МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет «Экономика и управление»	Кафедра «Государственное управление и социология региона»
Направление подготовки	38.03.04 Государственное и муниципальное управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему

«Государственное регулирование сферы здравоохранения в регионе»

Студент гр.13ЭГ31 _____ М.В. Пакарькина

Руководитель
к.с.н., доцент _____ И.А. Мурзина

Нормоконтролер
к.с.н., доцент _____ И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ №_____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____(протокол заседания ГЭК от _____ №_____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2017

Введение

Здоровое население является интегрированным показателем экономического, научного и культурного развития страны, уровня экологического благополучия и уровня организации медицинской помощи населению. Оно характеризуется демографическими процессами, заболеваемостью, уровнем физического развития и инвалидностью, хотя последняя скорее говорит об эффективности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Именно учитывая вышеперечисленные аспекты, здоровье населения рассматривается как одно из главных условий устойчивого экономического роста страны.

Для существования развитой системы массового здравоохранения необходимо вполне определенное социально-экономическое развитие общества, т.е. необходим определенный технический и научный потенциал, а также определенная форма государственного регулирования и управления. Проблемы современного здравоохранения имеют на сегодня в первую очередь организационный характер.

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги и программы, реализуемые в системе здравоохранения, напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки полностью финансировать здравоохранение посредством государственного бюджета обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления [23, с. 37].

Опыт экономически развитых стран доказывает, что здравоохранение не может существовать только на принципах альтруизма и за счет государственного благосостояния. Изменения в экологии, психологии людей,

состоянии общественного здоровья, макроэкономические тенденции не позволяют государству брать на себя полностью расходы по здравоохранению. Значительная часть как расходов, так и ответственности ложится на самих потребителей и страховые организации.

Систему здравоохранения образуют лечебно-профилактические, научно-исследовательские, аптечные, образовательные и другие учреждения, предприятия по производству медицинской техники, лекарств и органы управления здравоохранением. Кроме государственного, развиваются муниципальное и частное здравоохранение.

Здравоохранение реформируется по линии более полного удовлетворения потребностей населения в качественной, доступной медицинской и лекарственной помощи, создания условий для здоровой, активной жизни людей, конкуренции лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности. Вводятся государственные минимальные стандарты медико-санитарной и лекарственной помощи, свободный выбор гражданами медицинского учреждения, многоканальное финансирование, рынок медицинских услуг.

Актуальность темы выпускной квалификационной работы обусловливается необходимостью формирования и государственного регулирования одного из основных компонентов социально ориентированной рыночной экономики – сферы здравоохранения. Учитывая возросшую активность региональных структур в самостоятельном регулировании хозяйственной деятельности на местах, изучение процесса становления и развития механизма государственного управления сферой здравоохранения определяет особую значимость выпускной квалификационной работы.

Целью выпускной квалификационной работы является исследование государственной политики на современном этапе в вопросе формирования государственно-общественной системы управления здравоохранением, рассмотрение путей ее реализации на примере Пензенской области с целью

выработки рекомендаций и предложений по совершенствованию государственного регулирования здравоохранения.

В связи с вышеизложенным, задачами данной работы являются:

- исследование теоретических аспектов государственного регулирования сферы здравоохранения, рассмотрение структуры здравоохранения, ее влияния на развитие экономики;

- оценка уровня развития здравоохранения в Пензенской области;

- анализ основных направлений реализации государственной программы развития здравоохранения Пензенской области;

- выявление основных проблем сферы здравоохранения и анализ путей повышения эффективности государственной политики, осуществляемой в данной сфере.

Проблемам формирования и функционирования сферы здравоохранения в настоящее время уделяется много внимания. Основой исследования являются разработки отечественных и зарубежных авторов по теории функционирования и государственного регулирования сферы здравоохранения.

Нормативную базу работы составляют Конституция Российской Федерации, законодательные и нормативные акты федеральных органов власти и субъектов РФ, Указы Президента, постановления Правительства Российской Федерации.

Результаты исследования подготовлены на базе данных государственной и отраслевой статистики, а также результатов научно-исследовательских работ и других документов, и являются обобщением ряда первичных докладов, статистических разработок, аналитических справок и рекомендаций.

Практическая значимость данного исследования заключается в том, что материалы о происходящих изменениях в состоянии здоровья населения и здравоохранения Пензенской области могут быть широко использованы для разработки социально-экономической политики в области охраны здоровья граждан, укрепления здоровья населения и развития здравоохранения.

1 Теоретические и нормативно-правовые основы государственного регулирования здравоохранения

1.1 Исторические аспекты становления системы здравоохранения: отечественный и зарубежный опыт

Понятие «здравоохранение» входит в понятие «медицина» как ее социальная, организационная, нормативная функция. Здравоохранение, таким образом, должно квалифицироваться как общественная, социальная функция медицины и всего общества, государства. Оно – деятельность общества, его представителей, его учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных, филантропических и др.), в том числе медицинских, по охране здоровья [27, с. 31].

В России вплоть до 1917 г. не было единой общегосударственной системы здравоохранения. Делом охраны общественного здоровья занимались многие ведомства и учреждения - и общественные, государственные, и частные, и благотворительные, в их числе соответствующий департамент Министерства внутренних дел, военное ведомство, Российский Красный Крест, учреждения фабрично-заводской, земской, страховой медицины и др. Попытки Временного правительства создать общенациональный орган здравоохранения были безуспешными [27, с. 51].

Эти реформы подготовили условия для создания общенациональной системы здравоохранения, охватывающей если не все, то значительную часть и городского, и сельского населения, в том числе некоторые так называемые национальные окраины. Общественное демократическое движение, особенно с середины XIX в., способствовало появлению страхования здоровья, организации больничных, страховых касс в России и даже специального

правительственного постановления по социальному страхованию 1912 г., включающему медицинское страхование.

Примерно такая же картина имелась в других странах, правда, там не было земской и фабрично-заводской медицины, как в России.

Предпринимаются попытки объединения медицинского дела, упорядочения санитарно-эпидемических и других мероприятий под эгидой светских или церковных властей. Например, в 1348 г. в Венеции учрежден Санитарный совет для руководства санитарно-полицейскими функциями и лечебной помощью бедным; в 1421 г. учреждены должности штадт-физиков в ряде городов Германии; в 1685 г. курфюрст Бранденбургский организовал медицинскую коллегию как главный медицинский орган на своей территории, в 1719 г. Фридрих Вильгельм I учредил для этих же целей Санитарную коллегию [33].

Первая реформа, касающаяся всего государства и всех его медицинских учреждений, осуществлена во Франции в 1822 г. При Министерстве внутренних дел был учрежден Высший медицинский совет, а в провинциях - соответствующие комитеты и комиссии. Эта реформа и предложенная ею структура медицинского управления стали своего рода прообразом для других стран Европы, хотя они, естественно, не относились ко всему населению и не обеспечивали бесплатной или даже льготной медицинской помощью трудящихся. К этой цели буржуазной демократии пришлось идти еще очень долго в соответствии с нарастающим общественным и революционным движением. Чартистское движение в Англии (24 – 30-е годы XIX в.) включало в свои требования и обеспечение трудящихся медицинской помощью. Под влиянием общественного движения и с учетом экономических интересов по сохранению рабочей силы правительство было вынуждено провести ряд реформ. В 1848 г. было учреждено Главное ведомство общественного здоровья и вскоре принят Закон об общественном здоровье, создавались санитарные советы, санитарные кодексы. Эти меры, по существу, стали первыми шагами социального страхования, включая медицинское, коснулись затем и Германии,

ставшей единой страной. Здесь в 80-90-х годах были приняты законы (так называемые законы Бисмарка) по социальному страхованию, включающие и обеспечение медицинской помощью за счет прибылей предпринимателей, взносов самих трудящихся и средств государственного бюджета [33, с. 71].

Системы здравоохранения стали возможны лишь в условиях развитого капитализма, со второй половины XIX в. Они были и остаются ограниченными – не предоставляют равноправное обеспечение медицинской помощью, а еще шире – право на охрану и улучшение здоровья каждому гражданину вне зависимости от социального статуса, национальности, пола, возраста, места жительства, цвета кожи. Все системы здравоохранения носили отпечаток интересов той или иной группы населения, партии, отражали экономические, социальные и политические стремления части общества.

В декабре 1948 г. ООН приняла «Всеобщую декларацию прав человека». Наряду с гуманными, демократическими правами этот документ в ст. 25 констатирует: «1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обслуживание на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. 2. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой» [33, с.72].

Современные системы здравоохранения можно условно разделить на 3 группы:

- преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании;
- преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в Германии, Франции;

- преимущественно частная система, наиболее характерная для здравоохранения в США.

Во многих государствах существуют и развиваются смешанные системы и различные организационные формы. Так, в Италии, Норвегии, Бельгии, Канаде большая часть всех средств на здравоохранение поступает из государственного бюджета или, кроме того, из региональных, общественных средств, формируемых за счет обязательных налогов с населения и предпринимателей. В России, несмотря на введение обязательного, социального медицинского страхования и создание общественной модели здравоохранения с бюджетно-страховой медициной, большая часть средств поступает из государственного бюджета и ресурсов субъектов Федерации.

Современные системы здравоохранения лишь «преимущественные», так как нигде нет «чистой» системы, без элементов других систем. Например, во всех странах с государственной системой здравоохранения имеются частные организации и учреждения, осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование. В странах с частной и страховой медициной есть государственные, бюджетные учреждения здравоохранения. Мы отмечаем преобладание того или иного источника обеспечения всего населения или большинства жителей. В частности, трудно найти развивающуюся страну с преимущественным представительством одной системы здравоохранения для всего населения или его большей части. Многие жители большинства стран мира не имеют возможности пользоваться современной квалифицированной медицинской помощью. Правительства не в состоянии предоставить бесплатную медицинскую помощь всем, а значительная часть жителей не может купить медицинские услуги из-за бедности. В этих странах наряду с государственными секторами (учреждениями) здравоохранения имеются частные, внебюджетные медицинские учреждения, которыми пользуются состоятельные граждане. По признаку недостаточного социально-экономического развития и соответственно низкой обеспеченности здравоохранения учреждениями, кадрами, современными технологиями,

оборудованием, медикаментами можно говорить о модели здравоохранения развивающихся стран.

Приведем примеры систем и форм здравоохранения в развитых странах.

Преимущественно государственная служба здравоохранения.

Великобритания. В результате проведенной в 1948 г. реформы здравоохранения в Великобритании в рамках частнокапиталистической системы создана общенациональная государственная служба здравоохранения, предоставившая практически всему населению бесплатную медицинскую помощь (с сохранением 4-5% платных больничных коек для желающих получить лечение в более комфортабельных условиях) с символической оплатой лекарств по рецептам по одинаковой цене вне зависимости от их стоимости, оплатой протезов, очков и др. Медицинские услуги, как и вся деятельность медицинских учреждений, на 85 - 87% обеспечивается государственным бюджетом (остальные средства поступают из частных источников и средств добровольного медицинского страхования). Бюджет составляется из налогов на предприятия и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента правительством. Для обеспечения учреждений здравоохранения финансы распределяются через центральный орган управления - Министерство (департамент) здравоохранения [15, с. 43].

Система здравоохранения имеет специфическую для Великобритании структуру, состоящую из трех секторов: врачей общей практики, амбулаторно-поликлинических учреждений, аптек, фармацевтов, зубных врачей (не стоматологов), глазных врачей (не офтальмологов), т.е. персонала учреждений, системы первичной медико-социальной помощи, госпиталей, больничных служб, амбулаторий при госпиталях, врачей-специалистов, в том числе стоматологов и офтальмологов, и другого персонала стационаров; общественных, подведомственных муниципалитетам, медицинских (родовспоможение и др.) служб здравоохранения, включая санитарно-гигиенические, организации так называемых социальных медицинских работников (медсестер по уходу, патронажных медсестер и др.). Кроме того,

ряд ведомств, Министерство труда и, конечно, Военное министерство имеют медицинские учреждения и персонал, например, санитарных инспекторов промышленных предприятий, которые также являются государственными служащими [15, с. 51].

Преимущественно страховая система здравоохранения.

Германия. Страховая медицина развивается с 1883 г., с принятия соответствующих страховых законов («законов Бисмарка»). Медицинское страхование является частью общегосударственной системы социального страхования и обеспечивает медицинскую помощь при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, лечение у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, стационарах, стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. На медицинское страхование идет более 8% валового продукта (из 13% всех расходов на здравоохранение). Средства на медицинское страхование поступают из трех источников: 6,5% фонда оплаты труда платят застрахованные, столько же работодатели, остальные средства дотирует государство из бюджета. Финансирование здравоохранения, таким образом, обеспечивается на 60% и более за счет социального страхования, на 10% - из средств частного (добровольного) страхования, на 15% - государственными ассигнованиями и на 15% - личными средствами граждан. Таким образом, на одного человека из всех источников на здравоохранение тратится более 2000 долларов в год [15, с. 65].

Структура управления здравоохранением и организации медицинской помощи в Германии характерна для экономически развитых стран. Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения. Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, соответствующим советам, комитетам и т.п. Все медицинские учреждения работают на федеральном, региональном, местном административных уровнях.

Медицинская администрация не распространяет свою юрисдикцию на страховые кассы и их ассоциации, хотя работает в тесном контакте с ними. Более того, помимо профсоюзов, врачебных ассоциаций, самих ассоциаций страховых касс, контроль над страховыми организациями осуществляют министерства труда, науки, здравоохранения и др.

Франция. Источниками обеспечения медицинской помощи являются взносы работодателей - 13,5% фонда оплаты труда, застрахованные - 6,5% (итого 19% - самая большая доля отчислений на медицинское социальное страхование) и правительственные ассигнования из госбюджета [15, с. 46].

Существует более 20 различных видов социального страхования, в том числе несколько видов страхования на случай болезни, временной нетрудоспособности, несчастного случая, беременности и родам и др., на которые приходится не менее 75% всех расходов на здравоохранение. Остальные расходы компенсируются частными средствами, добровольным медицинским страхованием. Всего на здравоохранение в последние годы тратится более 500 млрд. франков. Система социального страхования, включающая в себя более 90 страховых кампаний, контролируется общенациональной организацией, имеющей свои отделения в регионах (департаментах). С ней заключают договоры по страховому медицинскому обслуживанию врачи и медицинские учреждения. Цена медицинских услуг регулируется правительством и регулярно пересматривается. Затраты за медицинскую помощь в системе социального страхования компенсируются не полностью - примерно на 75%; этой системой охвачено 80% всего населения. Обычно пациент оплачивает все услуги или их часть; 75% платы за медицинскую помощь и 70-90% за медикаменты возвращаются пациенту страховыми организациями. Контроль над ними и врачами системы осуществляют, как и в Германии, общенациональная страховая организация, ассоциации страховых компаний (касс) и врачебные профсоюзы, министерства труда, социальной защиты, здравоохранения и др. [15, с. 52].

Преимущественно частная система здравоохранения

США. Много лет считалось, что в США имеется лишь одно здравоохранение - частное. На самом деле эта страна с наиболее выраженной рыночной экономикой, не имея какой-то единой системы, воплощает различные формы организации здравоохранения. Ведущая организация - добровольное частное медицинское страхование, которым охвачено более 80% населения. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети всех медицинских услуг, прежде всего самых дорогих, - больничных (более 35%) и почти половина внебольничной врачебной помощи. Свыше 40% всех расходов из общей суммы составляют ассигнования федерального правительства (госбюджета) и общественных программ, прежде всего «Медикэр» (для медицинской помощи людям старше 65 лет) и «Медикейд» (медицинская помощь неимущим, безработным), принятым после продолжительной и острой парламентской борьбы в 60-х годах. Остальные средства составляют личные платежи граждан (более 20%) и взносы различных религиозных, благотворительных фондов и организаций. США тратит на здравоохранение из всех источников почти 15% ВВП, более 4000 долларов на человека в год. В соответствии с таким распределением средств сформировалась структура здравоохранения [16, с. 82].

Что касается российской системы, то после введения Закона о медицинском страховании (июнь 1991 г.) считают, что в России создается бюджетно-страховая система здравоохранения, т.е. система, обеспечиваемая средствами государственного бюджета (федерального и муниципального, регионального) и внебюджетными средствами медицинского страхования (государственного обязательного социального медицинского страхования - ОМС и добровольного, частного медицинского страхования). Это не вполне справедливо. Бюджетно-страховая система является основой здравоохранения, а кроме нее, имеется частная система здравоохранения, деятельность различных общественных и религиозных организаций, конфессий, фондов, в том числе организаций благотворительности, милосердия и пр. [27, с. 71]. Это положение отражено и в Конституции РФ. В ст. 41 Конституции РФ говорится:

«В Российской Федерации... принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения...»[1].

Общественная система здравоохранения в РФ представлена следующим образом:

1. Государственная, бюджетная система здравоохранения: федеральные органы и учреждения здравоохранения; муниципальные органы и учреждения здравоохранения.

2. Органы и учреждения государственной системы ОМС.

3. Частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи. Органы и учреждения добровольного, частного медицинского страхования.

4. Общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

В соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других авторитетных международных организаций обеспечение здравоохранения целесообразно ориентировать на следующий расклад ресурсов: 60% - государственная система здравоохранения, 30% - обязательное медицинское социальное страхование; 10% - частное здравоохранение, общественные организации, фонды, религиозные конфессии и т. п. [35]

Отраслевая структура государственной системы здравоохранения включает в себя:

1. Лечебно-профилактические учреждения.

2. Учреждения охраны материнства и детства.

3. Учреждения санитарно-эпидемиологической службы.

4. Учреждения медицинского образования и научно-исследовательские учреждения.

5. Аптечные учреждения и предприятия медицинской и фармацевтической промышленности.

6. Санаторно-курортные учреждения.

7. Учреждения патологоанатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы.

8. Органы и учреждения системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

К государственной системе здравоохранения относятся:

а) федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан;

б) находящиеся в государственной собственности и подчиненные федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации;

в) медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ведомственные учреждения). При этом к ведомственным учреждениям здравоохранения можно отнести лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями,

учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерств здравоохранения субъектов в составе РФ [12, с.21].

Статус ведомственных учреждений в настоящее время недостаточно регламентирован, и наличие подобных учреждений вызывает до сих пор споры в обществе.

К муниципальной системе здравоохранения, могут относиться органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

На муниципальном уровне обеспечение охраны здоровья населения осуществляется муниципальными органами управления здравоохранением, которые несут ответственность в пределах своей компетенции. А именно, они несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль качества оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лиц, занимающимися частной медицинской практикой.

Особенностью муниципального здравоохранения сегодня стало появление в его системе множества новых видов учреждений или структур: дневные стационары, микрополиклиники, дома сестринского ухода, хосписы, подразделения врачей общей практики и др. Одним из ведущих направлений реформирования муниципального здравоохранения явилось смещение акцента со стационарной на менее затратную амбулаторно-поликлиническую помощь.

Перестройка муниципального здравоохранения связана с необходимостью упорядочения (но не ликвидации) ведомственной медицины;

правового регулирования статуса медучреждений (сейчас создается много структур с нечетко определенным статусом); решения проблемы обеспечения населения специализированными видами медицинской помощи (по мере расширения практики семейных врачей необходимость в узких специалистах возрастет).

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами [13, с. 55].

Целью частной системы здравоохранения является оказание платных медицинских услуг. Поэтому в качестве частной системы здравоохранения можно рассматривать не систему субъектов – организаций, основанных на частной форме собственности, а систему отношений по оказанию платных медицинских услуг, возникающих с целью реализации конституционного права граждан на свободное развитие в сфере охраны здоровья.

1.2 Государственное регулирование системы здравоохранения в России

Охрана здоровья является делом государственной важности. Поэтому целесообразно выделить основные задачи государства в области охраны здоровья граждан. К ним следует отнести: улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи; реализацию федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, создание экономических и

социальных условий, способствующих снижению распространенности негативных факторов риска и уменьшению их влияния на человека.

В целях решения перечисленных задач, государство, например, разрабатывает и финансирует многочисленные федеральные программы, приоритетными направлениями в которых являются охрана и укрепление здоровья нации; принимает меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; всячески поощряет деятельность, которая способствует укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно – эпидемиологическому благополучию; обеспечивает формирование единого правового пространства системы здравоохранения, законодательное оформление схемы распределения предметов ведения, полномочий и ответственности между уровнями власти по вопросам охраны здоровья граждан; осуществляет управление по созданию единой системы здравоохранения без ведомственных и территориальных разграничений. Особое значение для реформирования системы здравоохранения имеет Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения". «В Государственной программе сформулированы основные приоритеты развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в среднесрочной перспективе, - говорит Министр Вероника Скворцова. - Программа отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли» [14].

Государственная программа включает подпрограммы: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи»; «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи,

медицинской эвакуации»; «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»; «Охрана здоровья матери и ребенка»; «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»; «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья»; «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»; «Управление реализацией Программы» - всего 11 подпрограмм [6].

Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья определены в ст. 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». К ним относятся:

1) проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья;

3) управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья;

4) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;

5) организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

6) реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

7) лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья, за исключением тех видов деятельности, лицензирование которых

осуществляется в соответствии с частью 1 статьи 15 настоящего Федерального закона органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

8) организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья;

9) ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья;

11) организация оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

12) организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи, проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

13) организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации;

14) организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями;

15) мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских

изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий;

16) обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация;

17) международное сотрудничество Российской Федерации в сфере охраны здоровья, включая заключение международных договоров Российской Федерации;[4].

Федеральные органы управления здравоохранением призваны осуществлять управление здравоохранением на всей территории России. Общее руководство системой здравоохранения возложено на Президента РФ как гаранта защиты основных прав и свобод граждан РФ и Правительство РФ.

Президент РФ принимает нормативные акты по вопросам здравоохранения, определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию РФ ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства РФ и других федеральных органов исполнительной власти в этой области.

Согласно ст. 110 Конституции РФ исполнительную власть в стране осуществляет Правительство РФ [1]. Полномочия Правительства РФ в области здравоохранения закреплены в Федеральном конституционном законе от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации». Согласно ст. 16 данного Федерального конституционного закона Правительство РФ принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия. [10]

Органом управления здравоохранением в составе Правительства РФ является Министерство здравоохранения РФ, которое функционирует в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации" [5].

Министерство обладает всеми основными признаками, присущими любому другому административному ведомству. В его структуру входят: отраслевой программно – целевой блок, разветвленная сеть учреждений здравоохранения, многоуровневая система управления и собственность. Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, который:

–осуществляет функции по выработке государственной политик и нормативно – правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и спида, медицинской помощи, медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, санитарно – эпидемиологического благополучия, уровня жизни и доходов населения, демографической политики, медико – санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико – биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, оплаты труда, пенсионного обеспечения, в том числе негосударственного пенсионного обеспечения, социального страхования, условий и охраны труда, социального партнерства и трудовых отношений, занятости населения и безработицы, трудовой миграции, альтернативной гражданской службы, государственной гражданской службы (за исключением вопросов оплаты труда), социальной защиты населения, в том числе социальной защиты семьи, женщин и детей;

–осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Федерального медико-биологического агентства, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, а также

координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования [5].

В систему Министерства здравоохранения Российской Федерации, помимо вышеобозначенных служб, агентств и фондов, входят его территориальные органы (зональные управления специализированных санаториев), государственные лечебно – профилактические, научно – исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические, аптечные предприятия и другие организации, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения, учреждения судебно – медицинской экспертизы, центры государственного санитарно – эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, службы материально – технического обеспечения, иные предприятия, учреждения и организации, подведомственные этому Министерству [26].

Таким образом, основными задачами Министерства Российской Федерации, в соответствии с Положением о нём, являются выработка государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей.

Помимо основных, Министерство здравоохранения Российской Федерации находящиеся в его ведении федеральные агентства и федеральные службы, Российская академия медицинских наук, а также государственные внебюджетные фонды, деятельность которых координирует Министерство, решают также специальные задачи, в числе которых: повышение эффективности функционирования системы здравоохранения; обеспечение доступности и качества медицинской помощи; улучшение состояния здоровья детей и матерей; обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами; предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

Здравоохранение относится к социальным системам, регулирование деятельности которых и управление осуществляется на межсекторальном

уровне, то есть деятельность субъектов системы зависит от решений и политики различных министерств и ведомств федерального уровня. Поэтому, осуществляя свою деятельность, Министерство здравоохранения Российской Федерации взаимодействует с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Российской академией медицинских наук, профессиональными медицинскими ассоциациями, общественными объединениями и иными организациями. В данном случае речь идет об управленческих отношениях в сфере здравоохранения, формируемых не по вертикали власти, а по горизонтали.

Например, финансирование учреждений здравоохранения осуществляется преимущественно за счет бюджетов всех уровней. В связи с этим в реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан велика роль Министерства финансов Российской Федерации его структурных подразделений на соответствующих территориях.

Министерство обороны Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации принимает меры по повышению уровня медицинского обеспечения и качества медицинского обслуживания населения в рамках федеральных целевых программ по защите населения от воздействия радиационных аварий и испытаний ядерного оружия.

Взаимодействие Министерства здравоохранения Российской Федерации с такими федеральными органами исполнительной власти как Министерство внутренних дел Российской Федерации, Федеральная служба безопасности, Федеральная таможенная служба, Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков проявляется при осуществлении совместного контроля за оборотом и порядком использования наркотических средств и психотропных веществ.

Требования Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии являются обязательными для Министерства здравоохранения

Российской Федерации при выдаче им разрешений на применение в медицинских целях лекарственных и диагностических средств, иммунобиологических препаратов, новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий; утверждении, в пределах своей компетенции, государственных стандартов и медико-технических требований на изделия медицинского назначения и медицинскую технику.

При этом практической реализацией управленческих полномочий занимаются Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.[10]

В современных условиях рыночной экономики к системе органов управления здравоохранением можно отнести также Федеральные фонды социального страхования и обязательного медицинского страхования, так как свойственными им методами фонды активно участвуют в управлении здоровьем населения. Фактически эти федеральные ведомства осуществляют исполнительно-распорядительную деятельность, наделены оперативной самостоятельностью, имеют большие штаты, образуются высшими органами государственной власти, подотчетны и подконтрольны им; их образование, организационная структура и порядок деятельности в основном регламентируются административно-правовыми нормами.

Страховая медицинская организация вправе одновременно проводить добровольное и обязательное медицинское страхование, но на основе отдельных лицензий. При этом страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Фонд социального страхования РФ согласно Положению о нем, утвержденному постановлением Правительства РФ от 12 февраля 1994 г. №101 управляет средствами государственного социального страхования и является

специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ.

Региональные отделения Фонда образуются в субъектах Российской Федерации, а центральные отраслевые отделения Фонда – в отдельных отраслях хозяйства. Руководство региональными и отраслевыми отделениями Фонда осуществляют управляющие соответствующими отделениями, которые несут персональную ответственность за их работу.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования. Он является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Управление Федеральным ФОМС осуществляется коллегиальным органом – правлением и постоянно действующим исполнительным органом – директором Федерального фонда, который, как и его первый заместитель, назначается на должность и освобождается от нее Правительством Российской Федерации. Контроль за деятельностью Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет ревизионная комиссия [18].

Помимо перечисленных субъектов, в управлении здравоохранением активную роль играют общественные объединения и организации. В приоритетных областях современного российского здравоохранения первоочередная роль сегодня принадлежит не официальным властным институтам, не министерским или региональным органам управления, а самым разным профессиональным и общественным медицинским объединениям.

Для осуществления общественного контроля за деятельностью в области здравоохранения при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органах местного самоуправления могут создаваться попечительские (наблюдательные) советы в области здравоохранения. Порядок формирования и полномочия попечительских (наблюдательных) советов в

области здравоохранения определяются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Деятельность этих различных организаций и обществ крайне важна и в законодательной сфере в области национального здравоохранения, и в решении проблем медицинского образования, и в использовании медицинской информации и технологий и, конечно, в медицинской этике. Они призваны добиваться необходимых обществу решений, твердо отстаивая свое мнение в институтах государственного устройства. Ведь в соответствии с международными конвенциями, нормами международного права, гражданским и профессиональным кодексами на врачей возложено не только лечение и организация профилактики болезней, но и обязанность побуждать власти к активным действиям.

Управление здравоохранением субъекта Российской Федерации как отраслью осуществляется уполномоченным исполнительным органом государственной власти по здравоохранению, образованным на основании распорядительного акта высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения осуществляют контроль за реализацией органами местного самоуправления в области здравоохранения законодательства Российской Федерации в области здравоохранения, соблюдением на территории муниципальных образований государственных социальных стандартов, стандартов качества медицинской помощи, а также за достоверностью медицинской статистики и отчетности.

1.3 Нормативно-правовые основы системы управления здравоохранением

Современная система российского здравоохранения является единой федеративной, означающей государственную целостность и разграничение предметов ведения и полномочий; состоит из равноправных субъектов – региональных систем здравоохранения.

Полномочия органа управления здравоохранением представляют собой права и (или) обязанности применять необходимые в определенной ситуации формы и методы управления для решения предметов ведения и отражают, закрепляют и показывают пределы участия данного органа в осуществлении той или иной функции управления.

Разграничение полномочий исполнительных органов в области здравоохранения определяется Конституцией Российской Федерацией в самом общем виде. Поэтому, помимо Конституции Российской Федерации, правовую основу разграничения полномочий в сфере здравоохранения между органами государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации органами местного самоуправления, а также деятельности муниципальных образований по оказанию услуг в области здравоохранения составляют следующие нормативные акты: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; «Об общих принципах организации деятельности законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»; «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»; «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и др.

С 1 января 2005г. вступил в силу ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу

некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации“ и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации“ от 22 августа 2004г. № 122-ФЗ. В соответствии с этим законом внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан.

Основная масса поправок внесена с целью разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило всю систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения.

В соответствии со ст.35 упомянутого закона внесены изменения в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Так, в статье, определяющей полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья (ст.5), признаны утратившими силу статьи, определяющие полномочия органов государственной власти в установлении структуры, порядка организации и деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения. Также из Основ исключены полномочия по определению доли расходов на здравоохранение при формировании федерального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики в области охраны здоровья. Это связано с тем, что структура и порядок организации и деятельности федеральных органов исполнительной власти регулируются Федеральным конституционным законом «О Правительстве Российской Федерации» и не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья граждан. Формирование федерального бюджета и налоговая политика определяются Бюджетным и

Налоговым кодексами РФ и также не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья.

Полномочия федеральных органов государственной власти по определению номенклатуры специальностей в здравоохранении дополнены полномочиями по определению номенклатуры организаций в здравоохранении. Это связано с возможными в ближайшее время изменениями в законодательстве об организационно – правовых формах организаций, в том числе организаций здравоохранения [20].

Исключены полномочия по установлению льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении. Эти и все последующие исключения из законодательства льгот различным категориям населения связаны с «приведением системы социальной защиты граждан, которые пользуются льготами и социальными гарантиями и которым предоставляются компенсации, в соответствие с принципом разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, а также принципами правового государства с социально ориентированной рыночной экономикой».

В полномочия федеральных органов государственной власти введены полномочия по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности; выдаче разрешений на применение на территориях субъектов РФ новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий, деятельности, связанной с оборотом наркотических, сильнодействующих и психотропных средств. Ранее эти полномочия относились к полномочиям субъектов РФ. Думается, что это нововведение, с одной стороны, будет способствовать расширению контрольных полномочий федеральных органов, что должно привести к повышению эффективности оказания медицинской помощи, но, с другой стороны, Министерство здравоохранения Российской Федерации не сможет контролировать деятельность всех медицинских и фармацевтических организаций в огромной

стране. Поэтому, целесообразно оставить упомянутые полномочия в ведении регионов.

Новации коснулись также отношений в области финансирования здравоохранения и лекарственного обеспечения, на основе принципов разграничения полномочий между федеральными, региональными органами государственной власти и органами местного самоуправления. В результате указанных преобразований с 2005 года регионы сами финансируют все свои обязательства.

Многие полномочия и финансовые обязательства федеральных органов власти переходят на уровень субъектов Российской Федерации, в частности разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, медицинскому образованию, расходы на здравоохранение, специализированную помощь (по лечению кожно-венерологических, онкологических заболеваний, туберкулеза, наркозависимости), включая обеспечение специализированных учреждений лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами, донорской кровью и ее компонентами. Фактически диагностика, лечение и лекарственное обеспечение больных социально значимыми заболеваниями также будут финансироваться только из региональных бюджетов. Подобное разграничение полномочий крайне несправедливо. Получается, что стандарты оказания помощи больным, например, социально-значимыми заболеваниями будут разрабатываться с учетом финансовых возможностей субъектов Российской Федерации. Но в каждом регионе такие возможности существенно разнятся, следовательно, в итоге больные получают медицинскую и лекарственную помощь разного качества, что в принципе является недопустимым.

Широкий диапазон вопросов, решаемых самостоятельно субъектами Российской Федерации, говорит о том, что в каждом регионе всегда имеется ряд первоочередных проблем в области здравоохранения, оперативность и качество решения которых во многом зависят от четкости разграничения

предметов ведения и полномочий между органами государственной власти различных иерархических уровней.

Таким образом, жестко разграничив полномочия в вопросах здравоохранения с субъектами Российской Федерации, ответственность за возможные проблемы в этой сфере федеральный центр возложил на регионы.

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, по соглашению друг с другом (на основе договора), могут передавать друг другу часть своих полномочий, если это не противоречит Конституции Российской Федерации и федеральным законам. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения разрабатывает типовые соглашения в области здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия между Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации, которым предусматриваются обязательства сторон по:

–реализации государственной политики в области здравоохранения, федеральных целевых программ в области здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;

–развитию системы здравоохранения и обеспечению граждан медицинской помощью в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации государственными социальными стандартами и программами государственных гарантий в организациях здравоохранения, расположенных на территории субъекта Российской Федерации и подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Положения типовых соглашений применяются при разработке конкретных соглашений субъектов Российской Федерации, которые являются неотъемлемой частью договора о разграничении предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъекта Российской Федерации. В указанных соглашениях не могут устанавливаться условия, снижающие объем

и качество оказания медицинской помощи гражданам по сравнению с установленным Федеральным законом уровнем [20].

Существенную роль в сохранении и укреплении целостности Российской Федерации, реализации государственной политики, в том числе и здравоохранительной, сыграла практика заключения договоров о разграничении предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ. Консолидирующая роль этих документов как бы завершает и юридически оформляет единство РФ. Подобный договор может конкретизировать предметы совместного ведения с учетом политических, экономических, социальных, географических, этнических и иных особенностей субъектов Российской Федерации, в договорах могут определяться условия и порядок осуществления разграниченных договором полномочий, формы взаимодействия и сотрудничества при исполнении положений договора; регулироваться иные вопросы, связанные с исполнением положений договора.

В связи с делегированием полномочий как государством, так и субъектами Федерации, возникают определенные трудности. Как уже отмечалось, в последнее время наблюдается тенденция к тому, что Российская Федерация все чаще передает ряд своих полномочий (как правило обязательств) на уровень субъектов Российской Федерации. Передача полномочий может осуществляться по соглашению между соответствующими органами Российской Федерации и субъектов. Полномочия передаются без наличия соответствующего соглашения, то есть возложение новых обязанностей на субъекты происходит автоматически. Такое положение дел противоречит нормам Конституции, и должно стать предметом рассмотрения Конституционного Суда Российской Федерации. Еще одно препятствие связано с исполнением обязанности государства в предоставлении материально-технических и финансовых ресурсов, необходимых для обеспечения надлежащего исполнения субъектами Российской Федерации предоставленных государством полномочий. Как показывает практика, с этим обязательством

государство справляется не достаточно эффективно. Субъектам Федерации сложно справляться с предоставленными полномочиями еще и потому, что федеральное законодательство не успевает за интенсивным развитием отношений, складывающихся в субъектах Российской Федерации. Возможно именно поэтому, при регулировании отношений в сфере охраны здоровья, регионам зачастую приходится идти в обход федерального законодательства, неспособного урегулировать их.

Результаты анализа предметов ведения и полномочий субъектов Федерации в сфере охраны здоровья граждан позволяют сделать вывод о том, что из-за слабой правовой базы в условиях рыночных отношений возникает неравномерность правового регулирования вопросов охраны здоровья в разных субъектах Российской Федерации, что, в свою очередь, приводит к нарушению ряда положений Конституции Российской Федерации. Принятие федеральных законов, в которых отражены предметы ведения субъектов Федерации в сфере охраны здоровья населения, позволяет устранить подобные противоречия, однако в этом случае нарушается установленный Конституцией Российской Федерации принцип разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации, вследствие чего субъекты лишаются права исключительного ведения, что является недопустимым.

Компетенция органов местного самоуправления также подверглась существенным изменениям, а именно изъятиям. Так, из компетенции органов местного самоуправления изъяты:

–полномочия в области предупреждения распространения туберкулеза, предоставления жилых помещений и иных гарантий и противотуберкулезных мероприятий.

–обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов,

неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

–координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в пределах своих полномочий, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения;

– формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан;

–создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов [12].

Одним из основополагающих принципов местного самоуправления является наличие собственной выделенной компетенции. Следует также отметить, что компетенция муниципального образования определяется на основании Конституции Российской Федерации, федеральных законов (по вопросам местного самоуправления и отраслевых), законов субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов органов местного самоуправления.

Исходя из того, что местное самоуправление – власть подзаконная, законом устанавливаются предметы ведения либо возможность принятия к ведению муниципального образования того или иного вопроса, а также права и обязанности (полномочия) органов местного самоуправления. Причем в Российской Федерации осуществление местного самоуправления, то есть решение вопросов местного значения, органами государственной власти и

государственными должностными лицами не допускается. Отсюда является принципиально важным определение исключительных полномочий местного самоуправления.

Полномочия органов местного самоуправления, установленные ст. 8 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, можно дополнить вопросами местного значения городского поселения, муниципального района и городского округа в сфере здравоохранения, которые определены Федеральным законом от 06.10.2003 № 131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». Такими вопросами являются:

–осуществление мероприятий по обеспечению безопасности людей на водных объектах, охране их жизни и здоровья;

–создание, развитие и обеспечение охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории поселения, муниципального района, городского округа;

–организация оказания на территории муниципального района, городского округа скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов [12].

Финансовые обязательства, возникающие в связи с решением вопросов местного значения, исполняются за счет средств местных бюджетов (за исключением субвенций, предоставляемых местным бюджетам из федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации). В случаях и порядке, установленных федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации, указанные обязательства могут дополнительно финансироваться за счет средств федерального бюджета, федеральных государственных внебюджетных фондов и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Основными принципами деятельности органов местного самоуправления в области охраны здоровья населения являются:

– соблюдение прав человека и гражданина в области здравоохранения;

–приоритет профилактических мер;

– доступность медико-социальной помощи;

–социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

Часть вопросов местного значения не может решаться органами местного самоуправления в отрыве от государственных органов, так как их решение связано с реализацией конституционных прав населения либо с осуществлением государственной социальной политики. В свою очередь в ведении местного самоуправления могут находиться также передаваемые законом отдельные государственные полномочия. Поэтому необходимо внедрять в практику заключение публично-правовых муниципальных договоров.

2 Организация системы здравоохранения в регионе (на примере Пензенской области)

2.1 Механизм управления системой здравоохранения в Пензенской области

Министерство здравоохранения входит в структуру исполнительных органов государственной власти Пензенской области. Структура министерства здравоохранения Пензенской области представлена в приложении А. [36]

Министерство здравоохранения Пензенской области возглавляет Министр, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Губернатором Пензенской области по предложению Вице-губернатора - Председателя Правительства Пензенской области. Министр здравоохранения имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности по согласованию с Правительством Пензенской области. Распределение обязанностей между заместителями производит Министр. Министр здравоохранения Пензенской области – Стрючков Владимир Викторович.

Приказы и указания Министерства по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний, а также по другим вопросам, отнесенным к компетенции Министерства, обязательны для всех учреждений, предприятий и организаций, независимо от их организационно-правовой формы. Министр здравоохранения в необходимых случаях издает с руководителями других ведомств и организаций совместные приказы и инструкции.

В Министерстве здравоохранения образуется коллегия. Председатель коллегии - Министр. В состав коллегии могут входить работники Министерства, руководящие работники и специалисты учреждений,

предприятий и организаций здравоохранения, общественных объединений. Состав коллегии утверждается Правительством Пензенской области.

Коллегия является совещательным органом и рассматривает на своих заседаниях основные вопросы, касающиеся развития здравоохранения и деятельности Министерства, учреждений, предприятий и других организаций здравоохранения, подбора и расстановки кадров, подготовки проектов важнейших приказов и указаний, проверки их исполнения, заслушивает доклады руководителей структурных подразделений, руководителей учреждений, предприятий, организаций здравоохранения.

Решения коллегии проводятся в жизнь приказами Министра здравоохранения.

Система здравоохранения Пензенской области включает в себя всего муниципальных больничных учреждений - 16 ед. Амбулаторно-поликлинических и амбулаторно - диагностических учреждений - 31 ед. Муниципальных аптек - 17 ед. Муниципальных аптечных киосков -17 ед. Всего больничных коек - 3585 ед.

На территории города Пенза располагается одно из крупнейших медицинских учреждений в Приволжском регионе, Пензенский Областной онкологический диспансер, построенный в 1992 году. В 2008 году открылся Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии, что делает доступным проведение операций на сердце не только в Москве. В Пензенском кардиологическом центре – новейшая аппаратура, врачи со всей России и возможность делать до 20 операций в сутки.

Структура системы здравоохранения включает в себя не только муниципальные предприятия, но и частные клиники. В городе Пензе их более 20. Одним из лидеров на данном сегменте рынка является медицинский центр «Эскулап», в котором все врачи владеют современными методами лечения с применением новейших технологий и медицинской техники. В данной сфере также успешно функционируют такие компании как центр клинической медицины МедМикс, клинико-диагностический центр MEDI КЛИНИК, центр

репродуктивного здоровья, стоматологическая клиника «Энея» и другие компании.

Что же касается основных задач Министерства здравоохранения, то здесь можно выделить следующие:

- реализация государственной политики в области охраны здоровья населения Пензенской области и других граждан, находящихся на ее территории, в пределах компетенции и прав, предоставленных Министерству Правительством Пензенской области;

- изучение состояния здоровья населения, разработка приоритетных направлений и программ, обеспечивающих охрану здоровья населения области, в том числе и по программам обязательного медицинского страхования;

- обеспечение функционирования ведомственной системы специального профессионального образования в области здравоохранения. Подготовка и переподготовка медицинских кадров;

- координация, обеспечение методического руководства и осуществление взаимодействия государственной, в том числе ведомственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

- разработка нормативов и стандартов в области охраны здоровья населения;

- развитие сети учреждений здравоохранения;

- хозяйственное и материально - техническое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения по централизованным закупкам;

- контроль за целевым использованием бюджетных ассигнований, внебюджетных средств, в т.ч. средств обязательного медицинского страхования, основных и оборотных фондов, материальных запасов, малоценных и быстроизнашивающихся предметов в государственных учреждениях и на предприятиях, входящих в областную систему здравоохранения;

- участие в организации научно - исследовательских работ и опытно-конструкторских разработок по приоритетным направлениям охраны здоровья

населения области и контроль за их использованием в практике областного здравоохранения;

- разработка и участие в реализации программ социальной защиты медицинских работников;

- участие в развитии внешнеэкономических связей, международного, межрегионального и межведомственного сотрудничества, направленных на удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах;

- принятие предусмотренных законом чрезвычайных мер, направленных на спасение жизни людей, защиту их здоровья и прав, в случаях стихийных бедствий, экологических катастроф, эпидемий и эпизоотий, пожаров, нарушения общественного порядка, информирование населения о проводимых мероприятиях по их устранению;

- обеспечение контроля за сохранением гарантированного уровня бесплатной медицинской помощи;[7]

Для решения возложенных на него задач Министерство осуществляет следующие функции:

- изучает состояние здоровья населения и определяет направление развития здравоохранения Пензенской области;

- организует совместно с органами исполнительной власти, ведомствами, общественными организациями разработку целевых медицинских программ по охране здоровья и профилактике заболеваний населения, условий его жизнедеятельности, финансируемых из федерального или местного бюджетов, контролирует их исполнение;

- производит в установленном порядке экспертизу проектов территориальных и других программ, затрагивающих вопросы охраны здоровья, входящих в компетенцию Министерства;

- контролирует исполнение действующего законодательства, относящегося к компетенции Министерства, государственными медицинскими, другими учреждениями и предприятиями, иными юридическими и

физическими лицами, оказывающими населению медицинскую помощь и услуги в области здоровья;

- определяет потребности в лекарственных, диагностических и дезинфекционных средствах, иммунобиологических препаратах, изделиях медицинского назначения, медицинской технике и участвует в определении объемов поставок этой продукции;

- совместно с заинтересованными органами исполнительной власти осуществляет контроль за оборотом и порядком использования наркотических и психотропных средств в учреждениях здравоохранения;

- осуществляет в установленном порядке контроль за финансово-хозяйственной деятельностью подведомственных Министерству учреждений, предприятий и других организаций;

- рассматривает предложения, заявления и жалобы граждан и принимает по ним необходимые меры, организует прием граждан по вопросам, отнесенным к его компетенции;

- обеспечивает совершенствование профилактической, лечебно-диагностической и лечебно-оздоровительной работы;

- организует диспансеризацию и медицинскую реабилитацию лиц, подвергшихся техногенному и радиационному воздействию;

- организует в учреждениях здравоохранения диспансеризацию и медицинскую реабилитацию больных, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и другими социально значимыми заболеваниями;

- в пределах своей компетенции осуществляет методическое руководство медицинской реабилитацией инвалидов;

- в пределах своей компетенции организует мероприятия по профилактике инфекционных, паразитарных заболеваний, особо опасных инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний и отравлений, а также неинфекционных заболеваний, связанных с воздействием на здоровье человека неблагоприятных факторов среды его обитания;

- определяет целесообразность и организует лечение граждан за пределами Пензенской области;

- разрабатывает предложения по оказанию медицинской помощи нуждающимся в социальной защите группам населения (детям, пенсионерам, лицам, больным определенными заболеваниями, и др.);

- разрабатывает мероприятия, обеспечивающие охрану здоровья матери, отца, ребенка и членов семьи, осуществляет контроль за их выполнением;

- участвует в решении вопросов медико-социальной помощи семье, матери, отцу и ребенку;

- разрабатывает предложения, направленные на улучшение питания детей, беременных женщин и кормящих матерей;

- осуществляет работу по ведению статистики в здравоохранении, осуществляет методическое руководство порядком статистического учета в органах, учреждениях и других организациях здравоохранения, контролирует достоверность статистической информации;

- совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования обеспечивает взаимодействие информационных систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в области информационного, программного, технического и сетевого обеспечения;

- в пределах выделенных средств финансирует мероприятия, вытекающие из международных обязательств Пензенской области в области здравоохранения [7].

Развитие областного здравоохранения осуществляется в соответствии с государственной программой развития здравоохранения и государственной политики в области укрепления здоровья населения Пензенской области, которая служит корректировке целей и подходов к здравоохранению, конкретизации задач и объектов реформ.

2.2 Анализ основных направлений реализации политики в сфере здравоохранения Пензенской области

В Пензенской области выстроена трехуровневая система организации медицинской помощи населению. В зависимости от профилей и этапов оказания медицинской помощи все медицинские организации разделены на три уровня.

Первый уровень представлен учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в объеме первичной доврачебной и первичной врачебной помощи. 23 центральные районные больницы (далее – ЦРБ) отнесены к учреждениям здравоохранения первого уровня.

На втором уровне организована работа городских больниц и центральных районных больниц, выполняющих функции межрайонных лечебно-диагностических консультативных центров:

ГБУЗ «Каменская ЦРБ»;

ГБУЗ «Нижнеломовская ЦРБ»;

ГБУЗ «Сердобская ЦРБ им. А.И. Настина»;

ГБУЗ «Кузнецкая ЦРБ»;

ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница».

Между межрайонными центрами закреплены зоны ответственности для организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Определены маршруты движения больных при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в плановом и экстренном порядке при заболеваниях, влияющих на демографические показатели.

На третьем уровне (специализированная, в том числе высокотехнологичная) медицинская помощь оказывается в областных

больницах и диспансерах, в том числе за счет создания на их базе областных консультативно-диагностических центров для взрослого и детского населения.

Реализация концептуальных направлений развития регионального здравоохранения осуществляется в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы». Основные подпрограммы:

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи.

Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи.

Охрана здоровья матери и ребенка.

Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе для детей.

Оказание паллиативной помощи, в том числе детям.

Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Управление развитием отрасли.

Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья.

Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

Развитие скорой медицинской помощи.

Государственная программа объединила в себя все мероприятия ранее действовавших долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения, мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье» и расходы на финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Общий объем финансирования государственной программы на 2015 год составил 8876901,9 тыс. рублей, в том числе: за счет средств федерального бюджета – 697065,5 тыс. рублей, за счет средств бюджета Пензенской области – 8144336,4 тыс. рублей, за счет иных источников – 35 500,0 тыс. рублей.[8]

При этом, повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций Пензенской области и их работников осуществляется посредством реализации плана мероприятий в рамках «дорожной карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Пензенской области» [9].

Целью государственной программы «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы» является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Данная цель предполагает решение следующих задач:

-Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, снижение заболеваемости и смертности населения.

-Развитие системы оказания специализированной медицинской помощи, снижение смертности от туберкулеза, повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, увеличение сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии наркологических больных, развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах, снижение смертности от ишемической болезни сердца, инсульта, злокачественных новообразований. Снижение смертности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий. Обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов.

-Создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям. Улучшение состояния здоровья детей и матерей. Снижение материнской, младенческой и детской смертности. Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

-Увеличение продолжительности активного периода жизни населения. Предупреждение и снижение уровня взрослой и детской инвалидности.

-Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

-Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.

-Повышение эффективности управления качеством медицинской помощи и охраны здоровья граждан Российской Федерации, проживающих на территории Пензенской области.

-Обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

-Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в целях получения жителями Пензенской области доступной и качественной медицинской помощи.

-Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [8].

Так, реализация Государственной программы направлена на обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения.

Остановимся более подробно на реализации программных мероприятий.

Подпрограмма 1«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

В целях профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики» организованы мероприятия:

- 20 «информационных площадок» (10 образовательных организаций, 6 предприятий, 4 загородных лагеря), охват составил 1903 человек; 38 профилактических мероприятий по формированию ЗОЖ и диспансеризации

взрослого населения в образовательных организациях, охват составил 1262 человека;

- 13 занятий с обучающимися по вопросам оказания первой помощи при различный травмах и состояниях здоровья, в которых приняли участие 620 человек;

- оздоровительно-просветительское движение «Прогулка с доктором» - 8 групп по 4 человека;

- 45 обучающих семинаров с медицинскими кадрами на тему «Вопросы профилактики развития зависимостей от табака, алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ», «Формирование ЗОЖ. Диспансеризация определенных групп взрослого населения»;

- в рамках подготовки групп волонтерского движения проведено 5 семинаров для студентов медицинского колледжа – 158 человек и 14 лекций «Формирование ЗОЖ. Профилактика ХНИЗ», «Безопасность пищевых продуктов», «Основы профилактической медицины», «Последствия табакокурения», «Профилактика гепатитов», «Профилактика клещевого энцефалита и бешенства», «Профилактика ВИЧ-инфекции» - 606 чел.;

- акция «Измерь свое артериальное давление» - в 13 поликлиниках и 3 медицинских организаций в муниципальных районах Пензенской области – 2565 человек и на форуме «Доступность и качество медицинской помощи» - 93 чел.;

- проведение Всемирного дня здоровья в ФОК «Чайка» (массовая зарядка) и участие в фестивале «Спортивный калейдоскоп»;

- проведение мероприятия в рамках Всемирного дня без табака;

- проведение Всероссийского дня трезвости;

- проведение Всемирного дня сердца;

- проведение Всемирного дня борьбы с инсультом;

- участие в Рождественских чтениях.

Распространено более 105,1 тыс. экземпляров 35 наименований информационного материала [31].

На базе отделений и кабинетов профилактики работают более 250 Школ здоровья по профилактике неинфекционных заболеваний, в том числе по профилактике табакокурения, по профилактике алкоголизма, по профилактике наркомании, по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, по профилактике ожирения и рациональному питанию, по профилактике низкой физической активности. Охват населения профилактическими мероприятиями составляет более 87,3 тыс. человек.

Более 500 Школ здоровья по профилактике неинфекционных заболеваний открыты в стационарных отделениях, за год обучено 131,8 тыс. человек.

Функционируют 35 кабинетов помощи при отказе от курения, ведущие активную образовательную работу среди молодого поколения по профилактике табакокурения, Прошли обучение более 8,2 тыс.человек, приняли решение об отказе от курения – более 1535 человек.

За 2015 г. охвачено мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни более 204,8 тыс. человек. Пресс-службой ведомства совместно с подведомственными учреждениями проведены следующие мероприятия, получившие широкую информационную поддержку и тиражирование в СМИ:

- массовые акции, направленные на приближение первичной специализированной медицинской помощи, завоевавшие большую популярность среди населения Пензенской области: день хирурга, день женского здоровья, день флюорографического обследования «Здоровые лёгкие», день АвтоМотоДонора;

- Дни открытых дверей в специализированных медицинских учреждениях;

- День отказа от курения, в рамках которого состоялись информационно-просветительская акция, направленная на профилактику табакокурения среди студентов сельскохозяйственной академии, мастер-класс «За здоровый образ жизни» для студентов Пензенской сельскохозяйственной академии;

- вакцинация взрослого и детского населения против вирусного гепатита В, кори и гриппа.

В целях борьбы с табакокурением и распространения данной негативной привычки в Пензе запущен «Транспорт здоровья». В общественном транспорте размещены плакаты, пропагандирующие отказ от курения. В целях акцентирования внимания на необходимость проведения диспансеризации, основных симптомах ишемической болезни сердца, профилактики тех или иных хронических неинфекционных заболеваний на информационных досках, которыми оснащены подъезды многоквартирных домов, ежемесячно размещается соответствующая информация для населения.

Всего с тематикой о формировании здорового образа жизни, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также о сохранении репродуктивного здоровья показано 321 сюжет на телевидении, 187 выступлений в прямом эфире и записанных интервью специалистов прозвучали на Радио, 503 статьи опубликованы в газетах районного, областного и всероссийского значений, 1373 материала распространены в сети Интернет.

С целью реализации профилактических мероприятий при инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики приобретено 57 тыс. доз вакцины.

Проведен ряд мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов ВиС: выпущено 405 тыс. буклетов и листовок о здоровом образе жизни и рисках заражения ВИЧ-инфекциями, размещено 57 баннеров, в СМИ опубликовано 44 статьи, 240 раз организована трансляция роликом, отработано 10 радиоэфиров, выпущено 12тыс. стикеров, приобретено оборудование для организации работы «горячей линии».

В целях ранней диагностики неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидизации населения, в 2015 году продолжены мероприятия по формированию здорового образа жизни.

В 29 медицинских организациях организовано проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения на базах 14 отделений и 20 кабинетов медицинской профилактики. Осмотрено 251,6 тыс. человек, в том числе – 2,05 тыс. человек отдельных категорий граждан

(инвалиды ВОВ 1941 - 1945 гг., лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»). По результатам диспансеризации 60 тыс. человек прошли углубленное индивидуальное и групповое консультирование по вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Все лица с установленными 2 и 3а группами здоровья охвачены лечебно-диагностическими мероприятиями (диспансерное наблюдение, лечение и пр.), в том числе более 15 тыс. человек направлены на дополнительные исследования, почти 12 тыс. – на госпитализацию, 10 тыс. – рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Центры здоровья посетили 48,8 тыс. человек, в том числе 20,6 тыс. детей и подростков. Среди обследованных факторы риска выявлены у 39,0 тыс. человек (80,1 %), доля здоровых граждан составила – 19,9 %. Всем обратившимся в центр здоровья составлены индивидуальные планы по здоровому образу жизни. 12,3 тыс. человек (25,2 % от обратившихся) направлены на дообследование в медицинские организации [31].

Во всех Центрах здоровья оборудованы и работают кабинеты лечебной физкультуры. В них прошли курс гигиенической гимнастики 6,0 тыс. человек.

Для лиц, больных сахарным диабетом закуплено 74179 упаковок современных лекарственных средств и 11980 уп. диагностических систем. 129 человек больных несахарным диабетом обеспечены лекарственным препаратом «Десмопрессин».

Бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на 24,62 млн. руб. обеспечены дети в возрасте до 3 лет и дети до 6 лет из многодетных семей и на 136,22 млн. отдельные категории взрослого населения.

Осуществлены капитальные вложения в приобретение объекта недвижимого имущества (поликлиники) по адресу: Пензенская область, с. Засечное (г.Спутник).

Исполнение по подпрограмме 1 составило 863075,6 тыс. рублей – 99,57% плана [31].

Подпрограмма 2 - «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».

Для проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий, в том числе в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска, среди детей, инфицированных туберкулезом приобретено 26,2 тыс. уп. туберкулина в комплекте со шприцами и 144,26 тыс. упаковок противотуберкулезных препаратов, 43,32 тыс. уп. противотуберкулезных препаратов второго ряда на общую сумму 57629,4 тыс. руб., в том числе 24564,8 тыс. руб. федеральных средств.

Продолжена реализация внедренного на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Пензенской области 99,7% пациентов с острыми инфарктами и инсультами госпитализируются в профильные отделения, 985 пациентов первичных сосудистых отделений проконсультированы специалистами регионального сосудистого центра (РСЦ). В условиях РСЦ проведены 303 реконструктивных операции при прецеребральных стенозах, 1061 баллоннаяангиопластика, 818 – баллонных ангиопластик со стентированием, 4090 коронарных ангиографий.

Мероприятия по снижению смертности от новообразований предусматривают раннюю диагностику новообразований, в том числе злокачественных, что включено в объём 1 этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения. Среди прошедших диспансеризацию установлено 1703 случая новообразований [31].

Для организации выявления онкологических заболеваний, осуществления диспансерного наблюдения и коррекции лечения, а также для определения тактики лечения онкобольных и назначения адекватной обезболивающей терапии в медицинских организациях открыты 23 первичных онкологических кабинета.

Исполнение по подпрограмме 2 составило 517287,3 тыс. рублей – 92,05% плана.

Подпрограмма 3«Охрана здоровья матери и ребенка»

В течение 2015 года: проведен скрининг 10607 беременным, проконсультировано генетиком 2284 беременных, выявлено при ультразвуковом скрининге 189 пороков развития, 110 беременностей прервано по медицинским показаниям, проведено 152 инвазивных процедуры, при которых выявлена 29 хромосомных аберраций.

Для организации скринингов (неонатального, аудиологического, пренатальной диагностики) приобретены расходные материалы в объемах достаточных для более чем 95% новорожденных.

Исполнение по подпрограмме 3 составило 30461,8 тыс. рублей – 100% плана [31].

Подпрограмма 4-«Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения»

Приобретено 2429 путевок на долечивание работающих граждан в условиях санатория и 3520 путевок для детей и подростков в санаторно-оздоровительных лагерях.

Исполнение по подпрограмме 4 составило 154020,5 тыс. рублей – 94,86% плана.

Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

В 2014 году объем паллиативной медицинской помощи вырос на 41,9%, в 2015 году – количество коек соответствует нормативу - 376 коек, в том числе 3 детских на базе 3 взрослых и 1 детского отделений.

Обеспечена последовательная работа по повышению качества жизни пациентов, страдающих неизлечимыми тяжелыми заболеваниями, включая онкологию.

В круглосуточном режиме работает «горячая линия» - «Стоп - боль!», доля пациентов неинкурабельных, получающих адекватную обезболивающую терапию, составляет 29,5% (индикатор – 15%).

С 29.06.2015 – организована стажировка заведующих и фельдшеров ФАП на базе ГБУЗ «ООД» по вопросу диагностики визуальных форм рака.

Исполнение по подпрограмме 5 составило 128854,4 тыс. рублей – 100% плана.

Подпрограмма 6 - «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

В 2015 году профессиональную переподготовку и повышение квалификации прошел 1281 врач-специалист.

Единовременную денежную выплату при трудоустройстве в районные и межрайонные больницы за счет средств бюджета Пензенской области получили:

- по 150,0 тыс. рублей – 83 врача-специалиста,

- за 1-й отработанный год – по 50,0 тыс. рублей – 66 врачей-специалистов,

- за 2-й отработанный год – по 75,0 тыс. рублей –60 врачей-специалистов,

- за 3-й отработанный год – 100 тыс. рублей – 48 врачей-специалистов.

Дополнительную ежемесячную стипендию в размере 2,5 тыс. рублей получили 30 студентов 5-6 курсов медицинских ВУЗов.

Меры социальной поддержки в размере по 500 рублей ежемесячно получили 245 интернов и ординаторов и 505 студентов медицинских ВУЗов, обучающихся по договорам о целевом обучении.

Денежную компенсацию за найм жилого помещения получают 6 врачей-педиатров.

Единовременную денежную выплату при трудоустройстве в медицинские организации г. Пензы, прибывшие из других регионов, за счет средств бюджета Пензенской области получили:

- по 150,0 тыс. рублей – 3 врача-педиатра,

-за 1-й отработанный год по 50,0 тыс. рублей – 4 врача-педиатра,

- за 2-й отработанный год – по 75,0 тыс. рублей – 3 врача-педиатра.

Единовременную компенсационную выплату в размере 1 млн. рублей при трудоустройстве в сельские населённые пункты и рабочие посёлки получил 71 врач-специалист.

Исполнение по подпрограмме 6 составило 109489,0 тыс. рублей – 92% плана [31].

Подпрограмма 7 - «Реализация государственных функций в сфере здравоохранения» освоено 6997137,5 тыс. руб. (99,9% плана) на реализацию государственными медицинскими организациями государственного задания, в том числе 5450,24 млн. руб. в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В рамках подпрограммы проводилось выполнение таких мероприятий, как:

- осуществление установленных функций в сфере руководства и управления исполнительных органов государственной власти Пензенской области, включая осуществление переданных полномочий в области охраны здоровья (лицензирование);

- обеспечение реализации государственных функций по мобилизационной подготовке экономики (резервные запасы);

- осуществление мероприятий в области санитарно-эпидемиологического благополучия;

- централизованные закупки медицинского оборудования для государственных нужд;

- осуществление мер социальной поддержки населения по публичным нормативным обязательствам;

Все государственные услуги выполнены в запланированных объемах.

Таким образом, целевое структурирование областных программ позволяет охватить практически все аспекты охраны здоровья населения Пензенской области, конкретизировано осуществлять меры социальной и медицинской профилактики в данной административно-территориальной единице, охватывая все контингенты населения, ведя целенаправленную борьбу с заболеваниями.

Здоровье населения - один из важнейших элементов социального, культурного и экономического развития. Именно поэтому Правительство

Пензенской области выделяет вопросы здоровья населения и развитие здравоохранение как одни из важнейших приоритетов своей деятельности.

3 Проблемы эффективного функционирования системы здравоохранения и пути их решения

Отрасль здравоохранения постоянно сталкивается с рядом остро стоящих проблем, для разрешения которых необходимо применение комплексных программных методов.

Сегодня в системе здравоохранения Российской Федерации, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, существуют проблемы, которые требуют решения поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи.

Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС было проведено исследование [19] в рамках общей дискуссии о ситуации, проблемах и возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации.

Цель исследования заключалась в получении экспертных оценок системе здравоохранения в Российской Федерации, проблемах и перспективах развития. По мнению экспертов к главным проблемам следует отнести (рисунок 1):

- Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие как: нехватка квалифицированных кадров (13,0%), наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы) (11,0%) и некачественную и деградирующую подготовку современных кадров (10,4%).

- Сниженные влияние и контроль современной политики (17,5%).

- Дефицитное финансирование системы здравоохранение (11,7%) [19].

Рисунок 1 – Значимые проблемы развития системы здравоохранения в Российской Федерации, %

Несмотря на предполагаемый рост и ВВП, и расходов на здравоохранение, прогнозируется очень скромная динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении с весьма умеренным, практически линейным цепным приростом. Аналогичную картину показывает и анализ динамических рядов рождаемости, смертности населения России (рисунок 2)

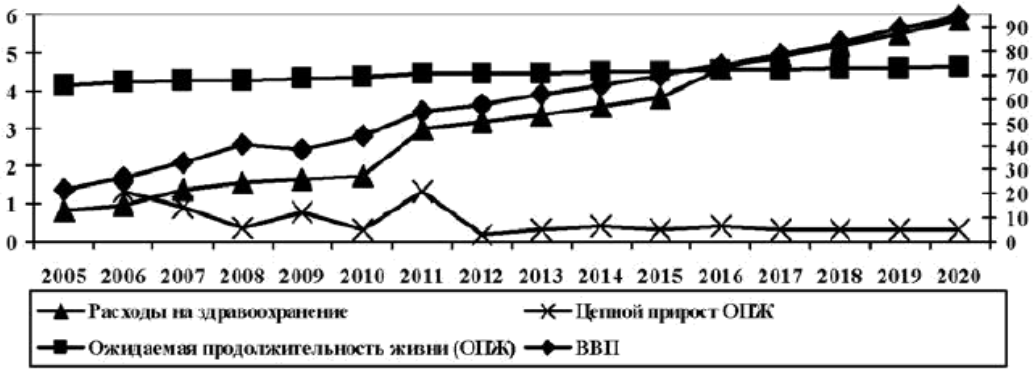

Рисунок 2 – Динамика ожидаемой продолжительность жизни при рождении и основных финансовых показателей [19]

На основании данных Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, Американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg [32] представил рейтинг

стран мира по показателю эффективности систем здравоохранения в 2014 году. Ежегодный рейтинг по эффективности национальных систем здравоохранения агентства Bloomberg определил Россию на последнее – 51 место (1 место – Сингапур, Германия – 23 место, Айзербайджан – 49 место). Критериями оценки здравоохранения являются: ожидаемая продолжительность жизни, подушевые расходы на здравоохранение, отношение затрат на охрану здоровья к ВВП государства. Проведем сравнение нескольких стран – лидера Сингапура, Италии, Германии, США и России (таблица 1) [32].

Таблица 1 – Показатели эффективности национальных систем здравоохранения

Место в рейтинге (из 51 страны)	Страна	Показатель		
		Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	Затраты на здравоохранение к ВВП %	Расходы на медицинские услуги на одного гражданина $
1	Сингапур	82,1	4,5	2624
3	Италия	82,9	9	3032
23	Германия	80,9	11,0	4683
44	США	78,7	17,2	8895
51	Россия	70,5	6,3	887

В представленном рейтинге, несомненно, ожидаемая продолжительность жизни – доминирующий показатель эффективности системы здравоохранения той или иной страны. По данным, в таблице видно, что сегодня Российскую систему здравоохранения по отношению к развитым странам можно условно назвать отстающей и "догоняющей".

Для решения данной проблемы предлагается развитие следующих приоритетных направлений:

Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По мнению И.М. Шеймана и С.В. Шишкина, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, допустим, затраты на высокотехнологичную помощь. Только наведя порядок в этой сфере, можно переходить к решению других проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4–5 лет [41].

Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилению профилактической работы и др. Речь идет о перспективных и проспективных способах оплаты, среди которых приоритетным является подушевое финансирование и поэтапное внедрение системы фондодержания.

Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из "находок" современной модернизации здравоохранения, а как решение "парамедицинских проблем": дорожная и транспортная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами и многое другое.

Проанализируем кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Первая важная кадровая проблема – нехватка квалифицированных кадров. По состоянию на 1 января 2015г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах Российской Федерации 580 431 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации в 2014 году составил 1 к 2,3, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой [14]. Обеспеченность населения Российской Федерации (на 10 тыс.) врачами составляет 40,3, средними медицинскими работниками – 100,0.

Согласно данным Счетной палаты, в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей – более 19 тыс. человек (без учета врачей, работающих в медицинских организациях Крымского федерального округа) [11].

В итоге оптимизация в сфере здравоохранения привела к снижению доступности услуг и ухудшению результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ростом на 3,7% числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6% внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения.

Согласно, аудиторской проверке Счетной палаты на сегодняшний день существует потребность во врачах и среднем медицинском персонале в количестве 55 тыс. и 88 тыс. человек [11]. Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и по итогам возможная их корректировка.

Вторая важная проблема – наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы). В целом по итогам 2015 г. заработная плата работников бюджетной сферы в абсолютных значениях выросла. Однако на

уровень зарплаты медработников большое влияние оказывает высокий процент внутреннего совместительства, который составляет четверть от всего фонда оплаты труда. Это означает, что рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника, когда вместо положенных 8 часов врач работает 12 часов и более . Одновременно с повышением заработной платы, уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников.

Третья важная проблема – некачественная и деградирующая подготовка кадров. Существует недостаточная подготовка кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество оказания медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР [19].

Четвертая важная проблема – отток профессиональных кадров в частный сектор. Население России все больше стали пользоваться платными услугами, в 2015 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2% по сравнению с 2014 г.

Кроме того, можно выделить следующие проблемные аспекты в системе здравоохранения: низкое качество оказываемых услуг и препаратов, коммерциализация медицинской отрасли, в т.ч. коррупция, недоступность некоторых услуг и препаратов, неоднозначное отношение людей (больных) к современной медицине (отсутствие уважения, культуры), низкий уровень оснащенности мед.учреждений необходимыми лекарствами, оборудованием, недостаточное внедрение инноваций и технологий, высокая зависимость от иностранных производителей и технологий, влияние внешних независимых

факторов, сложное восприятие нововведений мед.услуг , неэффективное распределение времени при оказании медицинских услуг .

К ключевым научно-технологическими направлениями, формирующим облик конкурентоспособных товаров (работ, услуг) в здравоохранении, в первую очередь относятся:

-развитие технологий персонифицированной медицинской помощи, которые позволят индивидуализировать диагностические процессы, обеспечить узконаправленное медикаментозное или иное терапевтическое воздействия, что значительно усилит полезный эффект от лечения и снизит затраты на лечение;

-распространение "умных" лекарств, эффективность которых модулируется либо их окружением, либо специальными компонентами самого препарата, направленными на повышение его эффективности, специфичности и точности локализации;

-применение методов неинвазивной ("безхирургической", "малотравматичной") диагностики;

-создание систем мониторинга и постоянного слежения за определенными группами больных и (или) определенными группами диагнозов для оказания своевременной помощи в критических состояниях;

-обеспечение оказания паллиативной помощи населению Российской Федерации.

Указанные мероприятия позволят обеспечить мобилизационный сценарий развития отечественного здравоохранения, а также эффективнее воздействовать на снижение заболеваемости и смертности населения от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, а также заболеваний, связанных с нарушением метаболических процессов (диабет, ожирение и др.).

Данный сценарий конкурентоспособного развития предполагает изменение существующей модели управления, привлечение частных инвестиций и развитие принципов конкуренции всех производителей услуг и ресурсов отрасли. Намеченные перспективы по импортозамещению на рынках

услуг требуют изменений региональных подходов к размещению государственных закупок.

Конкурентоспособная модель государственно-частного здравоохранения связана с инвестированием в проекты по развитию высоких технологий и человеческого капитала с параметрами окупаемости, далеко выходящими за сложившиеся на рынке среднесрочные пределы. Основные барьеры вызваны дефицитом конкурентоспособных по мировым критериям профессиональных кадров, как на уровне корпораций, так и государственного управления, неэффективностью механизмов координации усилий.

Вместе с тем предлагаются меры, которые могут повысить качество и/или доступность медицинских услуг для населения:

-Перевод медицинских работников на "эффективный контракт", создание стимулов для работы медицинского персонала.

-Развитие фундаментальной науки в таких отраслях, как доказательная медицина, биостатистика, фармакоэкономика, экономический анализ с привлечением экспертов и преподавателей из других стран .

-Пересмотр системы индикаторов, отражающих состояние дел в сфере здравоохранения (показатели продолжительности жизни, смертности населения поставлены в один ряд с показателем средней заработной платы врачей).

-Развитие санаторного лечения, в том числе среди детей.

-Разработка научно-обоснованной методологии оценки эффективности расходования средств.

-Создание системы независимой экспертизы при принятии решений, связанных с бюджетными расходами.

-Развитие предпринимательских и инвестиционных программ, направленных на развитие сферы здравоохранения.

-Преобразование диспансеризации в действующие программы профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний.

-Внедрение механизма реального медицинского страхования.

-Государственный контроль .

-Достаточное финансовое обеспечение .

-Пересмотр отраслевых норм времени приёма одного пациента врачом.

Таким образом, в заключение можно сказать, что существуют как проблемы, так и ряд перспективных точек повышения эффективности системы здравоохранения. Каждое из указанных направлений должно быть неразрывно связано друг с другом и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, управленческими механизмами и инструментами, которые позволят сформировать системный подход к развитию и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации.

Заключение

Здоровье населения всегда было в центре внимания государственных структур и широкой общественности. Широкому обсуждению в настоящее время подвергаются материалы реализации программы развития здравоохранения, структурной перестройки и научного обеспечения реформы здравоохранения с преимущественным укреплением первичной медико-санитарной помощи.

Вместе с тем, сохраняется низкий уровень производства лекарственных средств, выпуска медицинской техники, слабо осуществляются реконструкция и техническое перевооружение действующих предприятий, а также ввод в эксплуатацию новых объектов. Существенное влияние на эти процессы оказали трудности социально-экономических преобразований, недостаточный уровень расходов на здравоохранение в государственном бюджете. Несмотря на развитие новых механизмов управления, активизацию деятельности системы обязательного медицинского страхования, одним из сдерживающих факторов повышения качества медицинской помощи в отдельных регионах остается устаревший механизм экономических взаимоотношений внутри отрасли, связанный не с финансированием объема и качества предоставляемых медицинских услуг, а с обезличенным финансированием по мощности медицинских учреждений и числу занятого в них медицинского персонала.

Ряд мер по совершенствованию управления, интеграции здравоохранения, укреплению единой системы охраны здоровья граждан страны, активная разработка местных нормативных актов, совершенствование обязательного медицинского страхования расширили материальную и правовую базу, реализация которой создает условия для стабилизации процессов формирования здоровья населения, осуществления действенной концепции в области здравоохранения и ее поддержки со стороны программ социально-экономического характера.

Научная систематизация социального опыта мировым сообществом давно привела к пониманию здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия. На индивидуальном уровне здоровье рассматривается сейчас в качестве необходимого условия самореализации личности, а на популяционном - как показатель развития общества. Укрепление здоровья представляет собой многоплановый всеобъемлющий социальный и политический процесс, так как ответственность за здоровье населения законодательно возложена на федеральные органы государственной власти, органы власти субъектов федерации и местного самоуправления. Однако, имеющийся в их распоряжении арсенал методов и средств реально не позволяет решать проблему охраны общественного здоровья в полном объеме.

В условиях внедрения в российскую экономику рыночных отношений и развития федеративных принципов государственного устройства решение многих проблем здравоохранения осуществляется на региональном уровне. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и другие нормативные акты открыли возможность для формирования территориальных и муниципальных систем здравоохранения. В условиях реформирования здравоохранения проведение профилактики заболеваний возложено, в первую очередь, на муниципальную систему здравоохранения, в том числе на муниципальные органы самоуправления, муниципальные лечебно-профилактические и аптечные учреждения. Вместе с тем, ведомственная разобщенность, специализированные задачи и интересы не позволяют этим учреждениям системно заниматься профилактической работой.

Одним из путей улучшения системы оказания медицинской помощи населению является дальнейшая проработка организационного плана и мероприятий реализации Государственной программы развития здравоохранения в РФ, укрепление бюджетно-страховой формы финансирования, развитие договорных отношений на всех уровнях управления в здравоохранении. Вместе с тем потребуется определенное время для развития

инфраструктуры более гибкой системы управления и координации деятельности на ее отдельных уровнях, отработки взаимоотношений всех субъектов медицинского страхования.

Объединенные усилия медиков, педагогов, общественных организаций, СМИ, самого населения направлены еще и на привлечение внимания представителей областных и городских органов власти, администрации районных центров регионов к проблемам социальной защиты больных. Многие из этих мероприятий проводятся в рамках федеральных и территориальных целевых долгосрочных программ по профилактике как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, утвержденных местными органами власти.

Известная в настоящее время межведомственная комплексная медико-социальная государственная программа «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 год» и подпрограммы, существующие в регионе (Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первично медико-санитарной помощи», «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, эвакуации.», «Охрана здоровья матери и ребенка», «Развитие медицинской реабилитации и санитарно-курортного лечения, в том числе для детей», «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям», «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», «Реализация государственных функций в сфере здравоохранения».) являются приоритетными для здравоохранения данной территории и предназначены для решения ряда проблем охраны и укрепления здоровья населения Пензенской области. Работа по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни в области немыслима без осознанного и заинтересованного партнерства работников службы медицинской профилактики, организаторов здравоохранения и медицинских работников разных специальностей.

На основе проведенного в выпускной квалификационной работе исследования определены стратегические направления развития государственной политики здравоохранения в Пензенской области:

1. Формирование единого правового пространства системы здравоохранения;

2. Разработка и внедрение стандартизованных технологий оказания медицинской помощи;

3. Разработка и внедрение эффективной системы первичной медицинской помощи;

4. Научное обеспечение преобразований в здравоохранении;

5. Совершенствование кадрового обеспечения отрасли;

6. Развитие сотрудничества с профессиональными объединениями и ассоциациями;

7. Развитие сестринского дела - важнейшего ресурса повышения эффективности медицинской помощи;

8. Разработка проблем экономики здравоохранения и оптимизация финансирования отрасли;

9. Совершенствование управления отраслью на территориальном уровне.

Охрана здоровья не должна ограничиваться диагностикой и лечением болезней или внедрением новых медицинских технологий. Необходимо осуществлять социально-гигиенический мониторинг и на его основе создавать региональные оздоровительные программы.

Успех работы определяется эффективными партнерскими отношениями между территориальными органами управления здравоохранения, страховой и частной медицины, а также профессиональными ассоциациями. Сегодня ведущая роль во всех областях совершенствования отечественного здравоохранения принадлежит не только органам государственного управления, но и медицинской общественности.

Приоритетами деятельности профессиональных и общественных медицинских объединений в области здравоохранения Пензенской области

являются: увеличение объема мероприятий медицинской профилактики в деятельности всех структур здравоохранения, кардинальное повышение эффективности сельского здравоохранения, проведение реформ в сфере охраны здоровья матери и ребенка, совершенствование государственного заказа и распределения выпускников медицинских учебных заведений страны, внедрение более совершенной системы оплаты труда медицинских работников. Как следствие чрезмерной децентрализации сужаются возможности органов управления здравоохранением субъектов Федерации по проведению целенаправленной политики в области охраны здоровья. Исходя из анализа, очевидно, что в последние годы нарушилась устойчивость отдельных характеристик, свидетельствовавших в предыдущие годы о возможности стабилизации в области здоровья населения, и путем только ведомственных усилий Минздрава Пензенской области назревшие проблемы здоровья населения региона не решить, поскольку они являются комплексными, межведомственными и зависят от стабилизации и развития экономической ситуации в Российской Федерации.

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 года [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
2. Об обращении лекарственных средств: Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 15.07.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.10.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
5. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.11.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
6. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294 [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.11.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
7. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Пензенской области: Постановление Правительства Пензенской области от 31 января 2013 г. N 30-пП [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/page/7922 (дата обращения 6.12.2016)

8. Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы»: Постановление Правительства Пензенской области от 02.10.2013 № 743-пП [Электронный ресурс] Дата обновления: 06.12.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016

9. Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Пензенской области: Распоряжение Правительства Пензенской области от 28.02.2013 г. № 86-рП [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/moderniz/Plan_optima (дата обращения 6.12.2016)

10. Административно-правовые аспекты управления здравоохранением в Российской Федерации / В.Д. Плесовских, В.В. Плесовских // Вестник Тюменского государственного университета. – 2012. – №3. – С. 80-88

11. Аудиторский отчёт Счётной палаты «Об оптимизации в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания» [Электронный ресурс] Режим доступа: www.ach.gov.ru/press_center/news/21297 (дата обращения 03.12.2016)

12. Блохин А.Б. Организационные и функциональные структуры регионального здравоохранения в условиях формирования его альтернативных форм // Здравоохранение РФ. – 2015. – № 9. - С. 20-24

13. Бронштейн А.М., Левин И., Ривкин В.Л. Частная медицина в России и за рубежом. – Изд-во Кворум, - М., 2013 г. – 204 с.

14. Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения". Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info (дата обращения 8.12.2016)

15. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: учебное пособие. – Изд.-во ИНФРА-М, Форум, 2013. – 160 с.

16. Иванников И.А., Рубанова Н.А. Медицинское право: Учебное пособие. – Изд.-во Дашков и К, Академцентр, 2014. – 208 с.

17. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент. М.: ИНФРА - М; 2013. - 256 с.

18. Инструменты государственного управления и государственной политики в сфере здравоохранения / Понкин И.В. // Наркология. -2014. – № 12 – С. 14-17

19. Исследование «Здравоохранение: ситуация, проблемы и возможности (в т.ч. госпрограмма)» (РАНХиГС, руководитель исследования к.с.н. Калмыков Н.Н.) [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf (дата обращения 03.12.2016)

20. Компетенция Правительства Российской Федерации в сфере здравоохранения / Н.М. Бевеликова // Медицинское право. – 2015. - №3. – С. 7-13

21. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2010. – 512 с.

22. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2015. - 544 с.

23. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения: Учеб. пособие. - М.: ООО «Персе», 2012. – 387 с.

24. Медицинское страхование и защита здоровья населения / Федорова Т.А. // Финансы. - 2011. – № 10. – С.35-38

25. Мониторинг эффективности регионального здравоохранения: оценка результатов и пути повышения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – №6 – С. 17-20

26. Общая информация о Министерстве. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/ministry (дата обращения 8.12.2016)

27. Общественное здоровье и российское здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

28. Оганов Р.Г., Комаров Ю.М., Масленникова Г.Я. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации // Проф. забол. и укрепл. здоровья. – 2009. – № 2. – С. 3-8

29. Оценка современного состояния здоровья населения и ресурсов здравоохранения в Российской Федерации / С.А. Никифоров // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №1. – С. 20-26

30. Преимущественно одноканальное финансирование – фактор эффективного управления в здравоохранении / Э.Н. Кулагина, А.В. Разумовский, Н.А. Полина // Экономика здравоохранения. – 2015. - № 2. – С. 32-38

31. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy (дата обращения 8.12.2016)

32. Рейтинг эффективности национальных систем здравоохранения. Агентство Bloomberg [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care (дата обращения 03.12.2016)

33. Реформы систем здравоохранения в Европе // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №11. – С. 70-72

34. Стародубов В.И., Гончаренко В.Л., Кадыров Ф.Н., Шиляев Д.Р. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением // Здравоохранение. – 2015. – № 2. – С. 18-23

35. Стародубов В. И., Щепин О. П., и др. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник.: М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014 – 612 с.

36. Структура Министерства. Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/files/health_pnzreg_ru/about/struktura_ministerstva_2016_v2.pdf (дата обращения 01.12.2016)

37. Сунгатов Р.Ш. Экономическая эффективность здравоохранения: роль современных управленческих технологий в повышении социально-экономической эффективности системы здравоохранения // Российское предпринимательство. – 2013. - № 12. – С. 98-102

38. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2012. - 664 с.

39. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт реформирования. - М.: Рарогъ, 2011. – 276 с.

40. Чернец В.А., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации. В кн.: Здоровье России. Атлас / Под ред. Бокерия Л.А. – изд. 4-е. – М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2014. – 320 с.

41. Шевский В.И., Шишкин С.В., Шейман И.М. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы. Концепция Государственного университета. – М.: Высшая школа экономики. 2014. – 52 с.

42. Шиган Е.Н. Целевые комплексные программы в здравоохранении / Е.Н. Шиган, С.Ф. Остапюк. – М.: Академия, 2011. – 238 с.

43. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2011. – 376 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Структура Министерства здравоохранения Пензенской области