Правительства Чеченской республики от 29 декабря 2015 г. N 266 "Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Чеченской республике на 2016 год" обозначило ожидаемые конечные результаты реализации Программы и показатели эффективности для онкологической службы: смертность населения от онкологических заболеваний - на 100 тыс. населения - 200,0;

За счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской республики в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС) гражданам Российской Федерации на территории Чеченской республики оказывается бесплатная

специализированная медицинская помощь, включая медицинскую реабилитацию, лекарственное обеспечение в круглосуточных и дневных стационарах стационарно-поликлинических и больничных учреждений при новообразованиях. ГБУ РОД включен в систему преимущественно одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования.

В этих условиях в деятельности объектов здравоохранения — производителей медицинских услуг возникла актуальная проблема, связанная с определением границ разумной свободы в принятии ими самостоятельных управленческих решений, а также с позиционированием их на рынке и прогнозированием степени влияния внешних факторов среды на их существование. По «теореме Коуза» управление на основе соглашений сторон на рынке может привести к рациональному распределению ресурсов и устранению проблем внешних эффектов (Р. Коуз). Здесь речь идет об организации оптимального взаимодействия заинтересованных сторон, о развитии взаимовыгодного сотрудничества в интересах производителей и потребителей.

Приказ Министерства Здравоохранения Чеченской республики от10.04.2013г N 124"Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях Чеченской республики» за оказание услуг относящихся к основным видам деятельности бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чеченской республики, для граждан и юридических лиц" распространяется на бюджетные учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чеченской республики, осуществляющие сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания оказание услуг (выполнение работ), относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности, для физических и юридических лиц на платной основе. Этот Порядок разработан в целях установления единого механизма формирования цен, предельных цен на платные услуги. Платные услуги оказываются учреждением по ценам, целиком покрывающим издержки учреждения на оказание данных услуг. В случаях, если федеральным или региональным законом предусматривается оказание учреждением платной услуги в пределах государственного задания, в том числе для льготных категорий потребителей, такая платная услуга включается в перечень государственных услуг, по которым формируется государственное задание. Учреждение самостоятельно определяет возможность оказания платных услуг в зависимости от материальной базы, численного состава и квалификации персонала, спроса на услугу, работу и т.д. Учреждение формирует и утверждает перечень платных услуг на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности по согласованию сМинистерством здравоохранения Чеченской республики. Размер платы за платные услуги утверждается руководителем учреждения по согласованию с министерством здравоохранения Чеченской республики. Стоимость платных услуг определяется на основе расчета экономически обоснованных затрат материальных и трудовых ресурсов (далее - затраты). Цена формируется на основе себестоимости оказания платной услуги, с учетом спроса на платную услугу, требований к качеству платной услуги в соответствии с показателями государственного задания, а также с

учетом положений отраслевых и ведомственных нормативных правовых актов по определению расчетно-нормативных затрат на оказание платной услуги.

Возникает противоречие между объемами государственных (муниципальных) заказов на услуги здравоохранения, объемами платных услуг, ценами на услуги в системе ОМС и ценами платных услуг, устанавливаемыми, в конечном счете, учредителем (управлением здравоохранения), и их финансовым наполнением.

Решение данного вопроса находится в плоскости поиска новых путей привлечения инвестиций в отрасль по всей вертикали управления, а особенно на государственном уровне здравоохранения, где сосредоточена большая часть ресурсов и объемов медицинской помощи. Наряду с развитием коммерческого начала в деятельности ЛПУ, введением программ добровольного страхования граждан особую актуальность приобретают возможности социального партнерства частных инвесторов и государства.

Вопросы оптимизации всех сторон оказания медицинской помощи населению Российской Федерации, сочетания объемов стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, регулирования видов и объемов услуг здравоохранения и др. невозможно решать без эффективного использования финансовых средств, направляемых на реализацию в регионах приоритетных программ и проектов обеспечения граждан Российской Федерации качественной и доступной медицинской помощью.

Постановление правительства Чеченской республики от 30 апреля 2013 г. N 86 ""Об утверждении Республиканской целевой программы Развития здравоохранения Чеченской республики на 2013-2020гг определена цель по сохранению и укреплению общественного здоровья, дальнейшему снижению инвалидизации и смертности населения на основе устойчивого развития системы здравоохранения республики. Для онкологии выбраны следующие индикаторы: снижение смертности населения трудоспособного возраста от новообразований до 99,0 на 100 тыс. человек соответствующего возраста. Снижение запущенности онкологической патологии до 20%.

Постановлением правительства Чеченской республики от 29марта 2011 г. N 30 Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Чеченской республики на 2011 - 2012 годы" решило существенные задачи:

1. укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
2. внедрение современных информационных систем в здравоохранение;
3. внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Очень важным событием для деятельности нашего учреждения в 2012г. явился выход приказа Министерства здравоохранения и социального развития России от 15.11.2012г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология», который регламентирует также структуру онкологических учреждений, стандарт оснащения ЛПУ онкологического профиля и прочие важные вопросы. Данный документ очень важен для онкологической службы,

однако требует существенного пересмотра подходов к организации работы, значительного обновления материально-технической базы, переподготовки кадров и прочих, назревших в связи с изменившимися социально-экономическими условиями управленческих решений.

Для онкологической службы республики приказМинздравсоцразвития России от 15ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю онкология " определил одной из задач разработку и организационно-методическое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления онкологических и предопухолевых заболеваний, осуществляемых на территории субъекта Российской Федерации. Это усложняет задачи тем, что необходимо планировать деятельность не одного ЛПУ, а всей службы республики в целом в изменяющихся правовых и экономических условиях.

Это вполне реально при стратегическом планировании деятельности диспансера и всей онкологической службы, в связи с чем при прохождении профессиональной переподготовки по специальности «Менеджмент в здравоохранении» в рамках президентской программы подготовки управленческих кадров в качестве темы проекта я выбрал именно разработку кластера оказания онкологической помощи населению Чеченской республики, который является в данной работе объектом исследования.

Организация современной онкологической службы России

В 2015 г. онкологическая служба России отметила свое 75-летие. За эти годы произошли значительные изменения в ее организации, деятельности, материально-технической оснащенности. В настоящее время онкологическая служба представляет собой стройную систему лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с определенными функциями каждого подразделения: первичные онкологические кабинеты (ПОК), областные, краевые, республиканские онкологические диспансеры (ОД), федеральные медицинские учреждения онкологического и радиологического профиля. Структура службы и ее задачи регламентированы приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 915н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю онкология» и № 255н от 20 апреля 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями».

В 2015 г. в Российской Федерации функционирует 100 ОД, общая коечная мощность которых составляла 4291 коек. Коечный фонд специализированных учреждений на протяжении 2009-2014 гг. вырос на 1 509 коек, число онкологических коек в расчете на 1 000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований выросло с 60,7 до 64,1. Число рентгенорадиологических коек составило 7 973 или 14,6 на 1 000 вновь выявленных случаев.

В онкологических диспансерах в 2013-2014 г. работали 6 589 врача-онколога и 1 590 радиолога . В 2014 г. на одного врача-онколога приходилось 499,5 больных,

состоявших на учете, против 417,4 в 2006 г.. Число занятых штатных единиц среднего медицинского персонала онкологических учреждений России в 2014 г. составило 24 910 единиц (число штатных единиц -27 245). На 1 000 выявленных случаев приходилось 50единиц среднего медицинского персонала. Среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете, в расчете на одного среднего медицинского работника составило 120,9 (2009 г. – 111,0).

Деятельность службы охватывает широкий круг вопросов: выявление возможных канцерогенных факторов окружающей среды, формирование групп повышенного онкологического риска с разработкой и реализацией профилактических мероприятий, выявление и своевременная уточняющая, а, в ряде случаев, первичная диагностика онкологической патологии, регистрация больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования (ЗНО), проведение им специального адекватного лечения с последующим диспансерным наблюдением, включающим комплекс реабилитационных мероприятий.

С целью оказания паллиативной помощи и создания условий для обеспечения оптимального качества жизни онкологическим больным в структуре ОД предусматривается организация отделений паллиативной помощи.

В своей деятельности онкологическая служба тесно связана с общей лечебной сетью, которая осуществляет выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, симптоматическое лечение онкологических больных IV клинической группы. В исключительных случаях, при возникновении острой ситуации, учреждения общей лечебной сети оказывают экстренную хирургическую помощь.

В 2014 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 566970 случаев злокачественных новообразований (в том числе 259425 и 307545 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2010 г. составил 1,4%. "Грубый" показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения России составил 368,1 (все показатели рассчитаны на численность населения 2010 г.), что на 1,4% выше уровня 2010 г. и на 17,3% выше уровня 2001 г. Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) составил 233,3 (в 2010 г. -231,1).

На конец отчетного 2014 г. контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 3 098 855, т.е. 2,25% населения страны. Из них сельские жители составили 20,6%. 1786 237 пациентов или 51,3% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологических учреждений, состояли на учете 5 лет и более.

Индекс накопления контингентов больных со злокачественными новообразованиями вырос по сравнению с 2009 г.

Отмечается тенденция к росту показателя активной выявляемости ЗНО при проведении профилактических осмотров, который в 2014 г. составил 17,3% (2010 г. – 13,2%). Одновременно расширяется и сеть смотровых кабинетов. В Российской Федерации в поликлиниках и центральных районных больницах функционировало 4290

смотровых кабинета. Как низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости новообразований визуальных локализаций. Из 71 590 больных (2010 г.-63 455), выявленных активно, 67,2% имели I-II стадию заболевания.

Анализ показателей активной диагностики злокачественных новообразований свидетельствует о полном отсутствии в ряде регионов системы профилактических и скрининговых обследований всех категорий населения. В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в России абсолютно неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ.

В 2014 г. доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования была несколько выше (85,8%), чем в 2010 г. (85,3%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики.

Активизация профилактической направленности совместной работы ЛПУ общей лечебной сети и онкологической службы способствовала росту выявляемое больных с ЗНО I - II стадии. В 2014 г. 23,9% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания, 25,9 -во II стадии, 21,8% -в III стадии. Было выявлено 5 070 случаев рака в стадии insitu, что соответствует 1 случаю на 100 всех впервые выявленных случаев рака.

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети административной территории является показатель запущенности. В 2013 г. в России у 21,3% больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов. Реальный показатель запущенности выше (27,6 %), так как следует учитывать больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированных в III стадии.

Недопустимо высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III-IV) у 63,3% больных были выявлены опухоли полости рта; у 48,6% -прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса; у 35,9% -шейки матки; у 33,8%-молочной железы; у 23,4% -щитовидной железы, у 25,8% больных была выявлена меланома кожи.

В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности. Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза в 2014-15 г., составила 17,4% (2010 г. – 28,6%, в 2001 г. -34,5%).

В 2014 г. в онкологических учреждениях России среди всех выявленных в отчетном году злокачественных новообразований 51,5% (260 023 опухолей) были пролечены по

радикальной программе, радикальное лечение 10,6% опухолей (53 294) не было закончено и будет продолжено в 2015 г.. В 2014 г. 14 847 опухолей не были радикально пролечены по причине отказа больного (опухоли I-II стадии составили 40,9%), что составило 2,9% общего числа вновь выявленных опухолей и 4,1% опухолей I-III стадии.

Отказы онкологических больных от лечения являются острейшей деонтологической и медико-социальной проблемой, для решения которой в настоящее время на региональном и федеральном уровнях не предпринимается никаких мер.

В 2014 г. 44 524 опухоли не были радикально пролечены по причине противопоказаний (опухоли I-II стадии составили 31,9%), что составляет 8,8% общего числа вновь выявленных злокачественных новообразований и 12,3% от опухолей I-III стадии.

Отношение числа больных, лечившихся только амбулаторно, к общему числу закончивших радикальное лечение, характеризует возможности онкологических диспансеров в развитии и применении перспективных схем амбулаторной лекарственной и лучевой терапии. Эти схемы предусматривают существенное снижение затрат на лечение при полном сохранении его эффективности и являются щадящими в отношении психо-эмоционального состояния пациентов. В 2011 г. в России данный показатель составил 14,2%.

Таким образом, можно говорить об относительно стабильной специализированной онкологической помощи населению России.

Вместе с тем в структуре смертности населения России ЗНО занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы. Среди умерших в трудоспособном возрасте (15 - 59 лет) доля умерших от ЗНО в 2014 г. достигла 14,2%. Доля женщин среди всех умерших также велика и составляет 21,9%. что требует повышения внимания медицинских работников к данной категории больных.

Правительством Российской Федерации в 2008 г. было принято решение о выделении в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» отдельного раздела, содержащего мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. В ходе реализации указанных мероприятий предусмотрено повысить онкологическую настороженность и ответственность врачей первичного контакта: терапевтов, хирургов, гинекологов, оториноларингологов, стоматологов, дерматологов и врачей других специальностей. Такой подход должен обеспечить более раннее выявление ЗНО, быстрое обследование пациентов на доспециализированном этапе и своевременное направление больных в онкологические медицинские учреждения для уточняющей диагностики и лечения.

Важным компонентом мер в борьбе с онкологическими заболеваниями станет выстраивание системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая стандартизацию кадрового и материально-технического обеспечения ЛПУ в соответствии с утвержденным Порядком.

Ожидается, что реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, позволит увеличить процент раннего выявления ЗНО, приведет к снижению инвалидности от онкологических заболеваний, создаст условия для равной доступности получения пациентами специализированной помощи независимо от места их проживания.

Состояние онкологической помощи населению Чеченской республики.

Онкологическая служба республики представлена региональным онкологическим центром - ГБУ "Республиканский онкологический диспансер", онкологическим отделением ГКБ " Городская клиническая больница N 1 " и онкологическими кабинетами, развернутыми на базе муниципальных учреждений здравоохранения.

В составе ГБУ "Республиканскийонкологический диспансер" в 2014-15 годах в составе стационара функционировали 180 коек онкологические. В составе городской клинической больницы N 1 действовало онкологическое отделение на 30 коек.

Обеспеченность онкологическими койками для взрослого населения: на 10000 населения –0.0(Россия 2,2); на 1000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований - 52,0 (Россия - 60,7). Обеспеченность онкологическими койками детского населения: на 10000 детского населения - 0,25 как и прошлые годы (Россия 0,4).

Обеспеченность радиологическими койками: на 10000 населения - 0,0 (Россия 0,6); на 1000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований – 14 (Россия 16,3).

В составе поликлиник для взрослого населения функционируют 12 смотровых кабинетов, укомплектованных подготовленными по онкологии средними медицинскими работниками. В двух смотровых кабинетах работа организована в две смены.

Из 12 онкологических кабинетов для взрослого населения 6были укомплектованы на полную должность врачами и медицинскими сестрами.

На одного врача-онколога приходилось 549,6 больных, состоявших на диспансерном учете. На тысячу вновь выявленных случаев ЗНО приходилось 11,6 онкологов (по РФ в 2009 г. - 11,6).

В 2010 г. материально-техническая база онкологической службы региона существенным образом укреплена. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 г. N 1156 "О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями" и соглашением с Минздравсоцразвития России республику были перечислены субсидии в размере 437 437 830 рублей. Софинансирование из областного бюджета составило 229 млн. рублей.

За счет средств федерального бюджета для республиканского онкологического диспансера закуплены 8 единиц дорогостоящего высокотехнологичного оборудования (40-срезовый специализированный рентгеновский компьютерный томограф, линейный ускоритель на 20 МЭВ,линейный ускоритель на 6МЭВ, аппараты гамматерапии и брахитерапии, поставлено современное эндоскопическое оборудование с возможностью эндо-УЗИ , общей стоимостью 254 288, 991 тысяч рублей.

В 2011 году на сумму 183 000 402,68 заключено дополнительное соглашение с Министерством Здравоохранения и социального развития на закупку дополнительного оборудования в соответствии с порядком оказания онкологической помощи.

Закуплен, поставлен и введен в эксплуатацию видеоэндоскопический комплекс с установками для ультразвуковой и флуоресцентной эндоскопии. Поставлены в диспансер ОФЭКТ/КТ сканер, гамма-терапевтический аппарат для дистанционной лучевой терапии, информационно-управляющая система.

На реконструкцию лучевого блока ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» из средств областного бюджета выделены 22,0 млн.руб. под монтаж и установку оборудования, закупаемого за счёт средств федерального бюджета. В 2015 году дополнительно выделено 64,4 млн. руб. Завершено строительство хирургического комплекса, в настоящее время ведется монтаж оборудования.

За счет средств республиканского бюджета на сумму 189054,0 тыс. руб. для оснащения первичного звена здравоохранения и республиканского онкологического диспансера закуплена 122 единицы высокотехнологичного и дорогостоящего медицинского оборудования. В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению, обучены 110 врачей по различным специальностям.

Таким образом, в рамках мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению, в области внедрена современная модель функционирования программы по лечению онкологических заболеваний.

За счет средств бюджета Чеченской республики построен хирургический корпус ГБУ "Республиканский онкологический диспансер".

В соответствии с приказомМинздравсоцразвития России от 15ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению попрофилю онкология" в рамках Программы предусмотрено проведение работы по дальнейшему развитию онкологической службы и укреплению ее кадрового потенциала.

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения для нужд регионального онкологического диспансера - ГБУ "Республиканский онкологический диспансер" - в 2011 г. закуплено дорогостоящее медицинское оборудование. Реализация мероприятий позволяет увеличивать медицинскую эффективность оказываемой медицинской помощи, внедрять новые современные технологии диагностики и лечения, создавать комфортные условия для пациентов.

Организация оказания онкологической помощи в Чеченской республике

После выхода в свет приказа Минздравсоцразвития России от 15.11.2012г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению попрофилю онкология» республиканским онкологическим диспансером проведена определенная работа по реализации данного приказа на территории Чеченской республики. Был подготовлен приказ министерства здравоохранения от 18.09..2013г № 218 «Об организации работы противораковой комиссии», а также республиканского консилиума специалистов-онкологов,приказ от 13.01.2014г за №05 для оказания качественной консультативной и диагностическойпомощинаселению,которым определены:

1. порядок взаимодействия ЛПУ при онкологических заболеваниях;

2. контингенты больных с предопухолевыми заболеваниями, подлежащие диспансеризации в ЛПУ.

3. схема динамического наблюдения женщин, находящихся в группе повышенного риска по раку молочной железы в женских консультациях Чеченской республики

Логика приказа заключается в том, что он регламентирует маршруты движения пациентов при подозрении на злокачественное заболевание в зависимости от локализации патологического процесса.

Плановая онкологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается на основе взаимодействия врачей первичного звена здравоохранения: участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей - хирургов и врачей-онкологов.

Медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов оказывают медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с рекомендациями врачей-онкологов и врачей-специалистов.

При подозрении или выявлении опухолевого заболевания пациент направляется в первичный онкологический кабинет ЛПУ.

Больные с подозрением или установленным диагнозом злокачественного новообразования из первичных онкологических кабинетов ЛПУ республики, поликлиник,

и стационаров республиканских, муниципальных, ведомственных лечебных учреждений направляются в поликлинику ГБУ «РОД».

В РОД уточняется диагноз онкологического заболевания, консилиумом в составе специалистов трех профилей вырабатывается индивидуальный план лечения.

Специализированное лечение проводится в ГБУ «РОД». Или направляются на иногороднее лечение.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в отделении онкологического диспансера. Лечение там получают больные с подтвержденным морфологическим диагнозом, в том числе из районов республики.

В настоящее время в поликлинике РОД функционирует электронная регистратура ,которая позволяет дистанционно из всех ЛПУ республики записывать больных на прием к онкологу.

Онкологическая заболеваемость, организация онкологической помощи населению Чеченской Республики за 2015 г.

Онкологическая сеть республики представлена ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» обслуживающим все население республики.

Диспансер включает в себя:

- поликлиническое отделение;
- дневной стационар;
- паллиативное отделение;
- приемное отделение;
- 2 химиотерапевтических отделений;
- 3 хирургических отделений;
- радиологическое отделение.

Поликлиническое отделение расположено в 4-х этажном здании, с профильными кабинетами, где оказывается консультативно-диагностическая помощь населению. Рассчитано на 250 посещений в смену.

Стационарная помощь оказывается в онкохирургическом отделении на 90 коек, при диспансере отделение химиотерапии №1 и №2 по 30 коек, в дневном стационаре на 20 коек и паллиативном отделении на 40 коек. Всего по республике 210 коек. Обеспеченность онкологическими койками составляет в ЧР (55,8) по РФ (59,9). Радиологических коек в ЧР- 0, по РФ – 6.

Из лечебно-диагностического оборудования в диспансере функционируют – кабинет эндоскопии, УЗИ, маммографии, близкофокусной рентген – терапии. Лабораторное отделение (клиническая, биохимическая, цитологическая, ИФА – лаборатория, иммуногистохимическая лаборатория).

В системе онкологической службы имеется лечебно - диагностическое и высокотехнологического оборудования:

- МРТ SiemensMAGNETOMEspree.
- Маммограф MAMMO 4 MT.
- АнгиографGEInnova 2100.
- Система планирования лучевой терапии Sensation 40.
- Линейный ускоритель ONCOR.
- Цифровой рентгенографический аппарат экспертного класса на 2 рабочих места с 2-мя детекторами.
- Рентген – терапевтический аппарат (близкофокусный) Gulmay.
- Гамма-камера.
- Гамма камера брахитерапия.
- Комбинированная система диагностики AnyScan SC с 2-мя детекторами и независимой рабочей станцией (модель ОФЭКТ/КТ).
- Линейный ускоритель Elekta Synergy.

Из лечебно-диагностического оборудования в диспансере функционируют:

- Кабинет эндоскопии.
- УЗИ.
- Маммография.
- Лабораторное отделение (клиническая, биохимическая, цитологическая, ИФА - лаборатория).
- Близкофокусная рентген-терапия.

Демографические характеристика.

Показатель	Всего		
	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Население на территории обслуживания, всего	1324767	1346438	1370173
в т. ч. мужского	703388	672557	685361
в т. ч. женского	621379	673851	684812

За анализируемый период смертность населения составило в 2015 г – 86,0; в 2014 г. – 81,5; СКФО – 119,5; РФ – 203,2 Рост смертности в ЧР по сравнению с 2014 г. на 4,5% связано с улучшением мониторинга статистический показателей учета смертности через ЗАГСы, ЦСУ и РОД.

Показатели смертности от новообразований в ЧР, РФ и СКФО за 2015– 2014 годах.

Всего умерших от всех причин	число умерших						
	человек				**на 100 000 населения**		
	2015 г.	2014 г	Прир./сниж. (-)	2015 г. в % к 2014 г.	2015 г.	2014 г	2015 г. в % к 2014 г.
РФ	297257	293636	3621	101,2	203,2	201,1	101
СКФО	11592	11399	193	101,7	119,5	118,3	101
ЧР	1190	1108	82	107,4	86	81,5	105,5

Во исполнения письма №17-6/10/1-6078 Минздрава России составлены планы мероприятий по снижению смертности населения от новообразований на 2015-2016 годы, а также комплекс мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, предусматривающий пропаганду здорового образа жизни, охват профилактическими осмотрами, диспансеризации, ранней диагностики рентген-флюорографические, маммографическими, цитологическими, скрининговыми мероприятиями (рак молочной железы, рак шейки матки, предстательной железы). Тем самым снижением ориентировочных показателей по основным нозологиям 0,5-1% 5-летняя выживаемость 1-2%, одногодичная летальность до 1,0%.

Статистические показатели заболеваемости, смертности, профилактических мероприятий за 2013-2015гг.

№	**Наименование показателя**	**2013 год**	**2014 год**	**2015 год**
1	Заболеваемость на 100 тыс.	162,2	162,8	150,7
2	Смертность на 100 тыс.	84,0	81,5	86,0
3	Разрыв между заболеваемостью и смертностью	78,2	67,0	59,7
4	Удельный вес IIкл. группы	82,3	79,5	81,3
5	% III ст.визуальных локализаций	9,4%	7,1	7,8%
6	% IV ст.	17,6%	20,4	18,6%
7	Общая запущенность	43,5%	41,4%	42,3%

8	Удельный вес I-II ст.	44%	52,6	46%
9	% морфологической верификации	82,6%	83,4	96%
10	% выявленных при профосмотрах	21,4%	0,6%	7%
11	Распространенность на 100 000	1100	1071	1046,8
12	Летальность	7,6	8%	7,9
13	Одногодичная летальность	15,3	12,3	11%
14	% проживших 5 лет и более	29%	31%	26
15	Удельный вес умерших не состоявших на учете	-		
16	% получивших спецлечение от подлежавших ему	58,4	60,8%	61,5
17	%получивших спецлечение от заболевших	48,1	48,3	50
18	Взято на «Д» учет	2150	2075	2065
19	Умерло	1113	1218	1247
20	До 1 года умерло	329	266	223
21	Состоит на конец года	14573	14431	14484

Обеспеченность кадрами

№	Кадры	По штату	Занято	Физические лица	% укомплектованности
1	Врачи	102,25	47,0	45,0	46%
2	Средний м/ персонал	165,25	83,0	75,0	47,4%
3	Младший м/персонал	140,5	87,5	62,0	46,3%
4	Биологи	8,0	5.5	6,0	75,0%
5	Прочие	110,75	89,0	75,0	65,0%

6	Всего	518,0	312,0	263,0	50,7

В республиканском онкологическом диспансере работают 47 врачей- онкологов. В ЦРБ, в основном совместители, только в 7-х районах работают врачи-онкологи, что составляет 50,0% от общего числа. Укомплектованность 46,0 (РФ 58,8). В 2015 г. прошли подготовку на центральных базах МНИОИ им. Герцена, в РОНЦ им. Н.Н. Блохина, МРНЦ г. Обнинск. Всего 38 человек. Это специалисты радиологи, врачи лучевой диагностики-МРТ, КТ, иммуногистохимической диагностики, патоморфологи, цитологи, инженеры-физики, физики-дозиметристы. Из них:

- 3 радиолога;
- 7 человек направленно в ординатуру РОНЦ им. Н. Н.Блохина и 1 человек по детской гематологии;
- 3 радиотерапевта;
- 4 физика-дозиметриста;
- 8 ординаторов-хирургов;
- 1 сосудистый-хирург;
- 3 анестизиолога-реаниматолога;
- 1-специалист по ИГХ.
- высшей квалифицированной категорией – 8 чел.
- I категорией – 4 чел.;
- кандидат медицинских наук – 4 чел.;
- кандидат биологических наук – 1 чел.

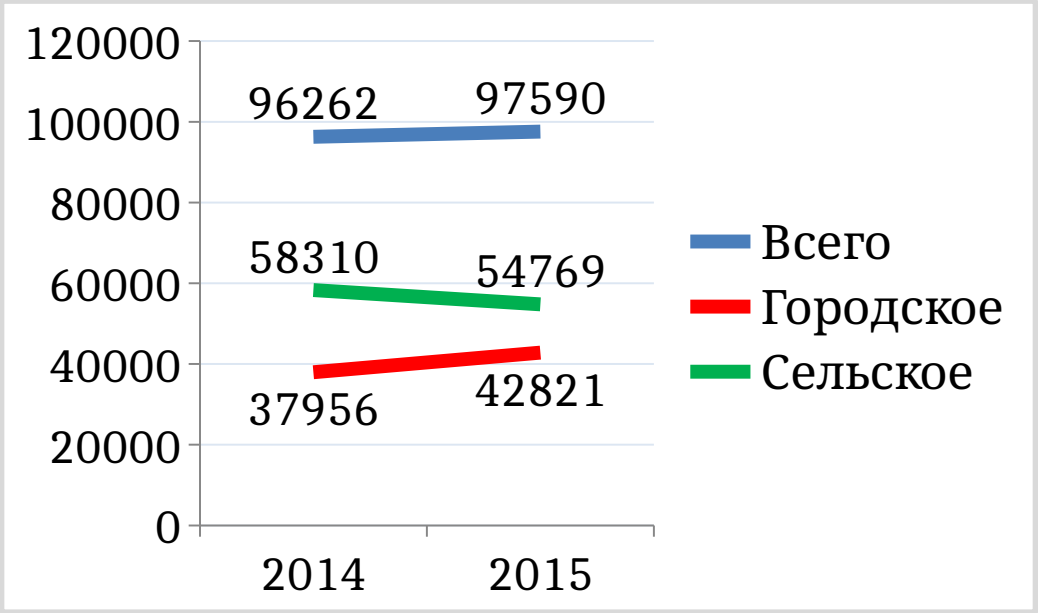
Вводом в эксплуатацию хирургического корпуса, январь 2015 г. с завершением пуско-наладочных работ, имеющегося оборудования лучевой диагностики, и лучевой терапии, и укомплектованием специалистами-онкологами 2015 г. Качество оказания медицинской помощи онкологическим больным будет осуществляется в полном объеме с марта 2016 года. После ввода в эксплуатацию лучевого отделения на 30 коек снизится процент иногороднего лечения 2015 г. через РОД направленно 317 человек вместо 764 в 2014 году.

Поликлиническое отделение.

Амбулаторно-поликлиническая и консультативная помощь онкологическим больным оказывается в профильных кабинета; пульмонологическом, хирургическом, ЛОР, дерматологическом, урологическом, маммографическом, детской онкологии, УЗИ-диагностики с проведением трепан-пункционных биопсий эндоскопические, рентген маммографии, БФТ-рентгенотерапии, клинической и цитологической лаборатории.

За 2015 год посещений 97590, из них сельских жителей 54769, городских 42821, вместо 96262, посещений 2014 г. Из них сельских жителей 58 310, городских-37 956. Нагрузка на 1-го врача составило 4,0 чел. При норме 3,0. Взято на диспансерный учет в 2015 г. 2065 чел. Вместо 2075 чел. 2014 г.

Через консилиум прошло в 2015 году 2306 человек вместо 2170 человек в 2014 г.



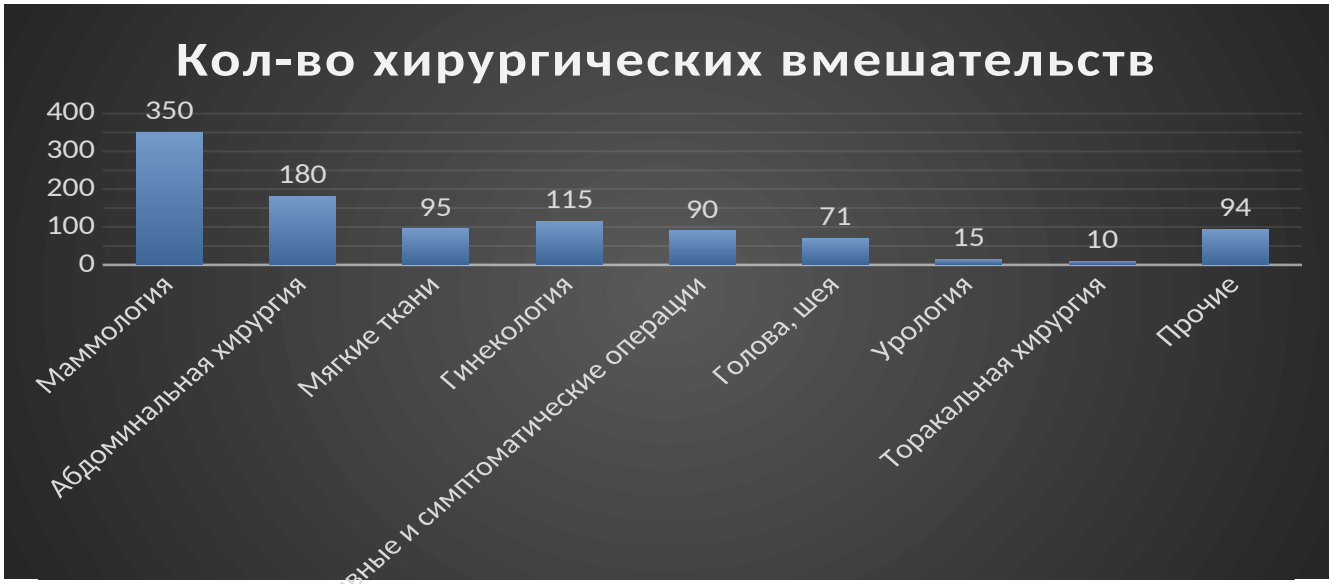
Стационарная помощь.

Стационарная помощь онкологическим больным оказывается в РОД на 210 коек: 2-отделения химиотерапии по 30 коек, отделения паллиативной помощи на 40 коек, 90 коек хирургическое отделение и 20 коек дневного стационара.

За 2015 г. получили лечение 2-х отделениях химиотерапии 2628 больных, вместо 2886 больных 2014г. В паллиативном отделении 981 чел. 2015 г. вместо 868 чел. в 2014 г.

Оборот койки 30,0. Среднее пребывание 10,0 вместо 11,0-2014 г. В онкохирургических отделениях 2015 г. пролечено 1194 чел. вместо 689-2014 г. на базе ГКБ-1.

Прооперировано 1020 чел. Хирургическая активность – 91,5. Вместо 60-2014 г. Больные госпитализировались по показаниям на оперативное лечение процент выполнения составляет 79,0 – 2015 г. Послеоперационная летальность 0.01 Общая летальность 0,5. 2014г 0,9. С вводом эксплуатации хирургического корпуса значительно вырос объем оказываемой стационарной помощи, увеличилось количество больных получивших стационарную помощь. С 4804-больных, 2015 г. вместо 4451 больных-2014 г.



С открытием хирургического корпуса с 01.01.2015 г. в отделении выполнено 1020 операции.

В перспективе: Планируется увеличение объема оперативных вмещательств на жкт, пищеводе, легком, средостении, пластических ireконструктивных после радикальной мастэктомии, ларингэктомии, эндоскопических операций (лапороскопические, тороскопические), мало-инвазивных вмешательств (пункции дренирование) под контролем УЗИ,КТ. В настоящее время сдана в эксплуатацию интегрированная операционная OR1компании KARLSTORZ. Параллельно проводится подготовка кадров в ведущих онкологических учреждениях страны в том числе ФМИЦ им. П. А. Герцена.

Лекарственное обеспечение.

Лекарственное обеспечение больных злокачественными новообразованиями чеченской республики осуществляется по линии ДЛО и ТФОМС. С целью централизации лекарственного обеспечения пациентов препаратами, обоснованным является сосредоточить планирование закупок и распределение их в едином учреждении, коим должен стать РОД. Кроме того специалистами РОД. Ежегодно и поквартально подается заявка необходимого объема лекарственных препаратов для полного обеспечения нужд онкологических пациентов 2015 г. ФОМС выделено 58845000, бюджет – 50 млн.

Распространенность.

В республике показатель заболеваемости за 2015 г. Составляет 150,7 вместо 162,8 – 2014 г. На 100 тыс. В РФ – 371,0 больных. Низкая заболеваемость в ЧР по сравнению РФ объясняется тем, что больные не обращаются к врачам, самостоятельно выезжают другие регионы на обследование и лечение, и РОД не имеет о них сведений.

За 2015 г. и по данным РОД на иногороднее лечение направлено 317 чел. Как и предыдущие годы в структуре заболеваемости 1-место занимает:

- рак легких – 30,1
- рак молочной железы – 19,8
- рак кожи – 18,5
- рак толстого кишечника – 6,4
- рак желудка – 10,2
- рак шейки матки – 4,2



Наметилась тенденция улучшения показателей выявленных III ст. Визуальных локализаций с 7,1 – 2014 до 7,8 – 2015 г. Процент морфологической верификации 83,4 – 2014 г. 96 – 2015 г. Процент проживавших 5 лет и более с 29,0 – 2014 г. До 31,0 – 2015 г. Удельный вес 2 кл.гр. 79,5 – 2014 г, и до 81,3 – 2015 г. больные 1-2ст с 44,0 2013 г. до 46,6-2014 г. Одногодичная летальность с 12,3 – 2014г. до 11,0 – 2015 г. Отмечается рост смертности с 90,4 – 2014г до 91,1 – 2015г. В РФ 120,19. Снизился процент 4ст. 20,4-2014 г. до 18,1-2015 г. Что говорит о улучшении в ЛПУ-республики ранней диагностике и профилактике по выявлению онкологических заболеваний.

Структура смертности от злокачественных новообразований:

- Рак легкого – 18,9%;
- Рак желудка – 12,5%;
- Колоректальный рак – 12,2%;
- Рак шейки матки – 8,7%;
- Рак молочной железы – 6,3%;
- Рак тело матки – 5,7% .



Вместе с тем, выявляемость при проф. осмотрах составляет менее 7%, РФ 12,9. Взято на «Д» учет в 2014 г. – 2075, в 2015 г. – 2065 больных. Состоит – 14484 чел. Республиканский онкологический диспансер на сегодняшний день проводит организационно-методические мероприятия противораковой борьбы в республике по профилактике, выявления и лечения онкологических больных. В ЛПУ республики на низком уровне организация профилактических осмотров, работа смотровых кабинетов по раннему выявлению визуальных локализаций, шейки матки, молочной железы. В связи с этим необходимо целенаправленная работа РОД по организации противораковой борьбы в республике, проведения семинаров, конференций, активизировать работу кураторов-онкологов в ЛПУ республики, организационно-методическую работу РОД, для оказания практической и методической помощи районологам и врачам общей лечебной сети. Все это будет способствовать улучшению онкологической помощи населению республики по оказанию консультативной, лечебно-диагностической, высокотехнологической помощи онкологическим больным.

Заболеваемость и смертность в районах республики.

Наиболее высокая заболеваемость отмечается в Наурском и Грозненском районах (176,0 – 165,0 на 100 тыс. чел. населения соответственно). Смертность составляет 40,0 и 67,0 на 100 тыс. чел. населения.

На меньшее заболеваемость в Шелковском 117,0 на 100 тыс. и смертность 46,0. А также по Курчалоевскому району – 117,0 и смертность 45,0.

Выявлено при профосмотрах:

- Курчалоевский р-он – 13%;
- Надтеречный р-он – 4%;

- Шелковской р-он – 4%.
  В остальных учреждениях медицинские организации ЧР менее 1%. Общая запущенность IVст. и III ст. визуальной локализации более 50% в:

- Шелковском – 59%;
- Ножай-Юртовском – 62%;
- Надтеречном – 77%;
- Шатойском – 63;
- Веденский – 60%;
- Сунженский – 60%.
  Наименьшее запущенность:

- г. Аргун – 39,2;
- Грозненский – 39,1;
- Шалинский – 44,5.
  По РФ общая запущенность составляет 31,5%.

Организационно-методическая работа.

Организационно методический отдел является одним из структурных подразделений ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» по вопросам организации противораковой борьбы и онкологической помощи населению.

Для наблюдения за больными с злокачественными новообразованиями создана централизованная картотека. Сведения на онкологических больных систематически поступают в ОМО диспансера, где сформированы разделы, в которых собрана информация отделено по каждому району республики.

Проводится работа по формированию популяционного канцер- регистра, которое будет завершена в I полугодие 2016 года.

ОМО организовывает и обеспечивает:

- учет онкологических больных;
- анализ заболеваемости и смертности;
- организация диспансерного наблюдения за больными III клин, группы;
- связь онкологического диспансера с учреждениями общей лечебной сети;
- вопросы подготовки кадров врачей-онкологов.

Во всех районах закреплены врачи для проведения методической и консультативной работы. Выезды в район планируются 2 раза в год.

В 2015 году сделано 20 выездов:

- районы-9;
- поликлиники города -11.
  В 2014 году -16 выездов**.**

Укомплектованность в районах республики онкологами 50% (Ачхой- Мартановский р-н, Урус-Мартановский р-н, Курчалоевская ЦРБ, г. Шали, г. Гудермес, Шатой, Грозненская сельская ЦРБ), а в г. Шали и г. Гудермесе по 2 онколога.

В остальных районах медицинскую помощь обеспечивают врачи совместители разных специальностей, не имеющие онкологическую подготовку.

Систематически проводятся семинарские занятия по онкологии, для врачей общей лечебной сети по повышению онкологической настороженности у лиц из группы риска.

Особое внимание было уделено в 2015 году вопросам обучения врачей по оказанию паллиативной помощи онкологическим больным, во исполнения приказа от 14 апреля 2015 г. п. 187-Н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» проведено четыре обучающих семинара.

Организованно 13 конференций на базе Республиканский онкологический диспансер с приглашением онкологов из СКФО, с участием ведущих специалистов МНИОИ им. П. А. Герцена, с проведением мастер-класса.

Прошли стажировку 38 врачей на базе МНИОИ им. П. А. Герцена по радиологии, анестезиологии, лабораторному делу, эндоскопии, онкологии, торакальной хирургии, урологии, эндоваскулярной хирургии, 2 врача в Шанхае (Китай), Бухаресте (Румыния). В ноябре 2015 года участвовали в «Всероссийском конгрессе онкологов» 9 человек. Также в августе 2015 года проходила конференция с участием главных онкологов СКФО с участием 3 человек.

Организована телекоммуникационная система «Онкология» с МНИОИ им. П. А. Герцена.

Постоянно проводятся информационная работа по ранней диагностики и профилактики онкозаболеваний (сайт onkochr.ru, инстаграмм, телевидение).

С 1 января 2016 года выпускается газета «Вестник онкодиспансера».

Вместе с тем, в работе еще имеются существенные недостатки, которые связаны с одной стороны объективными причинами (недостаток специалистов-онкологов, укомплектованность онкологами в районах республики 38%, в основном совместители. Отсутствия сочетанных методов гамма-терапевтического, лучевого лечения больным злокачественными заболеваниями в РОД на протяжении длительного времени с 1995 г. В связи с чем более 30% вынуждены направлять на иногороднее лечение.

Все еще остается низкий процент выявляемости при профосмотрах менее 7%, по РФ- 12,9%, связи чем отмечается высокая запущенность 30,7. РФ 22,3.

В ЛПУ на низком уровне работа смотровых кабинетов действует только 30% случаев, всего 7 кабинетов: 4 в городе, 3 в районах республики. Нет 2-х сменной работы по раннему выявлению визуальных локализаций, шейки матки, молочной железы прямой кишки.

Низкая заболеваемость 2015 г. 150,7 на 100 тыс. по РФ-371,0 свидетельствует о недостаточной клинической и диагностической помощи оказываемой больным злокачественными заболеваниями в РОД, связи с чем многие выезжают на иногороднее лечение самостоятельно,

минуя диспансер, что сказывается на истинный показатель заболеваемости, учет и диспансеризацию онкобольным.

В связи с этим в настоящее время проводятся ряд мероприятий направленных для улучшения онкологической помощи населению:

1. Издан приказ МЗ ЧР от 18 09 2013 г.за № 218 «об организации работы противораковой комиссии», а также республиканского консилиума специалистов-онкологов, приказ от 13 01 2014 г.за № 05 для оказания качественной консультативной и диагностической помощи больным злокачественными заболеваниями.
2. Организованы выезды по оказанию организационно-методической и практической помощи, с главным онкологом совместно с РОД в 12 медицинских организация республики.
3. Запланировано ежеквартальное проведение конференций при РОД (по профилактике и лечения опухолевых и предопухолевых заболеваний), для врачей общей лечебной сети (хирургов, гинекологов, терапевтов).
4. Получило развитие материально-техническая база диспансера
5. Установка высокотехнологического оборудования
6. Укомплектованность и подготовка кадров специалистов онкологов для оказания высококвалифицированной онкологической помощи больным с ЗНО.

В настоящее время РОД прилагает все усилия для качественного оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи онкологическим больным.

Перспективы развития.

Ввод в эксплуатацию радиологического отделения на 30 коек для проведения лучевых терапии в марте 2016 года, что свою очередь повысит качество лечения онкологических больных и снизит процент выезжающих на иногороднее лечение.

Повысить уровень организационно-методической работы РОД, усилить контроль за организацией профилактических осмотров, смотровых и онкологических кабинетов поликлиники, за качеством диспансерного наблюдения и лечения онкологических больных.

Завершить формирование при РОД канцер регистра больных, страдающих злокачественными заболеваниями.

Оказание высокотехнологической помощи по ОМС, больным ЗНО, с марта 2016 г. (хирургия, лекарственная,лучевая терапия).

Расширения объема эндохирургических операций на жкт,гинекологических,урологических б-ным с ЗНО а также хроническими заболеваниями.

Ввод в эксплуатацию иммуногистохимической лаборатории в течении 2016г.

Внедрение программы « Берс» с центром МИАС . МЗ.ЧР. март 2016г. электронная регистратура ,запись к врачам поликлиник.

Совершенствовании и внедрении в РОД современных методов лечения и диагностики , обсуждаемым на еженедельном совместном видио-конференциях с НИИ им Герцена.

Активизировать выезды врачей кураторов-онкологов в ЛПУ республики, для оказания методической и практической помощи на местах, по профилактике и раннему выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний.

В ЛПУ систематически проводить анализ причин запущенности ЗНО, с последующим разбором на врачебной конференции и в 10-дневный срок предоставлять протоколы разбора в РОД.

Главным врачам медицинских организаций организовать работу смотровых кабинетов поликлиник, обеспечив при этом осмотр всех женщин обращающихся в поликлинику с целью раннего выявления рака молочной железы, шейки матки, прямой кишки с обязательным цитологическим исследованием.

В 2016г. предусмотреть открытие централизованной цитологической лаборатории, с последующим забором и доставкой материала для исследования в РОД.

В медицинских организациях республикии наладить работу имеющихся маммографических установок для диагностики рака молочной железы, а также проведения скрининговых мероприятий.

Внедрить скрининговые программы (Рак мол.железы, шейки матки, предстательной железы) населения, ориентированные на раннее выявление онкологических заболеваний.

Обеспечить РОД в полном количестве химиопрепаратами и другими средствами для лечения онкологических больных.

Подготовка и переподготовка кадров (радиологов, специалистов- МРТ, КТ, ИГД, патоморфологов, цитологов, инженеров физиков) с привлечением молодых специалистов и выпускников ВУЗов с целью онкологической настороженности врачей общей лечебной сети необходимо проведения на базе РОД. Семинаров, научно-практических конференций для хирургов, терапевтов, гинекологов, а также приглашением лекторов с центров онкологии и гематологии по актуальным вопросам профилактики и лечения злокачественных новообразований.

Информирование населения по основным факторам риска ЗНО, по вопросам профилактики, онкологической настороженности и раннего выявления онкологических заболеваний, формирования приверженности населения к здоровому образу жизни.

Анализ проблем онкологической службы

Сегодня перед республикой стоит целый ряд актуальных вызовов предстоящего периода.

С одной стороны, они связаны с известными медико-демографическими проблемами, развивающимися в русле общероссийских тенденций. Неотъемлемой составной частью современной демографической ситуации является реструктуризация патологии: нарастание уровня и удельного веса ресурсоемких, с позиций потребления медицинской помощи, болезней и причин смерти. С другой стороны, до сих пор имеют место диспропорции между ростом потребностей населения в объемах и качестве лечебно-профилактической помощи и степенью удовлетворения этих потребностей.

В рамках Стратегии социально-экономического развития Чеченской республики до 2020 года перед органами управления и учреждениями здравоохранения поставлены задачи по созданию стимулов для внедрения эффективных инструментов стратегического планирования, программно-целевого бюджетирования и бюджетирования, ориентированного на результат, а также механизмов административного регулирования, мотивирующих администраторов снижать издержки и гибко учитывать запросы потребителей медицинских услуг.

Разобраться в слабых и сильных сторонах деятельности онкологической службы в целом и диспансера в частности поможет стратегический (SWOT) анализ развития онкологической службы Чеченской республики.

Стратегический (SWOT) анализ
развития онкологической службы Чеченской республики

Сильные (S), слабые (W) стороны, возможности (O) и угрозы (T)

Сильные стороны (S)	Возможности (O)
1. Развитая лечебная сеть, обеспечивающая необходимую маршрутизацию пациентов. 2. Квалифицированный кадровый состав. Высокая ответственность медицинского персонала. 3. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями.	1. «Малозатратный маркетинг» (регулярное освещение деятельности диспансера в СМИ, частые публичные выступления врачей с презентацией услуг, оказываемых диспансером – в рамках профилактической работы). 2. Перспектива привлечения новых клиентов, в т.ч. юридических лиц. для оказания услуг и работ за счет расширения их спектра (например,

4. Широкий спектр оказываемых медицинских услуг в ГБУ РОД. 5. Наличие нового медицинского оборудования в соответствии с порядками и стандартами оснащения. 6. Постоянный спрос на оказываемые онкологической службой медицинские услуги. 7. Хорошая организация работы по повышению онкологической настороженности врачей и средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений; 8. Развитая транспортная инфраструктура.	скрининговые исследования, просветительская деятельность в организациях и т.п.). 3. Оптимизация имеющихся ресурсов (перераспределение площадей, кадров и пр.). 4. Строительство новых лечебных корпусов, пансионата для амбулаторных больных. 5. Оказание различных видов специализированной медицинской помощи в соответствии с лицензией 6. Внедрение современных технологий (высокотехнологичная медицинская помощь, участие в программных исследованиях и др.)
Слабые стороны (W)	**Угрозы (T)**
1. Дефицит кадров в первичных онкологических кабинетах. 2. Отсутствие единой информационной системы. 3. Кадровый дефицит в отдельных специальностях (патоморфологи, радиологи, лучевые диагносты). 4. Недостаточное количество площадей. 5. Высокая степень износа зданий, потребность в проведении капитального и текущего ремонта. 6. Недостаточность бюджетного финансирования. 7. Высокое энергопотребление. 8. Использование дорогостоящих лекарственных препаратов для	1. Риск «утечки кадров» в близко расположенные учреждения в случае предложения им более выгодных условий труда. 2. Отток кадров в более привлекательные отрасли экономики. 3. Отсутствие адекватного механизма компенсации дефицита бюджетного финансирования в связи недостаточным развитием платного сектора медицинских услуг на территории республики. 4. Старение кадров. 5. Риск снижения направления больных, в связи с кадровым голодом в первичных

химиотерапии. 9. Проведение закупок только по ФЗ-44	онкологических кабинетах. 6. Рост стоимости технического обслуживания высокотехнологичного медицинского оборудования. 7. Ориентация пациентов на оригинальные препараты.

PEST – анализ

Политико-правовая (P)	**Экономика (E)**
1. Изменения законодательства в сфере здравоохранения. 2. Совершенствование правового положения государственных (муниципальных) учреждений. 3. Курс на коммерциализацию бюджетной сферы. 4. Реализация нормативной базы, регламентирующей деятельность онкологической службы.	1. Инфляция. 2. Рост затрат (на медикаменты, коммунальные услуги и т.д.). **3.** Рост заработной платы сотрудникам вследствии реализации майских указов президента. 4. Стабильный спрос на услуги онкологической службы у населения.
Социум (S)	**Технология (T)**
1. Ориентация в обществе на здоровый образ жизни. 2. Влияние СМИ. 3. Формирующееся негативное отношение к т.н. «вредным привычкам». 4. Демографические изменения (старение населения).	1. Внедрение новых методов диагностики и лечения. 2. информатизация здравоохранения. 3. приобретение нового медицинского оборудования.

Проанализировав сильные и слабые стороны в работе онкологического диспансера можно сделать некоторые выводы:

- спрос на услуги ГБУ РОД будет на достаточно высоком уровне (отсутствие конкуренции в данном сегменте рынка);

- оказание медико-реабилитационной помощи будет на самом высоком уровне (квалифицированный медперсонал);

- существуют возможности в улучшении материально-технической оснащенности ГБУ РОД;

- специализированная медицинская помощь оказывается на высоком уровне (квалифицированный медперсонал);

- материально-технической оснащенность диспансера соответствует порядку оказания онкологической помощи;

- статус учреждения среди населения высок;

- возможно расширение инфраструктуры предполагаемых услуг;

- возможно эффективное использование современных медицинских технологий обследования и лечения с использованием современного высокотехнологичного оборудования;

- диспансер с трудом может нормально функционировать в условиях сложившегося дефицита бюджетных средств и дефицита площадей.

В меняющихся экономических реалиях в здравоохранении с учетом социальной значимости онкологических заболеваний, необходим комплексный подход, сочетающий эффективный контроль с материальным стимулированием.

Необходимо использовать материальные стимулы. С учетом отраслевой системы оплаты труда необходимо увязать объем стимулирующих выплат с результатами труда в первичных онкокабинетах, включив в критерии выплат основные показатели онкологической помощи активную выявляемость, запущенность, одногодичную летальность, охват прикрепленного населения скрининговыми программами. Данные целевые показатели необходимо установить по согласованию с ГБУ РОД дифференцированно с учетом особенностей территории, определив при этом зоны ответственности первичного звена (ЛПУ) и онкодиспансера (куратора онкокабинета и диспансера в целом). Это особенно актуально с введением подушевого финансирования и фондодержания. Это позволит оптимизировать расходы ЛПУ на диагностику, с учетом наличия необходимого оборудования в других медицинских организациях, включая частные.

В тоже время целесообразны целевые выплаты из бюджетов муниципального уровня за выявление ранних форм рака. Оплата из резервного фонда ОМС работы в дни открытых дверей, когда пациент напрямую обращается в онкодиспансер минуя первичную сеть.

Анализируя представленные данные можно отметить, что в ГБУ РОД сохраняется дефицит медицинских кадров в отдельных медицинских специальностях: патоморфологи, радиологи, рентгенологи

Кадровую тревогу вызывает большой процент лиц пенсионного возраста, особенно среди среднего медицинского персонал,однако и эта задача успешно решается .

Несмотря на хорошую подготовку и квалификацию большинства заведующих структурными подразделениями плохо приспосабливаются к новым экономическим условиям, когда надо уметь зарабатывать и контролировать расходы. Необходимо учитывать еще и тот факт, что данный контингент достаточно консервативен, тяжело переобучаем, что в новых условиях может создавать определенные трудности – сопротивление изменениям, отсутствие мотивации к переменам и пр.

Это свидетельствует о необходимости привлечения на работу в ГБУ РОД новых квалифицированных сотрудников, имеющих руководящий потенциал. Создаваемый таким образом кадровый резерв необходимо помимо медицинских знаний вооружить и основами экономики, менеджмента. Для решения данного вопроса так же надо создать заинтересованность в работе в нашем учреждении, обозначить перспективы.

ГЛАВА II

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУ РОД

АНАЛИЗ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ГБУ РОД

Государственное бюджетноеучреждение "Республиканский онкологический диспансер" (далее - Учреждение), является государственным лечебно - профилактическим учреждением.

Учреждение, ранее именуемое Республиканский онкологический диспансер, создано в 1948 году. Учреждение относится к государственной системе здравоохранения Чеченской республики.

Учреждение в своем составе имеет структурно обособленные подразделения, расположенные по адресам:

364000, город Грозный, улица Леонова 81;

Тип Учреждения: бюджетное. Наименование учредителя и собственника имущества Учреждения: Чеченская республика. Наименование исполнительного органа государственной власти республики, осуществляющего функции и полномочия учредителя: Министерство здравоохранения Чеченской республики (далее - Управление).

Полномочия собственника в отношении имущества, находящегося в оперативном управлении Учреждения, осуществляет министерство имущественных и земельных отношений Чеченской республики.

Учреждение является юридическим лицом по российскому законодательству, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, лицевые счета в управлении федерального казначейства по Чеченской республике(Министерство финансов республики).

Учреждение для достижения целей своей деятельности вправе от своего имени совершать сделки, приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права и нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде, арбитражном и третейском судах.

В своей деятельности Учреждение руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами, актами Президента Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и законодательством Чеченской республики, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Чеченской республики, приказами министерства, а также Уставом. Все изменения и дополнения к уставу Учреждения утверждаются министерством здравоохранения ЧР и подлежат регистрации в установленном действующим законодательством порядке.

Учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с предметом и целями, определенными учредителем при его создании, путем выполнения работ, оказания услуг в сфере здравоохранения.

Предметом деятельности Учреждения является специализированная медицинская помощь. Учреждение выполняет работы (услуги) по доврачебной, амбулаторно - поликлинической, стационарной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.

Целями деятельности Учреждения являются профилактика и лечение злокачественных, доброкачественных новообразований и предопухолевых заболеваний.

Для достижения указанных целей настоящего Устава Учреждение, за счет финансовых средств, поступающих в рамках государственного задания, осуществляет следующие виды деятельности:

основные:

- медицинская деятельность в соответствии с полученной лицензией;

- фармацевтическая деятельность с правом изготовления лекарственных препаратов, с правом работы с сильнодействующими и ядовитыми веществами в соответствии с полученной лицензией;

- деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ в соответствии с полученной лицензией;

- проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения.

иные виды деятельности:

- деятельность по внедрению современных методик обследования, лечения и реабилитации онкологических больных;

- организационно - методическая помощь лечебно - профилактическим учреждениям и контроль их работы по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических больных;

- изучение заболеваемости населения, проведение мероприятий, направленных на профилактику онкологических заболеваний, на выявление ранних стадий заболеваний и улучшения качества лечения;

- анализ эффективности оказываемой амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;

- подготовка и ведение медицинской статистики;

- соблюдение санитарных норм и правил эксплуатации Учреждения, санитарно - гигиенического и противоэпидемиологического режима;

- санитарно - гигиеническое воспитание населения, информирование по вопросам профилактики онкологических заболеваний;

- деятельность по совершенствованию структуры Учреждения, развитию и совершенствованию его материально-технической базы;

- участие в реализации федеральных, республиканских целевых и ведомственных программ;

- участие в деятельности по обеспечению готовности к действиям в чрезвычайных ситуациях;

- деятельность по проведению мероприятий по охране труда, противопожарных мероприятий;

- участие в российских и международных съездах, конференциях, симпозиумах, семинарах;

- организация и проведение конференций, семинаров, выставок и др. по проблемам, входящих в компетенцию Учреждения;

- участие в решении вопросов опеки;

- организация мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;

- разработка, эксплуатация и сопровождение программного обеспечения и автоматизированных систем;

- оказание вспомогательной деятельности для достижения поставленных целей внутри Учреждения: организация питания, перевозка сотрудников и пациентов Учреждения, закупка товаров, работ и услуг, осуществление текущего ремонта зданий и помещений Учреждения;

- прочие работы и услуги в соответствии с лицензией.

Учреждение вправе осуществлять иные виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующие указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в его Уставе.

Учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность в соответствии с Уставом, в том числе оказывать платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, положением об оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Перечень платных медицинских услуг устанавливается Учреждением самостоятельно с учетом действующего законодательства Российской Федерации, тарифы на оказание платных медицинских услуг утверждаются Управлением. Право Учреждения на оказание медицинских услуг, перечисленных в перечне, подтверждается разрешением Управления.

Государственное задание для Учреждения в соответствии с предусмотренными настоящим Уставом основными видами деятельности формирует и утверждает Управление.

Учреждение вправе сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных законодательством Российской Федерации, в пределах установленного государственного задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его Уставом, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается Управлением, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУ РОД

С 1 января 2013 года диспансер переведен на одноканальное финансирование за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования.

За счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования поступило средств за выставленные реестры на общую сумму 482 миллионов 348 тысячи рублей, из них надтарифная часть для оплаты текущих расходов составила 102 миллиона рублей. Остаток средств на конец отчетного периода составил 13 миллионов 300 тысяч рублей. За прошлый расходы составили 382 миллиона 682 тысячи рублей. Кредиторская задолженность на 1 января 2016 года отсутствует.

Финансирование ГБУ РОД за период 2013-2015гг. в тысячах рублей

	2013		**2014**		**2015**	
	план	**факт**	**план**	**факт**	**план**	**факт**
Бюджет					**185595,9**	**185595,9**
Платные услуги	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
ОМС	**141929,5**	**122228,3**	**173094,4**	**173094,4**	**197086,5**	**187026,0**
Итого						

Расчет потребности средств по уплате налога на имущество в 2015 г. для ГБУ РОД

№	Наименование показателя	Показатель
1.	Среднегодовая стоимость имущества за отчетный период	827176518
2.	Льготы	Код 2012000 ЗЗрз ст.3.п.1
3.	Налоговая база, руб.	0
4.	Налоговая ставка, %	0
5.	Сумма налогового платежа	0

Расчет потребности средств по уплате налога на землю в 2015 году для ГБУ РОД.

1111111 х 4 = 0000000рублей.

Бюджет учреждения, несмотря на значительное возрастание цен по всем видам товаров, увеличения количества медицинской техники, связанного с реализацией федеральных программ, увеличения энергопотребления и коммунальных расходов не изменился по сравнению с прошлым годом. Необходимо изыскивать внутренние ресурсы, снижать затраты, развивать приносящие доход виды деятельности.

Характеристика материально-технической базы онкологического диспансера

1. Строительство, реконструкция, капитальный ремонт зданий диспансера (абс. ч.)

наименование	всего	поликлиника	лечебный корпус	радиологический корпус	Каньоны
1	2	3	4	5	6
зданий диспансера					
год постройки					
типовой проект, номер					
индивидуальный проект, номер		**нет**	**нет**	**нет**	
приспособленное помещение (соответствие санитарно-гигиеническим нормам)		**Соответств.**	**Соответств**	**Соответ.**	**Соответств**
проведение текущего строительства, реконструкций (капит. ремонта) зданий		**Текущий ремонт**	**Текущий ремонт**		**? год Текущий ремонт**
планируемые строительство, реконструкции, капитальный		**.**		**Капитальный ремонт**	

ремонт (год, объем)					

2. Каньоны (абс. ч.)

название базового ЛПУ размещения каньона, адрес	числоканьо-нов	помещения для:			
		дистанционной гамма-терапии	медицинских ускорителей	внутриполостной гамма-терапии	близкофокуснойRö-терапии
1	2	3	4	5	6
ГБУ «Республиканский онкологический диспансер», 364000 г. Грозный ул. Леонова 81	4				

3. Транспорт (абс. ч.)

№	наименование	количество	маркаавтомобиля	год выпуска
1	2	3	4	5
1	всего			
2	машины для: перевозки			
			.	
3	выездов врачей			
4	другие виды транспорта			

Характеристика

структурных подразделений ГБУ РОД

1. Структура и состав стационарных отделений диспансера (абс. ч.)

№	Наименование отделений	в них коек									Средний мед.	
			штат	Физических лиц				ученая степень, звания				
				всего	высшая категория специаль-	первая категория специальность	вторая категория специаль-	к.м.н	д.м.н	Заслу-жен-ный врач и др.	штат	физ. лиц
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1-е хирургическое отделение				онкология		1 онкология	1				
2	2-е хирургическое отделение				1 онкология	2 онкология	1 онкология			1		
3	3-е хирургическое отделение			3	2 онкология		1 онкология					
4	Полиативное отделение			4	3 онкология	1 онкология		1				
5	1-е химиотерапевтическое отделение			3			1 онкология	1				
6	2-е химиотерапевтическое отделение			2	1 онкология			1				
7	Радиологическое отделение			12	2	4	2	1				
8	Отделение анестезиологии и реанимации			6	3 анестезио-логия и реанимато-логия		1 анестезио-логия и реанимато-логия					
	итого											

1.1. Операционный блок _____ (кол-во операционных)

1.2. Количество операций_____ (абс.ч)

1.3. Количество оперированных больных_____ (абс.ч)

1.4. Реанимационные койки_____(абс.ч.)

2. Структура и состав поликлиники диспансера (абс.ч.)

2.1. Штаты

Штаты	Физических лиц				Ученая степень, звание		
	всего	высшая категория	первая категория	вторая категория	к.м.н	д.м.н	заслуженный врач и др.
1	2	3	4	5	6	7	8
Врач - онколог, всего							
вт.ч. врач-онколог							
вт.ч. маммолог							
гинеколог							
ЛОР							
стоматолог							
химиотерапевт							
и другие (указать)							
Врач радиолог							
Средний мед. персонал							
Итого							

2.2. Посещений по проекту в одну смену 120 чел.

2.3.Посещений за год

наименование	кабинетов приема	посещений за год, всего

1	2	3
Врач онколог		
вт.ч. маммолог		
гинеколог		
ЛОР		
стоматолог		
химиотерапевт		
и другие (указать)		
Врач радиолог		
Итого		

2.4. Наличие коек (отделения) дневного пребывания(**да,**нет) (подчеркнуть).

Количество коек__, смен__

2.5. Количество амбулаторных операций___абс. ч)

3.1. Организационно-методический о т д е л;

3.2. Популяционный раковый регистр входит в состав организационно-методического отдела, кабинета

3.3. Кадровый состав (при разделении ОМК и ПРР раздельно в 2-х таблицах ОМК и ПРР)

Организационно-методический кабинет

наименование	штаты	физических лиц	категория			ученая степень
			высшая	первая	вторая	
1	2	3	4	5	6	7
Врачей						
медсестер						

медицинских статистиков						
инженерно-технических работников						
прочие (указать)						

3.4. Регистр

Популяционный регистр				Госпитальный регистр			
Разработчик программы	Название программы (версии)	Дата начала действия регистра	Кол-во больных в БД	Разработ-чик программы	Название программы (версии)	Дата начала действия регистра	Кол-во больных в БД
1	2	3	4	5	6	7	8
				Нет			

4. Структура и состав диагностических отделений (кабинетов) диспансера

№	Наименование отделений, кабинетов (указать)	штат	Физических лиц				Средний мед.	
			всего	высшая категория	первая категория специальность	вторая категория	штат	физ. лиц
1	2	3	4	5	6	7	10	11
1	Кабинет рентгеновской компьютерной томографии			1 рентгенология				
2	Рентгеновский кабинет			1 рентгенология				
3	Отделение ультразвуковой диагностики			1 ультразву-ковоядиагности-ка				
4	Клинико-диагностическая лаборатория			1 клиничес-каялаборатор-ная диагностика				
5	Эндоскопическое отделение			1 эндоскопия	1 эндоскопия			

6								
7	Кабинет функциональной диагностики							
8				1 радиология				
	Итого			**6**	**1**			

Оснащение ГБУ РОД

1. Наличие локальной сети в диспансере

2. Наличие телекоммуникационных консультативно-диагностических центров в диспансере:

3. Оснащенность средствами компьютерной техники и телекоммуникации

№	Наименование	Количество
1	2	3
1.1.	в том числе количество ПК частотой работы процессора не ниже 800 МГц	
1.2.	в том числе ноутбуков	
2.	Аппаратура телекоммуникационных центров (перечислить): - Телемедицинский комплекс «Tandberg»	
3.	Другая аппаратура (перечислить)	-

4. Оснащенность аппаратами для лучевой терапии

4.1. Короткофокусными:

Название аппарата (модель, фирма)	Кол-во аппаратов	Год выпуска	Установлены, но не работают по причине		
			отсутствия врача	неисправностей	отсутствия заряда
1	2	3	4	5	6

4.2Брахитерапии

Название аппарата (модель, фирма)	Кол-во аппаратов	Год выпуска	Установлены, но не работают по причине		
			отсутствия врача	неисправностей	отсутствия заряда
1	2	3	4	5	6
MultiSource HDR	1				

4.3. Дистанционной гамма-терапии:

Название аппарата (модель, фирма)	Кол-во аппаратов	Год выпуска	Установлены, но не работают по причине		
			отсутствия врача	неисправностей	отсутствия заряда
1	2	3	4	5	6
Elekta Compact	1				
SiemensAncor	1				

4.4. Линейными ускорителями:

Название аппарата (модель, фирма)	Кол-во аппаратов	Год выпуска	Установлены, но не работают по причине		
			отсутствия врача	неисправностей	отсутствия заряда
1	2	3	4	5	6
«					

Название аппарата (модель, фирма)	Кол-во аппаратов	Год выпуска	Установлены, но не работают по причине		
			отсутствия врача	неисправностей	отсутствия заряда
1	2	3	4	5	6

4.7. Оснащенность лечебно-диагностической аппаратурой

4.7.1.Оснащенность рентгенодиагностической аппаратурой

№	Наименование рентгенодиагностических аппаратов (модель, фирма)	год выпуска	количество	Наименование исследований, которые производятся	Количество исследований
1	2	3	4	5	6
1	Маммограф		1	Маммография	
3	Рентгеновский аппарат 1		1	Рентгенографические Исследования: -органов грудной клетки - костей скелета	
4	Рентгеновский аппарат 2		1	Рентгенографические исследования -органов грудной клетки -костей скелета -рентгеноскопия	
1	**Итого**	х	5		

4.7.2. Оснащенность компьютерными томографами

№	Наименование компьютерных томографических аппаратов (модель, фирма)	год выпуска	количество	Наименование исследований, которые производятся	Количество исследований
1	2	3	4	5	6
1	SomatomSensation.	2009	1	ОГК	1268
2				ОП	1057

				КСС	513
				ЧЕРЕП	227
				ЧЛО	122
				МВП	165
				ПРОЧИЕ	360
				БОЛЮС.КОН	171
				В\ВЕН.УСИЛ.	147

4.7.3. Оснащенность аппаратами ультразвуковой диагностики

№	Наименование ультразвуковых диагностических аппаратов (модель, фирма)	год выпуска	количество	Наименование исследований, которые производятся	Количество исследований
1	2	3	4	5	6
1			1	Тонкоигольная биопсия под контролем УЗИ	
2			1	Органы брюшной полости, малого таза, МПС, мягкие	Простата Щитовидная железа Молочные железы
3			1		

Описание основных целей и направлений деятельности

онкологического диспансера

Диспансер создается как самостоятельное учреждение здравоохранения для обеспечения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью населения субъекта Российской Федерации, оказания методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям в проведении профилактики онкологических заболеваний, первичной диагностики, организации онкологического скрининга на территории субъекта Российской Федерации.

Диспансер осуществляет следующие функции:

оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями;

разработка и организационно-методическое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления онкологических

и предопухолевых заболеваний, осуществляемых на территории субъекта Российской Федерации;

анализ состояния онкологической помощи населению, эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными на территории субъекта Российской Федерации;

создание информационной системы в соответствии с требованиями действующего законодательства для оценки деятельности онкологической службы субъекта Российской Федерации;

изучение и внедрение в практику современных лечебно-диагностических методов в области онкологии;

участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по проблемам онкологии;

организация работы по повышению онкологической настороженности врачей и средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений;

методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам учреждений здравоохранения по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;

методическое руководство и консультативная помощь по вопросам санитарно-гигиенического просвещения среди населения по профилактике онкологических заболеваний, соблюдению здорового образа жизни;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Основные проблемы оказания онкологической помощи

Анализируя представленные данные можно отметить, что в ГБУ РОД сохраняется дефицит медицинских кадров в отдельных медицинских специальностях: патоморфологи, радиологи, рентгенологи

Кадровую тревогу вызывает большой процент лиц пенсионного возраста, особенно среди среднего медицинского персонала.

Несмотря на хорошую подготовку и квалификацию большинство заведующих структурными подразделениями плохо приспосабливаются к новым экномическим условиям, когда надо уметь зарабатывать и контролировать расходы. Необходимо учитывать еще и тот факт, что данный контингент достаточно консервативен, тяжело

переобучаем, что в новых условиях может создавать определенные трудности – сопротивление изменениям, отсутствие мотивации к переменам и пр.

Это свидетельствует о необходимости привлечения на работу в ГБУ РОД новых квалифицированных сотрудников, имеющих руководящий потенциал. Создаваемый таким образом кадровый резерв необходимо помимо медицинских знаний вооружить и основами экономики, менеджмента. Для решения данного вопроса так же надо создать заинтересованность в работе в нашем учреждении, обозначить перспективы.

Одним из важных условий при разработке новой, современной стратегии развития онкологической службы является возможность работы в условиях определяемых Порядком и маршрутизацией онкологических больных, а также в условиях одноканального финансирования, заданных объемах государственного задания, определяемых Территориальной программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и реальной потребности в медицинских услугах, включая первичную, специализированную, высокотехнологическую медицинскую помощь, а также скрининговые программы.

Укрепленная материальная база ГБУ РОД ложится налоговым бременем на финансово-экономическую деятельность учреждения. Налог на имущество с учетом балансовой стоимости оборудования существенно вырос. Выросло так же энергопотребление (электроэнергия, отопление и прочие коммунальные услуги).

Возникает некий парадокс. С учетом порядка оказания онкологической помощи, выполнения программ по совершенствованию онкологической помощи, модернизации здравоохранения значительно растут социальные обязательства онкологической службы. Это сопровождается увеличением парка медицинской техники, ростом фондооснащенности и фондовооруженности. Растут расходы на коммунальные услуги, налоги, содержание имущества (техническое обслуживание, ремонты). Принятые законы (83-ФЗ, 323-ФЗ, 326-ФЗ) определили большую финансово-экономическую самостоятельность медицинских организаций, в частности нашего диспансера, декларативно подкрепив ее должными финансовыми возможностями. Например, приобретение медицинского оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей возможно за средства ОМС, имущество стоимостью свыше 500 тысяч рублей относится к особо ценному и на его содержание и приобретение должен выделять средства учредитель – министерство здравоохранения. За какие средства должно быть приобретено

оборудование в интервале цен 100 – 500 тысяч рублей? Ответ очевиден, если это оборудование относится к особо ценному, то за сет учредителя, а если нет - за счет приносящей доход деятельности – платных услуг или сдачу в аренду помещений, оборудования. Платные услуги востребованы в отношении использования возможностей современного диагностического оборудования. Однако, оно поступило в рамках осуществления федеральных программ и не может быть использовано для этих целей по мнению учредителя. Необходим поиск иных возможностей по оптимизации расходов и увеличении прибыли, так как реально бюджет области не в состоянии взять на себя налоговое бремя и содержание особо ценного имущества всех государственных учреждений республики.

Возможна передача некоторых функций на договорной основе специализированным сторонним организациям.

В целях оценки возможности внедрения такой формы взаимодействия бюджетных медицинских учреждений со сторонними организациями, как аутсорсинг, необходимо рассмотрение преимуществ и недостатков ряда существующих на сегодняшний день схем организации такового взаимодействия с правовых, организационных и финансово-экономических позиций.

Под аутсорсингом понимается передача традиционных не ключевых функций организации внешним исполнителям — сторонним специализированным фирмам (аутсорсерам).

Упрощенно принцип аутсорсинга можно представить фразой: «Оставляю себе только то, что могу делать лучше других, передаю внешнему исполнителю то, что он делает лучше других».

Действительно, аутсорсинг не является новым ни сам по себе, ни для здравоохранения. Типичными формами аутсорсинга в здравоохранении традиционно считаются:

— стирка белья в специализированных прачечных;

— передача выполнения технического обслуживания, ремонтов зданий и оборудования сторонним организациям;

— пользование централизованными или сторонними автобазами;

— бухгалтерский учет через централизованные бухгалтерии;

— выполнение лабораторных исследований в централизованных лабораториях;

— привлечение гардеробщиц из специализированных организаций;

— привлечение в качестве консультантов сотрудников других учреждений и т.д.

К числу сравнительно новых, но реально существующих форм аутсорсинга относится информационное обеспечение на основе компьютерных технологий, осуществляемое специализированными фирмами (разработка и сопровождение компьютерных программ и т.п.). Относительно недавно сторонниморганизациям стали передаваться функции охраны, уборки и т.д.

Аутсорсинг является перспективным направлением для здравоохранения. Актуальность аутсорсинга для здравоохранения обусловлена в первую очередь тем, что предоставление непосредственно медицинской помощи предполагает осуществление многих видов сопутствующей деятельности: гостиничной, транспортной, приготовление пищи и т.д.

Сегодня в любом медицинском учреждении значительная часть рабочего времени не только административно-управленческого и хозяйственного персонала, но и медицинского (например, сестринского) расходуется на функции, не связанные с оказанием медицинской помощи. Функции по управлению кадрами, эксплуатации оборудования и помещений, по снабжению, уборке и т.д. занимают много времени и могут быть переданы специализированным организациям в форме аутсорсинга.

Аутсорсинг как современное явление возник на этапе изменения многих технологий, в том числе организационных. Это не просто передача ряда функций сторонним организациям — это отказ от видов деятельности, традиционно рассматриваемых как неотъемлемые от оказания медицинской помощи: таких как уборка помещений — клининг, приготовление пищи — катеринг (кейтеринг) и т.д.

Договоры на передачу части функций сторонней организации в большинстве случаев являются классическим подрядом (гл. 37 ГК РФ) или договором возмездного оказания услуг (гл. 39 ГК РФ) в зависимости от того, что именно — работы или услуги — являются предметом договора. В этом отношении они практически ничем не отличаются от иных договоров, регулируемых указанными главами Гражданского кодекса РФ. Так, по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика

оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик — оплатить эти услуги (ст. 779 ГК РФ).

Можно выделить две составляющие аутсорсинга в здравоохранении:

- непосредственно в сфере медицинской деятельности;
- в сфере услуг, обеспечивающих поддержание жизнедеятельности учреждения.

Как и любая система организации деятельности, аутсорсинг имеет свои достоинства и недостатки. Отметим некоторые из достоинств аутсорсинга.

Достоинства аутсорсинга рассматривают прежде всего, конечно, с точки зрения экономических выгод. Возможность экономии на аутсорсинге обусловлена такими факторами, как более высокая производительность труда при специализированном выполнении функций, возможность аутсорсера закупать материалы и т.д. (например, продукты питания) по более крупному опту с большей скидкой.

Достоинства аутсорсинга для бюджетного медицинского учреждения можно продемонстрировать на примере передачи выполнения ряда лабораторных исследований сторонней организации (неважно: бюджетной или частной) вне предусмотренной этапности оказания медицинской помощи:

- бюджетное учреждение не несет затрат на организацию оказания ряда лабораторных услуг (на приобретение оборудования и т.д.);
- бюджетное учреждение не несет риска коммерческой неэффективности оказания услуг (в первую очередь с точки зрения объема востребованных услуг — он должен превышать точку безубыточности);
- отпадает необходимость контроля за использованием дорогостоящих расходных материалов, отслеживать уровень рыночных цен, соотношение затрат и цены и т.д.;
- появляется возможность комплексного(максимально полного) оказания лабораторных услуг с использованием диагностической базы аутсорсера, то есть развитие лабораторной службы как таковой независимо от форм собственности;
- бюджетное учреждение имеет возможность приобретать услуги в тех объемах, которые ему необходимы.

Но у аутсорсинга имеются и другие выгоды. Например, аутсорсинг позволяет руководителям не отвлекаться на управление второстепенными обслуживающими функциями и уделять больше внимания основной деятельности учреждения.

Более обобщенно выгоды от использования механизма аутсорсинга можно выразить следующим образом:

- экономия средств (только в том случае, когда стоимость услуг по аутсорсингу ниже, чем затраты на выполнение функций собственными силами). Не в последнюю очередь это связано с более жестким контролем сохранности и рационального использования ресурсов (например, продуктов питания в аутсорсинговых компаниях по сравнению с ситуацией в пищеблоках медицинских учреждений);
- экономия времени (при выполнении новых функций, на освоение которых нет времени, проще воспользоваться услугами сторонней организации, в которой инфраструктура, технологии и необходимые специалисты уже имеются);
- как правило, более высокое, гарантированное качество передаваемых функций (услуг), обеспечиваемое узкой специализацией и тем, что аутсорсинговая компания обладает опытом выполнения соответствующих функций;
- создание условий для повышения качества медицинских услуг (за счет лучшего качества потребляемых учреждением необходимых ему услуг: питания, технического облуживания оборудования и т.д.);
- возможность привлечения ресурсов аутсорсера(аутсорсинговая компания зачастую вкладывает значительные суммы собственных средств для закупки необходимого оборудования и т.д.) — это высвобождает внутренние ресурсы для других целей;
- перераспределение финансовых средств, обеспечивающих более эффективное использование имеющихся ресурсов;
- перекладывание рисков, в том числе и финансовых (например, связанных с ростом цен на продукты питания), на внешнюю фирму;
- возможность сосредоточиться на более значимых, с точки зрения приоритетов, направлениях деятельности;
- совершенствование качества и эффективности управления за счет отсутствия необходимости контроля за сферами деятельности, в которых компетенция руководителей медицинских учреждений невысока (ремонты, техническое обслуживание и т.д.). Отпадает необходимость контроля за

процессами (например, за процессом приготовления пищи) — он заменяется контролем за результатами (например, за качеством поставляемых обедов), что менее трудоемко, чем контроль за процессами. Высвобождение времени руководителей позволяет осуществить перенос усилий от административно-хозяйственной деятельности к качеству непосредственно медицинского процесса. Аутсорсинг нередко сопровождается уменьшением численности управленческого аппарата;

- возможность решения вопроса, связанного с низкой укомплектованностью низкооплачиваемых должностей (дворники, санитарки, прачки и т.д.), например, при клининге;
- экономия затрат на обучение персонала при необходимости решения специфических задач (учреждение получает готовых «узких специалистов» без вложений на их подготовку);
- непрерывная безотказная работа (нет понятий «отпуск» и «больничный лист») — аутсорсер сам обеспечит замену временно отсутствующих работников;
- легче решать проблему неудовлетворенности исполнителями — сменить поставщика услуг проще, чем сменить штатный персонал;
- более высокая ответственность аутсорсера перед медицинским учреждением (гражданско-правовая, финансовая) по сравнению с ответственностью сотрудников собственного учреждения, ограниченная обычно дисциплинарной в рамках трудового законодательства. Повара своего учреждения, испортившего блюдо, финансово практически никак не наказать, убытков не вернуть, а от аутсорсера не всегда даже нужно требовать возмещения убытков — они автоматически падают на аутсорсера, если блюдо испорчено;
- возможность получения в готовом виде и внедрения лучшей практики в определенных сферах;
- лучшие возможности отстаивания своего бюджета в случаях сокращения бюджетных ассигнований. Сокращению фонда оплаты труда работников (поваров, дворников и т.д.) учреждение противодействовать не может.

А если заключен контракт на выполнение работ с внешней фирмой, то возможностей получить (сохранить) финансирование гораздо больше. В зависимости от ситуации это может быть подведение под так называемую «санкционированную» кредиторскую задолженность, получение дополнительных ассигнований по судебному решению (по иску аутсорсера) и т.д. Это достоинства аутсорсинга крайне актуально в кризисный период;

- возможность высвобождения в ряде случаев площадей (например,

площадей пищеблока при организации привозного питания; гаражей при пользовании услугами внешней транспортной организации);

- возможность расширения предоставления новых профильных (медицинских) услуг и т.д.

Конечно же, необходимо учитывать и недостатки аутсорсинга, возникающие в связи с его применением, возможные угрозы. К их числу можно отнести следующие:

— зависимость от внешнего исполнителя. Например, медицинские учреждения часто попадают в зависимость от фирмы-производителя программного продукта при необходимости модификации автоматизированной системы, внедрении сопряженных программ и т.д.;

— ограничение доступа к значимой информации (о составе блюд для пациентов, к информационным базам и т.д.);

— монополизм, отсутствие на рынке конкурирующих компаний по обслуживанию ЛПУ;

— неопределенность финансовой перспективы: аутсорсер, не являющийся монополистом в настоящий момент, но став в дальнейшем монополистом (чему нередко способствует сам контракт с учреждением), может взвинтить цену;

— опасности неисполнения контракта (например, из-за фиксированной цены контракта по обеспечению стационара питанием, но невозможности его исполнить со стороны аутсорсера из-за роста цен на продукты питания и т.д.);

— возможность не обеспечения надлежащего качества со стороны аутсорсера (особенно в ситуации ценового демпинга в конкурентной борьбе за контракт);

— сложность возврата функции обратно к учреждению при появлении такой необходимости в результате изменения законодательства, системы финансирования и т.д.;

Общих рекомендаций по поводу того, передавать или не отдавать определенную функцию на аутсорсинг, безусловно, быть не может. Этот вопрос каждое учреждение решает само для себя, исходя из своих целей, своего понимания путей их достижения и имеющихся ресурсов.

Аутсорсинг — не самоцель. Если экономические расчеты свидетельствуют об отсутствии экономии, если нет твердых гарантий улучшения качества и т.д., перевод на аутсорсинг нецелесообразен.

Он оправдан только в том случае, если обеспечивает решение ключевых задач в конкретной сфере:

— экономия финансовых средств;

— повышение качества;

— выполнение определенной функции при отсутствии или недостатке собственных кадров и т.д.

Определение перечня конкретных функций (услуг), оказание которых целесообразно осуществлять с помощью аутсорсинга, необходимо строить на основе проведения экономической оценки. Она предполагает сопоставление рыночной стоимости этих услуг и бюджетных расходов на их оказание медицинскими учреждениями.

Экономическая оценка эффективности аутсорсинга прежде всего включает оценку уровня расходов на осуществление выполнения рассматриваемой функции собственными силами. При этом важно, во-первых, оценить реальный уровень затрат. Например, питание пациентов включает не только стоимость продуктов питания, но и расходы на оплату труда сотрудников пищеблока, на амортизацию кухонного оборудования, его техническое обслуживание, ремонт, содержание помещений пищеблока, на коммунальные услуги и т.д. Во-вторых, в расчетах следует учитывать только те расходы, экономия которых может быть реально получена. Так, в стоимость подлежащих передаче функций в соответствующей части входят и накладные расходы, связанные с оплатой труда административно-управленческого персонала. Однако если при передаче функции (например, уборки территории) не предполагается сокращение административно-управленческого персонала (АУП), нельзя рассматривать накладные расходы как расходы, которые будут сокращены при аутсорсинге. В то же время в ряде случаев сокращение затрат на содержание АУП возможно. Например, при отказе от содержания собственного пищеблока уменьшаются затраты труда бухгалтеров на достаточно трудоемкий учет продуктов питания, а также затраты труда других представителей АУП на подготовку и проведение сложных процедур по обеспечению государственного (муниципального) заказа по продуктам питания.

Необходим также учет дополнительных расходов, вытекающих не из самой передаваемой функции, а из организационных мероприятий, связанных с введением аутсорсинга (например, на выплаты сокращаемым работникам ликвидируемых подразделений).

И, конечно, нужно уметь правильно оценить рыночную стоимость услуг у аутсорсеров с учетом таких факторов, как:

— возможное снижение цен в результате осуществления мероприятий по размещению государственного (муниципального) заказа;

— учет налога на добавленную стоимость (НДС), если услуга облагается этим налогом, — декларируемые цены аутсорсера могут не учитывать НДС и т.д.

Естественно, что в ситуации, когда решения об аутсорсинге (например, о централизации лабораторной диагностики и т.д.) принимают вышестоящие органы управления, именно они должны проводить оценку экономической эффективности, целесообразности подобных мер.

При этом крайне важен правильный выбор схемы аутсорсинга. Так, аутсорсинг в сфере питания пациентов может быть организован по двум основным схемам:

— закупка готовой пищи, приготовленной на базе аутсорсинговой компании и доставляемой в учреждение. Это наименее обременительная для учреждения, но одновременно и наиболее затратная для него схема;

приготовление пищи аутсорсинговой компанией на базе пищеблока самого медицинского учреждения. При этом достигается экономия на амортизации оборудования (если имеющееся у учреждения оборудование не требует полной модернизации), на транспортных издержках. Возможна экономия и на арендных платежах. Правда, в последнем случае ситуация неоднозначна. С одной стороны, помещения предоставляются аутсорсинговой фирме не для ее собственной деятельности, а для организации питания пациентов учреждения. Теоретически в этом случае можно обойтись и без аренды. С другой стороны, позиция КУГИ (КУМИ) может быть иной: они могут настаивать на заключении полноценного договора аренды с учетом всех платежей. Если средства от аренды возвращаются в полном объеме самому учреждению (что принято не во всех регионах), то ситуация для учреждения более благоприятна. Хотя аутсорсинговая фирма на стоимость аренды как составляющей общей суммы расходов

«накрутит» прибыль, и общий баланс все равно будет не в пользу бюджетного учреждения.

Нужно учитывать и возможные дополнительные выгоды аутсорсинговых компаний. Например, фирма, организующая аутсорсинг в форме питания пациентов при одновременной организации питания и для сотрудников учреждения и посетителей, получит дополнительную прибыль (как минимум снижение накладных расходов, связанных с приготовлением пищи для пациентов).

Конечно, экономическая эффективность — не единственный критерий, определяющий целесообразность аутсорсинга. Теоретически аутсорсинг может вводиться и в случае более высокой стоимости затрат на закупку услуг у аутсорсера по сравнению с затратами на осуществление этой функции в самом учреждении, если более значимым фактором является другой — например, улучшение качества (уборки, питания, ремонтов и т.д.). Но при этом возникает серьезная дилемма — можем ли мы позволить себе более высокие расходы ради более высокого качества при нынешнем уровне финансирования?

В заключение следует отметить: динамичность изменения экономической ситуации, действующего законодательства и других факторов требует пристального внимания к возможности использования различных схем организации деятельности своего учреждения. Аутсорсинг в ряде случаев может оказаться выгодной для медицинского учреждения формой реализации определенных функций. Однако выявить это могут только четкие экономические расчеты, другие способы обоснования.

Очевидно, что данные события требуют серьезного пересмотра деятельности учреждения по всем сферам – экономической, финансово-хозяйственной, кадровой и пр., требуют принятия новых управленческих решений, но главное – разработки стратегии развития учреждения.

Данная работа (разработка стратегии) ранее не проводилась, по крайней мере в учреждении ГБУ РОД. Одноканальное финансирование в последнее время направлено на закрытие потребностей по основным статьям: заработная плата сотрудников, налоговые отчисления, коммунальные услуги, закупка медикаментов и продуктов питания, горюче-смазочных веществ. Вместе с тем такие статьи расходов, как приобретение основных средств стоимостью свыше 100 тысяч рублей, капитальные ремонты, техническое

обслуживание дорогостоящего оборудования практически не финансируются и создаются трудности в нормальном функционировании.

Вместе с тем большое количество федеральных и региональных органов занимающихся проверками исполнения законодательства (Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Ростехнадзор, транспортная инспекция, органы внутренних дел, прокуратура, МСЧ и прочее) требуют неукоснительное исполнение законодательства РФ связанных с охраной здоровья граждан и безопасности нахождения в медицинских организациях.

Учитывая вышеперечисленное возникла необходимость экономии бюджетных средств и перераспределении на необходимые первоочередные мероприятия. Возникла необходимость оптимизировать услуги по оказанию медицинской помощи, лечебно-профилактические мероприятия. Создать «портфель услуг» медицинской помощи действительно необходимых для диагностики, лечения и реабилитации, онкологических больных на среднесрочный период до 2015 года. Просчитать экономическую эффективность передачи ряда функций не относящихся к немедицинским на аутсорсинг сторонним специализированным организациям на договорных отношениях таких как:

- обеспечение питания больных;

- транспортные услуги;

-стирка белья в специализированных прачечных;

-лабораторная диагностика.

При наличии соответствующей базы знаний, подготовки руководителей, мотивации коллектив, правильных управленческих решений, укрепления материально-технического оснащения есть возможность повысить качество оказания специализированной медицинской помощи населению, расширить спектр оказываемых услуг.

ГЛАВА III.

Создание кластера оказания онкологической помощи жителям

Чеченскойреспублики

Обоснование создания кластера онкологической помощи

Главной целью государственной социальной политики является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг и прежде всего качественной медицинской помощи. В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года к числу основных задач отнесены снижение предотвратимой смертности населения, а также заболеваемости и смертности от социально значимых болезней. К 2025 году в России предполагается снизить по сравнению с 2006 годом уровень смертности в 1,6 раза и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет. Решение перечисленных задач достигается путем совершенствования программ профилактики болезней и применения новых инновационных технологий диагностики и лечения.

Решение задачи ускоренной модернизации отрасли диктует необходимость в качественной реорганизации и оптимизации механизмов принятия своевременных и адекватных управленческих и клинических решений. В этой связи необходимо решить задачу по обеспечению органов управления и учреждений здравоохранения профессиональными автоматизированными комплексами электронной обработки данных, позволяющих производить оперативный обмен информацией на расстоянии.

Медицинские кластеры являются наиболее эффективной формой интеграции медицинских учреждений. Кластерный подход позволяет увязать в единую систему различные медицинские учреждения и обслуживающие организации через оптимальное и взаимовыгодное решение нормативно-правовых, управленческих, финансовых и технологических вопросов.
В организационном отношении кластеры являются принципиально новыми структурами с единой врачебно-диспетчерской службой, централизацией ряда лечебно-диагностических служб и обслуживающих организаций**.** Ядром кластеров выступают лидирующие лечебно-профилактические учреждения, которым в Чеченской республике является онкологический диспансер- главное звено онкологической службы.

В основе функционирования медицинского кластера лежат такие принципы, как: предоставление пациенту исчерпывающих возможностей для восстановления здоровья; комплексность предоставления услуг; оптимизация финансовых, временных и ресурсных расходов; регламентация и стандартизация процедур и действий. Таким образом, кластерный подход к системе обеспечения развития здравоохранения может быть использован как модель перехода на новый уровень в предоставлении онкологической медицинской помощи населению.

Для медицинских организаций кластер предоставляет широкие возможности по концентрации ограниченных ресурсов при реализации комплексных целей совершенствования качества и доступности медицинской помощи, усиления конкурентных преимуществ. Региональным и местным органам государственной власти кластерный подход предлагает эффективные инструменты для реализации программ развития здравоохранения, предоставляет возможность непосредственно влиять на

принятие организационных и экономических решений, выступая при этом не в роли внешней принуждающей силы, а в качестве равноправного партнера.

Таким образом, кластерный подход к системе обеспечения развития здравоохранения может быть использован как модель перехода на новый уровень в предоставлении онкологической медицинской помощи населению.

Состояние информатизации здравоохранения Чеченской республики

С целью развития информационной и технологической инфраструктуры здравоохранения Чеченской республики за последние 5 лет в регионе обеспечивалась компьютеризация лечебно-профилактических учреждений, разработка и внедрение специализированных автоматизированных систем управления.

В рамках проводимых работ по организации регионального информационного ресурса "Медицинская информационная система" (далее - МИС) .На базе министерства здравоохранения Чеченской республики, необходимо создать региональный Центр обработки данных (далее - ЦОД). Все сотрудники профильных структурных подразделений министерства здравоохранения Чеченской республики, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере здравоохранения, ТФОМС обеспечены высокоскоростным защищенным доступом к сети Интернет со своего рабочего места.

Все учреждения здравоохранения республики располагают программным обеспечением для учета кадров, материально-технического обеспечения, основных средств, управления финансами, бухгалтерского учета.

Постановлением правительстваЧеченской республики от 21сентября 2010 г. N 137 Об утверждении республиканской целевой программы «Информатизация системы здравоохранения Чеченской республики" предусмотрены мероприятия, направленные на достижение цели внедрения современных информационных систем в сфере здравоохранения: обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

Большая работа проведена в рамках Программы модернизации здравоохранения Чеченской республики на 2011 - 2012 годы".

В мероприятиях по внедрению современных информационных систем в здравоохранение включены 66 учреждений здравоохранения республики, в том числе 100% учреждений, осуществляющих свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. В учреждениях здравоохранения планируется внедрение электронной карты пациента за счет полной автоматизации рабочих мест медицинского персонала.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение Чеченской республики осуществляется в два этапа:

I этап (2012 год) – создание инфраструктуры региональной медицинской информационной системы здравоохранения Чеченской республики, включающее в себя следующие мероприятия:

1) создание новых и модернизация существующих локальных вычислительных сетей (далее - ЛВС) в учреждениях здравоохранения;

2) организация основных и резервных каналов передачи данных через сети общего доступа в каждом учреждении здравоохранения с целью обеспечения удаленного доступа к размещаемым на региональном и федеральном уровнях компонентам Системы;

3) организация защищенных каналов связи через сети общего доступа в каждом лечебном учреждении, органе управления здравоохранения, приобретение оборудование маршрутизации и защиты от несанкционированного доступа из внешних сетей;

4) поставка средств вычислительной техники, периферийного оборудования, коммутационного оборудования, серверов баз данных, серверов приложений и доступа;

5) внедрение системы электронной записи на прием к врачу с использованием сети Интернет, проведение работ по монтажу ЛВС, приобретение коммутационного, каналообразующего оборудования, серверов доступа и баз данных, устройств для считывания штрих кода и универсальных электронных карт (электронных полисов) и необходимое количество автоматизированных рабочих мест персонала;

6) внедрение системы ведения электронного паспорта медицинского учреждения (1 автоматизированное рабочее место в каждом учреждении здравоохранения, на базе ранее созданных в рамках республиканских целевых программ автоматизированных рабочих мест сотрудников кадровых служб);

7) доработка и адаптация ранее внедренных систем персонифицированного учета оказанной медицинской помощи на основе МИС для дальнейшего ее тиражирования;

8) проведение мероприятий по обеспечению соответствия требованиям Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных";

II этап

1) внедрение и ввод в эксплуатацию региональной МИС здравоохранения Чеченской республики;

2) масштабирование МИС в учреждениях здравоохранения, замещение имеющихся систем МИС; консолидация данных регионального сегмента Системы на базе ЦОД с федеральным сегментом информационной системы в рамках регламента обмена данными, управления правами пользователей и доступа к ним;

3) внедрение записи к врачу в электронном виде, включая выдачу направлений на прием врача-специалиста, диагностические исследования и госпитализацию, а также мониторинг сроков ожидания плановой медицинской помощи;

4) внедрение систем передачи телемедицинских данных с интеграцией их в федеральный сегмент информационной системы.

5) внедрение систем персонифицированного учета оказанной медицинской помощи на основе комплексной медицинской информационной системы, создание условий для ведения электронной карты;

В соответствии с "Методическими рекомендациями по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональными требованиями к ним, обязательными для создания в 2011 - 2012 годах в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения", "Методическими рекомендациями по оснащению медицинских учреждений компьютерным оборудованием для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональными требованиями к ним, обязательными для создания в 2011 - 2012 годах в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения" от 20.07.2011 года обеспечено наличие в каждом учреждении здравоохранения:

необходимого количества АРМ с учетом минимальных функциональных требований к их информационно-технологическому обеспечению;

необходимого количества АРМ для доступа к системе, обеспечивающей проведение телемедицинских консультаций и консилиумов, создаваемой на федеральном уровне, с учетом технических требований, разрабатываемых Минздравсоцразвития России;

необходимого количества многофункциональных устройств (далее - МФУ) из расчета не менее 1 МФУ на два АРМ;

обеспечение доли пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты, до 20%;

приобретение АРМ с установленным общесистемным офисным программным обеспечением на основе свободно распространяемого программного обеспечения, оснащенных средствами защиты медицинской информации;

обеспечение возможности доступа к сведениям о пациентах из регионального и федерального сегментов информационной системы по авторизованному запросу.

Расчет потребности учреждений здравоохранения в автоматизированных рабочих местах осуществлялся исходя из количества кабинетов учреждений здравоохранения, сменности

работы в них врачей, среднего медицинского персонала, численности административного и ведущего общехозяйственную и финансовую деятельность персонала

Использование персонального компьютера предусматривается не только в виде "тонкого клиента" в рамках организации доступа к локальным, региональным и федеральным сегментам единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, но и в виде средств локальной обработки деперсонифицированных данных и документообразования для локальных нужд учреждения, также позволит унифицировать рабочие места персонала в учреждениях и снижения простоя рабочего места при регламентном обслуживании и выходе его из строя;

В соответствии с "Методическими рекомендациями по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональным требованиям к ним" каждое учреждение здравоохранения Чеченской республики, из числа включенных в Программу, будет обеспечено постоянным основным каналом связи с использованием виртуальной частной сети и резервным каналом связи, предназначенными для доступа и передачи информации в рамках отраслевой сети в сфере здравоохранения и медицины. Телекоммуникационные каналы связи будут соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации в области защиты информации. Запланировано приобретение для каждого учреждения здравоохранения по одному программно-аппаратному комплексу криптошлюза на базе ViPNetCoordinator или клиентских мест VIPNet в зависимости от численности персонала, имеющего доступ к ЦОД.

Предусматривается разделение ЛВС на сегменты, работающие с персональными данными, и общесистемный сегмент. Все персональные данные пациентов хранятся в едином защищенном хранилище данных на базе ЦОД. В совокупности с созданием защищенных каналов передачи данных это позволит обезопасить учреждения здравоохранения от потери данных. Все программное обеспечение будет унифицировано, что позволит быстро локализовать и устранить аварийную ситуацию.

Подбор коммутационного оборудования производился на основании Методических рекомендаций по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональных требований к ним.

На базе МИС планируется обеспечение взаимодействия всех учреждений здравоохранения региона по обеспечению актуальности всей хранимой и обрабатываемой информации (справочники, регистры, дистрибутивы прикладного программного обеспечения, хранилища рентген-изображений, сервисы пользователей, общесистемные компоненты, поддерживающие системы, все информационные порталы учреждений и т.д.).

В соответствии с приказомМинздравсоцразвития России от 28.04.2011 N 364 "Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в

сфере здравоохранения" в рамках МИС предусматривается использование прикладного программного обеспечения по модели SaaS. Услуги, определяемые распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.12.2009 N 1993-р "Об утверждении сводного перечня первоочередных государственных и муниципальных услуг, предоставляемых в электронном виде" и предоставляемые с помощью МИС, интегрируются с федеральным информационным ресурсом "Портал государственных и муниципальных услуг" и Системой межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ). Средства на интеграцию предусмотрены в бюджете Чеченской республики.

Разграничение прав доступа, как внутри учреждения здравоохранения, так и во внешние сети, будет обеспечиваться средствами МИС путем централизованного назначения прав пользователей. Все внешние каналы будут защищены на уровне обмена данными между подсетями на базе программного обеспечения VipNet. Оборудование для организации МИС приобретается за счет средств областного бюджета. Для целей подписания финансовых и медицинских документов использование электронной цифровой подписи (далее - ЭЦП).

За счет дальнейшего масштабирования МИС будет завершено развертывание корпоративной сети защищенных каналов передачи данных по открытым сетям на базе технологии VipNet, обслуживающей нужды учреждений здравоохранения региона, ТФОМС, министерство здравоохраненияЧеченской республики, страховых медицинских организаций. Кроме того, будет обеспечен межсетевой обмен между Минздравом России и министерством здравоохранения Чеченской республики.

Проектирование, монтаж, сопровождение и эксплуатация МИС возложена на ГКУ "Медицинский информационно-аналитический центр" под руководством и контролем министерства здравоохранения Чеченской республики.

В учреждениях здравоохранения Чеченской республики планируется создание интегрированной с МИС системы телемедицинских консультаций, позволяющей с автоматизированного рабочего места, подключенного к ЦОД, обращаться в выделенные телемедицинские пункты (центры).

Телемедицинские пункты предусматривается развернуть во всех центральных районных больницах .Это обеспечит необходимый уровень доступности качественной телконсультативной и теледиагностической помощи больным, проживающим в сельской местности, в том числе с использованием теледиагностических возможностей федеральных клинических центров.

Внедрение системы электронного документооборота для принятия управленческих решений будет производится за счет средств республиканского бюджета.

Формирование онкологического кластера в Чеченской республике.

Цель создания кластера – это, прежде всего, приближение специализированной онкологической помощи к населению, это повышение потребительских качеств услуг, это логистика. В основе кластера лежит порядок оказания онкологической помощи, четкая маршрутизация, материально-техническое оснащение ЛПУ, единое информационное пространство.

Создание кластера позволяет онкологической службе решать следующие задачи:
1. Разработка и реализация единых скрининговых программ на территории республики.
2. Внедрение единых стандартов лечения.
3. Эпидмониторинг в разрезе всего региона и его отдельных территорий.
4. Оценка эффективности и сроков оказания медицинской помощи в каждом ЛПУ.
5. Организация методической работы, дистанционное обучение персонала.
6. Мониторинг, в т.ч. эффективности лечения, выполнения скрининговых программ.
7. Формирование популяционного онкологического регистра (сбор информации со всех уровней).

В Чеченской республике в кластер будут включены все смотровые кабинеты, первичные онкокабинеты, развернутые на базе муниципальных учреждений здравоохранения, республиканский онкологический диспансер и отделения крупных многопрофильных учреждений здравоохранения, оказывающие помощь онкологическим больным, в том числе ургентную и паллиативную.

В рамках региональной программы модернизации и программы информатизации здравоохранения ЧР, осуществлена определенная подготовка информационных ресурсов, на базе которых и в интеграции с ними будет создаваться кластер онкологической помощи Чеченской республики.

В 2014 году была произведена корректировка унифицированной формы паспорта медицинского учреждения с учетом требований порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития России. На основе разработанной формы проведена паспортизация материально-технической базы ЛПУ области и сформирована потребность в дооснащении и реновации оборудования для приведения ресурсной базы ЛПУ в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

В республике продолжает обновляться и совершенствоваться материально-техническая база учреждений здравоохранения. В 2013 г. приведен в соответствие порядкам оказания медицинской помощи онкологическим больным Республикинский онкологический диспансер. Реализация мероприятий Программы модернизации позволит увеличивать эффективность оказываемой медицинской помощи, внедрять новые современные технологии диагностики и лечения, создавать комфортные условия для пациентов.

Фронт работ огромен: была нужна необходимая для реализации проекта инфраструктура. В рамках информатизации в 2012 году достигнуты следующие результаты:

1) обеспечение всех учреждений здравоохранения Чеченской республики компьютерным оборудованием и общесистемным программным обеспечением;

2) организация локальных сетей в учреждениях здравоохранения;

3) защита персональных данных во всех учреждениях здравоохранения;

4) обеспечение всех медицинских учреждений программным обеспечением для бухгалтерского и кадрового учета;

5) организация регионального информационного ресурса, обеспечивающего информационный обмен между медицинскими учреждениями, органами управления здравоохранением, ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, а также хранение в анонимном виде медицинской информации, информации о медицинских учреждениях, медицинских работниках;

6) организация широкополосных каналов связи и обеспечение информационного обмена между каждым учреждением здравоохранения и региональным информационным ресурсом;

7) организация широкополосных каналов связи и информационного обмена между региональным информационным ресурсом и федеральным информационным ресурсом, управлением здравоохранения Чеченской республики, ТФОМС и другими участниками системы здравоохранения региона;

8) внедрение систем электронного документооборота, в том числе для осуществления статистического наблюдения, а также мониторинга реализации Программы;

В рамках реализации Программы к концу 2012 года достигнуты следующие результаты:

1) обеспечена возможность использования следующих подсистем, создаваемых на федеральном уровне Системы, в том числе:

паспорта медицинской организации;

регистра медицинского оборудования и медицинской техники;

регистра медицинского и фармацевтического персонала;

мониторинга реализации программ в здравоохранении;

обеспечения персонифицированного учета медицинской помощи и лекарственного обеспечения;

ведения специализированных регистров по отдельным нозологиям и категориям граждан;

2) обеспечена возможность использования следующих подсистем, создаваемых на региональном уровне Системы, в том числе:

управления кадрами;

управления материально-техническим обеспечением и основными средствами;

управления финансами;

организации закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг;

электронного документооборота;

3) в каждом медицинском учреждении обеспечена возможность осуществления в электронном виде следующих функций:

ведение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;

управление взаиморасчетами за оказанную медицинскую помощь (для учреждений, участвующих в ОМС);

анализ деятельности и формирование отчетности;

учет административно-хозяйственной деятельности;

электронная регистратура, запись на прием к врачу, выдача направлений вполиклиниках, в том числе самостоятельной и, входящих в состав стационарно-поликлинических учреждений здравоохранения;

Внедрение информационной системы в лечебных учреждениях, оказывающих онкологическую помощь населению, обеспечит через МИС создание единой базы данных пациентов, доступной для всех учреждений онкологического кластера и позволит оптимизировать работу ракового регистра, кардинально изменив ведение популяционного и госпитального регистров онкобольных.

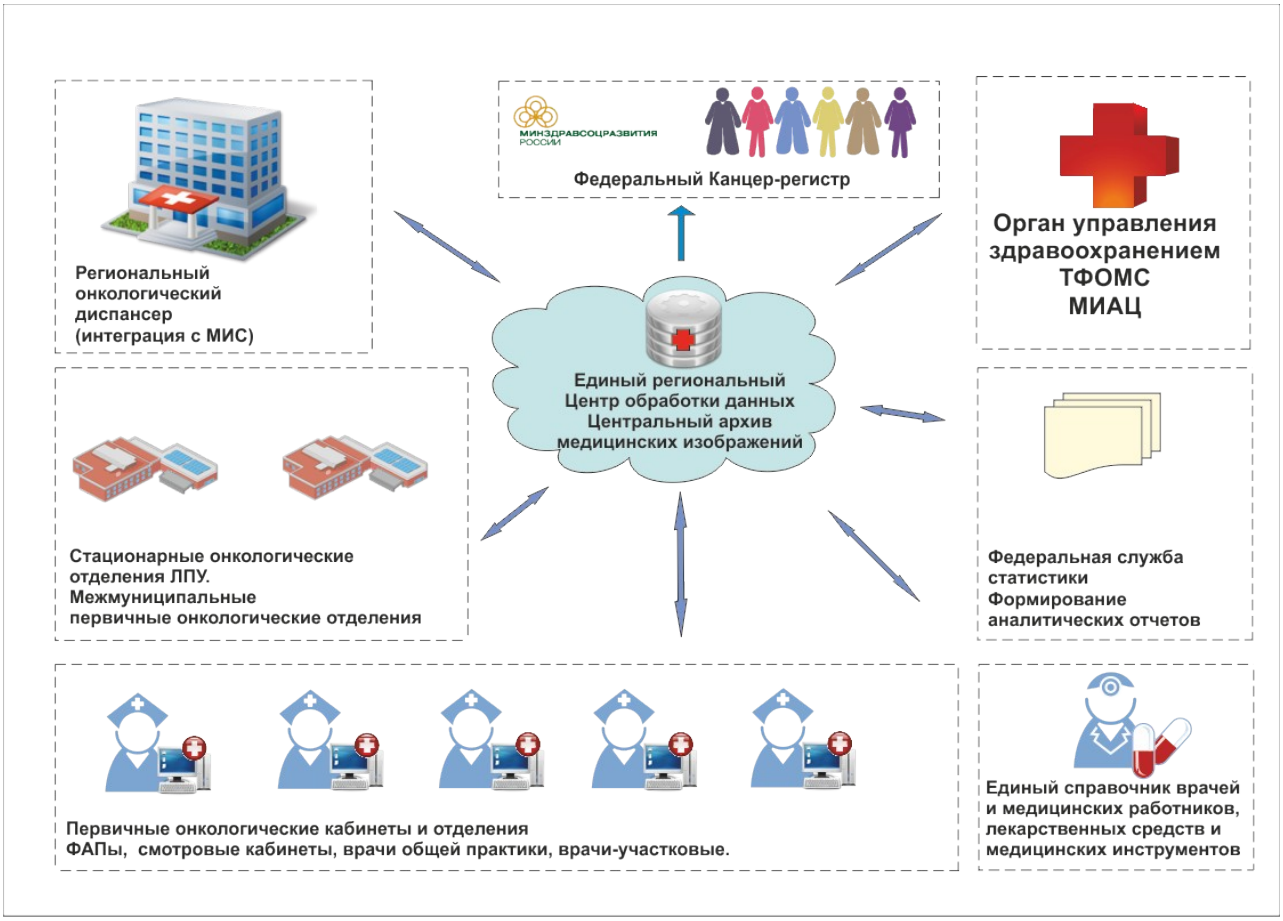
Диагностика онкологических заболеваний будет осуществляться с использованием ресурсов первичного звена, причем отсутствующие методы исследования будут проведены в том ЛПУ, которое имеет этот материальный ресурс, запись на исследование будет осуществлена через МИС с учетом маршрутизации, загруженности диагностических мощностей, транспортной доступности для больного, возможно предоставление этих услуг вне очереди и в более комфортных условиях за плату.

Патоморфологическое исследование опухолей или биопсийного материала, полученных в ЛПУ по месту жительства будет производится сразу в патоморфологической лаборатории онкодиспансера, после чего пациент с уточненным диагнозом направляется сразу на консилиум с участием трех специалистов (хирурга-онколога, радиолога и химиотерапевта), причем консилиум может быть проведен дистанционно с использованием телемедицинских технологий и конференцсвязи. Далее пациент может быть назначен сразу на госпитализацию в онкодиспансер или в другую медицинскую организацию (в соответствии с маршрутизацией). В поликлинике нами организованы выписка противоопухолевых препаратов и проведение амбулаторной химиотерапии с использованием электронной базы застрахованного в системе ОМС населения, федеральных льготников, информационного ресурса аптеки о наличии препаратов. Пациент может быть дистанционно консультирован химиотерапевтом, рецепты могут быть выписаны на основе этой консультации без непосредственной явки больного.

Создание кластера онкологической помощи позволит перейти на качественно новый уровень работы с онкологическими больными. Внедрение медицинской информационной системы предоставит следующие возможности:

- хранение всех данных о пациенте (истории болезни, результатов обследований, врачебных назначений и т.д.) в электронной медицинской карте;
- возможность просмотра всех медицинских записей пациента, внесенных на любых участках и отделениях;
- оперативное получение информации о проведенных диагностических и лабораторных исследованиях;
- оптимизацию контроля деятельности врачей-онкологов;
- возможность направлять пациентов в республиканский диспансер через Интернет врачами первичных кабинетов.
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения Чеченской республики;
- организация системного, обоснованного, эффективного взаимодействия учреждений в интересах пациентов;
- доступность онкологической помощи вне зависимости от местонахождения пациента;

- повышение доступности и качества обслуживания, за счет использования принципа одного окна (первичного онкокабинета) и централизованного планирования лечения.



Для создания автоматизированного онкологического кластера в Чеченской республике будет выстроена взаимосвязанная цепочка от кабинета врача, где было заподозрено онкологическое заболевание до головного учреждения - республиканскогоонкодиспансера. Все медицинские организации республики и первичные онкологические кабинеты будут подключены к единому диспетчерскому центру.

У каждого врача-онколога появится рабочее место, на котором он может иметь доступ к Единой медицинской карте (история болезни, проведенные обследования, проведенное лечение и т.д.) в режиме онлайн, полностью вести своих больных в системе, наблюдать динамику и т.д. У первичных кабинетов уже появится возможность сразу направлять пациентов в республиканский диспансер через Интернет, что заметно повысит эффективность взаимодействия, контроля над процессом лечения, своевременность и качество динамического наблюдения в диспансерных группах.

Главное преимущество этой модели информатизации состоит в том, что ни один случай онкологического заболевания в Чеченской республике не может затеряться. Если пациенту в районной больнице заподозрили онкологическое заболевание, об этом сразу

же узнают в республиканском онкодиспансере, и примут меры, чтобы человек продолжил обследование.

Таким образом, создание и автоматизация онкологического кластера помогут достичь ключевых целей. В их числе – формирование единой базы онкобольных, мониторинг заболеваемости за любой временной интервал в любых разрезах (ЛПУ, районов, муниципалитетов, регионов), сокращение очередей на обследование и лечение в онкологическом диспансере, разработка эффективных профилактических и лечебных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе обучения на цикле профессиональной переподготовки по программе «Менеджмент в здравоохранении» мной были приобретены определенные новые знания в областях менеджмента, в т.ч. финансового, экономики, маркетинга, не специфичные для традиционного медицинского образования, полученного мной еще в прошлом веке, но так необходимые в современных условиях. Полученная мной информация заставила взглянуть по-новому как на текущую деятельность («а все ли мы делаем правильно?»), так и с новых позиций прогнозировать будущее онкологической службы.

В процессе написания данной работы, используя инструментарий, полученный на занятиях в Академии народного хозяйства и госслужбы при Президенте РФ, был проведен детальный анализ в рамках моей компетенции текущего состояния онкологической службы, а главное – сложилось весьма четкое понимание и представление о том, что надо делать в будущем, чтобы развивать ее в современных рыночных условиях, с учетом изменения правового статуса учреждений, и достичь определенного уровня – представление об основных стратегических направлениях развития службы.

В процессе работы я пытался привлечь своих коллег к совместной деятельности по разработке данных направлений, но оказалось, что в настоящее время сотрудники пока еще не готовы оказать ожидаемую мной поддержку и помощь в силу консервативности представлений и отсутствия соответствующей подготовки, в связи с чем я сделал вывод о необходимости направления специалистов соответствующих служб на определенные циклы обучения.

В целом же как анализ текущей ситуации, так и разработка основных стратегических направлений позволили мне сделать следующие выводы:

1. Служба в целом достаточно «крепко стоит на ногах», то есть имеет потенциал для работы в современных условиях. Имеются соответствующая материально-техническая база, кадровые ресурсы.

2. Работать в прежнем режиме, так, как мы работали до настоящего времени – нельзя. Не владея методиками анализа, расчетов и пр., многие мероприятия до нынешнего момента проводились либо интуитивно, либо просто на основании четко регламентированных инструкций без должного осмысления, то есть с низкой долей ответственности.

3. Подготовив сотрудников соответствующим образом, необходимо в ближайшее время собрать «команду проекта» - команду единомышленников из числа т.н. «топ-менеджмента» нашей службы, с целью детальной разработки обозначенных мной в данной работе основных стратегических направлений развития диспансера и службы в целом.

4. После разработки необходимо методично внедрять планируемые мероприятия для достижения поставленных целей, осуществлять текущий контроль и своевременно вносить коррективы («идеальная стратегия» → «реальная стратегия» → «идеальная стратегия» и т.д.).

5. При успешном достижении поставленных целей:

А) Служба выйдет на новый уровень развития, достигнет «процветания», будет занимать лидирующие позиции в своем сегменте.

Б) Сотрудники учреждения повысят свое благосостояние, укрепится престиж учреждения – появится заинтересованность в трудоустройстве именно в нашу организацию. Кадровая проблема будет решена.

В) Повысится качество оказания медицинской помощи, расширится спектр услуг, онкологическая помощь будет на доступном уровне для всех заинтересованных лиц, независимо от места проживания и благосостояния.

Г) Укрепление материально-технической базы вместе с вышеуказанными результатами позволит решать определенные социальные проблемы, заниматься профилактической деятельностью по снижению онкологических заболеваний, что будет способствовать укреплению здоровья населения и увеличению продолжительности жизни – по крайней мере, наша служба с полной отдачей будет вносить в достижение таких глобальных целей свой посильный вклад.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации (методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей специалистов). М. -2010. -34 с.

2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. //Под ред. академика РАМН В.И. Чиссова. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздравсоцразвитияРоссии.-2010.-543 с.

3. АнсоффИ.Стратегическоеуправление.-М.: Экономика,1989.- 519 с.

4. Банин А.С. О формировании кластеров в системе здравоохранения региона / Управление общественными и экономическими системами. – Орел: ОрелГТУ, 2007. - №1.

5. Габуева Л.А., Хан Н.В., Колединцева Е.В. «Методы оценки экономической эффективности в здравоохранении».- М.: Издательство «Дело» АНХ, 2010.- 68 с.

6. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность).. //Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздравсоцразвитияРоссии.-2011.-260 с.

7. Кадыров Ф.Н. «Аутсорсинг в здравоохранении». Управление ЛПУ в современных условиях 2009-2010гг. 141-159с.

8. Новые подходы к организационно-финансовому обеспечению граждан субъектов Российской Федерации медицинской помощью: учебное пособие./Габуева Л.А., Карякин Н.Н., Захарченко Н.Д. и др./ под общ. ред. Габуевой Л.А..- М.: Изд-во «Дело» АНХ, 2010.-76 с.

9. Организационно-правовые формы организаций в здравоохранении: учебное пособие./Габуева Л.А., Александрова О.Ю., Хан Н.В. и др. – М.: Изд-во «Дело» АНХ, 2010.- 52 с.

10. Организация работы и задачи первичного онкологического кабинета в системе онкологической помощи населению Российской Федерации, (методические

рекомендации). М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздравсоцразвитияРоссии.-2010.-32 с.

11. Постановление Правительства РФ от 01 декабря 2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

12. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 16 от 18.01.2010 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению».

13. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации № 135 от 19.04.1999 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра»

14. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 944н от 03.12.2009 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

15. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 255н от 20.04.2010 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями».

16. Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этап в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (методические рекомендации). М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздравсоцразвитияРоссии.-2010.-34с.

17. СтриклендА.Дж., Томпсон А.А. «Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии».М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998.- 576 с.

18. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году. // Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздравсоцразвитияРоссии.-2011.-188 с.

19. Улумбекова Г.Э. «Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года.». Краткая версия//Г.Э.Улумбекова.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 96 с.

20. Федеральный Закон РФ № 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений"//Российская газета от 12.05.2010 г.

21. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

22. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

23. Частно-государственное партнерство при реализации стратегических планов: практика и рекомендации. – СПб.: Международный центр социально-экономических исследований «Леонтьевский центр», 2005.- 24 с.

24. Щамов А.А. «Разработка стратегии и структуры компании». Методические рекомендации. 2-23с

25. Щепин О.П., Габуева Л.А. «Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении» .М., МЦФЭР, 2006.- 425 с.

26. Chandler A.D. Strategy and Structure: A Chapter in the History of Industrial Enterprises. Cambridge,Mass, MIT Press,1962