

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

Институт
«Экономика и
управление»

Кафедра
«Государственное
управление и социология
региона»

Направление подготовки

38.04.04
Государственное и
муниципальное управление

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
на тему

**«Государственное регулирование системы здравоохранения в
субъекте Российской Федерации»**

Студент гр.153ЭГм2

Е.О. Терехина

Руководитель
д.и.н., профессор

Н.А. Володина

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

Рецензент
Начальник Управления по
регулированию тарифов и
энергосбережению Пензенско

Н.В. Клак

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 2018

Содержание

Введение	3
1 Государственное регулирование системы здравоохранения в Российской Федерации.....	10
1.1. Понятие и сущность государственного регулирования в сфере здравоохранения.....	10
1.2. Система органов управления здравоохранением.....	23
2 Правовые основы регулирования системы здравоохранения в субъектах России.....	37
2.1. Законодательство субъектов РФ о здравоохранении.....	37
2.2. Разграничение предметов ведения и полномочий между органами РФ и органами субъектов РФ в области здравоохранения	50
3 Рекомендации по совершенствованию государственного регулирования здравоохранения в субъекте РФ	66
3.1. Проблемы здравоохранения в Пензенской области и пути их решения ...	66
3.2. Организационные основы региональной системы управления здравоохранением	79
Заключение.....	92
Список использованных источников.....	99
Приложения.....	107

Введение

Важнейшим условием процветания и благополучия любой нации является состояние здоровья населения. Инвестиции в человеческий капитал помимо своего влияния на экономическое развитие страны имеют высокую доходность и объективную необходимость [18]. Учитывая данный факт, в ходе разработки и реализации «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года», приоритеты национальной политики стали постепенно смещаться с актуального в прежние годы технического производства на такие сферы как образование и здравоохранение граждан. Данному решению предшествовал тяжелый переходный период, выраженный как в трансформации прежней модели здравоохранения, так и ухудшении демографической ситуации в стране. Современные исследователи утверждают, что в период с 1992 по 2010 года естественная убыль населения России составила примерно 13.100.000 человек. Одной из причин таких последствий является тот факт, что целое поколение граждан было воспитано в духе потребителей государственных услуг, а ответственность за состояние здоровья населения лежала на системе здравоохранения. На сегодняшний день, меры предпринимаемые Правительством направлены на предупреждение последствий демографического кризиса, в частности на развитие здравоохранения. Традиционно под здравоохранением в нашей стране понимался комплекс государственных, социальных, экономических и медицинских мер по охране и улучшению здоровья общества. Сегодня ситуация меняется – здравоохранение является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и специфичной отраслью народного хозяйства. Вместе с тем, интерес к здоровью нации со стороны правительства растет и структурно усложняется. Современный этап развития отечественной системы здравоохранения знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой

которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности.

В ходе проводимой реформы современная система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для реформы здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения.

Несмотря на это, функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями: снижением качества медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли. Кроме того, на состояние системы здравоохранения оказывает влияние отсутствие четкой и последовательной, должным образом подкрепленной в правовом, организационном и финансовом отношении государственной политики в области охраны здоровья граждан, в то время как от правильно определенных направлений здравоохранительной политики и результатов работы органов государственного управления зависит эффективность системы здравоохранения в целом, а, следовательно, здоровье всего многонационального народа России. Правовое обеспечение отстает от

развития общественных отношений, складывающихся в области здравоохранения.

Проблемы, возникающие в отрасли здравоохранения, должны быть урегулированы усовершенствованной нормативной правовой базой соответствующими органами управления. Однако национальная система регулирования здравоохранением в настоящее время находится в критическом состоянии, а ее деятельность - одна из самых наиболее проблем Российского государства. Длительный период в стране не были определены приоритетные цели в области здравоохранения, стала разрушаться система профилактической медицины, а важнейшие преобразования в отрасли здравоохранения осуществляются без консультаций со специалистами.

Таким образом, объективные социально-экономические и политические причины пока не позволили создать систему управления, которая бы обеспечивала стабильное и полноценное развитие здравоохранения в России.

В этих условиях большое значение приобретает совершенствование административно-правового регулирования организации и деятельности всей системы здравоохранения в России, так как существующий механизм, организационные структуры, формы управления и действующее законодательство в значительной степени устарели и не отвечают новым общественно-политическим и социальным реалиям. Слабо разработаны вопросы правовой регламентации оказания медицинской помощи, правового статуса субъектов отношений в сфере здравоохранения. Нормативно-правовые акты оставляют нерешенными целый ряд проблем, как существовавших ранее, так и постоянно возникающих в связи с появлением новых форм здравоохранительной деятельности - правовое обеспечение охраны здоровья не успевает за изменениями, происходящими в реальной жизни. Более того, несовершенное законодательство в ряде случаев служит тормозом позитивных процессов[19, с. 31].

Для устранения этих негативных явлений необходимы в первую очередь совершенствование государственного регулирования отрасли

здравоохранения и управления им, разработка правовой регламентации этого процесса, дальнейшее углубление и развитие демократических начал и повышения качества и эффективности работы органов и учреждений здравоохранения.

Актуальность исследуемой темы обусловливается необходимостью изучения и анализа организационно-правовых проблем государственного регулирования системы здравоохранения РФ, основными из которых являются: во-первых, нестабильность, нечеткость, неоднозначность толкования и применения правовых норм, регулирующих отношения в области государственного управления здравоохранением в РФ; во-вторых, отсутствие четкого научного подхода к исследованию проблем правового обеспечения медицинской деятельности и ее законодательной регламентации; в-третьих, необходимость обстоятельного анализа административно-правового статуса органов, осуществляющих государственное управление здравоохранением и учреждений здравоохранения.

Научная новизна связана с тем, что в работе изучена специфика государственного регулирования системы здравоохранения на примере одного из субъектов РФ – Пензенской области.

Рассмотрение вопросов административно-правового регулирования правоотношений в системе здравоохранения, координации и разграничения полномочий и предметов ведения между федеральными и региональными органами управления в этой сфере, правового регулирования частной системы здравоохранения, административно-правового статуса медицинских учреждений даст возможность понять внутреннюю логику их развития в современных условиях, что поможет избежать негативных моментов в развитии системы здравоохранения в нашей стране.

Таким образом, все многообразные проблемы, связанные с охраной здоровья граждан, в том числе проблемы юридического обеспечения медицинской деятельности и правовой регламентации государственного

управления в этой области, свидетельствуют о теоретической и практической актуальности их рассмотрения.

На сегодняшний день проблема государственного управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации исследовалась учеными с различной степенью конкретизации и расстановки акцентов. Однако все еще не существует работ монографического уровня, специально и комплексно исследующих организационно-правовые проблемы функционирования и совершенствования системы государственного управления здравоохранением, соотнесенные с процессами реформирования как субъектов, так и объектов этой системы, с новыми правовыми и социально-экономическими реалиями российского общества.

В исследовании используются ныне действующие источники законодательства об органах власти, выполняющих исполнительно-распорядительные функции по управлению здравоохранением России. В основу изучения отдельных аспектов проблемы государственного управления здравоохранением в Российской Федерации автором положен богатый в содержательном смысле теоретический материал ученых - представителей различных отраслей права, внесших существенный вклад в разработку обозначенной темы и юриспруденции в целом.

Общие вопросы административно-правового статуса органов управления здравоохранением на региональном уровне рассматривались такими учеными, как Ю.С. Адушкин, С.С. Алексеев, А.П. Алехин, Г.В. Атаманчук, З.А. Багишаев, Д.Н. Бахрах, С.Н. Братановский, С.В. Журавлева, Н.Н. Ковалева, Ю.М. Козлов, А.В. Колесников, Н.М. Конин, А.П. Коренев, Б.М. Лазарев, В.М. Манохин, Н.И. Матузов, Т.В. Милушева, Ю.Н. Мильшин, А.Ф. Ноздрачев, Д.М. Овсянко, Л.Л. Попов, А.В. Свицерский, Е.Н. Селютина, Ю.Н. Стариков, Ю.А. Тихомиров, С.А. Чернышева, В.И. Чиркин, Н.А. Шевелева, Е.В. Шилина, В.А. Юсупов, Ц.А. Ямпольская, и другими[30, с. 16].

Вопросы, касающиеся реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь, гражданско-правовых аспектов медицинской услуги,

характеристики договорных отношений в сфере здравоохранения, а также организационных и административно-правовых аспектов функционирования отрасли здравоохранения, рассматривались на основе работ ученых-медиков и организаторов здравоохранения, среди которых А.С. Акопян, Г.В. Балашова, Н.Ф. Герасименко, А.К. Глашев, Н.С. Григорьева, Р.М. Зарифзянов, Н.И. Здасюк, В.М. Кизилов, Н.В. Косолапова, Е.Д. Куделя, А.Е. Кузнецов, В.З. Кучеренко, Ю.Н. Лисицын, М.Н. Малеина, Г.В. Марьян, М.И. Милушин, О.В. Никульникова, Н.О. Найговзина, В.П. Новоселов, А.Н. Сагиндыкова, В.Н. Самсонов, В.И. Стародубов, Н. Стрельников, А.В. Свидерский, Ю.Д. Сергеев, В.В. Тихомиров, М.Л. Шевченко, Т.В. Яковлева[21, с. 54].

Цель магистерской диссертации заключается в комплексном рассмотрении отношений, складывающихся в сфере государственного регулирования отрасли здравоохранения в целом в России и в частности в регионах России, а именно в том, чтобы на основе теоретических положений, действующего федерального и регионального законодательства, обобщения результатов практической деятельности государственных органов исполнительной власти, медицинских учреждений и других участников здравоохранительных отношений показать своеобразие современной российской системы здравоохранения, выявить ее недостатки, определить качественно новые подходы к организации системы государственного управления здравоохранением; проанализировать административно-правовой статус учреждений здравоохранения, органов управления здравоохранением, в том числе органов, не входящих в отраслевую систему здравоохранения, но принимающих участие в охране здоровья граждан; выработать предложения и рекомендации по совершенствованию правовых основ и организационных мер оптимизации функционирования системы управления здравоохранением в РФ.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

- определить понятие и сущность государственного регулирования системы здравоохранения в РФ;

- исследовать в целом систему органов управления здравоохранением в РФ;
- проанализировать законодательство субъектов РФ о здравоохранении;
- выявить проблемы разграничения предметов ведения и полномочий между органами РФ и органами субъектов РФ в области здравоохранения;
- дать рекомендации по совершенствованию государственного регулирования здравоохранения в субъекте РФ
- обозначить проблемы здравоохранения в Пензенской области и пути их решения
- определить организационные основы региональной системы управления здравоохранением

Объектом исследования являются государственное регулирование системы здравоохранения в субъекте РФ.

В качестве предмета исследования выступает региональное законодательство о здравоохранении и система органов управления здравоохранением.

В процессе работы над магистерской диссертацией применялись системный, институциональный и структурно-функциональный подходы, на основе которых проведен комплексный анализ государственного регулирования системы здравоохранения в субъекте РФ.

При изучении поставленной проблемы были использованы федеральная и региональная нормативная правовая база по регулированию сферы здравоохранения.

Импирической базой исследования послужили данные общегосударственной и региональной статистики, а также информация, размещенная на официальном сайте Министерства здравоохранения Пензенской области.

Магистерская диссертационная работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к его оформлению, и состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

1 Государственное регулирование системы здравоохранения в Российской Федерации

1.1 Понятие и сущность государственного регулирования в сфере здравоохранения

Государственное регулирование как определенного рода социальная деятельность понимается в широком и узком значениях. В широком смысле - это организующая, упорядочивающая деятельность государства, по регулированию различных общественных отношений путем создания нормативной правовой базы, используемой в процессе деятельности любых государственных органов всех ветвей власти, а также государственных служащих. В узком (организационно-правовом) смысле - это административная, исполнительно-распорядительная деятельность государства, связанная с реализацией исполнительной государственной власти как одной из ветвей государственной власти, осуществляемая системой специальных государственных органов исполнительной власти или органов государственного управления. Для целей проводимого исследования государственное регулирование следует рассматривать в узком значении, так как именно в организационно-правовом смысле государственное управление является основным объектом административно-правового регулирования и сферой действия норм административного права[27, с. 542-547].

Здравоохранение относится к числу тех отраслей, где деятельность государства объективно присутствует в гораздо большей мере, чем в экономике в целом.

Государственное регулирование в этой сфере направлено на достижение следующих целей:

- создание условий для удовлетворения потребности населения в качественных медицинских услугах;
- обеспечение устойчивых темпов развития отрасли;
- поддержание научного потенциала отрасли;
- регулирование структурных изменений в здравоохранении, вызванных уровнем заболеваемости населения, демографической ситуацией в стране.

Практически все экономисты сходятся во мнении, что оптимум в объеме и структуре производства общественных благ (медицинских услуг) невозможно достичь с помощью рыночного механизма, что именно государство наилучшим образом предоставляет эти блага.

Важнейшая концепция, объясняющая необходимость государственного контроля здравоохранения, заключается в том, что свободный рынок, являющийся часто наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто не пригоден для системы здравоохранения в связи с его «провалами». Основные недостатки рынка для системы здравоохранения состоят в следующем. Для существования свободного рынка, как известно, необходимо наличие покупателей, определяющих спрос и продавцов, определяющих предложение. Однако в медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу. Врач, определяя одновременно и спрос и предложение, оказывается в выгоднейшем положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную возможность, продавать то, что выгодно в первую очередь ему[36, с. 207].

Причина подобного, лежит в первоначальной асимметрии информации, которой обладает лишь врач, так как он наделен знаниями, позволяющими ему принимать решение о лечении пациента. Вследствие несовершенной информации, уменьшается эффективность конкуренции среди производителей большинства медицинских услуг.

Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный доступ к нему продавца и покупателя. Неограниченный доступ продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению

различного рода лечебных технологий, не основанных на доказательной медицине. Подобную ситуацию, несмотря на наличие контролирующих органов, мы имеем в настоящее время в России.

Кроме того, всегда будет ограничена конкуренция между больницами, вне зависимости от того, являются ли они государственными или коммерческими организациями. Чаще всего в любой местности, за исключением крупных городов, имеется в большинстве случаев, одна или всего несколько больниц. Увеличение их числа, как правило, экономически не оправдано. Здесь возникает ситуация, близкая к состоянию естественной монополии. Кроме того, в случае необходимости медицинской помощи, пациент редко имеет возможность выбора.

Потребление медицинских услуг в силу своего особого социального значения не может определяться только уровнем платежеспособности пациента. Подобная ситуация не отвечает постулатам рыночных отношений. Обеспечение доступности медицинских услуг для всех слоев населения, в том числе и для 30% россиян, живущих за чертой бедности, требует участия государства.

Эти специфические особенности медицинских услуг ограничивают действие рыночных механизмов в здравоохранении и приводят к необходимости участия государства в регулировании развития отрасли.

Таким образом, свободный рынок непригоден для регулирования системы здравоохранения, так как здравоохранение представляет собой особый сектор хозяйства, в котором недостатки рыночных отношений могут оказывать значительно большее негативное влияние на население, чем в других сферах.

Однако непригодность свободного рынка не означает, что отдельные элементы его не могут быть использованы в регулируемых государством системах здравоохранения для создания конкуренции между продавцами медицинских услуг, повышения эффективности использования ресурсов, мотивации врачей и стимулирования потребителей. В связи с этим в области

медицинского обслуживания требуется тщательное сочетание рыночных сил и государственного вмешательства.

Государственное регулирование затрагивает различные направления. Рассмотрим некоторые из них.

Важной функцией государства в сфере здравоохранения является создание правовой основы деятельности. Эта функция государства сводится к разработке законодательных и нормативных документов, регулирующих механизм функционирования здравоохранения в целом и отдельных его субъектов. Одновременно государству необходимо контролировать выполнение установленных законодательных и нормативных документов.

Другое важное направление государственного регулирования здравоохранения - создание общественных медицинских услуг. Как известно, рынок в состоянии выявить и удовлетворить лишь спрос на частные медицинские услуги. Создание и реализация общественных медицинских услуг являются задачей государства[39, с. 428].

Следующее важное направление госрегулирования здравоохранения является обеспечение высокого качества медицинских услуг. В настоящее время контроль качества медицинской помощи в Российской Федерации осуществляется должностными лицами медицинских организаций, клинико-экспертными комиссиями и главными специалистами всех уровней системы здравоохранения. Существенная роль в процессе оценки качества медицинских услуг должна принадлежать страховым медицинским организациям. Важнейшим направлением управления качеством медицинской помощи населению является система лицензирования медицинской деятельности.

Рынку свойственна тенденция к монополизации, которая приводит к подрыву основ свободной конкуренции, диктату производителей над потребителями, а вследствие этого — к стагнации. Проведение антимонопольной политики, защита принципов свободной конкуренции в

процессе создания медицинских услуг могут быть выполнены только государством.

К мерам госрегулирования относится также поддержка малого предпринимательства в здравоохранении (посредством налоговой и кредитной политики, установления упрощенного порядка регистрации и представления государственной статистической и бухгалтерской отчетности).

Одной из функций государства в здравоохранении является поддержка науки и высоких технологий. Развитие изобретательства, появление крупных изобретений являются существенным фактором инноваций в здравоохранение.

Государственное регулирование здравоохранения может осуществляться различными методами, среди них можно выделить административные и экономические средства.

Административные методы регулирования здравоохранения включают такие методы как разрешение, запрещение, принуждение.

Разрешение предусматривает согласие на осуществление какой - либо медицинской деятельности. В России ведение медицинской деятельности осуществляется на основе лицензии. Запрещение и принуждение проявляется в необходимости специалистам иметь соответствующие сертификаты, проходить с определенной регулярностью повышение квалификации, соблюдать установленные стандарты в лечении пациентов.

Существенное место среди мер госрегулирования медицинской деятельности занимают экономические средства. Это бюджетно - финансовая политика государства в сфере здравоохранения, денежно-кредитная политика, государственное программирование и т.п. Одной из составных частей бюджетно-финансовой политики является налоговая политика. В соответствии с налоговым законодательством некоторые организации здравоохранения могут полностью или частично освобождаться от уплаты налогов[37, с. 47-49].

Одним из методов государственного регулирования здравоохранения является целевое регулирование здравоохранения или его проектирование и

программирование. Целевые программы предусматривают развитие конкретных видов медицинских услуг и предоставление их отдельным группам населения. Например, правительством Российской Федерации издано распоряжение от 11 декабря 2006 г. №1706-р об утверждении федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2020 годы)». В эту программу включены следующие подпрограммы: «Сахарный диабет», «Туберкулез», «ВИЧ-инфекция», «Онкология», «Инфекции, передаваемые половым путём», «Вирусные гепатиты», «Психические расстройства», «Артериальная гипертензия» и «Вакцинопрофилактика» [58, с. 102].

К положительным качествам государственной формы собственности нужно отнести возможность сделать лекарственные средства и медицинскую помощь общедоступными в такой относительно бедной стране, как Россия.

Система частного страхования здоровья, как показывает опыт, не способна обеспечить общедоступный минимум медицинской помощи и значительно затрудняет государственную поддержку групп населения, не способных оплатить стоимость лечения. Подобная система не обеспечивает необходимой степени централизации финансовых средств и не дает возможности государству прямо контролировать издержки в отрасли, что ведет в конечном итоге к росту стоимости лечения.

Таким образом, для достижения оптимального распределения ресурсов в здравоохранении, необходима общенациональная централизация страховых взносов под контролем государства (гарантия от инфляции спроса) и эффективный контроль государства за формированием издержек в здравоохранении (гарантия от инфляции предложения).

В случаях экологических катастроф, военного положения, эпидемий и т.п. разрабатываются соответствующие чрезвычайные программы. Выделяют, кроме того, общегосударственные, региональные, отраслевые проекты и программы.

Государственное проектирование и программирование в здравоохранении - это своего рода инвестиционные программы, рекомендуемые и поддерживаемые экономическими и социальными ресурсами государства, гарантирующие развитие отрасли в заданном направлении. Планируя и регулируя сферу экономических отношений в здравоохранении, государство стремится добиться необходимой координации воспроизводственных потоков в данном секторе экономики в соответствии с потребностями общества в охране и укреплении здоровья.

В качестве примера государственного проектирования в сфере здравоохранения можно выделить национальный проект «Здоровье». Национальный проект «Здоровье» — программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным в 2005 году в рамках реализации четырёх национальных проектов. Цели проекта:

- укрепление здоровья граждан. Повышение доступности и качества медицинской помощи;

- развитие первичной медицинской помощи;

- возрождение профилактического направления в здравоохранении; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. В рамках развития первичной медико-санитарной помощи предусмотрены мероприятия: подготовка и переподготовка врачей общей практики. повышение размера оплаты труда медицинских работников первичного звена медицины.

- а так же укрепление материально-технической базы скорой медицинской помощи. В рамках обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью запланировано: повышение качества и объема оказания высокотехнологичной медицинской помощи строительство новых медицинских центров и подготовка для них кадров (запланировано строительство 15 федеральных медицинских центров).

В 2006 году на реализацию проекта из федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов было направлено 78,98 млрд руб. Кроме того, дополнительные средства были выделены субъектами РФ и муниципальными образованиями.

На 2007—2009 годы были запланированы расходы, связанные с реализацией проекта, в размере 346,3 млрд руб.

Национальный проект заложил основы системных преобразований в здравоохранении, направленных на обеспечение граждан доступной медицинской помощью высокого качества на всех этапах ее оказания – в амбулаторном звене, в стационарных учреждениях, в высокотехнологичных центрах

На начало июля 2007 года подготовку и переподготовку прошли 5834 врача (2939 по специальности «Терапия», 2298 — «Педиатрия» и 597 — «Общая врачебная практика»). В первом полугодии 2007 года более 150 тыс. медицинских работников (более 70 тыс. врачей и 79 тыс. медицинских сестер) получили дополнительные денежные выплаты на общую сумму более 6,6 млрд руб.

В регионы на начало июля 2007 года было поставлено 3267 единиц диагностического оборудования (512 комплектов лабораторного оборудования, 71 ультразвуковой аппарат, 788 рентгенологических аппаратов с 443 проявочными машинами, 438 единиц эндоскопического оборудования, 465 электрокардиографов и 550 фетальных мониторов). Планировалось, что в 2007 году современным диагностическим оборудованием будет оснащено 375 детских поликлиник.

По итогам 2009 года продолжительность жизни в России увеличилась до 69 лет. В феврале 2010 года заместитель председателя правительства России Александр Жуков заявил, что увеличение продолжительности жизни является успехом приоритетных национальных проектов[58, с. 134].

Несмотря на благие намерения кураторов национального проекта, существенно изменить ситуацию в здравоохранении не удалось. Некоторые эксперты называют нацпроект «Здоровье» неэффективным.

На поставленном оборудовании оказалось некому работать, расходные материалы быстро закончились, да и качество самого оборудования оставляет желать лучшего.

На фоне оптимистических отчётов министерства об успехах нацпроекта депутаты Государственной думы заявили, что положение с лекарственным обеспечением и кадровым составом медицинских учреждений оставляет желать много лучшего.

Генеральная прокуратура и прокуратуры на местах регулярно рапортует о многочисленных нарушениях, связанных с реализацией проекта. Наиболее распространённые: несвоевременная оплата труда медработников, простой оборудования, неправомерное расходование бюджетных средств. В 2009—2010 годах Счётная палата в ходе аудиторской проверки Минздравсоцразвития, возглавляемого в то время Татьяной Голиковой, выявила также нарушения в ходе строительства федеральных центров высоких медицинских технологий, финансирование которых осуществлялось в рамках реализации нацпроекта «Здоровье» [45, с. 107].

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в отрасли здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, продолжительности их жизни Президентом РФ издан указ от 07 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Данным указом Президент РФ устанавливает «смелые» целевые показатели по снижению смертности населения РФ, которые должны быть исполнены Правительством РФ, субъектами РФ. В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в отрасли здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, продолжительности их жизни Президентом РФ издан указ от 07 мая 2012 г.

№ 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [6]. Данным указом Президент РФ устанавливает «смелые» целевые показатели по снижению смертности населения РФ, которые должны быть исполнены Правительством РФ, субъектами РФ.

В ходе исполнения указа Президента Приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 года №66 утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Стратегия) и план её реализации. Минздрав России ежегодно направляет в Правительство Российской Федерации информацию о мониторинге реализации Стратегии. В рамках реализации Стратегии в 2016 году в том числе достигнуты следующие показатели:

- удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах для медицинского применения, обеспечение которыми осуществляется за счёт средств федерального бюджета, – 99,5% (плановый показатель – 95,5%), за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 97,96% (плановый показатель – 95,5%);

- доля медицинских и фармацевтических работников, повысивших квалификацию по вопросам рациональной лекарственной терапии, основанной на принципах доказательной медицины, – 30,65% (плановый показатель – 30,7%);

- показатель охвата профилактическими прививками составил более 95% (плановый показатель – 95%).

Реализуются мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года №305 (далее – государственная программа). По итогам 2016 года значение показателя о доведении объёма производства отечественных лекарственных препаратов по номенклатуре перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП) к 2018 году до 90% составило 76,8% (в соответствии с перечнем ЖНВЛП,

утверждённым распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2011 года №2199-р) при предусмотренном государственной программой плановом значении в 2016 году – 76%.

В 2016 году зарегистрированы 14 импортозамещающих лекарственных средств. Открылось 16 новых фармацевтических заводов. Производство лекарственных средств увеличилось на 23,75%.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 года №368 в государственную программу внесены изменения, предусматривающие увеличение объёма бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы на 16,1 млрд рублей (с 92,2 млрд рублей до 108,3 млрд рублей).

В основу мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями положен принцип расширения сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров.

В 2012 году функционировало 84 региональных сосудистых центра и 202 первичных сосудистых отделения. К 2016 году их число выросло до 134 и 459 соответственно.

Таким образом, с 2012 года число региональных сосудистых центров выросло на 59,5%, а первичных сосудистых отделений – в 2,3 раза.

С 2013 года во всех субъектах Федерации проводится широкомасштабная диспансеризация взрослого населения.

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом, в 2016 году 85 субъектам Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулёза и мониторинга лечения больных туберкулёзом с

множественной лекарственной устойчивостью возбудителя на общую сумму 3 131 603,1 тыс. рублей.

Кроме того, бюджетам 19 субъектов Федерации перечислены субсидии на оснащение противотуберкулёзных учреждений оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на общую сумму 990 000 тыс. рублей.

Реализация указанных мероприятий направлена на улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу в Российской Федерации благодаря активному раннему выявлению больных туберкулёзом и обеспечению для них полноценного курса лечения.

В Российской Федерации за последние 8 лет заболеваемость туберкулёзом сократилась более чем на 30%.

В 2016 году продолжилась реализация программы «Земский доктор», в рамках которой медицинские работники в возрасте до 50 лет, прибывшие на работу в сельский населённый пункт (рабочий посёлок, посёлок городского типа), при условии обязанности медицинского работника работать в течение пяти лет по основному месту работы, получают единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей в соответствии со статьёй 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В целом с 2012 по 2016 год число участников программы составило 23 950 человек.

Особенность реализации программы «Земский доктор» в 2016 году – увеличение возраста участников программы до 50 лет (до 35 лет в 2012–2014 годах; до 45 лет – в 2015 году; до 50 лет – в 2016–2017 годах), территориально программа распространилась также и на посёлки городского типа, уровень софинансирования Фондом обязательного медицинского страхования повышен с 50 до 60%, что снизило нагрузку на бюджеты субъектов Федерации, осуществляющих софинансирование программы.

По состоянию на 31 декабря 2016 года диспансеризацию прошло 22 млн человек.

Перед системой управления здравоохранением в России стоит ряд проблем, основными из которых являются:

- коррупциогенные факторы в системе управления здравоохранением;
- неполнота и несовершенство нормативно-правовой базы в области здравоохранения;
- систематическое неисполнение норм здравоохранительного законодательства[24, с. 29-31].

Решение данных проблем видится в следующем.

Во-первых, управленческая деятельность должна быть прозрачной и осуществляться в соответствии с социальными реалиями общества.

Во-вторых, проведение эффективной государственной политики в сфере здравоохранения с учетом мнения ведущих практиков страны.

В-третьих, принимаемые в сфере здравоохранения нормативные акты должны быть своевременны, лаконичны, ясны в применении, юридически грамотны и не должны нарушать права граждан, противоречить Конституции РФ и иным вышестоящим законам.

В-четвертых, необходимо ужесточить надзор за неисполнением здравоохранительного законодательства.

На основе административно-правового анализа характерных черт и особенностей государственного управления здравоохранением в России можно дать следующее его определение.

Таким образом, государственное регулирование здравоохранением - это целенаправленная, планомерная, непрерывная деятельность органов государственной власти, которая проявляется в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения) и преследует своей целью обеспечение граждан гарантированным государством правом на

получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи.

1.2 Система органов управления здравоохранением

В настоящее время в процессе управления здравоохранением в России принимают участие многие органы государственной власти и органы местного самоуправления, однако организацию реального воплощения целей здравоохранения по уменьшению потерь потенциальной и активной жизни населения осуществляют исполнительные органы государственной власти с присущими им полномочиями и структурой, которые в своей совокупности образуют систему органов управления здравоохранением[30, с. 16].

Следует отметить, что определение органа управления здравоохранением в действующем законодательстве отсутствует. Однако, учитывая специфику здравоохранительных отношений, а именно множественность субъектов управления, необходимо законодательно установить, какие именно органы можно относить к органам управления здравоохранением.

Понятие органов управления здравоохранением приводится в проекте ФЗ «О здравоохранении в Российской Федерации», согласно которому органы управления здравоохранением - это федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти в области здравоохранения субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в области здравоохранения, а также органы управления медицинскими службами, перечень которых установлен настоящим этим Законом.

Для органов управления здравоохранением характерно наличие признаков, присущих всем органам управления, за тем лишь исключением,

что объектом их управления выступают учреждения отрасли здравоохранения. Именно объектом управления предопределяется специфика рассматриваемой группы государственных органов. В связи с этим, признаками органа управления здравоохранением являются следующие[53, с. 87]:

- 1) это организация или политическое учреждение, часть государственного аппарата, создаваемая государством;
- 2) имеет структуру, территориальный масштаб деятельности;
- 3) его главное назначение - осуществление управленческой, исполнительно-распорядительной деятельности по руководству отраслью здравоохранения в соответствии с установленным для него профилем и функциями;
- 4) он имеет свою компетенцию (задачи, цели, функции, права и обязанности, формы и методы деятельности), закрепленную правовыми актами;
- 5) его права гарантируются Конституцией РФ, конституциями и уставами ее субъектов, другими нормативными актами, устанавливающими их статус;
- 6) его организационными гарантами выступают Президент РФ, органы, решающие вопросы образования этих органов, органы прокуратуры;
- 7) защита прав органа управления здравоохранением может быть предметом разбирательства судебных органов.

Признаки органа управления здравоохранением позволяют выразить его сущность и сформулировать его определение.

На наш взгляд, под органом управления здравоохранением следует понимать государственную организацию, которая, являясь частью государственного аппарата, имеет структуру, территориальный масштаб деятельности, собственную компетенцию, закрепленную правовыми актами, и призвана осуществлять повседневную управленческую деятельность по руководству отраслью здравоохранения в соответствии с установленным для него профилем и функциями.

Исходя из содержания раздела II Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и ст. 72 Конституции РФ, согласно которой здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов, система органов управления здравоохранением представлена федеральными и субъектов Федерации государственными органами исполнительной власти, а также муниципальными органами местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению и учреждений системы здравоохранения по подчиненности[1]. Основными элементами системы органов управления здравоохранением являются подсистема государственного управления здравоохранением, состоящая из федеральных и органов управления здравоохранением субъектов РФ, а также подсистема муниципального управления здравоохранением, которую составляют муниципальные органы местного самоуправления. Рассмотрим каждую из указанных подсистем.

Подсистема государственного управления здравоохранением представлена федеральными органами управления здравоохранением и органами управления субъектов Федерации.

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. Полномочия Правительства РФ в

социальной сфере закреплены в Федеральном конституционном законе от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации». В частности, Правительство РФ осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан; разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения либо непосредственно учитывающие его важнейшие интересы; в целях координации деятельности и осуществления государственной политики в области здравоохранения уполномочивает специально образованные федеральные органы или иные федеральные органы исполнительной власти на решение задач в сфере охраны здоровья населения; представляет палатам Федерального Собрания Российской Федерации ежегодные государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации и о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации[2].

В настоящее время по вопросам здравоохранения действует ряд законов Российской Федерации [35, с. 2], конкретизирующих основные положения единой государственной политики в сфере здравоохранения, которые реализуются через федеральные целевые программы, утверждаемые Правительством РФ. Руководствуясь законами, Правительство РФ осуществляет регулирование: основных требований, предъявляемых к деятельности государственных и муниципальных органов по созданию условий, необходимых для поддержания физического и психического здоровья граждан; компетенции федеральных органов исполнительной власти, ведающих вопросами охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основных положений об организации учреждений здравоохранения и их взаимоотношениях с гражданами; организации оказания гражданам лечебной лекарственной помощи, а также решает основные вопросы подготовки кадров для системы здравоохранения.

В то же время полномочия по государственному руководству всей отраслью здравоохранения сосредоточены в руках отраслевых органов.

В соответствии с законодательством Российской Федерации органом управления здравоохранением, ответственным за организацию деятельности системы здравоохранения на федеральном уровне является Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее - Министерство или Минздрав РФ), которое функционирует в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения РФ».

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. Минздрав РФ является федеральным органом исполнительной власти, который:

- осуществляет функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы и военно-врачебной экспертизы), фармацевтической деятельности, включая обеспечение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств для медицинского применения, обращения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия населения (за исключением разработки и утверждения государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов), 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, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг

в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, организацию среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела;

- осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования[8].

Таким образом, основной задачей Министерства здравоохранения РФ, в соответствии с Положением о нем, являются выработка государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Помимо основных Минздрав РФ и 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 (тактические) задачи [8], 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.

Можно выделить два важных полномочия Минздрава России.

Во-первых, Минздрав России имеет право издавать в установленном порядке в пределах своей компетенции нормативные правовые акты и иные документы, которые являются обязательными для исполнения всеми физическими и юридическими лицами, независимо от форм собственности.

Этими полномочиями Минздрав пользуется все активнее. Среди вопросов, по которым Министерство полномочно осуществлять правотворческие функции, к вопросам охраны здоровья можно отнести: здравоохранение, включая организацию медицинской профилактики и медицинской помощи, фармацевтическую деятельность; качество, эффективность и безопасность лекарственных средств; курортное дело; санитарно-эпидемиологическое благополучие; социальное страхование; отчасти демографическую политику.

Во-вторых, Министерство и его территориальные органы имеют право запрашивать в установленном порядке у федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, других юридических и физических лиц сведения, необходимые для осуществления возложенных на Министерство задач и функций. Однако на практике данное полномочие не всегда находит эффективную реализацию, так как многие организации нередко отказываются отвечать на запросы Министерства или игнорируют их. Следовательно, необходимо создать эффективную систему ответственности лиц за невыполнение требований закона, в данном случае за игнорирование официальных запросов Министерства здравоохранения РФ.

Таким образом, диапазон возложенных на Министерство здравоохранения РФ функций и полномочий чрезвычайно широк (их перечисление в Положении составляет 111 пунктов), однако суть компетенции этого органа в сфере здравоохранения отражают нормотворческие функции[8].

В современных условиях рыночной экономики к системе органов управления здравоохранением можно отнести также федеральные фонды социального страхования и обязательного медицинского страхования, так как собственными им методами фонды активно участвуют в управлении здоровьем населения[18, с. 34-36]. 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 Приволжских федеральных округах. Руководство региональными и отраслевыми отделениями Фонда осуществляют управляющие соответствующими отделениями, которые несут персональную ответственность за их работу.

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

Основными задачами Фонда являются: финансовое обеспечение установленных законодательством прав граждан на медицинскую помощь за счет средств ОМС; обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи на всей территории России; аккумулярование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы

ОМС[4].

Для осуществления этих задач ФФОМС осуществляет следующие управленческие функции: участвует в разработке базовой программы ОМС и выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам для выполнения территориальных программ ОМС; осуществляет организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы ОМС; совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контролирует своевременность и полноту перечисления страховых взносов (отчислений) в фонды ОМС, проводит ревизии и целевые проверки с целью осуществления контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе ОМС, и ряд других функций.

Управление ФФОМС 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 РФ. Контроль за деятельностью Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет ревизионная комиссия.

Помимо перечисленных субъектов, в управлении здравоохранением активную роль играют общественные объединения и организации, например профсоюзы, общество Красного Креста и Красного Полумесяца и др.

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 [17, с. 75].

Активную роль в последнее время в регулировании вопросов здравоохранения, в первую очередь защиты прав медицинских работников, играют профсоюзы. Наиболее крупной и представительной организацией является Федерация независимых профсоюзов, в которую входит также профсоюз работников здравоохранения. Профсоюзы также участвуют в

формировании политики и в управлении здравоохранением. С одной стороны, выполняя свои обязанности, профсоюзы защищают интересы работников здравоохранения перед работодателями, то есть руководителями органов и учреждений здравоохранения. Это касается в первую очередь вопросов оплаты труда. С другой стороны, профсоюзы являются одной из сторон федеральной трехсторонней комиссии по урегулированию социальных вопросов на федеральном и на региональном уровнях. Ни один из социально значимых, в том числе и относящихся к здравоохранению, вопросов не должен решаться без обсуждения и согласования на трехсторонней комиссии. Это касается проектов законов, разрабатываемых Правительством РФ, и проектов постановлений Правительства РФ. Кроме того, два представителя профсоюзов входят в состав правления ФФОМС (из 11 человек).

Таким образом, все наиболее важные вопросы политики обязательного медицинского страхования решаются при участии профсоюзов.

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 РФ как отраслью осуществляется уполномоченным исполнительным органом государственной власти по здравоохранению, образованным на основании распорядительного акта высшего органа исполнительной власти субъекта РФ[49, с. 26].

Уполномоченный исполнительный орган государственной власти по здравоохранению входит в государственную систему здравоохранения субъекта Федерации и, являясь высшим управленческим отраслевым звеном в регионе, реализует государственную политику РФ и ее субъекта, организует выполнение федеральных и региональных программ, проводит анализ состояния здоровья населения и разрабатывает мероприятия по его улучшению, обеспечивает реализацию обязательного медицинского страхования, осуществляет региональную программу оказания медицинской и лекарственной помощи населению, разрабатывает социальные нормативы здравоохранения в регионе, координирует деятельность органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан и многое другое.

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.

Задача региональных отраслевых исполнительных структур - оказывать содействие Минздраву РФ в совершенствовании идеологии лечения, профессионализма, рыночного мировоззрения, ответственности за здоровье и др.

В муниципальных образованиях ответственными за организацию деятельности системы здравоохранения являются органы муниципального образования (подсистема муниципального управления) в области здравоохранения в соответствии с уставами муниципальных образований. К ведению органов местного самоуправления в области здравоохранения относятся: контроль за соблюдением законодательства о здравоохранении и защита прав граждан в этой области; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения и создание условий для развития частной системы здравоохранения, развитие сети учреждений здравоохранения на территории муниципального образования, организация первичной медико-санитарной помощи и обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения и некоторые другие направления[23, с.12].

Деятельность системы органов управления здравоохранением основывается на совокупности специфических принципов, которые не только включаются в состав главного функционального понятийного ряда (аппарата) правовых категорий, но и могут быть поставлены в нем на первое место. Под принципами обычно понимают важнейшие, основополагающие начала, на основе которых реализуются те или иные явления. Многие авторы при рассмотрении правового положения органов управления отмечают наличие категории принципов их деятельности и раскрывают некоторые из них. Следует отметить, что все рассматриваемые принципы характерны для любого органа управления, а значит, и для органов управления здравоохранением.

Кратко охарактеризуем принципы деятельности органов управления и регулирования здравоохранением.

1. Принцип законности. Безусловно, «законность - это общий принцип организации современного демократического государства, основа обеспечения и защиты прав личности и поддержания правопорядка в стране. Законность - стержень нормального функционирования всей общественной системы», согласно которому деятельность органов системы управления основывается на положениях и требованиях федеральных законов и законодательных актов субъектов Российской Федерации. Эта деятельность не должна противоречить и подзаконным нормативным актам, изданным самими органами государственного управления здравоохранением.

2. Принцип приоритета прав и свобод человека и гражданина прямо закрепленный ст. 2 Конституции РФ, провозгласившей человека, его права и свободы высшей ценностью. В области здравоохранения органы управления не должны ущемлять права и законные интересы физических лиц.

3. Принцип единства системы органов управления здравоохранением. Согласно ст. 77 Конституции РФ, в пределах предметов ведения и полномочий Российской Федерации по предметам совместного ведения РФ и ее субъектов органы исполнительной власти образуют единую систему исполнительной власти в РФ. Единство системы исполнительной власти органически перерастает в единство системы органов исполнительной власти в общегосударственном масштабе.

4. Принцип федерализма - одна из основ конституционного строя России, представляющая сочетание общедоделативных и региональных интересов. С его помощью выстраиваются отношения власти и управления с учетом как общих интересов государства, так и специфики его составных частей - субъектов Федерации и муниципальных образований. Особенности данного принципа в отрасли здравоохранения предопределяются: во-первых, тем, что вопросы координации здравоохранения находятся в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов; во-вторых, в систему органов

управления здравоохранением входят органы местного самоуправления, наделенные рядом полномочий. Поэтому, согласно разделу II Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, установлены полномочия в области охраны здоровья федеральных органов государственной власти (ст. 5), полномочия органов государственной власти субъектов РФ (ст. 6) и компетенция органов местного самоуправления (ст. 8).

5. Принцип сочетания централизации и децентрализации. В отрасли здравоохранения централизация предполагает подчинение нижестоящих органов управления вышестоящим; контроль и направление деятельности нижестоящих органов со стороны вышестоящих; обязательность решения вышестоящих органов для нижестоящих. Децентрализация обусловлена наличием собственного правового статуса у каждого органа управления здравоохранением на подведомственной ему территории.

6. Наличие принципа взаимодействия и координации с иными субъектами связано с тем, что никакой государственный орган не действует изолированно, вне государственной системы и общества в целом. Взаимодействие органов государственной власти, а также этих органов с органами местного самоуправления, гражданами и их объединениями позволяет учитывать и согласовывать различные интересы, обозначать конкретные приоритеты, обеспечивать гласность.

7. Принцип открытости предполагает широкое обнародование через средства массовой информации процесса и результатов работы органов исполнительной власти, что необходимо прежде всего для повышения уровня государственного управления здравоохранением. Совершенно верно подмечено, что недостаточное использование различными органами исполнительной власти такого специфического ресурса снижает эффективность решения управленческих, политических и социально-культурных задач.

2 Правовые основы регулирования системы здравоохранения в субъектах России

2.1 Законодательство субъектов РФ о здравоохранении

Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья граждан - одно из приоритетных направлений государственной политики в Российской Федерации. Законодательные акты, принятые в последнее десятилетие, создают правовые основы для модернизации отечественной системы здравоохранения, определяют ее будущее.

Современный федеральный уровень медицинского законодательства представлен системой нормативных правовых актов, объединенных в самостоятельную отрасль российского законодательства, представляющую собой комплексное образование. Об этом свидетельствуют особенности предмета и метода регулирования в здравоохранении. Предметом актов данной отрасли является совокупность правовых норм в области оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно - эпидемиологического благополучия, а также иные связанные с этим вопросы. Должное поведение субъектов отношений в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается посредством комбинированного воздействия приемов и способов, характерных для административного, гражданского права и права социального обеспечения. Субъектами регулируемых отношений являются государство, его органы и учреждения, медицинские учреждения различных форм собственности, с одной стороны, и граждане (в ряде случаев все находящиеся на территории Российской Федерации) - с другой.

Возглавляет систему законодательства в сфере здравоохранения Конституция РФ. Второй уровень медицинского законодательства составляют Основы законодательства об охране здоровья граждан, принятые в 2011 году.

Федеральным законом от 2 декабря 2012 года № 139-ФЗ произведена корректировка ст. 5, 7, 20 в части гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, предоставляемого гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Тенденция, связанная со стабильностью норм, немногочисленными изменениями или прекращением действия актов, характерна и для всего законодательства субъектов Российской Федерации о здравоохранении в целом.

Третий уровень законодательства в сфере здравоохранения - специальные федеральные законы, непосредственно регулирующие важнейшие направления в этой сфере (Федеральный закон Российской Федерации от 02.07.2002 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральный закон Российской Федерации от 08.01.20008 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и др.). По состоянию на 1 июня 20015 года федеральный срез собственно медицинского законодательства составляют около полутора десятков законодательных актов.

Структура медицинского законодательства, его деление на институты и отрасли еще полностью не сформированы. В Основах законодательства и принятых законодательных актах прослеживается концентрация норм в таких основных институтах, как медицинское страхование; лекарственное обеспечение (лекарственные средства, наркотические и психотропные вещества); нормы в области различных заболеваний (ВИЧ, психические и инфекционные заболевания); санитарно - эпидемиологическое благополучие; отдельные виды медицинской деятельности (трансплантация, генная инженерия, санаторно - курортное дело) и другие. Правда, пока недостаточно обширна для формирования институтов данной отрасли совокупность норм, определяющих права и обязанности врачей, пациентов, а также иных субъектов медицинской деятельности (в том числе и в частной системе здравоохранения). Сейчас уже, пожалуй, можно говорить об оформлении

таких крупных блоков медицинского законодательства, как лечебное право, лекарственное право, санитарно - эпидемиологическое право[22, с. 23].

Федеральные законы в области здравоохранения в соответствии со ст. 76 Конституции РФ имеют прямое действие на всей территории Российской Федерации и, следовательно, не нуждаются в дополнительном «подкреплении» законами субъектов Российской Федерации. В свою очередь федеральные законы вводят наиболее общие, основополагающие нормы, находящиеся на высших этажах иерархии норм права субъектов Российской Федерации. Законы субъектов Российской Федерации являются не столько дополнительным звеном, способствующим созданию комплексного механизма реализации федерального закона, сколько тем элементом механизма регулирования, который снимает чрезмерную абстрактность общенациональных норм, наполняя их спецификой региональной практики правоприменения.

В целом федеральное медицинское законодательство не отличается правовыми коллизиями. Однако практика внесения и рассмотрения Государственной Думой Федерального Собрания РФ законопроектов в области здравоохранения выявила нежелательную тенденцию. Готовятся проекты законов, в предмет которых включены вопросы, вполне решаемые на уровне подзаконных актов, а также посредством внесения дополнений и изменений в уже действующие законы. Вместо совершенствования существующей массы законов, активизации работы по систематизации медицинского законодательства планируется, в частности, принятие актов по отдельным заболеваниям, о Российском обществе Красного Креста, об обеспечении безопасности психосферы человека, о судебно - медицинской и патологоанатомической экспертизе и др. Конечно, данные проблемы важны и актуальны, но не следует сводить регулируемую функцию закона к оперативному реагированию на все разнообразные проблемы жизни общества.

Четвертый уровень законодательства в области охраны здоровья граждан образуют законы, принимаемые субъектами Российской Федерации.

Конституция России (ст. 76) предусмотрела право субъектов Российской Федерации осуществлять законодательную деятельность по предметам совместного ведения и вне предметов ведения Российской Федерации. В соответствии с п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции лишь координация вопросов здравоохранения является предметом совместного ведения. А в исключительном ведении Российской Федерации находятся вопросы охраны здоровья граждан, которые связаны с производством и порядком использования наркотических средств и ядовитых веществ (п. «м» ст. 71), а также установление основ федеральной политики и федеральные программы в области социального развития (п. «е» ст. 71).

Следовательно, значительный объем законодательной деятельности в сфере охраны здоровья граждан принадлежит субъектам Российской Федерации. Сегодня на этом уровне принято более 250 актов по вопросам охраны здоровья, что почти в двадцать раз превышает число законов общедофедерального уровня. К сожалению, качество принимаемых законов не всегда соответствует требованиям законодательной техники. Наиболее распространенные недостатки регионального законодательства о здравоохранении - дублирование положений соответствующего федерального закона, отсутствие оригинальных норм, невысокое качество понятийного аппарата, «боязнь» принимать законодательные акты, не имеющие аналогов на общедофедеральном уровне, и иные. Исключение составляет, например, Закон «О профилактике наркомании и токсикомании на территории Омской области», где в ст. 2 дается определение понятия «токсикомания», которое в Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» не раскрыто. Весьма позитивен тот факт, что напрямую, без опосредования на федеральном уровне, правовая система субъекта Российской Федерации восприняла нормы международного права (токсикомания - болезненное состояние, характеризующееся влечением и привыканием к приему лекарственных средств и других веществ, не относимых к наркотическим согласно Единой конвенции о наркотических средствах (1961), Конвенции о

психотропных веществах (1971), сопровождающееся хронической интоксикацией, наличием синдромов психической и физической зависимости).

По предмету и способам правового регулирования законы субъектов Российской Федерации о здравоохранении можно разделить на несколько групп:

- общие законы (их предмет регулирования схож с предметом регулирования Основ, что отражено и в названии: либо «о здравоохранении», либо «об охране здоровья»). Сейчас около половины субъектов Российской Федерации имеют данного рода акты;

- законы, дополняющие общие законы о здравоохранении, имеющие аналог в федеральном законодательстве (о санитарно - эпидемиологическом благополучии, о лекарствах и другие), приняты почти в трети субъектов Российской Федерации;

- законы, дополняющие общие законы о здравоохранении, но не имеющие аналогов в федеральном законодательстве (о целительстве (народной медицине), о питьевой воде, Закон Новосибирской области от 12 марта 2009 года № 46-ОЗ «О системе медицинского обслуживания населения Новосибирской области»), имеют около трети субъектов Российской Федерации;

- особую группу составляют законы в сфере социальной защиты субъектов медицинских отношений (например, закон Белгородской области «О социальных гарантиях медицинским работникам образовательных учреждений»), определяющие особенности экономической политики по отношению к медицинским учреждениям. Данные акты имеют лишь несколько субъектов Российской Федерации[53, с. 49].

По времени принятия законы субъектов Российской Федерации можно классифицировать на две группы: акты, принятые до появления соответствующего федерального закона, и акты, принятые после его вступления в силу. Как показывает анализ, акты второй группы более

унифицированы и в большинстве случаев оригинальных норм почти не содержат. В то же время акты первой группы, отличающиеся некоторыми особенностями в регулировании вопросов здравоохранения, в ряде случаев нуждаются в совершенствовании, внесении изменений[42, с. 331].

Законы в области санитарно - эпидемиологического благополучия населения (до принятия в 2009 г. соответствующего Федерального закона) появились в Республике Башкортостан и Чувашской Республике в 2004 г., в Кабардино - Балкарской Республике и Республике Калмыкия - в 2005 г., в Калужской области – в 2006 году. Аналогичная ситуация сложилась и с регулированием обращения лекарственных средств. В Республике Карелия, Нижегородской и Свердловской областях соответствующие законы появились раньше, чем был принят Федеральный закон.

Нередко субъекты Российской Федерации принимают законы в сфере здравоохранения со значительным опозданием после принятия соответствующего федерального закона. Так, в Брянской области оба Закона в сфере здравоохранения приняты лишь в октябре 2010 года: «Об охране здоровья населения Брянской области» и «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения Брянской области». С учетом специфики области (в которой особенно актуальны проблемы охраны здоровья населения, живущего на территории, загрязненной радиоактивными веществами) представляется, что принятие указанных Законов - не первоочередные потребности правового регулирования этих отношений. Тем более что эти акты «в миниатюре» повторяют общедепартаментальное законодательство[23, с. 32].

Вполне резонно было бы предположить, что законы субъектов Российской Федерации, появившиеся после издания соответствующих федеральных законов, в процессе подготовки которых имелась возможность изучить опыт регионального законодательства, должны обладать достаточно высоким качеством. Однако на практике зачастую все обстоит иначе. Складывается впечатление, что отсутствуют какие-либо юридические критерии при создании понятийного аппарата большинства из рассмотренных

законов. Казалось бы, на уровне этих законов должен быть конкретизирован вопрос о полномочиях органов государственной власти субъекта Федерации. Однако в них закреплён меньший объём полномочий органов государственной власти субъектов РФ, нежели это предусмотрено в федеральных законах; практически нет оригинальных норм, а те, что имеются, не преследуют цели повышения эффективности реализации федерального закона[50, с. 45].

В ряде субъектов Российской Федерации какие-либо законы о здравоохранении по состоянию на 1 января 2009 года вообще отсутствовали. Таково положение дел в г. Москве, Республике Марий Эл, Чеченской Республике, Камчатской и Московской областях и других. Лишь в Смоленской области и Республике Алтай приняты законы (в 2010 г.), схожие по предмету регулирования с Основами законодательства об охране здоровья граждан.

При отсутствии специальных законов регулирование вопросов охраны здоровья граждан осуществляется федеральными законами и уставами субъектов Федерации. Поэтому ситуацию, при которой в субъекте Федерации отсутствует общий закон о здравоохранении, предмет регулирования которого практически совпадает с предметом регулирования Основ законодательства, на наш взгляд, не следует считать негативной.

Помимо реализации федеральных программ органы государственной власти субъектов Федерации вправе принимать региональные целевые программы по следующим основным направлениям (в соответствии с открытым перечнем ст. 5 и 6 Основ): 1) развитие здравоохранения; 2) профилактика заболеваний; 3) оказание медицинской помощи; 4) медицинское образование населения.

В настоящее время на общедифедеральном уровне действует несколько программ в области здравоохранения. Федеральным законом от 23 августа 1996 года № 128-ФЗ «О перечне федеральных целевых программ и ведомственной структуре расходов федерального бюджета на 1996 год» предусматривалось действие до 1997 года более десяти федеральных целевых

программ в области здравоохранения. Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью утверждена Постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 года № 1096 (в редакции 29 ноября 2000 года). В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2000 года № 1034 на 2001 год продлено действие Федеральной целевой программы по предупреждению распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996 - 1997 гг. и на период до 2000 года. Последняя Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» утверждена Постановлением Правительства РФ от 17 июля 2001 года № 540. Указами Президента утверждено несколько программ, однако сферу здравоохранения они не затрагивают[48, с. 124].

Региональные целевые программы в области охраны здоровья приняты в большинстве субъектов Российской Федерации. Правда, в ряде случаев региональными программами подменяется процесс принятия законов, являющихся основой нормативного правового регулирования. В результате доминируют нормы временного характера, что снижает эффективность правового регулирования. Однако у этого процесса есть и позитивные моменты. Региональные программы позволяют регламентировать отдельные специфичные для региона мероприятия в сфере здравоохранения и иметь гарантированные дополнительные средства для их выполнения. Так, Законом Самарской области утверждена территориальная целевая программа «Развитие методов трансплантации костного мозга больным с гематологическими, онкологическими, аутоиммунными заболеваниями» на 2001 - 2003 гг. Решением Самарской губернской Думы утверждена территориальная целевая программа развития микрохирургии кисти в Самарской области на 2000 - 2002 годы.

Сегодня не только республики (как это следует из сравнительного анализа ст. 5 и 6 Основ), но и иные субъекты РФ, а также органы местного

самоуправления утверждают программы обязательного медицинского страхования граждан. В некотором роде можно говорить, что складывается особый «уровень медицинского законодательства» - законы, издаваемые органами местного самоуправления[56, с. 192].

Несомненно, отношения по охране здоровья граждан тех или иных населенных пунктов России ввиду их специфики необходимо особым образом урегулировать. Но решения органов местного самоуправления не должны иметь форму закона. А между тем в г. Чите, например, действует 14 целевых программ, утвержденных законами городской Думы.

Весьма специфично законодательство ряда субъектов Российской Федерации об охране здоровья граждан. Так, в Хабаровском крае отсутствуют законы в области охраны здоровья, санитарно - эпидемиологического благополучия, защиты населения от ряда болезней[54, с. 205-208]. Вместо этого ежегодно, начиная с 2006 г., принимаются законы о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования. Одиннадцатью действующими законами утверждаются различные республиканские целевые программы. Аналогичная ситуация сложилась и в законодательстве Пензенской области, где с 1997-го по 2001 год принято более 15 законов, касающихся бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования либо исполнения этих бюджетов. В Омской области 12 законов также посвящены деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования. К этому списку относятся Республика Марий Эл и Республика Мордовия.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что почти все вопросы региональной системы здравоохранения вполне регламентированы нормами федеральных законов. Однако сфера деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, финансирования мероприятий по охране здоровья граждан требует принятия законов на уровне субъектов Российской Федерации.

В ряде субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения приняты кодифицированные акты. В Республике Башкортостан в 1993 г. принят Кодекс Республики об охране здоровья граждан, в 1994 г. - Кодекс о санитарно - эпидемиологическом благополучии населения. Подобная практика весьма спорна, тем более что на федеральном уровне закон о санитарно - эпидемиологическом благополучии не является кодифицированным актом.

В некоторых субъектах Российской Федерации приняты законы, регулирующие достаточно специфические и узкие группы медицинских отношений. Например, Закон Республики Саха от 18 апреля 2000 года «О профилактике некоторых наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у человека», Закон Хабаровского края от 30 июля 2007 года «Об учреждениях медико - социальной помощи», Законы Краснодарского края от 26 декабря 2006 года «О медицинском обслуживании государственного служащего Краснодарского края» и от 28 января 2007 года «О санаторно - курортном лечении государственного служащего Краснодарского края», Закон Республики Карелия «Об общей врачебной (семейной) практике в Республике Карелия» от 13 июля 2000 года. Типичным примером законов, регулирующих достаточно специфические и узкие группы медицинских отношений, является Закон Тульской области от 21 сентября 2000 года «О защите прав граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья на территории Тульской области»[54, с. 231].

Принятие подобного рода актов свидетельствует о позитивных тенденциях по реализации полномочий органов государственной власти в сфере законодательства об охране здоровья граждан. Однако содержание и способы закрепления нормативных предписаний в них пока далеки от желаемого.

В последние годы особое внимание со стороны общественности и законодательной власти вызывает генно - инженерная деятельность. Несмотря на одобрение Правительством Российской Федерации проекта Федерального закона «О временном запрете на клонирование человека», реализация

подобных мер на практике может привести к отставанию в области научно - медицинских исследований. Кроме того, без клонирования невозможно получить донорские клетки, столь необходимые для больных, которым нужна трансплантация органов и тканей

В настоящий момент правовое регулирование затрагивает сферы разработки генетически измененной (модифицированной) продукции, защиты здоровья граждан от возможного негативного воздействия продуктов генной инженерии. Регулирование данного рода деятельности осуществляется преимущественно в соответствии с Федеральным законом от 5 июля 2006 года № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно - инженерной деятельности». В субъектах Российской Федерации нет законодательных актов, прямо или косвенно относящихся к предмету регулирования этого Закона[60, с. 131].

В основополагающих законах субъектов Российской Федерации, таких, как законы о санитарно - эпидемиологическом благополучии, о здравоохранении, присутствуют предписания, касающиеся двух аспектов: права на медико - генетическое консультирование и безопасности работ в области генной инженерии. Основы законодательства об охране здоровья граждан (ст. 28) гарантируют гражданам Российской Федерации, проживающим в районах, признанных в установленном законодательством порядке экологически неблагоприятными, бесплатную медицинскую помощь, медико - генетические и другие консультации и обследования при вступлении в брак.

Федеральное законодательство не содержит однозначного ответа на вопрос, имеет ли каждый гражданин (а не только лица, проживающие в неблагоприятных районах, и женщины) право на бесплатное медико - генетическое обследование и консультирование.

Норма Основ законодательства об охране здоровья граждан, закрепляющая право каждого гражданина на медико - гигиенические консультации, в законах субъектов Российской Федерации

трансформировалась в право на медико - генетические консультации. При этом наблюдается несколько различий в определении субъектов этого права, его алиментарного характера и особых условий реализации. В некоторых актах четко указывается на бесплатность медико - генетического консультирования, но лишь для лиц, вступающих в брак, и для каждой семьи (ст. 17 Закона Тюменской области «Об организации медицинской помощи населению Тюменской области»).

В ряде актов указывается, что каждый гражданин обеспечивается бесплатными консультациями по вопросам социально значимых заболеваний, а также медико - генетическими и другими консультациями в государственных и муниципальных учреждениях (ст. 20 Закона Ленинградской области от 12 февраля 1999 года, ст. 29 Закона Смоленской области от 13 января 2009 года «О здравоохранении в Смоленской области» гарантируют реализацию этого права лишь в организациях здравоохранения).

Статья 13 Закона Кабардино - Балкарской Республики от 13 августа 2006 года «Об охране здоровья населения Кабардино - Балкарской Республики» гарантирует право на медико - генетические и другие консультации и обследования при вступлении в брак, если эти лица проживают в районах, признанных в установленном законодательством порядке экологически неблагоприятными. Закон Республики Калмыкия от 30 октября 1997 года «Об охране здоровья граждан» закрепляет право каждого члена семьи на медико - генетические консультации и обследования в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения (ст. 14). В Законе Республики Саха (Якутия) «Об охране здоровья населения» провозглашена идея сохранения генофонда народов Республики (ст. 31), но какие-либо конкретные шаги в этом направлении не предусмотрены[58, с. 631].

Подобная нечеткость как федерального, так и регионального законодательства имеет негативные последствия для граждан. Медико - генетическое обследование и консультирование превращаются в дорогостоящую процедуру, что наряду с ухудшающейся экологической

обстановкой повышает риск рождения нездорового потомства. Поэтому целесообразно внести коррективы в федеральное и региональное законодательство, более четко указать на бесплатность генной диагностики и терапии для всех граждан Российской Федерации в специальных государственных учреждениях. Высокая себестоимость подобного вида медицинского обследования и лечения требует законодательного определения источников его финансирования и порядка проведения, поскольку в перечне видов бесплатной помощи, приведенных в Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, не предусмотрена генная диагностика здоровых граждан.

Анализ особенностей регламентирования отношений по медико - генетическому консультированию показывает, что жители различных регионов России имеют разные права. В одних случаях право на бесплатное медико - генетическое консультирование гарантировано каждому гражданину, а в других - лишь членам семьи. Подобная ситуация затрагивает закрепленный в ч. 2 ст. 19 Конституции Российской Федерации принцип равенства прав человека и гражданина независимо от места жительства. Возможные пути приведения «к единому знаменателю» - принятие или совершенствование федеральных законов, а также разработка модельных актов[59, с. 66].

Сфера деятельности органов власти субъектов Российской Федерации по совершенствованию медицинского законодательства довольно широка. Это и повышение качества региональных законов, и пересмотр действующего законодательства в связи с изменением норм общенационального уровня, и изучение положительного законодательного опыта других субъектов Федерации. Критериями унификации законодательства субъектов Российской Федерации должны стать выводы юридической науки о структуре закона, видах актов, принимаемых различными органами власти, и других. Анализ законодательства о здравоохранении убедительно подтверждает правильность

мнения о необходимости принятия на федеральном уровне закона о нормативных правовых актах.

2.2 Разграничение предметов ведения и полномочий между органами РФ и органами субъектов РФ в области здравоохранения

Государственное устройство Российской Федерации предусматривает разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления. При этом ряд вопросов находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Полномочия и предметы ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации определяются Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, частично Федеративным договором, который применяется в части, не противоречащей Конституции Российской Федерации. Нормы Конституции РФ, а также нормы федеральных законов, связанные с координацией вопросов здравоохранения, позволяют, с одной, стороны разграничить, а с другой - скоординировать полномочия в сфере здравоохранения всех уровней государственной власти, в том числе субъектов РФ и муниципальных образований[1].

Координация деятельности здравоохранения относится к предметам совместного ведения РФ и субъектов РФ. Одна из важнейших задач правового обеспечения здравоохранения — детальное разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ. Это позволяет определить, в чьей компетенции находится разработка структуры и механизмов функционирования регионального здравоохранения, кто обязан финансировать его деятельность,

а главное - кто несет ответственность за медицинское обеспечение населения на территории субъектов РФ.

Решение разграничения полномочий непосредственно определяет предмет правового регулирования и содержание законов субъектов Федерации об охране здоровья населения.

По вопросам, отнесенным к компетенции РФ, принимаются федеральные законы, имеющие прямое действие на всей территории РФ (часть 1 статьи 76 Конституции РФ). Это означает безусловный приоритет федерального законодательства над региональным. Исходя из конституционной нормы, по вопросу, отнесенному к компетенции РФ, нормы права на региональном уровне приниматься не могут.

По вопросам, отнесенным к компетенции региональной власти, при противоречии между федеральным законом и НПА субъекта РФ действует НПА субъекта РФ (часть 6 статьи 76 Конституции РФ) [1].

Федеральное законодательство по вопросам совместного ведения сосредоточено прежде всего на общих принципах и подходах правового регулирования. На региональном уровне эти принципы и подходы конкретизируют в зависимости от особенностей и потребностей субъектов Федерации.

Взаимоотношения НПА федеральной и региональной власти урегулированы не до конца. Это связано с тем, что в РФ отсутствует Федеральный закон «О нормативно-правовых актах РФ», как это принято в мировой практике. Цель этого законодательного акта — упорядочение системы действующих в РФ НПА на федеральном и региональном уровнях, создание научно обоснованных стандартов, определяющих механизмы правотворческого процесса, содержание и формирование различных НПА в целях повышения уровня правового регулирования различных сфер жизни общества.

В условиях отсутствия такого федерального закона регулирование вопросов разграничения полномочий в отдельных областях происходит в отраслевом законодательстве.

В соответствии с Федеральным законом «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими 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 «Общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ), который вступил в силу 1 января 2005 г., внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов об охране здоровья граждан[5].

Цель основной массы поправок — разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе финансирование здравоохранения.

Из полномочий федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья исключены полномочия в установлении льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении.

Таким образом, установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки (льгот по старой терминологии) в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении с 2005 г. — полномочие субъектов РФ[21, с. 87].

На субъекты Российской Федерации возложена обязанность формирования расходов бюджета субъектов Российской Федерации на здравоохранение в части оказания специализированной медицинской помощи

в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях, ОМС неработающего населения, оказание специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи; разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий (далее ПТГ) оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, включающих территориальные программы ОМС.

К ведению органов местного самоуправления в соответствии с внесенными изменениями отнесены;

- контроль за соблюдением законодательства об охране здоровья граждан;
- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения;
- развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности;
- создание условий для развития частной системы здравоохранения;
- организация первичной медико-санитарной помощи (далее –ПМСП) в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, включая обеспечение их лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения;
- охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности.

В процессе реализации принятого законодательства возникли сложности и непонимание при организации и финансировании медицинской помощи населению в условиях разделения полномочий[30, с. 18].

Вместе с идеей законодательного разделения полномочий в сфере охраны здоровья возникла идея разделения ПМСП и специализированной медицинской помощи — некогда единый процесс оказания медицинской

помощи на территории РФ - на уровне в зависимости от финансовых обязательств бюджета.

С принятием Федерального закона № 122-ФЗ законодательно закреплено разделение ПМСП и специализированной медицинской помощи и их источников финансирования (финансовых обязательств бюджета различного уровня).

В соответствии с законами, принятыми в 2004-2011 гг., организация оказания ПМСП, специализированной медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в формировании муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях, относятся к полномочиям органов местного самоуправления.

Организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях — полномочия органов государственной власти субъектов РФ.

Ни в полномочия органов государственной власти субъектов РФ, ни в полномочия органов местного самоуправления не включены организация и финансирование специализированной медицинской помощи в муниципальных медицинских учреждениях.

В этих условиях субъекты РФ решают вопрос о финансировании специализированной медицинской помощи на муниципальном уровне передачей государственных полномочий органам местного самоуправления с соответствующим финансированием.

Подтверждение этого — принятие 33 региональных законов в субъектах РФ о наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями в сфере охраны здоровья и здравоохранения.

Правовые подходы к полномочиям органов государственной власти федерального и регионального уровней, органов местного самоуправления в

сфере охраны здоровья граждан, сформированные в законе № 122-ФЗ, — основа и всех дальнейших законодательных актов, вносящих изменения в полномочия в области охраны здоровья вплоть до 2011 г.

Следующие изменения полномочий в сфере охраны здоровья граждан внесены Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ).

Закон разработан и принят для повышения эффективности государственного управления на всей территории РФ и направлен на дальнейшее совершенствование федерального законодательства в части разграничения полномочий между органами государственной власти РФ, государственной власти субъектов РФ и местного самоуправления.

Положения закона предусматривают передачу органам государственной власти субъектов РФ ряда полномочий в здравоохранении, образовании, занятости населения и других сферах, с предоставлением субъектам РФ субвенций из федерального бюджета на осуществление этих полномочий. Закрепление в законе переданных полномочий и их финансирование, контроль реализации формируют вертикаль управления со стороны федеральных органов государственной власти над органами государственной власти субъектов РФ в определенных законом сферах деятельности. Расширение практики передачи отдельных полномочий РФ органам государственной власти субъектов РФ во многом обусловлено изменением механизма наделения полномочиями высших должностных лиц субъектов РФ и повышением их ответственности за реализацию единой государственной политики в регионах[29, с. 11].

В соответствии с законом № 258-ФЗ внесены изменения в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан для систематизации полномочий федеральных органов государственной власти, государственной власти субъектов РФ и местного самоуправления.

Полномочия РФ в области охраны здоровья граждан, переданные органам государственной власти субъектов:

- контроль за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным стандартам в здравоохранении;
- лицензирование следующих видов деятельности;
- медицинская деятельность медицинских учреждений муниципальной и частной систем здравоохранения;
- фармацевтическая деятельность (за исключением оптовой торговли лекарственными средствами федеральными организациями и аптеками);
- деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных препаратов (за исключением оптовой торговли лекарственными средствами федеральными организациями и аптеками) [38, с. 501].

Изменения законодательства, предусматривающие полномочия органов государственной власти субъектов РФ по контролю качества медицинской помощи (далее КМП), лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, позволяют приблизить этот контроль к непосредственному исполнителю услуг и работ. Средства на осуществление переданных полномочий предусмотрены в виде субвенций из федерального бюджета.

В соответствии с законом № 258-ФЗ высшее должностное лицо субъекта РФ по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативно-правовое регулирование в здравоохранении:

- назначает на должность и освобождает от должности руководителей органов исполнительной власти субъекта РФ, осуществляющих переданные полномочия;
- утверждает структуру органов исполнительной власти субъекта РФ, осуществляющих переданные полномочия.

Впервые законодательно введено понятие «порядок медицинской помощи».

Стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, определяющим государственную политику и нормативно-правовое регулирование в здравоохранении.

Следующие изменения полномочий в сфере охраны здоровья граждан внесены Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ).

В соответствии со статьей 8 Основ об охране здоровья граждан (в редакции ФЗ-230) к полномочиям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов по вопросам местного значения в области охраны здоровья граждан отнесены:

- формирование органов, уполномоченных управлять муниципальной системой здравоохранения;
- развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности;
- организация ПСМП, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских учреждениях;
- организация обеспечения учреждений муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами;
- создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан;
- регулярное информирование населения, включая СМИ, о распространении заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

- санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Серьезная проблема реализации полномочий местного самоуправления — недостаточность местного бюджета. Бюджетный кодекс (БК) РФ определяет местный бюджет как форму образования и расходования денежных средств, предназначенных для обеспечения задач и функций, отнесенных к ведению местного самоуправления. Доходная часть местного бюджета должна содержать необходимый объем средств для финансирования минимальных расходов на решение задач местного значения. Действующим законодательством доминирующие в государстве источники доходов исключены из системы местных доходов, что приводит к недостаточности средств в муниципальном бюджете, а принцип финансовой самостоятельности не может быть реализован в полном объеме.

Существует проблема правового обоснования перевода денежных средств на содержание муниципальных учреждений здравоохранения в территориальный фонд ОМС для осуществления одноканального финансирования этих учреждений через систему ОМС.

Для создания эффективной модели управления здравоохранением субъекта РФ необходимо разработать четкий механизм взаимодействия уровней власти в части управления и финансирования отрасли, в том числе государственной власти субъекта РФ с органами местного самоуправления, поскольку в оказании медицинской помощи в условиях одноканального финансирования участвуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

Основной путь решения проблем муниципальной системы здравоохранения — изменение федерального законодательства с возложением на субъекты РФ обязанности по организации и финансированию медицинской помощи, заложенной в ППГ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, а не только специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях

[40, с. 98]. Это сделано с принятием в 2011 г. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

В соответствии с изменениями, внесенными в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ) и законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ), с 1 января 2012 г. к вопросам местного значения муниципального района относится создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района. К вопросам местного значения городского округа относится создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории городского округа.

Таким образом, с 1 января 2012 г. на субъекты РФ возложены обязанности по организации и финансированию медицинской помощи, заложенной в ППГ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, а не только специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях.

Необходимо учитывать специфику территории РФ, разбросанность и значительную отдаленность друг от друга населенных пунктов, необходимость оказывать медицинскую помощь в этих районах, в том числе на Крайнем Севере. Управление здравоохранением отдаленных территорий, контроль КМП в медицинских учреждениях, расположенных за несколько тысяч километров не только от федерального центра, но и от центра субъекта РФ, требует, во-первых, разработки механизмов приближения финансирования медицинской помощи к этим территориям, во-вторых, муниципальных медицинских учреждений, в-третьих, муниципальных органов управления здравоохранением[38, с. 456].

Это определяет необходимость предусматривать в федеральном законодательстве возможность передачи полномочий органов государственной власти субъектов РФ органам местного самоуправления с передачей соответствующего финансирования на реализацию этих полномочий.

Все новые положения, анализируемые в перечисленных законах, нашли свое отражение в принятом в 2011 г. Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3].

Закон уточняет полномочия федеральных органов исполнительной власти, органов власти субъектов РФ и органов местного самоуправления исходя из содержания статьи 72 Конституции РФ, согласно которой координация здравоохранения, защита семьи, материнства, отцовства и детства отнесены к вопросам совместного ведения РФ и субъектов РФ.

Полномочия федеральных органов исполнительной власти дополнены установлением структуры и штатов медицинских учреждений, организацией медицинской эвакуации, реализацией спасения жизни людей и защиты их здоровья в чрезвычайных ситуациях, установлением и проведением единой государственной политики в области статистического учета, отчетности, организации системы документооборота.

Помимо дополнений к полномочиям федеральных органов исполнительной власти, новация в этой сфере — закрепление за федеральными органами исполнительной власти (без передачи органам государственной власти субъектов РФ) полномочий в организации и осуществлении контроля соответствия качества и безопасности медицинской помощи, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, донорской крови и ее компонентов установленным порядкам, стандартам и техническим регламентам.

Одно из направлений реформ системы охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи, закрепляемых федеральным законом, —

возложение на органы исполнительной власти субъектов РФ организации медицинской помощи гражданам в соответствии с ТПГГ гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и развития сети медицинских учреждений субъекта РФ, определяемой не по признаку подведомственности, а по принципу территориального расположения.

Вследствие этого ранее возложенные на органы местного самоуправления полномочия в организации ПМСП и скорой медицинской помощи федеральный закон закрепляет за органами государственной власти субъектов РФ.

Органы местного самоуправления наделяются полномочиями в организации медицинской помощи в рамках муниципального здравоохранения только в случае делегирования им соответствующих полномочий органами государственной власти субъектов РФ.

Таким образом, закон обеспечивает усиление ответственности органов государственной власти за охрану здоровья граждан и оказание медицинской помощи и перенос на уровень субъекта РФ основного объема полномочий, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Одна из новаций закона — консолидация прав и обязанностей граждан в охране здоровья в одной главе.

Закон раскрывает механизм реализации права граждан на выбор врача и медицинского учреждения в рамках ПГГ бесплатной медицинской помощи в зависимости от ее вида и формы и в рамках оказания платной медицинской помощи; устанавливает порядок получения информации о медицинском учреждении, его медицинской деятельности, работниках, включая сведения об их образовании и квалификации. Закрепление этих норм в полной мере соответствует нормам Федерального закона «Об ОМС в Российской Федерации».

В законе отражен обновленный подход к классификации видов медицинской помощи, в частности определены условия (плановая, экстренная,

неотложная) и формы (вне медицинского учреждения, амбулаторно, стационарно) медицинской помощи, на которых основана характеристика ее видов, базирующаяся на разграничении полномочий органов государственной власти и местного самоуправления.

Отличительный признак ПМСП — приближенность к месту жительства или службы гражданина, что позволяет отнести этот вид медицинской помощи к первому уровню контакта граждан с медициной, служащему опорой для непрерывного этапного процесса охраны здоровья и системы медицинской помощи.

Детализация ПМСП на доврачебную, врачебную и специализированную отражает ее многогранность и является предпосылкой для выполнения возложенных на нее задач.

Законом введены критерии высокотехнологической медицинской помощи (далее ВМП), позволяющие формировать перечень таких видов МП для оптимизации системы и расходов на ее оказание.

Законом впервые определен важный компонент скорой медицинской помощи — медицинская эвакуация.

Впервые на законодательном уровне закреплены и раскрыты понятия «порядок оказания медицинской помощи», «стандарт медицинской помощи» и «клинический протокол лечения».

При этом в законе закреплено содержание порядка оказания медицинской помощи и стандарта медицинской помощи, включающие этапы оказания медицинской помощи, перечни методов диагностики, лечебных медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий - основополагающие инструменты программы ОМС и оценки КМП[43, с. 109].

Важный аспект этого нововведения — определение значения порядка оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических протоколов в системе правового регулирования охраны здоровья граждан и обязательность их исполнения на территории РФ всеми

медицинскими учреждениями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Законом закреплены основы правового регулирования трансплантации органов и (или) тканей человека, которая регламентирована в Федеральном законе «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (от 22 декабря 1992 г. № 4180-1). Это имеет существенное значение в правовом регулировании вопроса, поскольку на сегодняшний день отсутствует какая-либо нормативно-правовая база, регулирующая эту сферу деятельности.

Существенное новшество закона — детальное регулирование вопросов репродукции человека. Закон устанавливает права граждан в области вспомогательных репродуктивных технологий:

- право граждан на применение вспомогательных репродуктивных технологий, включая использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, суррогатное материнство;

- право на криоконсервацию и хранение половых клеток и эмбрионов в случаях риска потери способности к воспроизводству в связи с заболеванием и (или) профессиональной деятельностью;

- право на получение информации о данных медицинского, медико-генетического обследования донора и его национальности.

Законом уточнены медицинская стерилизация человека и искусственное прерывание беременности.

Медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека, касается специальная глава закона.

В законе упорядочен институт медицинской экспертизы, проведена четкая грань между медицинской экспертизой и медицинским освидетельствованием.

Закон вносит существенные изменения в институт медицинских и фармацевтических работников в части расширения требований к претендентам на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью.

Предложено в 2015 г. заменить действующую систему выдачи сертификатов специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, дающих право на медицинскую или фармацевтическую деятельность, аккредитацию специалиста.

Законом детально регламентирована подготовка медицинских и фармацевтических работников и предусмотрено расширение требований к медицинским работникам для защиты прав граждан на охрану здоровья; введены ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при их профессиональной деятельности.

Законом установлены права и обязанности медицинских учреждений, обязанности медицинских учреждений в соблюдении порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, технических регламентов безопасности медицинских изделий, санитарного законодательства, ведения медицинской документации в установленном порядке. Особо важна обязанность медицинских учреждений страховать ответственность перед пациентами[32, с. 76-79].

В законе уточнены и конкретизированы основные требования к ПГГ и ТПГГ. Впервые предусмотрено утверждение ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Правительством РФ сроком на 3 года.

Источники финансирования здравоохранения в РФ приведены в соответствие с полномочиями федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в здравоохранении.

К полномочиям органов местного самоуправления в решении вопросов местного значения отнесено создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с ТПГГ.

Для обеспечения защиты прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, разграничения порядка предоставления платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи в закон включена статья «Платные медицинские услуги», в которой конкретизирован порядок их оказания.

Впервые четко определены условия оказания гражданам платных медицинских услуг, соблюдение которых позволит разграничить их с бесплатной медицинской помощью, оказываемой в рамках ТППГ.

Законодательно установлено, что за плату не могут быть предоставлены медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи, а также при проведении судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы.

В целях защиты прав граждан на бесплатную медицинскую помощь установлено, что оплате не подлежат:

- пребывание одного из родителей или иного члена семьи в больничном учреждении вместе с ребенком в интересах его лечения, если это обусловлено медицинскими показаниями со стороны ребенка;
- медико-транспортные услуги для выполнения порядка медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при отсутствии возможности их оказания медицинским и иным учреждением;
- оказание медицинской помощи в сроки, установленные лечащим врачом по медицинским показаниям[26, с. 36].

В законе отражен инновационный подход к управлению охраной здоровья граждан, заключающийся в сочетании государственного регулирования и самоуправления, установлении управления качеством и безопасностью деятельности, введении новых форм государственного контроля качества и безопасности услуг.

3 Рекомендации по совершенствованию государственного регулирования здравоохранения в субъекте РФ

3.1 Проблемы здравоохранения в Пензенской области и пути их решения

Устойчивое социально-экономическое развитие Пензенской области обеспечивается реализацией приоритетных направлений региональной политики, базирующихся на сохранении и укреплении здоровья населения. Основой этой работы должно стать формирование здорового образа жизни и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить оказание качественной бесплатной медицинской помощи (в рамках государственных гарантий);

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

- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением [28, с. 209].

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом.

Формирование здорового образа жизни является залогом сохранения и укрепления здоровья населения. Эта работа требует достаточного уровня

межведомственного взаимодействия в процессе становления личности, формирования у каждого человека грамотного и ответственного отношения к себе и своему здоровью.

Мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни на территориях муниципальных образований осуществляется органами местного самоуправления муниципальных образований Пензенской области посредством разработки и осуществления в пределах своих полномочий по решению вопросов местного значения системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление заболеваний, на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом. Указанные мероприятия реализуются в соответствии с законом Пензенской области от 28.12.2012 № 2336-ЗПО «О реализации мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни». К числу таких мероприятий относятся: 1) формирование у граждан мотивации для регулярной двигательной активности и занятий физической культурой и спортом и создание необходимых для этого условий; 2) формирование у граждан представлений и знаний о профилактике заболеваний и здоровом образе жизни; 3) формирование у граждан мотивации к отказу от употребления алкогольной продукции и табачных изделий, а также немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ; 4) формирование у граждан мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью; 5) популяризация здорового образа жизни; 6) предупреждение распространения заболеваний и минимизация последствий их распространения; 7) информирование граждан о причинах возникновения заболеваний и условиях, способствующих их

распространению; 8) информирование граждан о медицинских организациях, осуществляющих профилактику заболеваний и оказывающих медицинскую помощь[14].

За последние семь лет Пензенская область активно принимала участие в реализации крупномасштабных федеральных инвестиционных проектов в сфере здравоохранения, предусматривающих развитие направлений, обозначенных в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в 2005 - 2006 годах:

- возрождение системы профилактики заболеваний;
- формирование культуры здорового образа жизни;
- создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей;
- укрепление системы первичной медико-санитарной помощи;
- обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг.

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)», программы «Модернизация здравоохранения Пензенской области на 2011 – 2016 годы» (далее - программа модернизации) и других программ позволили создать необходимые условия для внедрения трехуровневой системы организации медицинской помощи в Пензенской области[28, с. 298].

Создана и введена в эксплуатацию единая система диспетчеризации службы скорой медицинской помощи (далее - СМП) (пять зон и пять диспетчерских центров, 35 подстанций СМП, 245 автомашин СМП оснащены навигационным оборудованием ГЛОНАСС, что составляет 74,5%). Время доезда сократилось на четыре минуты и в настоящий момент оно составляет 16 минут 18 секунд (в пути - восемь минут).

В Пензенской области медицинскую деятельность осуществляют 54

государственных бюджетных учреждений здравоохранения, в том числе [28, с. 263]:

- 23 центральных районных больниц;
- 2 филиала центральных районных больниц;
- 6 городских больниц, в том числе 1 городская детская;
- 3 областные больницы, в том числе 1 детская;
- 2 диспансера;
- 2 специализированные больницы;
- 5 поликлиник, в том числе 1 детская;
- 2 центра;
- 1 станция скорой помощи;
- 1 родильный дом;
- 1 госпиталь ветеранов войн.

С 2012 года все учреждения здравоохранения переданы в собственность субъекта и распределены по уровням оказания медицинской помощи в зависимости от профилей и этапов ее оказания. Каждый уровень несет ответственность за организацию медицинского обслуживания, выполняет различные задачи и в различной степени влияет на демографические показатели. Трехуровневая система сформирована при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

На амбулаторно-поликлиническом этапе первый уровень представлен доврачебной и врачебной первичной медико-санитарной помощью, которая оказывается в районных больницах.

На втором уровне амбулаторная помощь оказывается врачами-специалистами городских больниц и межрайонных центров:

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.

С целью перераспределения объемов медицинской помощи из госпитального на амбулаторно-поликлинический сектор с 2013 года внедрены медицинские технологии одного дня. На догоспитальный этап «выведены» 37 медицинских услуг офтальмологического, хирургического, акушерско-гинекологического и урологического профиля. В "пилотном" проекте участвуют семь медицинских организаций, в том числе одна - негосударственной формы собственности [28, с. 345].

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 консультативно-диагностических центров для взрослого и детского населения.

Запись на прием к врачам-специалистам осуществляет лечащий врач. Внедрена межучрежденческая запись.

В целях обеспечения доступности высокотехнологичных методов обследования на догоспитальном этапе в 11 медицинских организациях размещено государственное задание на оказание диагностических услуг, входящих в стандарты обследования больных при оказании амбулаторной помощи (КТ, ЯМРТ и другие) [16].

В рамках создания трехуровневой системы организации стационарной медицинской помощи во всех РБ по основным профилям обеспечен первый уровень стационарной помощи:

- по терапевтическому профилю в 27 медицинских организациях - 785 коек (59%);
- по педиатрическому профилю в 26 медицинских организациях - 290 коек (56%);
- по хирургическому профилю в 24 медицинских организациях - 345 коек (35%).

Второй уровень специализированной медицинской помощи представлен

в городских и межрайонных стационарах по 25 профилям. Маршруты движения больных при оказании плановой и экстренной помощи выстроены по всем порядкам, утвержденным Минздравом России.

На этом уровне организована работа:

- шести первичных сосудистых отделений;
- четырех травмоцентров второго уровня.

На третьем уровне специализированная медицинская помощь оказывается по 36 профилям 11 специализированными учреждениями. На этом уровне организована работа регионального сосудистого центра и травмоцентра третьего уровня.

На третьем уровне оказываются все виды специализированной медицинской помощи детскому населению на базе областной детской больницы. На сегодняшний день высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП) детям в регионе не оказывается. В настоящее время ведется строительство современного перинатального центра в г. Пензе.

Три учреждения третьего уровня оказывают ВМП по девяти профилям. С 2014 года количество больных, получивших ВМП, выросло в пять раз (933), федеральный Кардиоцентр оперирует более 2 тыс. жителей Пензенской области ежегодно.

Таким образом, в Пензенской области выстроена трехуровневая система оказания медицинской помощи, соответствующая потребности населения в предоставлении медицинских услуг. Взаимодействие системы обеспечивает созданная единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, покрывающая более трех тысяч автоматизированных рабочих мест.

Итоги реализации указанных государственных инициатив к 2014 году характеризуются следующими показателями:

- увеличение показателя рождаемости - с 8,6 на 1000 населения в 2006 году до 10,8 на 1000 населения в 2012 году;
- снижение показателя общей смертности - с 18,2% 2005 года до 14,9% в

2012 году, что отражает положительную динамику;

- снижение показателя младенческой смертности с 12,2 на 1 000 родившихся живыми в 2007 году до 7,2 на 1000 родившихся живыми в 2012 году с учетом перехода с 2012 года на новые критерии живорождения;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в период 2006 - 2011 годов увеличилась с 65,5 лет в 2005 году до 70,2 в 2011 году, у мужчин с 58,6 лет в 2005 году до 63,5 в 2011 году, у женщин с 73,3 лет в 2005 году до 76,5 в 2011 году[16].

Таким образом, к настоящему моменту удалось добиться ряда значительных результатов как в структуре организации медицинской помощи, так и в результативности функционирования системы здравоохранения.

Во многом преодолены негативные тенденции в состоянии системы диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний. Произошли значительные положительные изменения в демографической ситуации, обусловленной последствиями 90-х годов. Заложены основы дальнейшего улучшения показателей здоровья населения, их постепенного приближения к европейскому уровню.

Забота о здоровье людей – залог успешного развития региона, поэтому первостепенной задачей является обеспечение каждого пациента доступной, качественной, современной медицинской помощью. Благодаря реализации мероприятий, определённых Концепцией развития здравоохранения в качестве первоочередных мер, а также областных целевых программ и приоритетного национального проекта «Здоровье» были достигнуты положительные результаты в демографическом развитии Пензенской области. Существенно уменьшилась естественная убыль населения на 11,3%; сократился показатель младенческой смертности на 21,4%; снизилась смертность населения на 3%, в том числе населения трудоспособного возраста на 7,1%; началось увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения (по сравнению с 2005 годом этот показатель вырос на 2,6 года – с 65,5 лет до 68,1 лет)[16].

Среди ведущих направлений деятельности Правительства области - реализация приоритетного нацпроекта в сфере здравоохранения, выполнение долгосрочных целевых программ. В рамках ПНП «Здоровье» за 2006 – 2012 годы муниципальные и государственные учреждения здравоохранения Пензенской области оснащены современным медицинским оборудованием на общую сумму 1650,3 млн. рублей, в том числе – 726,5 млн. рублей выделены из областного бюджета. Это позволило заменить устаревшее рентгеновское, эндоскопическое, ультразвуковое, лабораторное оборудование в поликлиниках городских и центральных районных больниц, оснастить государственные учреждения здравоохранения высокотехнологичным диагностическим, эндоскопическим, рентгенохирургическим оборудованием. Оснащение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием в 2009 году проведено в рамках реализации мероприятий по совершенствованию онкологической помощи, мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, по федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах».

С 2008 года действует областная подпрограмма «Социальное развитие села до 2018 года», в рамках которой за три года телефонизированы все ФАП. К медицинским учреждениям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, подведены дороги с твердым покрытием. Наиболее существенным вкладом в обеспечение качества медицинской помощи на селе стало проведение ремонта и оснащение медицинским оборудованием сельских лечебных учреждений на сумму более 190 млн. руб.

В рамках программы «Укрепление материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов на 2010 – 2016 годы» за 2 года отремонтированы и оснащены медицинским оборудованием 465 ФАПов, 38 участковых больниц и амбулаторий на общую сумму 151,4 млн. рублей. С 2005 года во все муниципальные районы за счёт средств областного бюджета приобретены санитарные автомобили для врачебных выездных бригад, которые оснащены комплектами лабораторного оборудования, ЭКГ

аппаратурой, портативными УЗИ – аппаратами.

В общей сложности за последние семь лет на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения было направлено более 7 млрд. рублей (7126,11 млн. рублей), в том числе только за два года реализации программы модернизации здравоохранения - 3,7 млрд. рублей.

За счет указанных средств капитально отремонтированы 162 объекта учреждений здравоохранения, то есть 20% имеющихся в учреждениях здравоохранения площадей (144 тыс. кв. м), завершено строительство двух объектов здравоохранения, построено вновь два учреждения здравоохранения[16].

В соответствии с порядками оказания медицинской помощи для больниц приобретено более 6,5 тысяч единиц медицинского оборудования. Оснащенность оборудованием выросла на 10%, в том числе:

- стерилизационным - на 10%;
- эндоскопическим - на 17%;
- наркозно-дыхательным - на 25%;
- ультразвуковым - на 26%;
- рентгеновским - на 30%.

В результате фондооснащенность учреждений возросла на 39% (с 9,472 до 13,18 тыс. рублей/кв. м).

За 4 года реализации ПНП «Здоровье» в Пензенской области подготовлены 369 врачей общей практики (54,3% от потребности), в том числе 96 в 2009 году. Медицинское обслуживание всего взрослого населения по принципу общеврачебной практики осуществляется в 8 районах области. На сегодняшний день функционируют 101 амбулатория и 58 отделений ВОП, из которых 46 амбулаторий/отделений ВОП открыты в 2014 году.

Проводимая работа, как на федеральном, так и на областном уровнях, дает положительный эффект. По результатам комплексной оценки наилучших показателей достигнутого уровня результативности в сфере здравоохранения Пензенская область поднялась с 24 на 15 место среди субъектов Российской

Федерации. По оценке 16 основных показателей системы здравоохранения Пензенская область вошла в число пяти субъектов Российской Федерации с коэффициентом стимулирования эффективности Программы госгарантий, равным 1,3, и получила дополнительные средства от Федерального фонда ОМС в размере 23 217,4 тыс. рублей на стимулирование эффективности территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС. Пензенская область признана вторым после г. Москвы регионом с самыми лучшими показателями по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи относительно федеральных нормативов[5].

В 2013 году Пензенская область вошла в число российских регионов, включенных в реализацию федеральных программ по совершенствованию помощи больным с сосудистыми заболеваниями (федеральный бюджет – 250 млн. рублей, областной бюджет – 75 млн. рублей); пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (федеральный бюджет – 240 млн. рублей, областной бюджет – 72 млн. рублей); требующим ВМП (федеральный бюджет – 15,286 млн. рублей, областной бюджет – 6,548 млн. рублей). Это также послужит повышению качества и доступности медицинской помощи населению. Сегодня можно с уверенностью сказать, что солидные государственные инвестиции, вложенные в здравоохранение, оправдываются. Накопленный опыт в области здравоохранения позволит обеспечить благополучие и стабильность региона.

Основным недостатком, на наш взгляд, является неэффективная кадровая политика в медицине. Современная ситуация в здравоохранении требует проведения глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли.

Подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, является комплексной задачей здравоохранения, образования и науки. Основными направлениями этой

работы должны стать:

- пересмотр образовательных стандартов высшего профессионального образования (5 - 6 лет обучения с выдачей диплома и предоставлением права профессиональной деятельности по специальностям общего профиля);

- ранжирование длительности ординатуры (1 - 2 года - для врачей терапевтических специальностей, 3 - 5 лет - для врачей хирургических специальностей);

- внедрение новой системы последиplomной подготовки (сокращение продолжительности очного обучения, введение накопительной системы кредитов, дистанционное обучение) позволит проводить своевременный профессиональный медицинский аудит;

- проведение комплексного анализа обеспеченности отрасли кадрами с высшим и средним медицинским образованием по видам медицинской помощи;

- осуществление прогноза наиболее востребованных специальностей и формирование государственного задания на подготовку специалистов, исходя из реальных потребностей здравоохранения;

- пересмотр штатных нормативов, нормативов нагрузки при расчете штатного расписания;

- создание банка данных медицинских работников всех специальностей, в том числе управленцев;

- разработка и внедрение системы контроля качества работы медицинского персонала, учитывающей конечные результаты деятельности и соответствующей международным стандартам;

- развитие информатизации обучения в медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях;

- совершенствование работы аппарата главных внештатных специалистов с участием специалистов субъектов Российской Федерации, руководителей профильных научных организаций, ведущих ученых, представителей профессиональных обществ и ассоциаций и др.

Кроме того, необходимо достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала на уровне Российской Федерации основано на следующих принципах:

- совершенствование целевой формы подготовки кадров, предусматривающей заключение трехстороннего договора с предоставлением студентам и молодым специалистам определенных социальных гарантий;
- возобновление системы распределения молодых специалистов, обучающихся на бюджетных местах;
- создание целевой программы подготовки кадров;
- устранение дублирующих функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал, медицинские сестры и младшие медицинские сестры). Повышение роли средних медицинских работников в медицинском обслуживании населения (развитие патронажных служб, формирование здорового образа жизни, «стационары на дому» и др.).

В 2008 году в Пензенской области была принята долгосрочная целевая программа «Улучшение обеспечения лечебно-профилактических учреждений Пензенской области медицинскими кадрами» на 2009 - 2011 годы, в рамках которой в 2010 году реализованы мероприятия по привлечению в Пензенскую область медицинских кадров[16]. Однако, с того времени специалисты привлекались спорадически, бессистемно.

На наш взгляд, необходимо внедрение механизма целевой подготовки врачей на основе заключения четырехстороннего договора «О подготовке специалиста» между Министерством здравоохранения Пензенской области, органом местного самоуправления муниципального образования Пензенской области, центральной районной больницей и студентом с предоставлением студентам в период обучения и при трудоустройстве социальных льгот.

Необходимо привлечение в Пензенскую область медицинских кадров при взаимодействии с государственными образовательными учреждениями высшего профессионального образования «Саратовский государственный

медицинский университет», «Самарский государственный медицинский университет», «Пензенский государственный университет». Планируется продолжить организацию встреч со студентами, выездов на распределение выпускников с приглашением главных врачей учреждений здравоохранения.

Необходимо внедрение и проведение индивидуального мониторинга врачей-специалистов, обучавшихся по целевым направлениям Министерства здравоохранения Пензенской области.

Устранение диспропорций в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения можно решить за счет разработки и внедрения системы оплаты труда, соответствующей статусу работника. В соответствии с новой системой оплаты труда работников бюджетных учреждений размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы устанавливаются руководителем учреждения на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности. Данный подход к оплате труда всех уровней системы здравоохранения позволит сократить диспропорцию в кадровом обеспечении лечебно-профилактических учреждений.

Кроме того, на наш взгляд, необходима оценка персонального вклада каждого медицинского работника в результат работы медицинского учреждения. Он должен оцениваться по медицинским специальностям, уровню сложности и технологичности, требуемой квалификации медицинского работника.

Еще одной рекомендацией является создание системы профессионального самоуправления и корпоративной ответственности, что позволит эффективно использовать материальное и моральное стимулирование в повышении мотивации каждого члена медицинского коллектива к непрерывному профессиональному совершенствованию.

Кроме того, необходимо разработать систему страхования ответственности медицинских работников.

3.2 Организационные основы региональной системы управления здравоохранением

Исполнительным органом государственной власти Пензенской области, обеспечивающим проведение государственной политики в сфере охраны здоровья, руководство системой здравоохранения в целях реализации конституционных прав граждан на медицинскую помощь на территории Пензенской области выступает Министерство здравоохранения Пензенской области (далее – Министерство). Министерство реализует свою государственную политику в соответствии с Положением, утвержденным постановлением Правительства Пензенской области от 31.01.2013 № 30-пП. Министром здравоохранения Пензенской области является Стрючков Владимир Викторович.

Министерство взаимодействует с другими государственными органами исполнительной власти Пензенской области, федеральными органами исполнительной власти, территориальными органами федеральных органов исполнительной власти органами местного самоуправления муниципальных образований Пензенской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Пензенской области, государственным учреждением - Отделением Пенсионного фонда России по Пензенской области, Пензенским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, профессиональными медицинскими ассоциациями, общественными и иными объединениями, учреждениями, другими организациями независимо от их организационно-правовой формы по вопросам, отнесенным к полномочиям Министерства в порядке, установленном законодательством, сотрудничает с международными и национальными правительственными и неправительственными организациями, занимающимися вопросами охраны здоровья, в установленном законом порядке[15].

Министерство управляет государственной системой здравоохранения Пензенской области.

В сфере охраны здоровья наделен следующими полномочиями[15]:

- участвует в разработке и реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организации обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участвует в санитарно-гигиеническом просвещении населения;

- организует оказание населению Пензенской области первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Министерству;

- направляет граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на территории Пензенской области, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных частью 5 статьи 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями), с применением специализированной информационной системы в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти[15];

- осуществляет отбор граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на территории Пензенской области, для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств бюджета Пензенской области;

- устанавливает случаи и порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях;

- создает в пределах компетенции, определенной законодательством Российской Федерации, условия для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан;

- организует безвозмездное обеспечение донорской кровью и (или) ее компонентами, обеспечение 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 в соответствии с пунктами 5, 5.1 и 12 части 1 статьи 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями);

- организует заготовку, хранение, транспортировку и обеспечение безопасности донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских организациях Пензенской области, участвующих в выполнении государственного задания на оказание специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области;

- проводит на территории Пензенской области мероприятия по организации, развитию и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов;

- представляет доноров к награждению нагрудным знаком «Почетный донор России» в соответствии с Правилами награждения доноров крови и (или) ее компонентов нагрудным знаком «Почетный донор России», утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 1228;

- организует обеспечение граждан лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к

сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности, предусмотренный частью 3 статьи 44 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями) [15];

- ведет региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и обеспечивает своевременное представление сведений, содержащихся в нем, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

- организует мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории Пензенской области;

- организует выполнение мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- информирует население Пензенской области, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории Пензенской области на основе ежегодных статистических данных, а также информирует об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий;

- организует предоставление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами;

- реализует государственную политику в области иммунопрофилактики;

- обеспечивает иммунобиологическими лекарственными препаратами для проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области и выбранные гражданами для оказания первичной медико-санитарной помощи в порядке, установленном законодательством.

Кроме того, Министерство реализует полномочия, переданные РФ осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации[15]:

- осуществляет лицензирование следующих видов деятельности:
- медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти);
- фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти);
- определяет медицинские организации, уполномоченные на проведение медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 № 3 (с последующими изменениями);
- определяет порядок занятия народной медициной на территории Пензенской области;

- выдает разрешения на занятие народной медициной.

Значительная роль в системе государственного регулирования системой здравоохранения принадлежит территориальному фонду обязательного медицинского страхования Пензенской области.

Обязательное медицинское страхование – это государственная система социальной защиты интересов граждан в охране здоровья. Цель ОМС – обеспечить всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Финансовые средства системы ОМС формируются из поступлений страховых взносов от работодателей, а также платежей из бюджета на неработающее население.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области (далее - территориальный фонд) является некоммерческой организацией, созданной Решением малого Совета Пензенского областного Совета народных депутатов от 19.05.1993 № 134 для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области[4].

Задачами территориального фонда являются:

- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

Территориальный фонд осуществляет управление средствами обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, а также решения иных задач, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.01.2011 № 15н, законом о бюджете территориального фонда[4].

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории Пензенской области;

- аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Пензенской области, формирует и использует резервы для обеспечения

финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;

- утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

- обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии;

- собирает и обрабатывает данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области.

Территориальный фонд осуществляет следующие функции[8]:

- организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- проводит разъяснительную работу, информирование населения по вопросам, относящимся к компетенции территориального фонда;

- заключает со страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

- рассматривает дела и налагает штрафы, составляет акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- участвует в установлении тарифов на оплату медицинской помощи;

- осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями;

- при нарушении условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи налагает штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения, при нарушении установленных договором сроков представления данных о застрахованных лицах страховой медицинской организацией.

Доходы бюджета территориального фонда формируются в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. К доходам бюджета территориального фонда относятся:

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- платежи Пензенской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного

медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- платежи Пензенской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- доходы от размещения временно свободных средств;

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Пензенской области, в случаях, установленных законом Пензенской области;

- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет территориального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Управление территориальным фондом осуществляется директором.

Директор территориального фонда назначается на должность и освобождается от должности Правительством Пензенской области по согласованию с Федеральным фондом.

Он организует и осуществляет общее руководство текущей деятельностью территориального фонда, несет персональную ответственность за ее результаты, подотчетен правлению территориального фонда.

Правление территориального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности территориального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, а также иные полномочия в соответствии с федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами Пензенской области.

Систему государственного регулирования сферы здравоохранения в Пензенской области образует также территориальный орган Федеральной

службы по надзору в сфере здравоохранения по Пензенской области (далее росздравнадзор по Пензенской области). Росздравнадзор по Пензенской области является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения на территории Пензенской области.

Росздравнадзор по Пензенской области организован в 2004 г.

Территориальный орган осуществляет свои функции в соответствии с «Положением о Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Пензенской области», утвержденным приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 14.03.2016 № 1956.

Основные полномочия Территориального органа Росздравнадзора по Пензенской области[8]:

- проверка деятельности организаций здравоохранения, аптек учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения;
- контроль в сфере здравоохранения: за фармацевтической деятельностью; за производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств; производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения; за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, порядком проведения медицинских экспертиз;
- лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированием наркосодержащих растений.

Территориальный орган осуществляет[11]:

- государственный контроль за обращением медицинских изделий посредством:

- проведения проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий правил в сфере обращения медицинских изделий;

- проведения мониторинга безопасности медицинских изделий;

- государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности посредством проведения проверок:

- соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность, прав граждан в сфере здравоохранения;

- соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

- осуществляет иные функции в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации.

Территориальный орган в целях реализации полномочий в установленной сфере деятельности имеет право[11]:

- организовывать проведение необходимых проверок, исследований, испытаний, экспертиз, анализа и оценок, а также научных исследований по

вопросам осуществления государственного контроля (надзора) в установленной сфере деятельности;

- запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решений по вопросам, отнесенным к компетенции территориального органа;

- давать юридическим и физическим лицам разъяснения по вопросам, отнесенным к компетенции территориального органа;

- привлекать в установленном порядке для осуществления своих полномочий научные, общественные и иные организации, ученых и специалистов;

- применять предусмотренные законодательством Российской Федерации меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и/или ликвидацию последствий нарушений юридическими лицами и гражданами обязательных требований в установленной сфере деятельности, с целью пресечения фактов нарушения законодательства Российской Федерации;

- создавать совещательные и экспертные органы (советы, комиссии, группы, коллегии) в установленной сфере деятельности.

Территориальный орган не вправе осуществлять нормативно-правовое регулирование в установленной сфере деятельности, а также управление государственным имуществом и оказание платных услуг[11].

Установленные ограничения не распространяются на полномочия руководителя территориального органа по управлению имуществом территориального органа, закрепленным за ним на праве оперативного управления, решению кадровых вопросов и вопросов организации деятельности территориального органа.

Заключение

Сегодня в системе здравоохранения Российской Федерации, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, накопились серьезные проблемы, которые будут препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Среди них главными являются[33, с. 105]:

Первая проблема. Недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза. Нет достаточного финансирования – нет достойной оплаты труда медицинского персонала, нет достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, нет возможности соблюдать современные стандарты лечения и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами. Так, в Российской Федерации в 2011 г. государственные расходы на здравоохранение (включая расходы на программу государственных гарантий, образование, инвестиции в инфраструктуру и санитарно-эпидемиологическое благополучие) составили 1,7 трлн. руб., или 4% в доле ВВП, что в 1,5 раза ниже, чем в среднем в «новых» странах Евросоюза (6% ВВП). Следует отметить, что эти страны имеют близкий к РФ ВВП на душу населения в год – около 20 тыс. долл., т.е. так же экономически развиты, как и Россия.

Большее финансирование здравоохранения позволяет этим странам уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни 76 лет и ОКС (число умерших от всех причин на 1 тыс. населения), равный 11,0, т.е. даже лучшие показатели, чем те, которых мы хотим добиться к 2020 г. Из этого вытекает, что дальнейшее расширение объемов бесплатной медицинской помощи потребует увеличения финансирования в 1,5 раза, что составляет около 800 млрд. руб. ежегодно.

Вторая важная проблема – это дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Не будет врачей - не будет доступной медицинской

помощи. Именно врач обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Сегодня обеспеченность врачами в Российской Федерации на 1 тыс. населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,5, что в 1,5 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1 тыс. населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения на 40–50% выше (см. далее), чем в странах ОЭСР (Организация стран экономического сотрудничества и развития, включает большинство стран ЕС, Канаду, США, Мексику, Японию, Южную Корею и Австралию) в среднем (соответственно, выше и потребность в медицинской помощи), поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в России необоснованы.

Более того, в ближайшие 5 лет в Российской Федерации прогнозируется существенный дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда, – она на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по Российской Федерации. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Дефицит также будет связан с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом. Так, количество выпускников школ в 2011 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза и, как следствие, через 5–6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов. Следует также обратить внимание на крайне низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Так, заработные платы преподавателей этих вузов не превышают 15–20 тыс. руб. в месяц, в то время как даже секретари и водители в коммерческих фирмах имеют значительно более высокие заработки.

3. Третья важнейшая проблема – это неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество

медицинской помощи. Нет врача - плохо, но нет квалифицированного врача - также плохо. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. 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.

Четвертая проблема – это отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения Российской Федерации. Именно эта проблема вызывает очереди в поликлиниках, проблемы с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи. Например, с 1999 по 2016 г. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения (которая определяет потребность в медицинской помощи) в период с 1990 по 2015 г. увеличилась в 1,5 раза, а доля пожилого населения возросла на 4% .

Наше население также недостаточно обеспечено бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, по рецепту врача в поликлиниках. Так, в 2016 г. подушевые расходы на ЛС за счет государственных источников были в Российской Федерации в 5,6 раза ниже, чем в странах ОЭСР. Более того, сегодня в Российской Федерации преимущественно инвалиды (около 13 млн человек) и ряд других немногочисленных категорий граждан имеют право на бесплатные лекарства, в то время как в развитых странах все нуждающееся население за счет государственных средств полностью или частично обеспечивается бесплатными лекарствами.

Пятая проблема – это очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Например, число операций реваскуляризации на сердце (т.е. восстановление проходимости сосудов сердца), которые составляют 25%

в объемах квот по высокотехнологичной медицинской помощи, в РФ делается в 5 раз меньше, чем в «новых» странах ЕС, в среднем процедур гемодиализа – в 4 раза меньше, число операций эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов – в 6,5 раза меньше. Соответственно, объемы этих видов помощи в течение 5 лет необходимо будет увеличить как минимум в 2–3 раза].

Шестая проблема – это неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Например, в Российской Федерации отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов (в т.ч. ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности. Неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Имеет место неэффективное использование оборудования и коечного фонда. Также недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов.

Законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ) и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ) помогут решить проблемы здравоохранения только частично. Так, Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает серьезные положительные нормы[4]:

- централизацию финансирования системы ОМС на уровне

Федерального фонда ОМС;

- нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население;
- изменение структуры тарифа на ОМС – с 2013 г. включение расходов на содержание учреждения, а также включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (2013 г.) и высокотехнологичной помощи (2015 г.), т.е. организацию одноканального финансирования;
- повышение ответственности регионов за оказание первичной помощи;
- обязательное исполнение порядков и стандартов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС и формирование критериев эффективности этих программ.

Вместе с тем имеются определенные факторы риска при реализации этого закона, что потребует их решения в других федеральных законах или подзаконных актах. Например, централизация финансирования с последующим перераспределением средств в регионы в условиях общего дефицита этих средств может поставить под угрозу объемы финансирования здравоохранения в относительно богатых субъектах РФ; соответственно, может пострадать заработная плата врачей. Далее в этом законе акцентируются меры по расширению прав пациента выбирать врача и медицинскую организацию без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней оказания медицинской помощи пациентам, что повлечет за собой дополнительные затраты в системе. Задача состоит не в том, чтобы предоставить свободу выбора пациенту, а в том, чтобы обеспечить доступность и качество медицинской помощи в большинстве МО (а эти организации, как правило, находятся по месту жительства пациента) [38, с. 52].

Что касается Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то следует отметить также несколько положительных норм.

Передача полномочий по оказанию первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи с муниципального уровня на уровень

субъекта РФ. Эта норма продиктована тем, что у большинства муниципальных образований было недостаточно средств на оказание данных видов медицинской помощи. «Бедные» системы здравоохранения (как в Российской Федерации) должны быть централизованы: так легче ими управлять и их контролировать.

Положение о предоставлении медицинской помощи по участково-территориальному принципу, использование системы направлений. Эти положения устраняют риск снижения координации медицинской помощи населению, вводимый положениями законопроекта «Об обязательном медицинском страховании», которые декларируют право выбора пациентом врача и медицинской организации[29, с.9].

Закон правильно решает и отдельные узкоспециализированные вопросы здравоохранения: в детской трансплантологии, в лечении орфанных заболеваний, в применении репродуктивных технологий и др.

Все эти вопросы важны, но первоочередная цель главного закона страны по охране здоровья граждан – закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья всех граждан Российской Федерации, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью всех заболевших. К сожалению, эти вопросы не нашли должного отражения в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он не решает этих задач. Более того, этот закон приведет к усилению недовольства населения (в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи), а также медицинских работников, так как он не улучшает их положения.

Из вышеперечисленных направлений, а также анализа нерешенных проблем и вызовов, стоящих перед отраслью, вытекают приоритеты и задачи, которые должны быть отражены в программе здравоохранения.

Приоритеты:

- Сохранение и укрепление здоровья граждан трудоспособного возраста.
- Сохранение и укрепление здоровья женщин репродуктивного возраста

и детей, пропаганда рождаемости.

- Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации.

- Формирование доступных и качественных медико-социальных услуг для граждан старшей возрастной группы и инвалидов.

- Повышение эффективности расходования государственных ресурсов.

Задачи:

1. Увеличить в 1,5 раза тарифы на Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, соответственно, минимум в 1,5 раза увеличится оплата труда медицинских работников и появится возможность соблюдать современные стандарты медицинской помощи.

2. Увеличить в 3 раза бесплатное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, причем это важно сделать для детей и граждан, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. Повысить квалификацию медицинских работников.

4. Увеличить в 2 раза объем высокотехнологичной медицинской помощи для уже действующих лечебных учреждений.

5. Развивать школьную и производственную медицину.

В заключение еще один аргумент в пользу необходимости решения вышеперечисленных задач. Сегодня в условиях серьезного расслоения населения по уровню доходов и замедления снижения доли бедного населения, а также весьма вероятного мирового экономического кризиса (и, как следствие, снижения темпов роста ВВП и бюджетных расходов) возможно нарастание социальной напряженности в обществе. Однако повышение доступности бесплатной медицинской помощи для большинства населения могло бы сыграть существенную стабилизирующую роль в этом вопросе.

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
2. О Правительстве Российской Федерации: федеральный конституционный закон от 17.12.1997 № 2-ФКЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
3. Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации: федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 30.10.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
4. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.07.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
6. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017
7. О стратегии национальной безопасности Российской Федерации: указ Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 683 [Электронный ресурс]

Дата обновления: 31.12.2015. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

8. Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения: постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.03.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

9. О федеральных учреждениях здравоохранения и федеральных учреждениях оздоровительного профиля: постановление Правительства РФ от 29.12.2004 № 872 [Электронный ресурс] Дата обновления: 08.06.2015. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

10. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 [Электронный ресурс] Дата обновления: 25.09.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

11. Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.01.2011 № 15н [Электронный ресурс] Дата обновления: 08.06.2015. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

12. О мерах по организации исполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»: приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2012 г. № 20 [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

13. О мерах по организации исполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»: приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 июля 2012 г. № 40 [Электронный ресурс] Дата обновления:

24.07.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

14. О реализации мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни: закон Пензенской области от 28.12.2012 № 2336-ЗПО [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

15. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Пензенской области: постановление Правительства Пензенской области от 31.01.2013 № 30-пП [Электронный ресурс] Дата обновления: 06.07.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

16. Об утверждении государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы»: постановление Правительства Пензенской области от 02.10.2013 № 743-пП [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.11.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс»-2017

17. Александрова О.Ю. Механизм реализации прав граждан в сфере охраны здоровья при обращении в медицинскую организацию / О.Ю. Александрова, А.А. Крюкова, М.В. Горелов // Вестн. Росздравнадзора. – 2014. – № 3. – С. 71–77.

18. Алмазов А.А. Переход на эффективный контракт: от организационно-методических мероприятий к автоматизации / А.А. Алмазов, Л.А. Габеева //Здравоохранение. – 2014. – № 4. – С. 34–41.

19. Акишкин В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект: моногр. / В.Г.Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2014. – 276 с.

20. Антипенко Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Э.С. Антипенко, А.Э. Антипенко ; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. – Изд. 3-е, испр. и доп. – Москва : Спутник+, 2015. – 167 с.

21. Банин С.А. Базовая теория формирования финансово-экономических основ современного здравоохранения России / под ред. В.Г. Садкова ; М-во образования и науки РФ, Томский гос. ун-т. – Томск : ТГУ, 2013. – 178 с.
22. Богдан И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. М. : Науч. эксперт, 2013. – 39 с.
23. Гадаборшев М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. – Москва: ИНФРА-М, 2013. – 423с.
24. Галстян Г.С. Совершенствование механизма государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения. – СПб. : Астерион, 2014. –170с.
25. Гиляревский С.Р. Современные принципы анализа экономической эффективности медицинских вмешательств// Экономика здравоохранения. - 2012.- №9.- С. 36-39.
26. Дьяченко В.Г. Управление качеством медицинской помощи.-Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. – 696 с.
27. Евстигнеев С.В. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в локальных нормативных актах областной многопрофильной больницы. – Пенза: Соколов А.Ю., 2014. – 387 с.
28. Ерохина Т.В. Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. - 2013. № 2.- С. 7.
29. Ерохина Т.В. Некоторые аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе // Медицинское право. - 2012. № 5. - С. 15 - 18.
30. Ерохина Т.В. Органы управления здравоохранением в России: теоретико–правовое исследование / М-во образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВПО «Саратовский гос. социально-экономический ун-т». –Саратов : СГСЭУ, 2013. – 132 с.
31. Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении / под ред. В.И. Стародубова. – М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – Т. 1. – 220 с.

32. Калашникова И.В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг / И.В. Калашникова, В.А. Портной ; Тихоокеан.гос. ун-т. – Хабаровск : ТОГУ, 2014. – 119 с.
33. Князюк Н.Ф. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул. – М. : Менеджер здравоохранения, 2013. – 311 с.
34. Козлов А.В., Нестеренко Е.И., Полунина Н.В. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе//Экономика здравоохранения. -2003.- №1.- С.2-3.
35. Кучеренко В.З. Российское здравоохранение: вхождение в рынок. С.-Птб., 2010.-353с.
36. Кучеренко В.З. Бюджетная система России на сегодняшний день // Здравоохранение. – 2009. –№15. – С. 47-59.
37. Куштанова Е.В., Рудниик Б.Л., Шишкинн С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений.. М., 2010. – 526 с.
38. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ЭОТАР-Медиа, 2015. – 542 с.
39. Медведев И.Б. Финансовый менеджмент в медицине / И.Б. Медведев,В.Д. Кармишин. – Москва : Аллигресс, 2013. – 128 с.
40. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / В.А. Медик В.К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 608 с.
41. Мохов А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: [Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации] : учеб. пособие. – М. : Проспект, 2015. – 374 с.
42. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учеб. пособие: в 2 т. / В.З. Кучеренко, В.М. Алексеева, А.П. Голубева – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.

43. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. / Рос. о-во организаторов здравоохранения и обществ. здоровья, Ассоц. мед. о-в по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.
44. Общественное здоровье и здравоохранение: системные технологии управления: учеб. пособие / [В.Н. Юдаев и др.]; под ред. В.Н. Юдаева. – М. : Маска, 2014. – 692 с.
45. Окольнишникова И.Ю. Государственно-частное партнерство как механизм развития отечественного рынка медицинских услуг: моногр. / И.Ю. Окольнишникова, В.Г. Куватов; Юж.-Урал. гос. ун-т. – Челябинск: ЮУрГУ, 2013. – 121 с.
46. Основы экономики здравоохранения : учеб. пособие под ред. Н.И. Вишнякова. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2014. – 148с.
47. Пивень Д.В. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности : моногр. / Д. В. Пивень, И. С. Кицул; Иркут. гос. мед. акад. последиплом. образования. – М.: Менеджер здравоохранения, 2014. – 171 с.
48. Пирогов М.В. Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения: (моногр.) / М.В. Пирогов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина. – М. :Медиздат, 2013. – 96 с.
49. Пирогов М.В. Научно-практические аспекты реформирования здравоохранения: моногр. / М.В. Пирогов, И.В. Успенская, А.М. Чилилов. – М., 2013. – 80 с.
50. Пирогов М.В. Совершенствование планирования медицинской помощи с использованием клинико-связанных групп в условиях реформирования отечественного здравоохранения : (моногр.). – М. : Изд. дом "Панорама", 2012. – 88 с.
51. Проектно-ориентированная подготовка управленческого персонала медицинских организаций в период модернизации российского здравоохранения : [моногр.] / [Т.И. Черняева и др. ; под общ. ред. Н.В. Хан]. – Москва :Перо, 2014. – 100 с.

52. Пучкова В.В. Реформирование системы здравоохранения в сфере реализации права граждан на охрану здоровья в Российской Федерации : моногр. / Междунар. юрид. ин-т (Смоленский фил.). – Смоленск : Маджента, 2013. – 110 с.
53. Региональные особенности и основные направления развития системы здравоохранения Хабаровского края : сб. науч.-практ. материалов форума XII Междунар. конгр. «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения» / МЗ Хабар. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения». – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2013. – 292 с.
54. Сабанов В.И. Организация и управление деятельностью больницы: учеб. пособие / В.И. Сабанов, Т.С. Дьяченко, В.В. Иваненко ; Волгогр. гос.мед. ун-т. – Волгоград : ВолгГМУ, 2014. – 137с.
55. Сапралиева Д.О. Опыт индикативного планирования в здравоохранении региона / Д.О. Сапралиева, В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2015. – 215 с.
56. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения : учеб. пособие для системы послевузовского проф. образования врачей. – М. : Мед. информ. агентство, 2014. – 997 с.
57. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 699 с.
58. Управление развитием медицинских комплексов ключевой компетенции в Российском здравоохранении: методология и опыт проектирования систем эффективного управления / А.М. Чухраёв, В.Б. Фраймович, А.М. Овсянников. – СПб. : Человек, 2014. – 263с.
59. Хасанов Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения : моногр. / Ф.З. Хасанов, З.М. Хасанов ; Башкир. гос. аграр. ун-т. – Уфа : Уфим. полиграфкомбинат, 2013. – 141 с.

60. Цыганкова С.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения: моногр. / С.М. Цыганкова, М.М. Левкевич. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 154 с.
61. Чухраёв А.М. Управление развитием медицинских комплексов ключевой компетенции в российском здравоохранении: методология и опыт проектирования систем эффективного управления / А.М. Чухраёв, В.Б. Фраймович, А.М. Овсянников. – СПб. : Человек, 2014. – 263 с.
62. Шипова В.Н. Современные подходы к планированию и развитию сетимедицинских организаций / под ред. Р. Хабриева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 136 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Структура Министерства здравоохранения Российской Федерации:

Руководство Министерства

Помощники, советники федерального министра

Департамент санитарно-эпидемиологического благополучия,
организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения

Департамент инновационного развития и научного проектирования

Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении

Департамент лекарственного обеспечения и

регулирования обращения медицинских изделий

Департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств

Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью

Правовой департамент

Финансово-экономический департамент

Департамент учетной политики и контроля

Департамент инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства

Департамент информационных технологий и связи

Департамент управления делами и кадров

Отдел по защите государственной тайны

Отдел по мобилизационной подготовке и мобилизации

Департамент общественного здоровья и коммуникаций

Приложение Б

Уровни оказания медицинской помощи

Уровни оказания медицинской помощи	Наименование организации
первый уровень оказания медицинской помощи	ГБУЗ "Башмаковская РБ", ГБУЗ "Спасский филиал ГБУЗ "Нижнеломовская межрайонная больница, ГБУЗ ГБУЗ Белинская РБ, ГБУЗ "Бессоновская РБ", ГБУЗ "Городищенская РБ", ГБУЗ "Земетчинская РБ", ГБУЗ "Иссинская РБ", ГБУЗ "Камешкирский филиал ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная больница, ГБУЗ "Колышлейская ЦРБ", ГБУЗ "Лопатинская РБ", ГБУЗ "Лунинская РБ", ГБУЗ "Мокшанская РБ", ГБУЗ "Наровчатская РБ", ГБУЗ "Никольская РБ", ГБУЗ "Сосновоборская РБ", ГБУЗ "Тамалинская РБ", ГБУЗ "Пензенская РБ", ГБУЗ "Шемышейская РБ", ГБУЗ "Городская станция скорой медицинской помощи", ГБУЗ "Городская детская поликлиника", ГБУЗ Кузнецкая городская стоматологическая поликлиника, ГАУЗ ПО "Городская стоматологическая поликлиника", ГАУЗ ПО "Детская стоматологическая поликлиника"
второй уровень оказания медицинской помощи	ГБУЗ "Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн", ГБУЗ "Городская клиническая больница", ГБУЗ "Городская больница № 3", ГБУЗ "Пензенский

	городской родильный дом", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница", ГБУЗ "Каменская межрайонная больница ", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная больница ", ГБУЗ "Нижнеломовская межрайонная больница", ГБУЗ "Сердобская межрайонная больница им. А.И. Настина"
третий уровень оказания медицинской помощи	ГБУЗ "Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко", ГБУЗ "Пензенская областная детская клиническая ГБУЗ "Областной онкологический диспансер", ГБУЗ "Пензенская областная офтальмологическая больница", ГБУЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Г.А. Захарьина", ГБУЗ "Пензенская городская клиническая больница № 4, ГБУЗ "Областная психиатрическая больница имени К.Р. Евграфова", ГБУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер", ГБУЗ "Областная наркологическая больница", ГБУЗ "Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи"

Приложение В

Перечень государственных бюджетных учреждений здравоохранения

23 центральных районных больниц	ГБУЗ "Башмаковская районная больница", ГБУЗ "Белинская районная больница", ГБУЗ "Бессоновская районная больница", ГБУЗ "Городищенская районная больница", ГБУЗ "Земетчинская районная больница", ГБУЗ "Иссинская районная больница", ГБУЗ "Каменская межрайонная больница" , ГБУЗ "Колышлейская районная больница", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная больница", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная стоматологическая поликлиника", ГБУЗ "Лопатинская районная больница", ГБУЗ "Лунинская районная больница", ГБУЗ "Мокшанская районная больница", ГБУЗ "Наровчатская районная больница", ГБУЗ "Нижнеломовская межрайонная больница", ГБУЗ "Никольская
---------------------------------	--

	районная больница", ГБУЗ "Пензенская районная больница", ГБУЗ "Сердобская межрайонная больница им. А.И. Настина", ГБУЗ "Сосновоборская районная больница", ГБУЗ "Тамалинская районная больница", ГБУЗ "Шемышейская районная больница"
2 филиала центральных районных больниц;	ГБУЗ "Спасский филиал ГБУЗ "Нижнеломовская межрайонная больница"", ГБУЗ "Камешкирский филиал ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная больница"
- 6 городских больниц, в том числе 1 городская детская;	ГБУЗ "Клиническая больница № 4", ГБУЗ "Клиническая больница № 5, "ГБУЗ "Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарьина", ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом», ГБУЗ "Пензенский городской родильный дом" ГБУЗ "Пензенский дом ребёнка"
8 областных больниц, в том числе 1 детская;	ГБУЗ "Областная наркологическая больница",

	ГБУЗ "Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова", ГБУЗ "Областное бюро судебно-медицинской экспертизы" ГБУЗ "Областной онкологический диспансер", ГБУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер" ГБУЗ "Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова", ГБУЗ "Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко", ГБУЗ "Пензенская областная офтальмологическая больница"
2 диспансера;	ГБУЗ "Областной онкологический диспансер", ГБУЗ "Областной противотуберкулезный диспансер"
5 поликлиник, в том числе 1 детская;	ГБУЗ "Консультативно-диагностическая поликлиника", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная больница", ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная детская больница"

	ГБУЗ "Кузнецкая межрайонная стоматологическая поликлиника" ГБУЗ "Консультативно-диагностическая поликлиника"
6 центров 2 станции	ГБУЗ "Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области", ГБУ "Центр по транспортному обслуживанию государственных учреждений здравоохранения Пензенской области", ГБУ "Центр сертификации и контроля качества лекарственных средств", "Пензенский областной центр медицинской профилактики", ГБУЗ "Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи", ГБУЗ "Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр", ГБУЗ "Пензенская областная станция переливания крови", ГБУЗ "Пензенская областная станция скорой медицинской помощи"

Приложение Г

Основные показатели здравоохранения Пензенской области

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Численность врачей всех специальностей								
всего, чел.	5340	5432	5566	5379	5353	5464	5246	5278
на 10 000 человек населения	38,9	39,2	40,4	39,3	39,3	40,3	38,9	39,3
Численность среднего медицинского персонала								
всего, чел.	15376	15448	15534	15333	14971	14618	14307	14244
на 10 000 человек населения	112,0	111,6	112,8	112,0	110,0	107,8	106,1	106,2
Число больничных организаций, ед.	50	50	54	52	50	45	44	42
Число больничных коек								
всего, тыс. ед.	13,3	12,7	12,8	12,8	11,7	11,4	11,0	10,8
на 10 000 человек населения, коек	96,5	91,4	93,3	93,5	86,3	83,8	81,2	80,4
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, ед.	85	79	89	92	212 ¹	249	224	201
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций								
всего, тыс. посещений в смену	29,5	30,1	30,4	31,3	32,2	32,3	31,6	33,2
на 10 000 человек населения	214,9	217,3	221,2	229,0	236,6	238,2	234,2	247,3
Число женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), ед.	52	71 ²	70	74	78	102 ³	103	101
Число детских поликлиник, детских отделений (кабинетов), ед.	39	67 ²	73	70	69	105 ³	18 ⁴	144 ⁴
Число коек для беременных, рожениц и родильниц								
всего, ед.	666	631	598	596	548	468	459	427
на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет, ед.	19,0	18,0	17,8	18,2	17,1	14,9	14,9	14,1
Число фельдшерско-акушерских пунктов, ед.	576	563	549	563	538	531	303 ⁵	304

Приложение Е

Количество зарегистрированных пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни

	Зарегистрировано пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Все болезни	80472,6	80605,3	78550,6	77850,4	75153,2	78267,6	76575,5
из них:							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3081,6	3218,4	3141,2	3122,8	3131,9	2731,0	2438,3
новообразования	1245,8	1257,1	1287,4	1256,1	1201,1	1210,5	1180,3
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	433,7	381,2	361,6	305,1	279,9	348,0	321,9
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1015,5	1047,8	952,4	1130,8	1105,9	1584,5	1629,5
болезни нервной системы	1698,9	1783,2	1358,1	1238,1	1344,7	1540,8	1284,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	3985,8	3352,7	3617,7	3442,0	3083,2	2982,8	2574,4
болезни уха и сосцевидного отростка	2697,6	2858,6	2880,1	2452,2	2422,4	2257,4	2157,8
болезни системы кровообращения	3814,8	3916,9	3552,5	3845,5	3798,9	5584,8	5210,2
болезни органов дыхания	31957,9	33206,1	30713,3	32324,1	30376,9	32707,3	33239,6
болезни органов пищеварения	4241,0	4612,9	4852,3	4302,5	4454,2	5062,1	5314,9
болезни кожи и подкожной клетчатки	4980,1	4680,1	5006,6	4766,6	4601,0	4113,4	3455,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4539,4	4070,9	3983,1	3581,8	3923,3	3652,7	3039,7
болезни мочеполовой системы	4370,3	4038,4	4248,9	3837,7	3728,3	3677,7	3949,3
осложнения беременности, родов и послеродового периода ¹	7086,5	6278,3	6282,5	6216,2	4886,7	3607,8	4170,2
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	125,7	133,5	120,1	115,2	97,1	97,9	86,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	8175,2	8317,5	8792,2	8728,4	8875,0	8407,6	8360,4

Структура Министерства здравоохранения Пензенской области



Приложение Е

Смертность населения от отдельных причин смерти (нарастающим итогом)

	Число умерших, человек							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Все население, мужчины и женщины								
Всего умерших от всех причин	21785	22064	20979	20513	20046	20055	20071	19562
в том числе:								
от болезней системы кровообращения	13927	14148	13403	13330	12674	12024	11617	10982
из них:								
от гипертонической болезни	11	12	10	3	10	7	1	-
от инфаркта миокарда	563	517	548	559	531	541	591	580
от новообразований	2901	2893	2958	2919	2839	2737	2907	2712
от несчастных случаев, отравлений и травм	2272	2323	2136	1928	1835	1845	1734	1757
из них:								
от случайных отравлений алкоголем	374	365	343	315	339	342	334	335
от самоубийств	408	346	344	309	291	295	307	272
от убийств	153	127	111	113	117	88	91	69
от болезней органов дыхания	818	722	647	512	723	889	863	876
от болезней органов пищеварения	818	809	848	882	965	1018	1133	1181
от инфекционных и паразитарных болезней	202	196	148	140	125	128	131	134
из них:								
от туберкулеза (всех форм)	141	127	89	84	69	68	57	49
от болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета	55	59	28	42	61	136	211	289
из них:								
от сахарного диабета	50	55	25	36	56	134	204	285
от осложнений беременности, родов и послеродового периода	-	1	3	1	-	1	1	1

Приложение Ж

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по Пензенской области

	<i>Мужчины и женщины</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>
2003	65,44	58,75	72,89
2004	65,79	59,07	73,28
2005	65,61	58,73	73,37
2006	67,39	60,88	74,36
2007	68,46	62,05	75,12
2008	68,84	62,46	75,52
2009	69,57	63,35	75,92
2010	69,28	62,97	75,81
2011	70,23	63,84	76,79
2012	70,87	64,90	76,80
2013	71,54	65,47	77,52
2014	71,63	65,67	77,51
2015	72,12	66,47	77,58
2016	72,53	66,81	78,04