

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

Факультет  
«Экономика и управление»

Кафедра  
«Государственное управление и  
социология региона»

Направление подготовки

38.03.04  
Государственное и муниципальное  
управление

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**  
на тему  
**«Государственная поддержка здравоохранения Пензенской  
области»**

Студент гр.13ЭГ1

Е.А. Иневатова

Руководитель  
к.и.н., доцент

С.А. Живодрова

Нормоконтролер  
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

*Работа допущена к защите* (протокол заседания кафедры от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

*Заведующий кафедрой* \_\_\_\_\_ С.И. Неделько

*Работа защищена с оценкой* \_\_\_\_\_ (протокол заседания ГЭК от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

*Секретарь ГЭК* \_\_\_\_\_ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2017

**Содержание**

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение .....                                                                                                                                | 3  |
| 1 Теоретические и нормативно-правовые основы государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации.....                         | 7  |
| 1.1 Понятие и сущность государственного управления в отрасли здравоохранения Российской Федерации .....                                       | 7  |
| 1.2 Нормативно-правовая база государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации .....                                        | 18 |
| 2 Государственная поддержка здравоохранения на примере Пензенской области .....                                                               | 35 |
| 2.1 Анализ системы здравоохранения Пензенской области.....                                                                                    | 35 |
| 2.2 Сравнительный анализ итогов реализации программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы» ..... | 45 |
| 3 Существующие проблемы государственной поддержки здравоохранения и пути их решения.....                                                      | 64 |
| Заключение .....                                                                                                                              | 78 |
| Список использованных источников .....                                                                                                        | 82 |
| Приложения .....                                                                                                                              | 91 |

Актуальность темы определяется тем, что охрана здоровья граждан является одной из важнейших функций государства. Здоровье населения считается одним из основных показателей качества жизни и уровня социально-экономического развития и защищенности государства и сфера здравоохранения тесно взаимосвязана с другими стратегически важными отраслями страны.

В любой стране мира сохранение здоровья нации является одним из приоритетных вопросов национальной безопасности.

Согласно Конституции РФ, в Российской Федерации каждому дано право на охрану здоровья и медицинскую помощь, в том числе и право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Здравоохранение в Российской Федерации представлено несколькими системами: государственной, муниципальной и частной. Доля частного здравоохранения в России увеличивается, что для граждан нашего государства становится проблемой. Всё же большая часть населения использует своё право на пользование бесплатной медицинской помощью.

В Российской Федерации государство финансирует, реформирует и контролирует данную отрасль для более качественного сохранения и укрепления здоровья граждан, поэтому государственной поддержке здравоохранения уделяется большое внимание.

Также актуальность изучения государственной поддержки здравоохранения Пензенской области обусловлена происходящими процессами модернизации данной отрасли и обновлением законодательства об охране здоровья граждан. На примере области можно хорошо рассмотреть, проанализировать и выявить достоинства и недостатки нововведений.

Научная новизна работы заключается в том, что в работе представлен анализ государственных процессов модернизации системы здравоохранения Российской Федерации в качестве выявления положительных и отрицательных последствий нововведений и предложения по их усовершенствованию на примере Пензенской области.

В исследовании используются действующие источники законодательства об органах власти, выполняющих исполнительно-распорядительные функции по управлению здравоохранением Российской Федерацией, нормативно-правовые акты, регулирующие данную отрасль, а также другие источники права, имеющие отношение к системе здравоохранения.

Эмпирической базой исследования послужили данные общегосударственной и региональной статистики, также использованы различные отчётные материалы.

В основу изучения отдельных аспектов проблемы государственной поддержки здравоохранения положен теоретический материал ученых-представителей различных отраслей права, внесших существенный вклад в разработку обозначенной темы. В большей мере для исследования обозначенной темы была использована периодическая литература на тему развития здравоохранения Российской Федерации и Пензенской области.

Теоретическую основу работы составляют исследования ученых, посвященные анализу системы здравоохранения Российской Федерации.

Исследование Ерохиной Т.В. «Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации» [40] используется в первой главе. В своей работе она комплексно рассмотрела отношения, складывающихся в сфере государственного управления здравоохранением в России, показала своеобразие современной российской системы здравоохранения, выявила ее недостатки, определила качественно новые подходы к организации системы государственного управления здравоохранением.

В.Л. Миняева и Вишнякова Н.И. в своём учебнике «Общественное здоровье и здравоохранение» [50] объективно показали всё прогрессивное,

достигнутое отечественным здравоохранением с анализом негативного опыта в охране здоровья населения, в его медицинском обслуживании.

Общие вопросы административно-правового статуса органов управления здравоохранением рассматривались такими учеными, как А.П. Алехин, Г.В. Атаманчук, Д.Н. Бахрах, А.В. Колесников, А.П. Коренев, В.И. Чиркин, Н.А. Шевелева, и другими.

Вопросы, касающиеся реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь, гражданско-правовых аспектов медицинской услуги, характеристики договорных отношений в сфере здравоохранения, рассматривались на основе работ ученых-медиков и организаторов здравоохранения, среди которых А.С. Акопян, Г.В. Балашова, Н.Ф. Герасименко, Е.Д. Куделя, Ю.П. Лисицын, М.Н. Малеина, Никульникова, А.В. Свидерский Ю.Л. Шевченко, Т.В. Яковлева.

В связи с вышесказанным цель выпускной квалификационной работы состоит в анализе системы здравоохранения Пензенской области и анализе участия государства в поддержке данной отрасли.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

- изучить понятие и сущность государственного управления в сфере здравоохранения Российской Федерации;
- провести анализ действующей нормативно-правовой базы государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации;
- проанализировать систему здравоохранения Пензенской области;
- сравнить итоги реализации государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» за 2015 – 2016 года;
- определить существующие проблемы государственной поддержки здравоохранения;
- предложить меры совершенствования государственной поддержки здравоохранения.

Объектом исследования является система здравоохранения Пензенской области.

В качестве предмета исследования выступают меры государственной поддержки здравоохранения.

Для решения поставленных задач использовался комплекс взаимодополняющих методов исследования: системный метод, сравнение, метод анализа, институциональный подход.

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

# **1 Теоретические и нормативно-правовые основы государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации**

## **1.2 Понятие и сущность государственного управления в отрасли здравоохранения Российской Федерации**

Отрасль здравоохранения является составным элементом структуры социальной сферы, имея своей целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений.

Охрана здоровья населения Российской Федерации является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Под охраной здоровья, согласно главе 1 статьи 2 ФЗ №323, понимается система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами [22].

Охрана здоровья является делом государственной важности. Поэтому целесообразно выделить основные задачи государства в области охраны здоровья граждан. К ним следует отнести: профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи, так же улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи, реализацию федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, создание экономических и социальных условий,

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

В целях решения перечисленных задач, государство разрабатывает и финансирует многочисленные федеральные программы, приоритетными направлениями в которых являются охрана и укрепление здоровья нации; принимает меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; всячески поощряет деятельность, которая способствует укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно – эпидемиологическому благополучию; обеспечивает формирование единого правового пространства системы здравоохранения, законодательное оформление схемы распределения предметов ведения, полномочий и ответственности между уровнями власти по вопросам охраны здоровья граждан.

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны [22].

Принципы являются руководящими положениями, в соответствии с которыми определяется содержание правового регулирования системы охраны здоровья. Основные принципы охраны здоровья можно рассмотреть с двух точек зрения. Они, во-первых, выражают общие закономерности данного

правового института и, во-вторых, систематизируют общие нормы, которые действуют в данном правовом поле, распространяются на все субъекты, участвующие в данном виде правоотношений, и обязательны к исполнению.

В соответствии с основными принципами охраны здоровья происходит совершенствование правовых норм, они являются руководящими идеями и в то же время связующим звеном между системой охраны здоровья и важнейшими интересами граждан в области охраны здоровья.

Основные правовые принципы, возведенные законодателем в ранг закона и перечисленные в 4 статье 2 главы №323 ФЗ, можно условно разделить на:

- общеправовые, присущие всем правоотношениям
- отраслевые, применимые только к одной области
- межотраслевые, применимые к нескольким областям [41].

Так, принцип соблюдения прав граждан и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий является общеправовым принципом, а принципы доступности и качества медицинской помощи и недопустимости отказа в оказании медицинской помощи являются отраслевыми, то есть целенаправленно связанными с системой охраны здоровья.

Основные принципы охраны здоровья призваны осуществлять ряд функций:

1. выполнение систематизирующей роли, то есть все внутренние системы сферы охраны здоровья должны формироваться в соответствии с общими основными принципами, что обеспечивает между сферами тесную взаимосвязь.

2. выполнение нормотворческой функции, поскольку все законы и нормативно-правовые акты, изданные по вопросам охраны здоровья, должны строиться на указанных основных принципах и отвечать их требованиям.

3. выступление связующим звеном между основными закономерностями развития и функционирования общества и правовой системы охраны здоровья [41].

Законодателем установлено девять основных принципов охраны здоровья граждан, каждый из которых играет определенную роль и в конечном счете определяет отношение государства к системе охраны здоровья граждан как части государственной и общественной системы правоотношений.

В основу принципов охраны здоровья легли все общеправовые конституционные принципы: гарантированности и неотчуждаемости прав и законных интересов человека и гражданина; признание прав и свобод непосредственно действующими; охрана достоинства личности, гарантированность социальной защиты и социального обеспечения по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом, и т.д. Это подтверждается первым принципом — соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий.

В Российской Федерации система здравоохранения в соответствии с Конституцией РФ разделена на государственную, муниципальную и частную. Система здравоохранения РФ – совокупность органов управления здравоохранением, медицинских учреждений, в том числе частных медицинских и фармацевтических учреждений, функционирующих как единое целое, для организации охраны здоровья граждан и оказания им профилактической, диагностической, лечебной, восстановительной медицинской помощи. Система здравоохранения обладает внутренней структурой, единством внутренних связей элементов и внешней обособленностью. Таким образом, с учетом общности целей, взаимосвязи элементов государственное, муниципальное и частное здравоохранение — единая система здравоохранения РФ [58].

Перейдём к рассмотрению органов, регулирующих систему здравоохранения Российской Федерации.

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.

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 [6].

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 [6].

В соответствии с законодательством Российской Федерации органом управления здравоохранением, ответственным за организацию деятельности системы здравоохранения на федеральном уровне является Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим 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.

Министерство здравоохранения Российской Федерации 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 [30].

Разноплановостью задач и функций Министерства здравоохранения России обусловлено вхождение в его систему различных по целям деятельности органов, учреждений, предприятий и организаций: территориальные органы (зональные управления специализированных санаториев); государственные лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные учреждения; фармацевтические и аптечные предприятия; санаторно-курортные учреждения; учреждения судебно-медицинской экспертизы; учреждения, предприятия и организации санитарно-эпидемиологической службы и др.

Минздрав России осуществляет руководство деятельностью существующего при нем Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем.

Приказы, указания, постановления и инструкции Минздрава России по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний и фармацевтической деятельности, а также по другим вопросам, отнесенным к его компетенции, обязательны для всех учреждений, предприятий и других организаций независимо от их организационно-правовой формы.

В субъектах Российской Федерации нет единообразия в формах органов управления здравоохранением. Действуют министерства, департаменты, главные управления, отделы здравоохранения и др.

Распределение предметов ведения между Российской Федерацией и ее субъектами, статус и территориальные масштабы деятельности их органов государственной власти допускают возможные особенности в компетенции, в частности, органов управления здравоохранением.

Задачи и функции этих органов разнообразны. На них возложен контроль за выполнением федерального законодательства по вопросам здравоохранения; осуществление федеральной государственной политики в области здравоохранения; реализация федеральных программ по развитию здравоохранения.

Они разрабатывают и реализуют программы соответствующих субъектов Российской Федерации по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи и другим вопросам охраны здоровья граждан. К их компетенции относится осуществление мер по развитию сети учреждений государственной системы здравоохранения на соответствующей территории.

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации участвуют в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия. Им поручена координация деятельности субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства. На них возложена реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья в чрезвычайных ситуациях.

Упомянутые органы выдают разрешения на применение новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий. Они осуществляют лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных комиссий.

Помимо органов управления здравоохранением, государственные функции в этой области осуществляют другие органы, имеющие в своем ведении учреждения здравоохранения. Медицинские службы имеют свыше двадцати трех министерств и ведомств. Министерство обороны, Министерство

внутренних дел, Федеральная служба безопасности и др. Их учреждения действуют в общем правовом режиме, установленном правовыми актами, относящимися к учреждениям здравоохранения. Структуры, осуществляющие управление ведомственными учреждениями здравоохранения, определяются соответствующими органами [58].

Регулярно для развития системы здравоохранения создаются государственные или национальные программы и проекты. Например, Национальный проект «Здоровье», принятый в 2006 году. При внедрении этого проекта ставилась задача комплексного улучшения системы здравоохранения с учетом возможностей для последующей модернизации. Данный национальный проект, реализуемый на всей территории страны, провозглашал необходимость обеспечения приоритета первичной медицинской помощи, развитие профилактики и повышение санитарно-гигиенической грамотности населения, внедрение и расширение использования высоких технологий, в том числе и находящихся в стадии апробации, в сфере здравоохранения.

Считается, что снижение отрицательного прироста населения, увеличение средней продолжительности жизни являются заслугами реализации именно этого приоритетного проекта.

Помимо улучшения демографических показателей Национальный проект «Здоровье» способствовал также тому, что вырос уровень использования высоких технологий в медицине, открылись новые перинатальные центры, современные медицинские учреждения, увеличились суммы материнского капитала и детских пособий. Кроме того, были выделены средства на программы по развитию донорства и увеличение финансирования служб крови.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [21], вступивший в силу с 2011 года, был принят для усовершенствования системы медицинского страхования. После начала действия закона, система обязательного медицинского страхования стала более централизованной и четко структурированной. Данные нововведения имеют целью свободное использование полиса обязательного медицинского

страхования на всей территории Российской Федерации. Кроме того, человек, обладающий полисом обязательного медицинского страхования, может обратиться в любое медицинское учреждение. Это создает конкуренцию между лечебными учреждениями за пациентов, как следствие, способствует повышению качества оказываемых медицинских услуг и дает возможность больницам заработать.

Обязательное медицинское страхование гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи, в официально определенном объеме. С введением федерального закона определились полномочия и правовой статус фондов обязательного медицинского страхования и страховых организаций.

В связи с тем, что застрахованному человеку медицинская помощь предоставляется бесплатно, ежегодно создаются Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Такая программа содержит виды, условия, объем медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, предусматривает критерии, определяющие качество и доступность медицинских услуг для населения [22].

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [35], предполагает повышение доступности и эффективности медицинской помощи. В период до 2020 года в Российской Федерации должно быть усовершенствовано законодательство, прямо и косвенно затрагивающее сферу здравоохранения. Должны быть проведены мероприятия, направленные на улучшение ситуации в здравоохранении. Необходимо также учитывать стратегию развития здравоохранения при расчете бюджетов, как федерального, так и региональных. При этом для реализации задач в сфере оказания медицинских услуг необходимо найти внебюджетные источники финансирования. Для повышения эффективности реализации государственной политики и целевых программ должен проводиться постоянный мониторинг как самих процессов, происходящих в здравоохранении, так и их результатов. В соответствии с полученными данными должны производиться корректировка общего курса

политики в области здравоохранения или внедрение дополнительных мероприятий. Поощрение научных исследований в области здравоохранения также способно оказать положительное влияние на ситуации в медицине. Такие исследования могут выявить новые способы лечения пациентов или новые препараты, которые стабилизируют ситуацию, связанную с заболеваниями, и улучшат демографические показатели.

Естественно, что любые мероприятия, связанные с проводимой в области здравоохранения политикой, требуют крупного финансирования. В Российской Федерации финансирование здравоохранения осуществляется из бюджета, рассчитанного Министерством финансов. Однако этого финансирования недостаточно для полноценной деятельности Министерства здравоохранения, в связи с чем постоянно приходится искать дополнительные источники финансирования. К дополнительным источникам финансирования системы здравоохранения можно отнести средства, принадлежащие фондам страхования, финансы, выделяемые предприятиями, а также доходы, полученные с ценных бумаг.

Помимо стратегии развития, рассчитанной до 2020 года, существуют также иные мероприятия, направленные на модернизацию системы здравоохранения и повышения степени ее эффективности. К числу таких мероприятий относятся, например, внедрение целевых программ, способствующих формированию здорового образа жизни граждан. В последнее время широко распространённой стала практика всеобщей диспансеризации населения, которая способствует раннему выявлению или предупреждению заболевания [63].

Таким образом, государственная политика в области здравоохранения в Российской Федерации имеет множество задач, наиболее важными среди которых можно считать обеспечение всего населения достойной медицинской помощью, повышение степени доступности медицинских услуг на всей территории государства. Стратегической задачей государственной политики является улучшение демографических показателей.

## **1.2 Нормативно-правовая база государственного регулирования здравоохранения Российской Федерации**

Правовое регулирование придает системе здравоохранения оптимальную управляемость, целенаправленность и гарантированность; создает условия для разработки долговременной программы развития этой системы; определяет стабильность ресурсного обеспечения системы здравоохранения в целом и на этой основе совершенствует формы и методы руководства [48].

Законодательное обеспечение отрасли здравоохранения направлено на достижение одной из главных целей государственной политики – сбережение и укрепление здоровья народа. Национальная система здравоохранения должна быть построена на основе прогрессивного законодательства, впитавшего в себя передовой опыт отечественной мировой науки и практики в области охраны здоровья и права.

Для регулирования вопросов здравоохранения сегодня применяются такие виды правовых актов как: Конституция РФ; конституции и уставы субъектов РФ; конституционные законы (федеральные и субъектов РФ); законы (федеральные и субъектов РФ); указы Президента РФ; постановления (Правительства, главного государственного санитарного врача); распоряжения (Президента, Правительства, глав администраций); приказы, инструкции, указания (ведомственные); акты представительных органов местного самоуправления; решения референдумов (волеизъявления); договоры, соглашения внутригосударственные; ратифицированные международные договоры; признанные нормы международного права; модельные законодательные акты (рекомендательные) [40, с. 74].

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 г. № 511 «О классификаторе правовых актов» [29], выделен специальный раздел, посвященный здравоохранению – 140.010.000. Согласно этому Указу в

качестве составных частей отрасли законодательства о здравоохранении выделяются нормативные акты по таким направлениям, как:

- управление в сфере здравоохранения,
- медицинское страхование,
- медицинские учреждения,
- частная медицинская практика;
- медицинская экспертиза
- санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и др. [29].

Система нормативно-правовых актов, охватывает собой все источники, посвященные урегулированию здравоохранительных отношений. Это связано с тем, что отношения в данной сфере затрагивают предметы ведения и полномочия по предметам совместного ведения самых различных публичных образований соответственно Российской Федерации, ее субъектов и муниципальных образований.

Рассмотрим в первую очередь положения Конституции РФ. Конституция РФ является основным законом нашей страны. Поэтому среди нормативных правовых актов, регулирующих охрану здоровья, она занимает особое главенствующее положение.

Конституция Российской Федерации чётко определяет, что «Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека» статья 7 часть 1 [1].

Таким образом, Россия, как и многие зарубежные государства, принимает на себя обязанность проводить активную социальную политику, направленную на развитие личности, достижение благосостояния, социальной защиты и безопасности граждан.

Основной идеей социального государства является приверженность интересам и правам личности. Социальная защищенность, благополучие и создание условий для развития человека признаются важнейшей задачей

государства. Оно по отношению к своим гражданам выступает как субъект социальной защиты.

Часть 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации уже более конкретно обозначает права человека в сфере здравоохранения, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [1]. Далее в части 2 статьи 41 Конституции РФ прописывается, что «в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию» [1].

Данная статья закрепляет одно из важнейших социальных прав человека и гражданина. Здоровье является высшим неотчуждаемым благом человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. В то же время оно не является только личным благом гражданина, а имеет еще и социальный характер. Общество обязано принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья его членов, препятствовать посягательству кого бы то ни было на здоровье граждан, а не только каждый сам должен заботиться о своем здоровье.

Таким образом, в этом праве наиболее отчетливо проявляется мера взаимной свободы и взаимной ответственности личности и государства, согласование личных и общественных интересов. Особенностью данного права является и то обстоятельство, что оно принадлежит человеку еще до его рождения, т.е. на стадии эмбрионального развития. Закрепляя это право в Конституции, государство принимает на себя обязанность осуществлять целый комплекс мер, направленных на устранение в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья населения, предотвращение эпидемических,

эндемических и других заболеваний, а также на создание условий, при которых каждый человек может воспользоваться любыми незапрещенными методами лечения и оздоровительными мерами для обеспечения наивысшего достижимого на современном этапе уровня охраны здоровья.

Всестороннее развитие человеческой личности недостижимо, если в обществе не функционирует эффективная система, гарантирующая охрану здоровья. Особую значимость при этом имеет проведение мероприятий по охране здоровья детей, женщин, особенно работающих беременных женщин и матерей, по сокращению мертворождаемости и детской смертности, по повышению гигиены внешней среды, труда и быта.

Право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. При этом государство гарантирует реализацию гражданами указанного права независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Учитывая специфику названного права, государство также предоставляет гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний [47].

Право на охрану здоровья имеет комплексный характер и включает в себя целый ряд элементарных прав, которые закреплены в международно-правовых документах о правах и свободах человека, в законах и иных правовых актах. К ним, в частности, относятся: право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье; право на медико-социальную помощь; право на особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности; право на заботу

государства об охране здоровья членов семьи; право на особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах, и др.

Право граждан на медицинскую помощь, хотя и входит в состав права на охрану здоровья, обладает относительной самостоятельностью и занимает свое важное место в системе прав человека и гражданина. Гарантацией названного права выступает развитая сеть медицинских учреждений, доступность медицинской помощи, развитие лекарственной помощи. Как записано в части 1 статьи 41 Конституции РФ, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно [1]. Основы законодательства об охране здоровья граждан, конкретизируя эту норму, устанавливают гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам, который им обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Он включает первичную медико-санитарную, "скорую" медицинскую и специализированную медицинскую помощь, медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психическими, онкологическими, венерическими, туберкулезом, СПИДом), медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, т.е. инфекционными. Кроме того, граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законами Российской Федерации.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности получения медицинской и лекарственной помощи. Нужно также отметить, что право на медицинскую помощь включает в себя такие элементарные права, как право на

профилактическую помощь, право на лечебно-диагностическую помощь, право на реабилитационную помощь, право на информацию о состоянии здоровья, право дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него, право на протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также право на меры различного социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Граждане реализуют свое право на бесплатную медицинскую помощь на основе страхового медицинского полиса обязательного страхования. При этом объем предоставляемой бесплатной медицинской помощи не может быть меньше объема, установленного базовой программой обязательного медицинского страхования и обусловленного имеющимися экономическими возможностями общества. Однако государственные и муниципальные медицинские учреждения здравоохранения вправе оказывать платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Такие услуги предоставляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей и дополняют гарантированный объем, предусмотренный базовой программой медицинского страхования [47].

Основы законодательства об охране здоровья граждан определяют компетенцию Российской Федерации и всех ее субъектов в вопросах охраны здоровья граждан, устанавливают источники ее финансирования (средства бюджетов всех уровней, страховые взносы, средства целевых фондов, средства хозяйствующих субъектов, доходы от ценных бумаг и др.) и предусматривают разработку и реализацию государственных и федеральных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактики заболеваний и по другим вопросам.

После Конституции РФ центральное место в системе здравоохранения РФ занимает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ [22], который заменил

действующие с 1993 г. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, утратившем силу, и призван регулировать правоотношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан.

Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников [22].

Учитывая, что в соответствии со статьей 72 Конституции РФ координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ, на основании и в соответствии с федеральным законодательством в субъектах РФ издаются законодательные и нормативно-правовые акты по вопросам охраны здоровья [1].

Законодателем установлен строгий приоритет норм об охране здоровья, содержащихся в ФЗ №323. Все иные федеральные законы, нормативно-правовые акты РФ, законы и нормативно-правовые акты субъектов РФ по вопросам охраны здоровья должны соответствовать данному Закону.

В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов РФ, нормам №323 Федерального закона применяются его нормы.

Среди иных законов, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья, можно назвать следующие:

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»[16], регулирующий правоотношения по осуществлению государственного (ведомственного) санитарно-эпидемиологического надзора; организации госсанэпидслужбы; предусматривает ответственность за нарушение санитарного законодательства;

Федеральный закон от 29 декабря 2014 г. № 474 «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя» [26]. Он определяет особенности правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя;

Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [24], который регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

Федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [15], устанавливающий основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, создал правовую основу для снижения количества инфекционных заболеваний (управляемые инфекции), которые в настоящее время представляют серьезную угрозу для безопасности страны;

Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» [14] предусмотрел в ст.4 гарантии государства по нераспространению среди населения одного из самых опасных заболеваний. Обеспечение осуществления указанных гарантий Закон возложил

непосредственно на органы исполнительной власти и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией;

Федеральный закон от 18 июня 2001 № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» [18], устанавливающий правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

Федеральный закон от 29.11.2010 N 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [21]. Благодаря этому Закону здравоохранение как система получило один из основных источников финансирования (помимо бюджетов всех уровней) – средства обязательного медицинского страхования. Он определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения, которое, согласно ст. 1, обязано гарантировать гражданам в случае необходимости получение медицинской помощи, включая и профилактическую, за счет накопленных средств.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [7], принятие которого вызвано возникшей потребностью общества в защите психического здоровья его членов;

Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125 «О донорстве крови и ее компонентов» [23], от 22.12.1992 г. № 4180 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [8] имеют важное социально-политическое и правовое значение для защиты здоровья нации;

Федеральный закон от 8 января 1998 г. №3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» [13], закрепивший на уровне правовых норм обязательство нашего государства по исполнению международных актов (конвенций) по наркотикам и создавший предпосылки для получения

финансовой помощи ООН на противодействие незаконному обороту наркотиков;

Федеральный закон от 12 апреля 2010 № 61 "Об обращении лекарственных средств" [19] регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств;

Федеральный закон от 23 февраля 1995 № 26 «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» [11];

Федеральный закон от 14 мая 1993 г. № 4979 «О ветеринарии» [9] посвященный урегулированию отношений, возникающих при защите населения от болезней, общих для человека и животных и пищевых отравлений;

Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68 «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [10], устанавливающий общие организационно-правовые нормы в области защиты граждан от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

Федеральный закон от 19 июля 1997 № 109 «О безопасном обращении с пестицидами и агрохимикатами» [12], устанавливающий правовые основы обеспечения безопасности обращения с вредными веществами в целях охраны здоровья людей и окружающей природной среды;

Федеральный закон РФ от 2 января 2000 года № 29 «О качестве и безопасности пищевых продуктов» [17] направленный на улучшение качества и структуры питания как одного из основных факторов, определяющих здоровье населения.

Рассмотрение основных Федеральных законов, принятых в области здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время очень неоднородна по своему составу.

Целью введения приоритетности норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 является восстановление управляемости системы охраны здоровья правовыми методами, построение не административной, а правовой вертикали системы законодательства об охране здоровья граждан.

Единство системы государственной власти в РФ обеспечивается тем, что Конституция РФ, федеральные законы и федеральные нормативно-правовые акты обязательны для исполнения на всей территории РФ. Определение границ полномочий и компетенции РФ и субъектов РФ гарантирует исполнение законодательства об охране здоровья в регионах и создание единой государственной правовой системы здравоохранения на всей территории страны.

Следующий рассматриваемый раздел - региональное законодательство. Он представлен законами субъектов РФ, принятыми по вопросам здравоохранения.

Субъекты РФ принимают законы по предметам совместного ведения РФ и ее субъектов согласно пункту 2 и 4 статьи 76 Конституции РФ [1], которые затрагивают сферу здравоохранения, и по предметам исключительного ведения субъектов РФ, связанным с этой сферой.

Необходимо отметить, что принимаемые субъектами РФ законы и иные нормативные правовые акты в сфере здравоохранения не должны противоречить нормам федерального законодательства, и в первую очередь нормам Конституции РФ и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. При законотворчестве в области здравоохранения субъекты Федерации также должны соблюдать правовые нормы, установленные конституциями либо уставами субъектов РФ. С этой целью Министерство

здравоохранения РФ осуществляет систематический мониторинг принятых актов субъектов РФ, анализ разрабатываемых законопроектов, оказывает практическую помощь в проведении квалифицированных законопроектов через администрации и законодательные собрания субъектов РФ [40, с. 150].

К законам субъектов РФ в сфере здравоохранения можно отнести основные законы (конституции и уставы) в части, регулирующей сферу здравоохранения и обычные законы, непосредственно относящиеся к сфере здравоохранения, которые можно классифицировать на:

- системообразующие (в части законодательства субъектов РФ о здравоохранении) законы об охране здоровья;
- законы о бюджете субъекта РФ, устанавливающие размер финансирования сферы здравоохранения, в том числе размер трансферта местным бюджетам на страховые платежи на ОМС неработающего населения;
- специальные законы в сфере здравоохранения;
- законы о целевых программах в сфере здравоохранения;
- законы, содержащие нормы, соприкасающиеся со сферой здравоохранения и др. [45].

Третьими по значимости являются нормы международного права. Их значимость в регулировании отношений, складывающихся в сфере здравоохранения, вытекает из ст. 15 Конституции РФ, согласно которой: «...Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные Федеральным законом, то применяются правила международного договора» [1].

Вся система здравоохранения в Российской Федерации должна строиться в строгом соответствии с международными нормами о правах человека с учетом рекомендаций международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация Объединенных Наций по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО), ВТО (Всемирная торговая организация) и др.

Таким образом, основные положения международных норм по реализации прав гражданина на охрану здоровья установлены в таких международных актах как:

- «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» [2]
- «Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения» [5]
- «Европейская социальная хартия» [4]
- «Конвенции Содружества независимых государств о правах и основных свободах человека» от 26 мая 1995 г. [3].

Во всем мире в последние годы всё больше развивается международное сотрудничество в области охраны здоровья.

Существует несколько особенностей в нормативно-правовом регулировании отношений в сфере здравоохранения и применении законодательства. Например, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 и иные законодательные нормы по вопросам охраны здоровья в отношении организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях опережающего социально-экономического развития, применяются с учетом особенностей, установленных ФЗ «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации» [25].

Территорией опережающего социально-экономического развития признается соответствующая часть территории какого-либо субъекта РФ, в том числе закрытое административно-территориальное образование. На указанной территории в соответствии с решением Правительства РФ устанавливаются особые правовые условия с льготным налоговым режимом, упрощенными административными процедурами и иными привилегиями для осуществления предпринимательской и иной деятельности, целью которых является привлечение инвестиций, обеспечение ускоренного социально-экономического развития и создание комфортных условий для обеспечения жизнедеятельности населения [25].

В настоящее время в соответствии с решениями Правительства РФ создан ряд территорий опережающего социально-экономического развития.

«Михайловский» — на территориях муниципальных образований Михайловский муниципальный район, Спасский муниципальный район и Черниговский муниципальный район Приморского края [32];

«Южная» — на территориях муниципальных образований городской округ «Город Южно-Сахалинск», «Анивский городской округ» и «Томаринский городской округ» Сахалинской области [34];

«Горный воздух» — на территории муниципального образования городской округ «Город Южно-Сахалинск» Сахалинской области [33].

Медицинская деятельность на территориях опережающего социально-экономического развития осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, однако в соответствии со ст. 19 ФЗ «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации» Правительство РФ вправе утвердить особенности допуска лиц, получивших медицинское образование в иностранных государствах, к осуществлению медицинской деятельности на указанных территориях, лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой резидентом территории опережающего социально-экономического развития, а также применения порядка оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории опережающего социально-экономического развития.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323, а также иные нормы законодательства в сфере охраны здоровья в отношении организаций, расположенных на территории международного медицинского кластера и осуществляющих медицинскую деятельность, применяются с учетом особенностей, установленных ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [27].

В статье 3 ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» говорится, что Международный медицинский кластер создается в целях развития медицинской деятельности по оказанию медицинской помощи, повышения ее качества, содействия в разработке лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских технологий и медицинских изделий, развития образовательной деятельности и проведения научных исследований в сфере охраны здоровья, а также в целях развития международного сотрудничества в указанной сфере деятельности [27].

Медицинская деятельность на территории международного медицинского кластера осуществляется с учетом определенных особенностей. Так, участники проекта, оказывающие медицинскую помощь, вправе использовать лекарственные препараты и медицинские изделия, зарегистрированные в установленном порядке уполномоченными органами государственной власти, уполномоченными организациями в РФ или в иностранном государстве — члене ОЭСР и применяемые в стране регистрации. Участники проекта, оказывающие медицинскую помощь, вправе использовать правила и требования, применяемые в РФ и (или) в иностранном государстве — члене ОЭСР, в котором участнику проекта была выдана разрешительная документация, указанная в пунктах 4 и 5 части 3 статьи 9 ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [27].

Также законодательством установлено, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, в том числе о лекарственных препаратах, медицинских изделиях, зарегистрированных в иностранном государстве — члене ОЭСР, связанном с ними риске, возможных вариантах

медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Следует обратить внимание, что к оказанию медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств бюджетов бюджетной системы РФ, в том числе за счет средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования, могут привлекаться только участники проекта, имеющие разрешительную документацию на осуществление медицинской деятельности, выданную в Российской Федерации.

Также важно отметить, что на территории международного медицинского кластера могут использоваться медицинские изделия и лекарственные средства, не зарегистрированные на территории РФ. Так, в частности, медицинские изделия, которые изготовлены по индивидуальным заказам пациентов, к которым предъявляются специальные требования по назначению медицинских работников и которые предназначены исключительно для личного использования конкретным пациентом, а также медицинские изделия, предназначенные для использования на территории международного медицинского кластера, государственной регистрации не подлежат [22]. Что касается лекарственных препаратов для использования на территории международного медицинского кластера, то они могут быть ввезены на территорию Российской Федерации без учета требований, предусмотренных частями 1 — 4 статьи 47, ст. 48 и 49 ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а именно наличие разрешения Минздрава России на ввоз лекарственного средства, обязательность включения в государственный реестр лекарственных средств, наличие сертификата производителя лекарственных средств [19].

Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территории свободного порта Владивосток, применяется с учетом особенностей, установленных ФЗ «О свободном порте Владивосток», которым установлено, что под свободным портом Владивосток понимается часть территории Приморского края, на

которой в соответствии с настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами устанавливаются меры государственной поддержки предпринимательской деятельности [28].

Особенности осуществления медицинской деятельности на территории свободного порта Владивосток заключаются в том, что, так же как и на территориях опережающего социально-экономического развития, Правительство РФ вправе утвердить особенности допуска лиц, получивших медицинское образование в иностранных государствах, к осуществлению медицинской деятельности на территории свободного порта Владивосток, лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой резидентом свободного порта Владивосток, а также применения порядка оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории свободного порта Владивосток [28].

Рассмотрев законодательную базу в области регулирования здравоохранения РФ можно сделать вывод, что законодательство постоянно развивается, дополняет и конкретизирует конституционные нормы об охране здоровья населения и здравоохранения; оно довольно обширно, а диапазон административно-правового регулирования отношений в этой сфере чрезвычайно широк; проекты нормативно-правовых актов продолжают составляться и вступать в силу для более качественного оказания медицинского обслуживания гражданам.

## **2 Государственная поддержка здравоохранения на примере Пензенской области**

### **2.1 Анализ системы здравоохранения Пензенской области**

Для того чтобы раскрыть тему ВКР о государственной поддержке здравоохранения Пензенской области, для начала предлагаем охарактеризовать систему здравоохранения области в целом.

Проведением государственной политики в сфере охраны здоровья и руководством системой здравоохранения в целях реализации прав граждан на медицинскую помощь на территории Пензенской области занимается Министерство здравоохранения Пензенской области.

Численность населения Пензенской области с 2010 году идёт на убыль. на период 2010 года составляла 1 386,2 тыс. человек и сократилась на 44 тыс. человек к 2017 году, как мы видим по данным таблицы 1.

Таблица 1- Численность населения Пензенской области [60]

| 2013 г.   | 2014 г.   | 2015 г.   | 2016 г.  | 2017 г.  |
|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| 1360,6    | 1355,6    | 1352,1    | 1348,7   | 1342,1   |
| тыс. чел. | тыс. чел. | тыс. чел. | тыс. чел | тыс. чел |

На протяжении ряда последних лет проводится процесс модернизации и оптимизации системы здравоохранения. Где-то более активно, где-то менее, где-то со своими особенностями и особым подходом. Мероприятия по частичному реформированию систему здравоохранения проводится по всей стране, в том числе и в Пензенской области.

Основные мероприятия направлены на улучшение демографической ситуации и снижение смертности населения Пензенской области, так же осуществление иммунизации населения против гриппа, совершенствование материально-технического состояния фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов (ФАП и ФП) медицинских организаций государственной системы здравоохранения Пензенской области с целью включения ремонта в мероприятия федеральных (областных) целевых программ. Проводится организация информационно-пропагандистской и разъяснительной работы с населением, работодателями и главами муниципальных образований по вопросам проведения профилактических мероприятий, флюорографического и маммографического обследований.

Создание условий для повышения эффективности деятельности исполнительных органов государственной власти Пензенской области по выполнению государственных функций и обеспечению потребностей граждан в государственных услугах, увеличению их доступности и качества.

Началом проведения серьезных преобразований принято считать 2011 год, преобразования связаны с реформированием системы финансирования медицинской помощи, проведением реформы правового статуса учреждений здравоохранения предполагающей повышение самостоятельности учреждений в финансово-хозяйственной деятельности, а также широкомасштабной реализации программы модернизации здравоохранения.

В условиях реализации Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ [20] перед руководителями медицинских учреждений появился целый комплекс принципиально новых задач. Кроме изменения правового статуса государственных, муниципальных учреждений с выделением автономных, бюджетных и казенных типов учреждений, значительно меняются и условия осуществления их хозяйственной деятельности.

В связи с изменениями действующего законодательства, на государственный уровень были переданы полномочия муниципального образования по организации деятельности муниципальных учреждений

здравоохранения, обеспечивающих решение вопросов оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Процесс изменения статуса муниципальных учреждений при их передаче в государственную собственность потребовал привлечения значительных трудовых и материальных ресурсов, в том числе финансовых затрат, связанных с изменением учредительных документов, государственной регистрацией прав на недвижимость, изменением атрибутики медицинских учреждений.

Следует отметить, что перевод муниципальных учреждений здравоохранения на государственный уровень является мерой, направленной на укрепление государственного начала в общественном здравоохранении, так как позволяет проводить скоординированную политику в сфере здравоохранения на территории Пензенской области.

Перевод учреждений в новую правовую форму изменил принцип финансирования. Вместо финансирования по смете расходов, учреждению предоставляются субсидии на выполнение государственного задания, а также субсидии на иные цели.

В период с 2015 по 2016 года для системы здравоохранения Пензенской области было проведено множество организационных и управленческих преобразований.

Первый уровень медицинской помощи представлен:

- 5 городскими поликлиниками,
- 14 районными больницами,
- 17 участковыми больницами,
- 69 врачебными амбулаториями,
- 304 - ФАП,
- 204 - ФП,
- 253 – домовыми хозяйствами первой помощи.

На втором уровне работают:

- 3 клинические больницы (5, 6 и 4 в городе Пензе),
- 5 межрайонных больниц, в том числе 1 – детская,
- 1 родильный дом.

Третий уровень – областные специализированные клинические больницы, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь [53].

У решения о присоединении муниципальных больниц были причины. Производилась оценка экономической состоятельности и эффективности функционирования больниц, обслуживающих менее 20 тысяч человек.

Сделаны выводы, что больница, имеющая численность прикрепленного населения менее 10 – 20 тыс. человек и относящаяся к категории участковых больниц, не может организовать круглосуточное оказание специализированной медицинской помощи в экстренной форме. В ней нет и не может быть достаточного количества профильных врачей-специалистов, а также врачей анестезиологов реаниматологов, лабораторных, функциональных и рентгенологических служб в круглосуточном режиме. А для формирования потока пациентов, действительно нуждающихся в медицинской помощи в экстренной форме, населенный пункт с числом жителей до 20 тыс. человек мал [53].

По пути юридического объединения мероприятия реализованы в трех межрайонных центрах. В результате 7 участковых больниц функционируют в качестве филиалов в составе крупных межрайонных центров.

Больницы после объединения значительную сумму средств экономят на содержании административно-хозяйственного персонала, на проведении конкурсных процедур при закупке медикаментов, расходных материалов и питания. Важно, что все эти средства остаются в системе, перераспределяясь на более актуальные цели. Только благодаря этим мерам сохранена доступность для населения первичной медико-санитарной помощи, поскольку все врачи остались на местах, выстроили маршруты для оказания специализированной

медицинской помощи в больницах, которые действительно оказывают медицинскую помощь в экстренной форме при различных заболеваниях

В Пензенской области проведена работа по территориальному планированию оказания первичной медико-санитарной помощи. Данная работа на данный момент не закончена и для её завершения необходимо строительство (открытие) 7 ФАП и 8 фельдшерских здравпунктов. Так же в городе Пензе была проведена ревизия сети поликлиник и амбулаторий после завершения объединения взрослых поликлиники в одно юридическое лицо.

Для завершения территориального планирования в городе необходимо открыть дополнительные медицинские объекты:

- 2 детские поликлиники в Спутнике и в Новом Арбеково,
- 1 взрослую поликлинику в Новом Арбеково.

В 2017 году Министерством здравоохранения Пензенской области планируется строительство 3 зданий под размещение ФАПов и амбулаторий (офисов врачей общей практики):

- Нижнеломовский район, амбулатория с. Кривошеевка;
- Кузнецкий район, амбулатория с. Никольское;
- Бессоновский район, фельдшерский пункт д. Александровка [53].

Кроме того, Министерством предпринимаются дополнительные меры, направленные на обеспечение доступности медицинской помощи посредством активизации выездных форм работы.

В каждой районной больнице на функциональной основе образованы мобильные медицинские бригады (далее – ММБ). Выезды ММБ осуществляются по графику, утверждаемому главным врачом медицинской организации. ММБ принимают активное участие в организации и проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, ежегодно 1 этап диспансеризации в выездных условиях проходят до 50 тысяч человек.

Начиная с 2013 года в регионе проходил процесс централизации и диспетчеризации службы скорой помощи. В настоящее время на территории области создано одно юридическое лицо – Пензенская областная станция

скорой медицинской помощи, структурными подразделениями которой являются все подстанции и посты скорой помощи, расположенные в муниципальных образованиях области. Для всей области функционирует центр диспетчеризации с единым номером телефона – 103.

Достигнуты целевые индикаторы эффективности работы скорой медицинской помощи, а именно, доля выездов бригад со сроком доезда 20 минут составляет 88,5% при установленном индикативе 87,2%.

Приоритетное направление в развитии системы здравоохранения является развитие высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП).

За последние 10 лет подходы к организации высокотехнологичной медицинской помощи кардинально изменились. Благодаря Губернатору и Правительству Пензенской области из бюджета Пензенской области ежегодно выделяются средства для оказания ВМП в больницах региона. С 2009 года 3, а затем 6 государственных учреждений здравоохранения участвуют в оказании высокотехнологичной медицинской помощи жителям Пензенской области за счет средств областного и федерального бюджетов. За последние 6 лет финансовое обеспечение ВМП из бюджета области выросло с 6,5 до 92,7 миллионов рублей в 2016 году и до 150 миллионов рублей – в 2017 году.

В больницах области жителям даже самых отделённых населенных пунктов региона оказывается высокотехнологичная помощь по 10 наиболее востребованным профилям – офтальмология, травматология, онкология, нейрохирургия, торакальная хирургия, урология, эндокринология, сердечнососудистая хирургия, челюстно-лицевая хирургия, педиатрия. С 2008 года в Пензе функционирует Федеральный кардиоцентр, где ежегодно проводится 3,5 тыс. операций жителям Пензенской области. С 2014 года после перевода части объемов ВМП на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования ВМП для населения стала еще более доступной.

Таблица 2 - Обеспеченность ВМП по годам: На 100 тыс. населения [53]

| 2012 год | 2013 год | 2014 год | 2015 год | 2016 год |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 4 801    | 4 982    | 7 437    | 7 961    | 9 749    |

За 4 месяца 2017 года ВМП оказана 3 366 жителям региона (прогноз по 2017 году – 10 тысяч).

За 2016 год в Пензенской области:

- увеличилась продолжительность жизни до 72,12 лет,
- снизилась общая смертность с 15,9 до 15,0 на 1000 населения (на 6%),
- сократилась смертность среди лиц трудоспособного возраста с 547,8 до 515,6 на 100 тыс. труд. возраста, на 5,8% [44].

Вышеизложенная информация в данной главе описывает положительную динамику развития системы здравоохранения Пензенской области и меры поддержки государством региона, многое сделано за последние годы для улучшения качества медицины, но во всём есть погрешности, недостатки либо недоработки, часто об этом не хочется говорить, но статистика региона показывает, что не во всём есть положительная динамика.

В приложении А приведена таблица основных показателей здравоохранения Пензенской области на период с 2009 по 2016 года, которая наглядно показывает, как изменялись численности больничных организаций, больничных коек, поликлинических организаций во время проведения модернизации и оптимизации системы здравоохранения.

Согласно статистическим данным, количество больниц в Пензенской области с 1990 года по 2000 год сократилось со 141 до 101, при неучтённых ведомственных больницах и больницы ЗАТО (до 1996 г.). С 2000 года по 2010 год количество больниц продолжало сокращаться и к 2010 г. их было 50. К 2014 году в результате оптимизации в Пензенской области осталось 45 больниц, 20 больниц из которых находятся непосредственно в городе Пензе. На данный момент 42 больницы.

В пяти районах области в результате объединения не осталось своих больниц, в остальных районах по одной больнице.

Приведём информацию для сравнения.

Таблица 3 – Количество больниц в районах Пензенской области [49]

|                    | 1990 год | 2000 год | 2014 год |
|--------------------|----------|----------|----------|
| Сердобский район   | 8        | 5        | 1        |
| Земетчинский район | 6        | 4        | 1        |
| Белинский район    | 4        | 3        | 1        |
| Башмаковский район | 3        | 2        | 1        |
| Никольский район   | 6        | 4        | 1        |

Анализирую данные представленные в таблице Приложения А, видно, что численность врачей всех специальностей в период с 2009 по 2016 года то сокращал то увеличивалась на незначительное количество, но с каждым годом возрастал процент врачей, работающих в городе Пенза, по отношению к области.

Число больничных коек так же сократилось в период проведения оптимизации с 13,3 в 2009 г. до 10,8 в 2016 году. Именно мероприятия по перераспределению и уменьшению коечного фонда вызвали большое недовольство среди граждан.

Суть перераспределения коечного фонда в том, чтобы койки различного профиля перевести из одного учреждения в другое. Вот что говорил по этому поводу экс-зампред областного правительства Владимир Мальцев: «Перераспределяя коечный фонд, мы добиваемся «концентрации» в одном лечебном учреждении всего необходимого оборудования и персонала по узким профилям: терапия, эндокринология, пульмонология и т.д. Да, возможно, пациенту потребуется лечь в больницу не «через дорогу», зато ему будут обеспечены оптимальные условия и квалифицированный уход в связи с его заболеванием».

Плюсы от такой «концентрации» специалисты оценивают по-разному. Польза для планового лечения в ней определённо имеется. Но, с другой

стороны, в медучреждениях каждого района были ликвидированы отделения по некоторым профилям. Поэтому на лечение пациенты вынуждены отправляться в организованные на базе четырех ЦРБ межрайонные больницы, либо в областной центр, как и говорил в своём заявлении Владимир Мальцев, но было не учтено, что таким образом создаётся дополнительная нагрузка на медиков тех учреждений, в которые направляются граждане по профилю.

Что же касается сокращения коечного фонда, здесь ситуация стоит ещё острее. С каждым годом количество мест в дневном стационаре сокращается, особенно в районных учреждениях. Это приводит к тому, что в таких отделениях как кардиология, неврология, травматология, пульмонология, терапия объём больных значительно превышает количество имеющихся мест и в отделении, например, в отделении, рассчитанном на 50 человек, может проходить лечение 100. Палаты уплотняются либо пациентов перераспределяют по палатам другого отделения. Очевидно, что из-за этого снижается не только комфорт пациентов, что конечно же имеет огромное значение т.к. от этого зависит обратится ли он в данную больницу повторно, но также это влияет и на качество предоставления медицинской помощи, врач физически не успевает уделить каждому больному необходимое количество времени из-за большой нагрузки.

Сокращение койко-мест привело к превышению сроков ожидания пациентами плановой госпитализации. Ряд специалистов утверждают, что в связи с ограничениями транспортной доступности в Пензенской области были установлены случаи вынужденной госпитализации в обычные терапевтические отделения пациентов с тяжелыми заболеваниями, требующими интенсивного лечения. А это, в свою очередь, приводило к росту внутрибольничной летальности [42].

Многие специалисты видят причину неурядиц в крайне низких затратах государства на здравоохранение. В Российской Федерации уровень финансирования оставляет порядка 3% ВВП. Средний необходимый уровень оценивается в 4 — 5%, которого хотят достигнуть к 2020 году, согласно

концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. В развитых европейских странах он достигает 9%, а в США превосходит и этот показатель. И это при том, что там превалируют частные клиники.

Если рассматривать отдельно состояние здравоохранения города Пензы, как муниципального образования, то наблюдается увеличение количества негосударственных медицинских организаций.

На данный момент в Пензе насчитывается 62 коммерческих организации и с каждым годом количество частных клиник только увеличивается. Доля муниципального сектора с 2006 по 2016 года составляла, соответственно, 95% - 16%.

За последние 10 лет доля муниципального сектора в данной сфере уменьшилась в 5 раз. Таким образом, сфера здравоохранения г. Пензы в скором времени может быть представлена негосударственными учреждениями, которые образовывались на протяжении последних 10 лет. Это в очередной раз доказывает, что уменьшение затрат на муниципальные и государственные учреждения здравоохранения ведут к их сокращению и обветшанию, и гражданам приходится прибегать к услугам коммерческих организаций здравоохранения, а сфера здравоохранения в социальном государстве всё же должна быть представлена муниципальными и государственными учреждениями.

Подробно описав систему здравоохранения Пензенской области, предлагаем подробнее остановиться на анализе итогов реализации программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы» т.к. данная программа является наиболее значимой для развития системы здравоохранения, и она описывает оказанные меры государственной поддержки здравоохранения Пензенской области.

## **2.2 Сравнительный анализ итогов реализации программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы»**

В целях реализации государственной политики в области здравоохранения на территории Пензенской области, Правительство Пензенской области утвердило государственную программу Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы», которая начала реализовываться с 1 января 2014 года [38].

Необходимость подготовки и реализации данной Программы в том, чтобы обеспечить доступность медицинской помощи и повысить эффективность медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Пензенской области, а также передовым достижениям медицинской науки.

В рамках выполнения Программы намечено «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014–2020 годы»:

- увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, снижение заболеваемости и смертности населения;
- развитие системы оказания специализированной медицинской помощи;
- снижение смертности от туберкулеза;
- повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С, увеличение сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии наркологических больных;
- развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах,

- снижение смертности от ишемической болезни сердца, инсульта, злокачественных новообразований;
  - снижение смертности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;
  - обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов;
- создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям;
- улучшение состояния здоровья детей и матерей;
  - снижение материнской, младенческой и детской смертности;
  - снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку;
  - увеличение продолжительности активного периода жизни населения;
  - предупреждение и снижение уровня взрослой и детской инвалидности;
  - повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания;
  - обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами;
  - повышение эффективности управления качеством медицинской помощи и охраны здоровья граждан Российской Федерации, проживающих на территории Пензенской области;
  - обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
  - финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в целях получения жителями Пензенской области доступной и качественной медицинской помощи;

— снижение времени ожидания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [39].

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

Таким образом, общий объем финансирования государственной программы на 2016 год составил 9 095 904,0 тыс. рублей, за счёт средств федерального бюджета - 506 909,6 тыс. рублей, за счет средств бюджета Пензенской области – 8 588 994,4 тыс. рублей, за счет иных источников – 36 600,0 тыс. рублей [57].

Общий объем финансирования на 2015 год – 8 876 901,9 тыс. рублей, в том числе: за счет средств федерального бюджета – 697 065,5 тыс. рублей, за счет средств бюджета Пензенской области – 8 144 336,4 тыс. рублей, за счет иных источников – 35 500,0 тыс. рублей [56].

Делаем вывод, что общий объём финансирования государственной программы в 2016 году увеличился, но объём средств, поступивших из федерального бюджета, сократился на 190 155,9 тыс. рублей, общий объём финансирования значительно возрос за счёт увеличения поступлений денежных средств из бюджета Пензенской области.

Государственная программа в 2016 году включала в себя 10 подпрограмм, что на 3 больше чем в 2015 году. Добавились такие подпрограммы как: «Управление развитием отрасли», «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья», «Организация ОМС граждан Российской Федерации», «Развитие скорой медицинской помощи». В государственной программе 2015 года подпрограммы «Развитие скорой медицинской помощи» и «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» были объединены в одну. Подпрограмма 7 «Реализация государственных функций в сфере

здравоохранения» существовавшая в государственной программе 2015 года, в 2016 была переименована в «Управление развитием отрасли».

Сравним и проанализируем каждую подпрограмму по отдельности.

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

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы составило 914 606,2 тыс. руб. на 2016 год и 866 842,8 тыс. руб. на 2015 год.

В целях профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни организованы мероприятия информационного характера в лагерях и образовательных организациях, обучающие семинары с медицинскими кадрами и с представителями групп волонтерского движения.

Отметим, что за 2016 г. было охвачено мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни более 150 тыс. человек. Распространено более 130 тыс. экземпляров 35 наименований информационного материала.

С целью реализации профилактических мероприятий при инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики и по Нацкалендарю профилактических прививок поставлено 62 тыс. доз вакцины: пневмококковой, против туляремии, гриппа, менингита, и т.д.

В рамках направления по профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов ВиС: размещено 34 баннеров, в СМИ опубликовано 18 статей, 87 видеороликов, 3600 буклетов, 2777 плакатов, приобретено оборудование для организации работы «горячей линии».

Для лиц, больных сахарным диабетом закуплено 77,7 тыс. уп. современных лекарственных средств и 5,0 тыс. уп. диагностических систем. 129 человек больных несахарным диабетом обеспечены лекарственным препаратом «Десмопрессин» (2,4 тыс. уп.).

Приобретены лекарственные препараты больным с жизнеугрожающими заболеваниями на 123,5 млн. руб. Дорогостоящими лекарственными препаратами обеспечены 3 человека–орфанника.

Бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на 20 млн. руб. обеспечены дети в возрасте до 3 лет и дети до 6 лет из многодетных семей, и на 22 млн. отдельные категории взрослого населения.

Ведется поставка лекарственных препаратов для обеспечения отдельных (льготных) категорий граждан бесплатными лекарственными препаратами для медицинского применения. Осуществлены капитальные вложения в поликлинику в г. Спутник. Также в собственность Пензенской области приобретено здание под детскую поликлинику [57].

Далее рассмотрим, что было сделано в рамках данной подпрограммы в 2015 году.

В целях профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики» организовал 122 мероприятия с охватом в более чем 4 500 человек.

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

В поликлиниках работают 17 кабинетов врача-диетолога (кабинеты здорового питания). В 2015 году 3,5 тыс. человек обратились в данные кабинеты.

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

В 2015 году охвачено мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни более 204,8 тыс. человек.

Пресс-службой ведомства совместно с подведомственными учреждениями проведены следующие мероприятия, получившие широкую информационную поддержку и тиражирование в СМИ:

- массовые акции, направленные на приближение первичной специализированной медицинской помощи: день хирурга, день женского здоровья, день флюорографического обследования «Здоровые лёгкие», день АвтоМотоДонора;

- Дни открытых дверей в специализированных медицинских учреждениях;

- День отказа от курения, мастер-класс «За здоровый образ жизни» для студентов Пензенской сельскохозяйственной академии;

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

В целях борьбы с табакокурением и распространения данной негативной привычки в Пензе запущен «Транспорт здоровья». В общественном транспорте размещены плакаты, пропагандирующие отказ от курения.

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

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

Проведен ряд мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов В и С: выпущено 405 тыс. буклетов и листовок о здоровом образе жизни и рисках заражения ВИЧ-инфекциями, размещено 57 баннеров, в СМИ опубликовано 44 статьи, 240 раз организована трансляция роликом, отработано

10 радиоэфиров, выпущено 12 тыс. стикеров, приобретено оборудование для организации работы «горячей линии».

В 29 медицинских организациях организовано проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения на базах 14 отделений и 20 кабинетов медицинской профилактики. Осмотрено 251,6 тыс. человек. По результатам диспансеризации 60 тыс. человек прошли углубленное индивидуальное и групповое консультирование по вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Все лица с установленными 2 и 3а группами здоровья охвачены лечебно-диагностическими мероприятиями (диспансерное наблюдение, лечение и пр.), в том числе более 15 тыс. человек направлены на дополнительные исследования, почти 12 тыс. – на госпитализацию, 10 тыс. – рекомендовано санаторно-курортное лечение.

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

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

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

Приобретены лекарственные препараты больным с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями на 73,05 млн. руб. и обеспечены 3 человека, страдающих орфанными заболеваниями.

Бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на 24,62 млн. руб. обеспечены дети в возрасте до 3

лет и дети до 6 лет из многодетных семей и на 136,22 млн. отдельные категории взрослого населения.

Приобретены лекарственные препараты для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, болезнью Гоше.

Обеспечение отдельных (льготных) категорий граждан бесплатными лекарственными препаратами для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций.

Осуществлены капитальные вложения в приобретение объекта недвижимого имущества (поликлиники) по адресу: Пензенская область, с. Засечное (г. Спутник) [56].

Исполнение по подпрограмме 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» составило 863 075,6 тыс. рублей – 99,57% плана на 2015 год и 912 664,4 тыс. рублей – 99,8% плана на 2016 год.

Целевые индикаторы в 2015 году выполнены на 126,2%, а в 2016 на 122%.

Приходим к выводу, что эффективность реализации данной подпрограммы снизилась на 4,2%, хотя и при большем финансовом обеспечении.

Действительно, анализируя отчёты за 2015 и 2016 года, видно, что в 2015 году было произведено больше работы, например: за 2016 год сократилось: выпуск буклетов, баннеров и роликов на телевидении о профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов В и С более чем в 2 раза; для лиц, больных сахарным диабетом закуплено в 2 раза меньше уп. диагностических систем; обеспечение как взрослого населения так и детей бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи так же сократилось.

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи».

В 2016 году плановое финансирование мероприятий подпрограммы составило 1810463,3 тыс. руб., в 2015 году, как было обозначено в начале параграфа, данная подпрограмма включала в себя ещё «Совершенствование скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» и плановое финансирование мероприятий по данной подпрограмме составило всего 561983,2 тыс. руб., что в 3 раза меньше, чем в 2016 году.

Параллельно произведем сравнение мероприятий, выполняемых за период 2015 и 2016 гг. т.к. они совпадают.

В 2016 году для проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий, в том числе в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска, среди детей,, инфицированных туберкулезом, приобретено 35,7 тыс. уп. туберкулина в комплекте со шприцами и 85,8 тыс. упаковок противотуберкулезных препаратов, 37,3 тыс. уп. противотуберкулезных препаратов второго ряда.

В 2015 году для инфицированных туберкулезом приобретено 26,2 тыс. уп. туберкулина в комплекте со шприцами и 144,26 тыс. упаковок противотуберкулезных препаратов, 43,32 тыс. уп. противотуберкулезных препаратов второго ряда на общую сумму 57629,4 тыс. руб., в том числе 24564,8 тыс. руб. федеральных средств.

Медицинскими организациями, подведомственными Министерству, проведена флюорография около 800 тыс. человек. Заболеваемость туберкулезом составила 35,7 на 100,0 тыс. населения. В рамках диспансеризации диагноз «туберкулеза» вновь выявлен у 17 человек.

За 2016 год поставлено 5 единиц флюорографического оборудования, в том числе 2 ед. передвижного.

Для обеспечения проведения обследований и лечения больных с ВИЧ, гепатитами, поставлено:

5,5 тыс. наборов экспресс-тестов на ВИЧ, 2015 год так же 5,5 тыс. наборов;

26 уп. тест-систем на гепатит, 2015 год – 14 упаковок;  
21,6 тыс. уп. противовирусных препаратов, 2015 год – 17 539 упаковок;  
94 уп. и 294 набора диагностических средств, 2015 год - 78 уп. и 179 набора;  
12,4 тыс. уп. препаратов для лечения ВИЧ-инфицированных;  
1,2 тыс. наб. бесплатного питания (сухие адаптированные смеси, соки, овощные и фруктовые пюре) для детей (до 1,5 лет), рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, 2015 год - 3153 упаковки на общую сумму 88798,1 тыс. руб. [56].

При сравнении замечаем, что за 2016 год было закуплено средств больше.

В 2015 и 2016 годах продолжается реализация внедренного на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Пензенской области 99,7% (% не изменялся) пациентов с острыми инфарктами и инсультами госпитализируются в профильные отделения. В условиях РСЦ проводятся реконструктивные операции при прецеребральных стенозах, баллонная и коронарная ангиопластика.

Имеется статистика по проведению данных мероприятий за 2015 год.

Проведены 303 реконструктивных операции при прецеребральных стенозах, 1061 баллонная ангиопластика, 818 – баллонных ангиопластик со стентированием, 4090 коронарных ангиографий.

Для проведения данных мероприятий в 2016 году приобретено 61,9 тыс. уп. препаратов профилактики тромботических осложнений у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в 2015 – 77,5 тыс. упаковок, 3,6 тыс. уп. Клопидогрель, в 2015 году – 11 тыс. упаковок, 473 уп. препаратов для профилактики кардиоэмболических инсультов, в 2015 – 3370 упаковок.

В качестве оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2015 году препаратов закуплено было больше.

В 2016 году для оказания онкологической помощи приобретены 1596 уп. дорогостоящих лекарственных средств на 108,1 млн. руб. В 2015 году

приобретены 1900 уп. лекарственных средств 19 флак. и 274 уп. препаратов проведения иммуногистохимических исследований было открыто 23 первичных онкологических кабинета.

Для службы крови приобретено 93 уп. расходных материалов для определения группы крови по системе АВО и резус-принадлежности, в 2015 году приобретено было меньше – 70 упаковок.

В 2016 году выполнено 22,5 тыс. донаций, по которым человек-доноров получил выплаты за сдачу крови и её компонентов [57].

В 2015 и 2016 годах жители Пензенской области получали ВМП в 5-ти государственных бюджетных учреждениях Пензенской области («Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», «Областной онкологический диспансер», «Областная офтальмологическая больница», «Областной противотуберкулезный диспансер», «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина») по 10 профилям («травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «нейрохирургия», «урология», «эндокринология», «онкология», «офтальмология», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия»). ВМП оказано 705 чел. в 2016 году и 804 в 2015 году.

В 2016 году была осуществлена централизованная закупка медицинского оборудования в районные и городские больницы – поставлена 61 ед. (ангиограф, колоноскоп, автоматические системы для электрофореза в геле агарозы, колоноскоп, аппараты наркозные, оборудование для ЭКМО, аппараты ИВЛ, УЗИ, и т.д.).

Исполнение по подпрограмме 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» в 2016 году составило 1810462,2 тыс. рублей – 100% плана, в 2015 - 517287,3 тыс. рублей – 92,05% плана.

Целевые индикаторы в 2016 году выполнены на 169%, в 2015 году целевые индикаторы выполнены на 108,9%.

Если смотреть на статистику закупаемых препаратов для ВИЧ-больных, больных туберкулёзом, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, то по большей части в 2015 году закуплено было больше, целевой индикатор ниже из-за того, что в 2015 году в данную подпрограмму входили дополнительные мероприятия другой области.

### Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы на 2016 год составило 68476,8 тыс. руб., в 2015 году оно было в 2 раза меньше - 30461,8 тыс. руб.

В 2016 году, как и в 2015 для организации скринингов (неонатального, аудиологического, пренатальной диагностики) приобретены расходные материалы в объемах достаточных для более чем 95% новорожденных (500 наб. и 30334 шт.).

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

В рамках неонатального скрининга обследовано 14052 детей, выявлено 7 заболеваний.

Аудиологические исследования проведены 13922 детям, выявлено 72 отклонения [56].

Исполнение по подпрограмме 3 «Охрана здоровья матери и ребенка» в 2016 году составило 68476,8 тыс. рублей – 100% плана, в 2015 составило 30461,8 тыс. рублей, это так же 100% плана.

Целевые индикаторы в 2016 году выполнены на 113%. Эффективность реализации подпрограммы – высокая, но в 2015 году эффективность выше и целевые индикаторы выполнены на 145,12%.

Сравнить статистику обследованных беременных и детей не можем, т.к. за 2016 год Министерство здравоохранений Пензенской области предоставило не такой полный отчёт в этой области.

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

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы на 2016 год составило 149 346,7 тыс. руб., на 2015 – 162 371,9 тыс. руб.

В 2016 году детские путевки закуплены объеме 3308 шт., путевки по долечиванию граждан поставлены в количестве 1516 шт. [57]. В 2015 году приобретено 2429 путевок на долечивание работающих граждан в условиях санатория и 3520 путевок для детей и подростков в санаторно-оздоровительных лагерях [56].

Исполнение по подпрограмме 4 в 2016 году составило 149309,3 тыс. рублей – 100% плана, в 2015 году составило 154020,5 тыс. рублей – 94,86% плана.

Целевые индикаторы в 2016 году выполнены на 107%. Эффективность реализации подпрограммы – высокая, в 2015 году выполнены на 100,19%.

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

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы в 2016 году составило 137 630,0 тыс. руб., в 2015 – 128 854,4 тыс. руб.

К 2016 году объем паллиативной медицинской помощи с 2014 году вырос на 42%, количество коек соответствует нормативу - 377 коек, в том числе 6 детских на базе 3 взрослых и 1 детского отделений.

Каждый год обеспечивается последовательная работа по повышению качества жизни пациентов, страдающих неизлечимыми тяжелыми заболеваниями, включая онкологию.

В 2016 году дополнительно открыты 30 коек гериатрической помощи на базе ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь ветеранов войн» [57].

Исполнение по подпрограмме 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» в 2016 году составило 137630,0 тыс. рублей – 100% плана, в 2015 году – 128854,4 тыс. рублей – 100% плана.

Целевые индикаторы в 2016 году выполнены на 105%. В 2015 году целевые индикаторы выполнены на 106,65%.

Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы в 2016 году составило 218 200,4 тыс. руб., в 2015 – 120 171,8 тыс. руб.

В 2016 году последипломную подготовку врачей-специалистов прошли 12 врачей в одногодичной специализации - интернатура, 2 человека - курс переподготовки, 24 человека получают академическую стипендию в размере 6717 руб. ежемесячно [57].

В 2015 году профессиональную переподготовку и повышение квалификации прошел 1281 врач-специалист [56].

Единовременные денежные выплаты от 50 до 150 тыс. руб. врачам-специалистам при трудоустройстве врачей-специалистов в межрайонные больницы (г. Кузнецк, г. Каменка, г. Нижний Ломов и г. Сердобск) и районные больницы получили в 2016 году 289 чел., в 2015 году 257 человек.

Дополнительная ежемесячная стипендия в размере 2,5 тыс. рублей студентам 6 курсов медицинских ВУЗов, изъявивших желание работать после его окончания в Пензенской области в 2016 году получали 8 студентов, в 2015 году 30 студентов.

Единовременные денежные выплаты врачам-педиатрам, прибывшим на работу в г. Пенза из других субъектов РФ получили – 10 врачей-педиатров (за 3-й отработанный год - 100 тыс. рублей) в 2015 и 2016 годах число врачей не изменялось.

Ежемесячная компенсация оплаты за найм жилья в размере 10 тыс. рублей врачам-педиатрам, прибывшим на работу в г. Пензу из других субъектов РФ. Компенсацию оплаты за найм жилья получают 6 врачей-педиатров как в 2015, так и в 2016 году.

Единовременной компенсационной выплатой в размере 1 млн. рублей, врачам, прибывшим работать в село или рабочий посёлок, воспользовались 74 врачей-специалистов в 2016 году и 71 врач-специалист в 2015 году.

На период 2016 года меры социальной поддержки в размере 500 рублей студентам 1-6 курсов, обучающимся по договорам о целевом обучении, заключенным с Минздравом Пензенской области получают 977 человек (студенты 2014, 2015 годов поступления).

Исполнение по подпрограмме 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» в 2016 году составило 216 957,2 тыс. рублей – 99,4% плана, в 2015 году 109 489,0 тыс. рублей – 92% плана.

Целевые индикаторы в 2015 году выполнены на 100,9%. В 2016 году целевые индикаторы выполнены на 101,6%.

За анализируемый период показатели почти не изменялись в данной области, кроме врачей-специалистов, решивших работать в Пензенской области, в 2016 году их стало больше на 32 человека, это и отразилось на показателе эффективности за 2016 год.

Подпрограмма 7 «Управление развитием отрасли».

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы в 2016 году составило 171048,1 тыс. руб.

Подпрограмма включает в себя финансирование установленных функций в сфере руководства и управления органами государственной власти Пензенской области, обеспечение функций мобилизационного резерва, расходы на деятельность ГБУЗ «МИАЦ».

Исполнение по подпрограмме 7 в 2016 году составило 170895,6 тыс. рублей – 99,99% плана [57].

Целевые индикаторы в 2016 году выполнены на 102%. Эффективность реализации подпрограммы – высокая.

О данной подпрограмме в 2015 году мы уже упоминали вначале параграфа, она имела другое название «Реализация государственных функций в сфере здравоохранения» и включала в дополнение такие мероприятия как:

централизованные закупки медицинского оборудования для государственных нужд и осуществление мер социальной поддержки населения по публичным нормативным обязательствам.

Отметим, что в 2015 году в рамках данной подпрограммы все государственные услуги были выполнены в запланированных объемах, а целевые индикаторы выполнены на 102,05%.

Далее идёт отчёт по выполненным мероприятиям подпрограмм, которых в 2015 году не было. В паспортах данных подпрограмм срок начала реализации назначен на 2016 год.

Подпрограмма 8 «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья».

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы в 2016 году составило 119896,6 тыс. руб.

Подпрограмма включает текущие расходы на обеспечение деятельности ГБУ «Центр сертификации и контроля качества лекарственных средств» и ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы», включая паталогическую анатомию и транспортировку тел умерших, не связанную с ритуальными услугами [57].

Исполнение по подпрограмме 8 составило 119896,6 тыс. рублей – 100% плана.

Все целевые индикаторы были выполнены с высокой эффективностью.

Подпрограмма 9 «Организация ОМС граждан Российской Федерации».

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы составило 5436418,3 тыс. руб.

Финансовое обеспечение в части регионального компонента реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Исполнение по подпрограмме 9 «Организация ОМС граждан Российской Федерации» составило 5436418,3 тыс. рублей – 100% плана.

Целевые индикаторы выполнены на 100%. Эффективность реализации подпрограммы – высокая.

#### Подпрограмма 10 «Развитие скорой медицинской помощи»

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы составило 69817,6 тыс. руб.

Обеспечение деятельности ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»

Аренда 49 автомобилей службы скорой медицинской помощи с правом последующего выкупа.

Оказание услуг санавиации МЧС по доставке пациента в федеральную клинику.

В 2016 году было проведено перераспределение средств бюджета Пензенской области между мероприятиями государственной программы.

На мероприятие «Совершенствование оказания экстренной медицинской помощи» подпрограммы 10 «Развитие скорой медицинской помощи» для оплаты услуг санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, направлены средства в размере 2000,0 тыс. руб. с мероприятия «Предоставление единовременных денежных выплат врачам-специалистам при трудоустройстве в медицинские организации государственной системы здравоохранения Пензенской области (районные больницы, межрайонные больницы)» в связи с уменьшением контингента получателей мер социальной поддержки.

Потребность в медицинской эвакуации авиационным транспортом возникла для спасения жизни ребенка с врожденным заболеванием легких в Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Тяжесть состояния ребенка не позволяла транспортировать его в условиях реанимобиля длительное время.

Исполнение по подпрограмме 10 «Развитие скорой медицинской помощи» составило 69 810,1 тыс. рублей – 99,99% плана.

Целевые индикаторы выполнены на 101,7%. Эффективность реализации подпрограммы – высокая.

Выводы по итогам реализации всей программы.

В 2016 году были внесены изменения в Перечень целевых показателей государственной программы - проведена корректировка наименований и значений целевых показателей отдельных подпрограмм, на что было обращено внимание при проведении анализа.

Общее освоение средств по государственной программе за 2016 год составило 9 092 520,5 тыс. руб. (99,96% годового плана). Целевые индикаторы выполнены на 104,8%. Эффективность реализации государственной программы - высокая.

Общее освоение средств по государственной программе за 2015 год составило 8 800 326,1 тыс. руб. (99,2% годового плана). Целевые индикаторы выполнены на 101,2%, эффективность реализации государственной программы составила 1,021

Тщательно проанализировав все выполненные мероприятия по имеющимся подпрограммам за период 2015 и 2016 годов, замечено, что на реализацию всех подпрограмм в 2016 году очевидно выделено было больше средств, в том числе, были увеличены объемы финансирования из бюджета Пензенской области, а статистика поставок препаратов на различные нужды показывает, что за 2015 год закупок было совершено больше, чем за 2016, вопреки меньшему финансированию.

В 2016 году большее количество врачей-специалистов решили поехать работать в область города, что является хорошим показателем работы Министерства здравоохранения Пензенской области, это говорит об увеличении привлекательности больниц области. Это будет способствовать повышению качества медицинского обслуживания в больницах Пензенской области.

В 2015 году было больше выполнено мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, было больше продвижения этой темы в СМИ и среди жителей города по средствам семинаров, тренингов, занятий и всевозможных акций.

В области профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в 2015 году было так же больше закуплено препаратов и произведено мероприятий.

Расчетное значение позволяет оценить эффективность реализации государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» за 2015 и 2016 года как высокую.

Выполнение государственной программы в 2016 году в части финансового освоения и достижения целевых показателей - на высоком уровне, и предлагается продолжить ее реализацию в 2017 году.

За оба года в каждой подпрограмме всегда были достигнуты целевые показатели на 100 и более процентов, в некоторых доходило и до 169%, что говорит о регулярной и тщательной работе в области здравоохранения.

В приложениях Б и В представлены отчётные таблицы, в которых видна положительная динамика исполнения целевых показателей.

### **3 Существующие проблемы государственной поддержки здравоохранения и пути их решения**

В Российской Федерации отрасль здравоохранения на разных этапах развития государства испытывала различные трудности. Проблемы и острая нехватка финансовых средств определили острую необходимость реформирования отрасли здравоохранения. Реформируя систему здравоохранения, Россия пошла по пути сохранения государственного сектора, развития частной медицины и введения медицинского страхования.

На современном этапе реформирования здравоохранения Российской Федерации существует ряд проблем, решение которых специалисты называют системообразующими, важнейшими для формирования современной, эффективной отрасли. К их числу относится решение вопросов:

- объема и методов финансирования здравоохранения;
- эффективных механизмов перераспределения средств в здравоохранении;
- совершенствования государственного управления отраслью;
- соблюдения принципа доступности и равенства в получении медицинской помощи;
- развития инноваций в медицине [54].

С 1990 по 2011 годы в Российской Федерации существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, случаев заболеваний злокачественными новообразованиями - на 60%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (24,3%) и болезни системы кровообращения (14,2%).

Во второй главе данной работы было упомянуто, что 2011 год принято считать годом начала преобразований в сфере здравоохранения.

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения.

Одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере здравоохранения является создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации с учетом демографической ситуации.

Сфера здравоохранения всё ещё испытывает определённые сложности, не смотря на частные нововведения со стороны государства и одними из причин, формирующими недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, являются:

- низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни;
- высокая распространённость поведенческих факторов риска инфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространённость биологических факторов риска инфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- недостаточность условий для ведения здорового образа жизни (недостаточность нормативной правовой базы для ограничения курения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, производства несоответствующих принципам здорового питания продуктов, а также для обеспечения необходимого уровня физической активности;

- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;
- несбалансированность коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и недостаточно эффективное его использование;
- низкое развитие замещающих стационар технологий;
- дефекты в организации оказания медицинской помощи сельским жителям;
- не внедрение порядков и стандартов медицинской помощи;
- отсутствие выработанных индикаторов качества оказания медицинской помощи;
- отсутствие унификации оснащения медицинских организаций;
- отсутствие оптимизации этапности оказания медицинской помощи, обеспечивающей оптимальную маршрутизацию потока пациентов [31].

Рассмотрим подробнее существующие на данный момент проблемы в данной сфере.

За последний сто лет были изучены уже все возможные химических и физических воздействий на организм, обеспечивавшие достижения в области медицины, они фактически исчерпали свои возможности и не способны дать новые эффективные подходы к лечению наиболее значимых заболеваний. Новым направлением современной медицинской науки и здравоохранения, по мнению учёных, становится биомедицина, ресурсы и возможности которой ещё не исчерпаны и способны дать прорывные результаты.

В то же время в России в области медицинской науки имеет место снижение уровня исследований, слабая интеграция в мировую науку и мировой рынок инноваций. Необходимо преодолеть неполноту функционирующей инновационной инфраструктуры. Требуется обеспечить непрерывность процесса производства и внедрения инновационных технологий.

В сфере науки особенно остро ощущается нехватка менеджмента - профессиональных управляющих. Ученый должен быть сам озабочен актуальностью проводимых исследований и их продвижением на рынке. Однако большая часть функций, относящихся к обеспечению нормальных условий труда интеллектуала, может и должна обеспечиваться профессионалами в соответствующей сфере деятельности.

Для скорейшего внедрения достижений науки необходимо создание системы и инфраструктуры трансляционной медицины, позволяющей объединить в единое целое весь процесс от разработки до использования в клинической практике.

Несмотря на положительную тенденцию к снижению младенческой смертности, а также повышению выявляемости заболеваний у детей показатели детской и младенческой смертности в России превышают аналогичные показатели развитых стран. Требуется проведение комплекса мер, направленных на устранение факторов, оказывающих негативное влияние на уровень младенческой и детской смертности, повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

По данным Всемирной организации здравоохранения, именно младенческая смертность является важнейшим демографическим фактором, наиболее наглядно отражающим уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения, так же отражают реальную эффективность национальных систем здравоохранения.

Если говорить о Пензенской области, то благодаря принятым за последние годы системным мерам, в том числе организационного характера, удалось достичь исторического минимума по показателю младенческой смертности, который в сравнении с 2012 годом в 2015 году уменьшился в 1,67 раз (с 7,2 до 4,3 на 1000 родившихся живыми).

Пензенская область является одним из 27 субъектов Российской Федерации, на территории которого будет функционировать перинатальный центр. Для организации его работы дополнительно подготовлены 17

специалистов – это врачи-неонатологи, детские анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, генетики и другие. В результате к концу 2018 года в Российской Федерации планируется снизить младенческую смертность не менее, чем на 15% – до 5,5 на тысячу рождённых живыми детей [44].

Сейчас осуществляется реализация проекта трёхуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым детям.

Трёхуровневая система позволит:

- оперативно распределять потоки беременных, поступающих как в плановом, так и в экстренном порядке;

- обеспечивать пациенток, в том числе, проживающих в сельской местности и отдаленных районах, имеющих показания, медицинской помощью в условиях трёхуровневой системы в перинатальных центрах;

- обеспечить взаимодействие и формирование обратной связи между перинатальными центрами и акушерскими стационарами региона, в том числе расположенными в сельских и отдаленных районах, с использованием дистанционных технологий консультирования;

- осуществлять мониторинг специалистами перинатальных центров состояния здоровья беременных, состоящих на учете в женских консультациях с использованием телекоммуникационных технологий [44].

В перспективе Министерство здравоохранения Российской Федерации должно рассмотреть возможность распространения трёхуровневой программы в целом на детскую медицину и усовершенствовать инфраструктуры детских поликлиник и больниц.

В рамках этой задачи в Пензенской области будет необходимо:

- открыть реабилитационный центр на базе ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им Н.Ф.Филатова» в помещениях, освобождающихся после открытия перинатального центра,

- завершить реконструкцию женской консультации ГБУЗ «Городской родильный дом».

- построить детские поликлиники:
  - в микрорайоне Дальнее Арбеково,
  - в центре г. Пензы,
  - в микрорайоне ГПЗ.
- осуществить реконструкцию детской поликлиники ГБУЗ «Нижнеломовская межрайонная больница», ремонт и реконструкцию детского стационара в ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница» [44].

Следующей не менее важной проблемой является высокая загруженность коечного фонда и недостаточно эффективное его использование, это обусловлено, не только низкой активностью первичного звена здравоохранения, но и недостаточной развитостью системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.

Низкая обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, низкое качество жизни неизлечимых пациентов формирует недостаточную динамику в состоянии здоровья населения.

Данная проблема на примере Пензенской области так же рассматривалась во второй главе, нужно сказать не только об ошибках государства в этой области, но и о путях решения данной проблемы.

В рамках реформирования систему здравоохранения происходит перераспределение и сокращение коечного фонда, что для граждан стало большой проблемой. Более реалистичным в наших условиях вариантом было бы на фоне сокращения койко-мест по ряду наиболее востребованных профилей в районных учреждениях обязательно должно быть их увеличение в больницах областного центра. Идеальным же видится - увеличение количества коек в наиболее востребованных профилях больниц в Пензе т.к. из районов большее количество людей едут на лечение в Пензу, либо не сокращать количество коек в районах в ощутимо больших количествах, чтобы снизить давление на центральные больницы.

Так же ключевой проблемой, до сих пор не получившей кардинального решения, является недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Динамика обновления технологий зачастую превышает динамику обновления программ подготовки и переподготовки специалистов. Низкая социальная привлекательность работы в здравоохранении также является сдерживающим фактором кадрового развития отрасли.

Невысокая заработная плата медицинских работников в государственных больницах Российской Федерации, особенно в регионах страны и сельской местности и большая загруженность персонала не торопит молодых специалистов идти работать в бюджетные учреждения. Хотя и официальная статистика показывает, что заработная плата у медицинских работников давно не маленькая, но она не учитывает при этом загруженность работников, и по мнению самих работников медицины их реальные заработные платы не соответствуют уровню.

Ниже представлена таблица с данными федерального статистического наблюдения с заработными платами работников государственных учреждений

Таблица 4 – Средняя заработная плата медицинских работников государственных учреждений Пензенской области [46]

| Категория медицинского персонала                | Средняя начисленная заработная плата, руб. |         |         |         |                   |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|---------|---------|-------------------|
|                                                 | 2013 г.                                    | 2014 г. | 2015 г. | 2016 г. | Прирост к 2015 г. |
| Врачи и специалисты с высшим проф. образованием | 29874                                      | 31883   | 34660   | 36408   | +1748             |
| Средний медперсонал                             | 16359                                      | 18152   | 19468   | 20084   | +616              |
| Младший медперсонал                             | 10308                                      | 11866   | 12734   | 13517   | +783              |

Диаграмма, представленная ниже, наглядно показывает, насколько в регионе востребована вакансия врача.

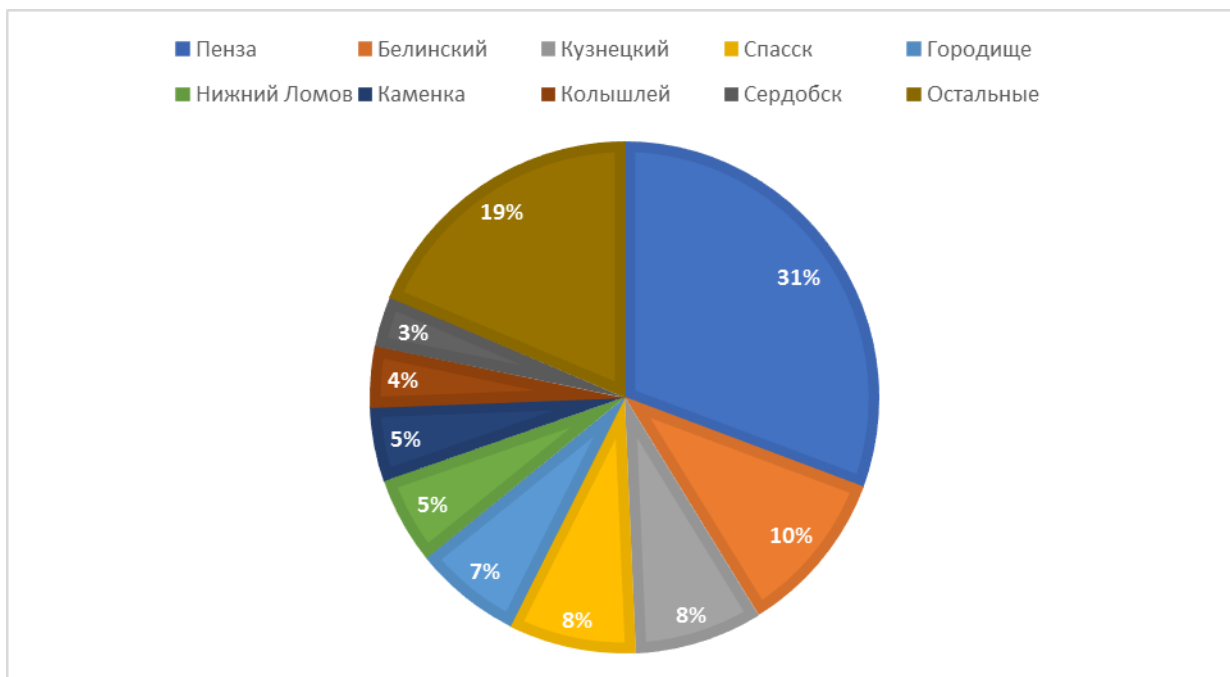


Рисунок 1- Распределение вакансии врач по областям Пензенской области на 2017 год [52]

Как видно на диаграмме, в Пензенской области наибольшее количество вакансий профессии врач открыто в Пензе. На втором месте – Белинский, а на третьем - Кузнецк.

Государство способствует тому, чтобы молодые специалисты отправлялись работать в районы, т.к. там нехватка кадров наиболее ощутима и предлагает 1 млн. рублей за это, но даже при такой, казалось бы, внушительной сумме не многие на это соглашаются, так, в Пензенской области в 2016 году только 1 врач стал участником данной программы. Многие молодые специалисты говорят, что 1 млн. рублей за 5 лет работы в районе либо в сельской местности это мало.

Всё это отражается на количестве и качестве кадров в бюджетных учреждениях нашей страны и т.к. молодые специалисты не охотно идут туда работать, более старшим работникам сложнее освоить новые медицинские технологии, что замедляет развитие здравоохранения в целом.

Государству нужно учитывать количество принятых врачом пациентом для определения достойной заработной платы и в тоже время не спровоцировать врачей работать на количество, а не на качество, иначе это усугубит и так сложную ситуацию в больницах.

Отмечается не достаточное количество международных проектов в области здравоохранения. У международного сообщества сложилась, для многих специалистов, неадекватная оценка уровня развития здравоохранения нашего государства, что негативно влияет на инвестиционный рейтинг Российской Федерации, оценку инвесторами качества человеческого капитала и уровня развития государства как института в целом.

Неудовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи связана, в том числе, с несовершенством контрольно-надзорных функций в сфере здравоохранения. Необходимо последовательное выстраивание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Контролю и надзору в реформе уделяется много внимания со стороны государства. Министерство экономического развития РФ разработало методику оценки и сравнения деятельности контрольно-надзорных органов власти. Однако возникает необходимость не только реализации унифицированного подхода в оценке, но и учёта специфических особенностей деятельности контрольно-надзорных органов. В настоящее время органом власти проводится огромное количество проверок (около 10 тыс. в год), однако эффективность контроля и надзора невысока. Здоровье населения остаётся на низком уровне, удовлетворённость населения в услугах здравоохранения снижается. Исследуя зарубежный опыт развития систем здравоохранения в странах с социально ориентированной экономикой, можно сделать вывод о необходимости построения качественно новой системы оценки контроля и надзора, которая должна базироваться на интересах общества.

С возможностью возникновения чрезвычайных ситуаций, вспышек инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний

(отравлений) связана необходимостью поддержания и совершенствования системы медико-биологического обеспечения охраны здоровья населения.

Высокий уровень заболеваемости трудоспособного населения диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников предприятий. Требуется разработка инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.

Существенным сдерживающим фактором является недостаточное применение современных информационных технологий. На настоящий момент уже реализованы процессы обобщения и предоставления в электронном виде на вышестоящий уровень управления агрегированной информации. При этом не в полной мере внедрены методы систематизации медицинской информации. Соответственно необходимо создание и применение алгоритмов аналитической обработки информации для целей управления в здравоохранении.

Кроме этого, в медицинских организациях недостаточно широко используются современные информационно-телекоммуникационные технологии телемедицины. Существующие отдельные аппаратно-программные решения для телемедицины не носят системного характера, отсутствует единое информационное пространство телемедицины. Широкое внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики позволит существенно повысить эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи путем проведения удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов на уровне первичного звена, повышения качества диагностики социально значимых заболеваний на уровне первичного звена, повышения эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования технологии ГЛОНАСС, повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций.

Должна быть создана электронная база знаний в сфере здравоохранения. Имеются инновационные решения в области электронных образовательных курсов, систем поддержки принятия врачебных решений на основе базы знаний. Главной задачей в этой сфере в краткосрочной перспективе является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Одновременно должна решаться задача по созданию и масштабированию аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий. В настоящее время по результатам реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" и региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в медицинских организациях проведено существенное обновление парка медицинского оборудования. Современное медицинское оборудование имеет возможность представления информации в цифровом виде, что позволяет создавать автоматизированные рабочие места для медицинских специалистов различных профилей. Создание автоматизированных рабочих мест позволяет повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций.

Уровень государственного финансирования системы здравоохранения остается недостаточным и составляет 3,2-3,5% от ВВП, что в 2-3 раза ниже, чем в странах ЕС. Дальнейшее развитие системы здравоохранения требует увеличения расходов бюджетной системы на здравоохранение, которые должны составить не менее 4,7% от ВВП, и то этот показатель будет ниже, чем в экономически развитых странах.

Очевидно, что уровень государственного финансирования здравоохранения является главной причиной проблем и главным «лекарством» для российского здравоохранения. Здравоохранение Российской Федерации не выйдет на должный уровень, не понизится смертность и заболеваемость, если государство не повысит финансирование. Проведем небольшой сравнительный анализ. Подробный анализ представлен в таблице в Приложении Г.

Таблица 5 – Расходы на здравоохранение в ВВП [54]

| Страна                                 | Германия | Япония | Франция | Великобритания | США |
|----------------------------------------|----------|--------|---------|----------------|-----|
| Доля расходов на здравоохранение в ВВП | 8,1%     | 6,6%   | 8,5%    | 6,0%           | 16% |

По таблице видно, что Россия не дотягивает до показателей представленных стран. В США медицина представлена коммерческими организациями и, несмотря на это, государство занимает первое место по расходам на медицину. Их система здравоохранения так же не идеальна, но весь мир признаёт их медицину одно из лучших. Соединённые Штаты занимают ведущее место в мире по уровню и результативности научных исследований. Здравоохранение обеспечено самым совершенным медицинским оборудованием, лекарствами и расходными материалами. Сегодня большую часть Нобелевских премий в области медицины получают представители США. На американцев приходится половина всех созданных за последние 20 лет медицинских препаратов. По уровню своих доходов американские врачи гораздо превосходят своих коллег из других стран.

Актуальной для здравоохранения России как системы, действующей в интересах общества, в настоящее время является проблема роста неравенства в обществе, как его общего уровня, так и в состоянии здоровья.

Одним из важных факторов неравенства в здоровье выступает уровень дохода. Таблица с распределением общего объёма денежных доходов населения представлена в Приложении Д. При высоком уровне неравенства по доходу, который сейчас сложился в России, возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов.

В условиях расслоения общества богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи. Наличие состоятельных людей, имеющих возможность платить за медицинские услуги, стимулирует развитие частного сектора.

В этой связи необходимо иметь в виду следующие моменты. Один из них связан с мотивом прибыли в здравоохранении, а другой - с инновационным потенциалом предпринимательства.

Задача любой коммерческой структуры состоит в получении прибыли. Здравоохранение в этом смысле очень чувствительная отрасль, в том числе и в силу особых отношений, которые складываются между врачом и пациентом ввиду особенностей медицинской услуги и процесса ее оказания. С одной стороны, пациент будет больше доверять врачу, действующему без мотива прибыли, с другой - у врача есть объективная возможность «увеличить счет». Поэтому возникает необходимость жесткого регулирования этого вопроса со стороны государства, возможно на уровне нормы прибыли.

Инновационный потенциал предпринимательства в медицине также не может быть оценен однозначно. Развитие медицинских технологий — это дорогостоящий процесс, который является одним из основных факторов роста расходов на здравоохранение в развитых странах.

Проблема заключается в том, что бизнесу с точки зрения получения прибыли более выгодны высокие технологии, так как они более дорогие, а обществу с точки зрения эффективного и справедливого распределения ограниченных ресурсов более выгодно развитие относительно более дешевой первичной медицинской помощи.

Компромиссные варианты развития бизнеса как поставщика медицинских услуг сегодня в России предлагается искать на пути государственно-частного партнерства.

Пока частный сектор является дополнительным и служит для расширения выбора потребителя. Но если он будет расти выше определенного уровня, то возможна ситуация, когда наиболее требовательные потребители выйдут из государственного сектора, снижая тем самым давление на государство в направлении увеличения расходов на здравоохранение. Это может привести к формированию двухступенчатой системы – высококачественная медицинская помощь в частном секторе для состоятельных и низкокачественное обслуживание в государственной системе для остальных. Подобная ситуация создает опасность разрыва системы здравоохранения и маргинализации бедных слоев населения.

Поэтому проблема создания такой системы здравоохранения в России, которая позволит удерживать здравоохранение как систему для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению при сохранении базового принципа социальной солидарности, является в настоящее время актуальной.

Создание эффективной системы здравоохранения в России не только многократно вернет в казну затраченные на нее средства, но определит и установит новые, более высокие стандарты жизни и социального согласия в обществе.

## **Заключение**

В ходе написания выпускной квалификационной работы, мы пришли к основному выводу, что государственная поддержка в сфере здравоохранения – это развитие национальной системы здравоохранения, направление деятельности на укрепление здоровья граждан. На данном этапе развития Российской Федерации выйти на высокий уровень медицины без государственного регулирования данной отрасли невозможно. Граждане и экономика страны не готовы к преобладанию частных медицинских организаций в сфере здравоохранения.

Вследствие этого нами были рассмотрены различные виды государственной поддержки здравоохранения на уровне, как Российской Федерации, так и Пензенской области.

Проанализировав отрасль здравоохранения, отметим, что сферу здравоохранения регулируют в основном Конституция Российской Федерации, федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Помимо них существует ещё большое количество нормативно-правовых актов, осуществляющих регулирование здравоохранения в Российской Федерации, что говорит о постоянном государственном контроле и заинтересованности в улучшении системы здравоохранения.

В развитии системы здравоохранения Пензенской области ведущую роль занимает государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы», тщательный анализ итогов которой мы изложили в данной работе.

Оценка системы здравоохранения Пензенской области показала, что, начиная с 2011 года, происходят большие изменения, вызванные реформированием системы здравоохранения.

Государственные методы преобразования отрасли направлены на улучшение демографической ситуации и снижение смертности населения Пензенской области, так же осуществление иммунизации населения против гриппа, совершенствование материально-технического состояния фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов (ФАП и ФП) медицинских организаций государственной системы здравоохранения Пензенской области с целью включения ремонта в мероприятия федеральных (областных) целевых программ.

В результате в Пензенской области муниципальные учреждения были переданы в государственную собственность для укрепления государственного начала в общественном здравоохранении, так как это позволяет проводить скоординированную политику в сфере здравоохранения на территории Пензенской области.

Нами были сделаны выводы, что данные меры по улучшению системы здравоохранения принесли как положительные, так и отрицательные результаты.

Больницы после объединения значительную сумму средств экономят на содержании административно-хозяйственного персонала, на проведении конкурсных процедур при закупке медикаментов, расходных материалов и питания. В больницах области жителям даже самых отдалённых населённых пунктов региона оказывается высокотехнологичная помощь. За 2016 год в Пензенской области увеличилась продолжительность жизни до 72,12 лет, и снизилась общая смертность на 6%.

Отрицательные последствия. Сокращение большого количества медицинских учреждений в районах и селах области. В пяти районах области в результате объединения не осталось своих больниц, в остальных районах по одной больнице. Сократилось число больничных коек, уменьшилось время уделяемого врачом больному, в таких отделениях как: кардиология, неврология, травматология, пульмонология, терапия из-за большого потока посетителей.

Многие специалисты видят причину неурядиц в крайне низких затратах государства на здравоохранение. В Российской Федерации уровень финансирования оставляет порядка 3% ВВП. Средний необходимый уровень оценивается в 4 — 5%, которого хотят достигнуть к 2020 году, согласно концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации.

Сфера здравоохранения всё ещё испытывает определённые сложности, не смотря на частные попытки преобразования со стороны государства. Государству нужно увеличить финансирование данной отрасли в частности в направлении научного развития и действовать в интересах общества. Необходимо преодолеть неполноту функционирующей инновационной инфраструктуры. Требуется обеспечить непрерывность процесса производства и внедрения инновационных технологий.

В научной сфере следует увеличить количество профессиональных управляющих, чтобы учёный занимался исследованиями, а управляющий анализом их актуальности и их продвижением на рынке.

Требуется проведение комплекса мер, направленных на устранение факторов, оказывающих негативное влияние на уровень младенческой и детской смертности, повышение эффективности службы родовспоможения и детства Ведение трёхуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым детям и распространение её в целом на детскую медицину будет способствовать устранению негативных факторов.

Для решения проблемы коечного фонда идеально было бы- увеличить количество коек в наиболее востребованных профилях больниц в областных центрах т.к. из районов большее количество людей едут на лечение в центры, либо не сокращать количество коек в районах в ощутимо больших количествах, чтобы снизить давление на центральные больницы

Необходимо обеспечить отрасль квалифицированным персоналом, для этого необходимо уделять больше внимание контролю обучения в медицинских

вузах, рассмотреть варианты увеличения заработной платы врачей и разработать проекты программ по привлечению молодых специалистов.

В результате увеличения количества коммерческих медицинских организаций, создаётся дисбаланс между ними и бюджетными организациями. Здравоохранение в этом плане очень чувствительная отрасль и превышение коммерческой структуры, нацеленной на получение прибыли может негативно отразиться на всём здравоохранении. Возникает необходимость жесткого регулирования этого вопроса со стороны государства, возможно на уровне нормы прибыли.

## **Список использованных источников**

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 года [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
2. Конвенция о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г. №005 [Электронный ресурс] Дата обновления: 13.05.2014 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
3. Конвенция Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека от 26 мая 1995 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 15.03.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
4. Европейская Социальная Хартия от 3 мая 1996 г. № 163 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.03.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
5. Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения от 28 марта 1997 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.03.1997 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
6. О Правительстве Российской Федерации: федеральный конституционный закон от 17 декабря 1997 г. № 2 [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
7. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: федеральный закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185 [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

8. О трансплантации органов и (или) тканей человека: закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180 [Электронный ресурс] Дата обновления: 23.05.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
9. О ветеринарии: федеральный закон от 14 мая 1993 г. № 4979 [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
10. О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера: федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68 [Электронный ресурс] Дата обновления: 04.07.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
11. О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах: федеральный закон от 23 февраля 1995 г. № 26 [Электронный ресурс] Дата обновления: 30.12.2013 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
12. О безопасном обращении с пестицидами и агрохимикатами: федеральный закон от 19 июля 1997 г. № 109 [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.04.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
13. О наркотических средствах и психотропных веществах: федеральный закон от 8 января 1998 г. №3 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.01.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
14. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ–инфекции): федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38 [Электронный ресурс] Дата обновления: 23.05.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017
15. Об иммунопрофилактике инфекционных болезней: федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 [Электронный ресурс] Дата обновления:

06.04.2015 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

16. О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения: федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52 [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

17. О качестве и безопасности пищевых продуктов: федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29 [Электронный ресурс] Дата обновления: 13.07.2015 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

18. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации: федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77 [Электронный ресурс] Дата обновления: 23.05.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

19. Об обращении лекарственных средств: федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.01.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

20. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.01.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

21. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326 [Электронный ресурс] Дата обновления: 24.11.2010 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

22. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 [Электронный ресурс] Дата обновления: 25.06.2012г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

23. О донорстве крови и ее компонентов: федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125 [Электронный ресурс] Дата обновления: 23.05.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

24. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака: федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15 474 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.01.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

25. О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации: федеральный закон от 29 декабря 2014 г. № 473 [Электронный ресурс] Дата обновления: 01.01.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

26. Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя: федеральный закон от 29 декабря 2014 г. № 474 [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.12.2014 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

27. О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: федеральный закон от 29 июня 2015 г. № 160 [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.06.2015 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

28. О свободном порте Владивосток: федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 212 [Электронный ресурс] Дата обновления: 18.03.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

29. О классификаторе правовых актов: указ Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 г. № 511 [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.06.2005 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

30. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации

от 19 июня 2012 г. № 608 [Электронный ресурс] Дата обновления: 02.02.2017 г.  
Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

31. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

32. О создании территории опережающего социально-экономического развития «Михайловский»: постановление Правительства Российской Федерации от 21 августа 2015 г. № 878 [Электронный ресурс] Дата обновления: 12.04.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

33. О создании территории опережающего социально-экономического развития «Горный воздух»: постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2016 г. № 200 [Электронный ресурс] Дата обновления: 20.10.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

34. О создании территории опережающего социально-экономического развития «Южная»: постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2016 г. № 201 [Электронный ресурс] Дата обновления: 17.03.2016 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

35. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662 [Электронный ресурс] Дата обновления: 10.02.2017 г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2017

36. О бюджете Пензенской области на 2016 год: закон Пензенской области от 25 декабря 2015 г. №2850 [Электронный ресурс] Режим доступа:

[http://minfin.pnzreg.ru/files/finance\\_pnzreg\\_ru/files/zpo/15/251215\\_1605.pdf](http://minfin.pnzreg.ru/files/finance_pnzreg_ru/files/zpo/15/251215_1605.pdf) (дата обращения 10.05.2017)

37. В Пензе состоялось торжественное собрание, посвященное подведению итогов работы системы здравоохранения региона в 2016 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. – 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://health.pnzreg.ru/news/2017/03/2/14441257> (дата обращения 10.05.2017)

38. Глущенко А.Н. К дискуссии о понятии «система здравоохранения Российской Федерации»: Административно-правовой аспект // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2012. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-diskussii-o-ponyatii-sistema-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-administrativno-pravovoy-aspekt> (дата обращения 01.06.2017)

39. Государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://minzdrav.pnzreg.ru/Dolgosrochnye\\_celevye\\_programmy](http://minzdrav.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy) (дата обращения 10.05.2017)

40. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации. – Москва, 2008. – 230 с.

41. Законы России [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://zakoniros.ru> (дата обращения 10.05.2017)

42. Зимин С. От чего страдает качество Пензенской медицины // Пенза-онлайн. – 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.penza-online.ru/obshchestvo/?ELEMENT\\_ID=3802](http://www.penza-online.ru/obshchestvo/?ELEMENT_ID=3802) (дата обращения 25.05.2017)

43. Зиновьева А., Яковлева Т. Вероника Скворцова: «По поводу финансирования медицины россиянам волноваться не стоит» // Экономика и жизнь. – 2015. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.eg-online.ru/article/268928/> (дата обращения 25.05.2017)

44. Информационная справка о стратегическом развитии и приоритетных проектах в системе здравоохранения до 2025 года // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://minzdrav.pnzreg.ru/files/health\\_pnzreg\\_ru/zdravohran/upr\\_resh/doklad\\_strategiya\\_tyugaeva.pdf](http://minzdrav.pnzreg.ru/files/health_pnzreg_ru/zdravohran/upr_resh/doklad_strategiya_tyugaeva.pdf) (дата обращения 01.06.2017)

45. Ковалевский М.А. Проблемы формирования российского регионального законодательства в сфере здравоохранения // Правоведение. - 2003. - № 3. - С. 85.

46. Комментарий на статью «Врачи назвали ложью слова пензенского Минздрава об увеличении зарплаты медиков» // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. – 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://minzdrav.pnzreg.ru/news/2016/05/20/18082780> (дата обращения 20.05.2017)

47. Конституция РФ с комментариями [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://constitutionrf.ru> (дата обращения 20.05.2017)

48. Куделя Е.Д. Управление здравоохранением в Российской Федерации (организационно-правовое исследование). Автореф. дисс. ...к.ю.н. – Кисловодск, 2002. -104 с.

49. Куприянова Е. Как вставала с колен Пензенская область // Улица Московская. – 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.ym-penza.ru/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=2828:kak-vstavala-s-kolen-penzenskaya-oblast&Itemid=242](http://www.ym-penza.ru/index.php?option=com_k2&view=item&id=2828:kak-vstavala-s-kolen-penzenskaya-oblast&Itemid=242) (дата обращения 20.05.2017)

50. Миняева В.Л., Вишнякова Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – Москва, 2003. – 528 с.

51. Ниязова Дж.Ш. Понятие и сущность государственного управления здравоохранением. – 2006. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://arch.kyrlibnet.kg/uploads/UANIAZOVA2013-2.pdf> (дата обращения 15.05.2017)

52. Обзор статистики зарплат профессии Врач в Пензенской области [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://penzenskaya-oblast.trud.com/salary/67473/3811.html> (дата обращения 01.06.2017)

53. Основные приоритеты регионального здравоохранения в 2017 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://minzdrav.pnzreg.ru/files/health\\_pnzreg\\_ru/poleznaya\\_info/publichnaya\\_deklaraciya\\_celey\\_i\\_zadach\\_na\\_2017\\_god.pdf](http://minzdrav.pnzreg.ru/files/health_pnzreg_ru/poleznaya_info/publichnaya_deklaraciya_celey_i_zadach_na_2017_god.pdf) (дата обращения 01.06.2017)

54. Основные проблемы и отличия российского здравоохранения от других национальных систем [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ekonomika-st.ru/ekonomika/ekonomika-zdrav/ekonomika-zdrav-4.html> (дата обращения 01.06.2017)

55. Развитие здравоохранения Пензенской области // Ремедиум Приволжье. – 2016. - №2. - С. 19-21.

56. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2015 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye\\_celevye\\_programmy/Informaciya\\_po\\_realizacii\\_gosudarstvennoy\\_programmy\\_i\\_ocenke\\_ee\\_effektivnosti](http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy/Informaciya_po_realizacii_gosudarstvennoy_programmy_i_ocenke_ee_effektivnosti) (дата обращения 15.05.2017)

57. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2016 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye\\_celevye\\_programmy/Informaciya\\_po\\_realizacii\\_gosudarstvennoy\\_programmy\\_i\\_ocenke\\_ee\\_effektivnosti](http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy/Informaciya_po_realizacii_gosudarstvennoy_programmy_i_ocenke_ee_effektivnosti) (дата обращения 15.05.2017)

58. Система государственного управления здравоохранением [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://isfic.info/adom1/cint63.htm> (дата обращения 16.05.2017)

59. Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://wume.ru/raznoe/8/306-sostoyanie-i-deyatelnost-sistemy-zdravooxraneniya-rf.html> (дата обращения 16.05.2017)

60. Статистический ежегодник. Пензенская область // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики Пензенской области. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://pnz.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/pnz/resources/d02b6c004e4cb307ab25bf2a1eb3f7f6/%D0%BE%D1%84\\_2014.pdf](http://pnz.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/pnz/resources/d02b6c004e4cb307ab25bf2a1eb3f7f6/%D0%BE%D1%84_2014.pdf) (дата обращения 16.05.2017)

61. Умерова А.Р. Шепелёв В.А. Опыт работы по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Вестник Росздравнадзора. – 2013. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-raboty-po-osuschestvleniyu-gosudarstvennogo-kontrolya-kachestva-i-bezopasnosti-meditsinskoy-deyatelnosti> (дата обращения 01.06.2017)

62. Чех О.И. Развитие административно-правового регулирования сферы здравоохранения и становление государственных органов управления медициной в России (X-XIX века). – 2016. - № 1. - С. 16-23.

63. Шевский В.И. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. - № 3. - С. 24-47.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение А

### Основные показатели здравоохранения Пензенской области (на конец года)

|                                                                                 | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Численность<br/>врачей всех<br/>специальностей</b>                           |       |       |       |       |       |       |       |       |
| всего, чел.                                                                     | 5340  | 5432  | 5566  | 5379  | 5353  | 5464  | 5246  | 5278  |
| на 10 000<br>человек населения                                                  | 38,9  | 39,2  | 40,4  | 39,3  | 39,3  | 40,3  | 38,9  | 39,3  |
| <b>Численность<br/>среднего медицинского<br/>персонала</b>                      |       |       |       |       |       |       |       |       |
| всего, чел.                                                                     | 15376 | 15448 | 15534 | 15333 | 14971 | 14618 | 14307 | 14244 |
| на 10 000<br>человек населения                                                  | 112,0 | 111,6 | 112,8 | 112,0 | 110,0 | 107,8 | 106,1 | 106,2 |
| <b>Число<br/>больничных<br/>организаций, ед.</b>                                | 50    | 50    | 54    | 52    | 50    | 45    | 44    | 42    |
| <b>Число<br/>больничных коек</b>                                                |       |       |       |       |       |       |       |       |
| всего, тыс. ед.                                                                 | 13,3  | 12,7  | 12,8  | 12,8  | 11,7  | 11,4  | 11,0  | 10,8  |
| на 10 000<br>человек населения,<br>коек                                         | 96,5  | 91,4  | 93,3  | 93,5  | 86,3  | 83,8  | 81,2  | 80,4  |
| <b>Число врачебных<br/>амбулаторно-<br/>поликлинических<br/>организаций, ед</b> | 85    | 79    | 89    | 92    | 212   | 249   | 224   | 201   |

|                                                                                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Мощность<br>врачебных<br>амбулаторно-<br>поликлинических<br>организаций                           |       |       |       |       |       |       |       |       |
| всего, тыс.<br>посещений<br>в смену                                                               | 29,5  | 30,1  | 30,4  | 31,3  | 32,2  | 32,3  | 31,6  | 33,7  |
| на 10 000<br>человек населения                                                                    | 214,9 | 217,3 | 221,2 | 229,0 | 236,6 | 238,2 | 234,2 | 251,2 |
| Число женских<br>консультаций,<br>акушерско-<br>гинекологических<br>отделений (кабинетов),<br>ед. | 52    | 71    | 70    | 74    | 78    | 102   | 103   | 101   |
| Число детских<br>поликлиник, детских<br>отделений (кабинетов),<br>ед.                             | 39    | 67    | 73    | 70    | 69    | 105   | 18    | 144   |
| Число коек для<br>беременных, рожениц и<br>родильниц                                              |       |       |       |       |       |       |       |       |
| всего, ед.                                                                                        | 666   | 631   | 598   | 596   | 548   | 468   | 459   | 427   |
| на 10 000<br>женщин в возрасте<br>15-49 лет, ед.                                                  | 19,0  | 18,0  | 17,8  | 18,2  | 17,1  | 14,9  | 14,9  | 14,1  |
| Число<br>фельдшерско-<br>акушерских пунктов, ед.                                                  | 576   | 563   | 549   | 563   | 538   | 531   | 303   | 304   |

## Приложение Б

### ОТЧЕТ об исполнении целевых показателей государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» по итогам 2016 года

| Ответственный исполнитель                                                                                    |                                                                    | Министерство здравоохранения Пензенской области                  |                              |        |                       |                               |                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N п/п                                                                                                        | Наименование целевого показателя                                   | Единица измерения                                                | Значения целевых показателей |        | Абсолютное отклонение | Относительное отклонение, в % | Обоснование отклонений значений целевого показателя за отчетный период (год)                                                             |
|                                                                                                              |                                                                    |                                                                  | план на год                  | отчет  |                       |                               |                                                                                                                                          |
| Государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» |                                                                    |                                                                  |                              |        |                       |                               |                                                                                                                                          |
| 1                                                                                                            | Смертность от всех причин                                          | на 1000 населения                                                | 14,7                         | 14,5   | -0,2                  | -1,4                          | Положительная динамика                                                                                                                   |
| 2                                                                                                            | Смертность населения в трудоспособном возрасте                     | количество умерших на 100 тыс. человек соответствующего возраста | 534,3                        | 504,1  | -30,2                 | -5,6                          | Положительная динамика                                                                                                                   |
| 3                                                                                                            | Смертность населения (без показателя смертности от внешних причин) | количество умерших на 100 тыс. человек                           | 1327,7                       | 1322,1 | -5,6                  | -0,4                          | Положительная динамика                                                                                                                   |
| 4                                                                                                            | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении                     | лет                                                              | 72,8                         | 72,2   | -0,6                  | -0,5                          | Показатель 2015 года. В соответствии с Федеральным планом статистических работ показатель утверждается до 15 августа года, следующего за |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |       |       |      |      |                        |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------|------|------|------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |       |       |      |      | отчетным.              |
| 5 | Соотношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций Пензенской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Пензенской области | % | 159,6 | 182,2 | 22,6 | 14,2 | Положительная динамика |
| 6 | Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Пензенской области                                                                                                    | % | 86,3  | 96,6  | 10,3 | 11,9 | Положительная динамика |
| 7 | Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Пензенской области                                                                                                                        | % | 70,5  | 71,1  | 0,6  | 0,8  | Положительная динамика |
| 8 | Доля государственных учреждений здравоохранения, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта, в общем количестве государственных учреждений здравоохранения                                                                                                                        | % | 86,0  | 82,0  | 4,0  | 4,6  | Положительная динамика |

## Приложение В

### ОТЧЕТ

**об исполнении целевых показателей государственной программы  
Пензенской области  
«Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы»)  
по итогам 2015 года**

| Ответственный исполнитель                                                                                    |                                                                    | Министерство здравоохранения Пензенской области |                                                                                            |                                    |        |                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N<br>п/<br>п                                                                                                 | Наименование<br>показателя                                         | целевого                                        | Единица<br>измерени<br>я                                                                   | Значения<br>целевых<br>показателей |        | Абсо<br>лютн<br>ое<br>откло<br>нение | Отно<br>сите<br>льно<br>е<br>откл<br>онен<br>ие,<br>в % | Обоснование<br>отклонений<br>значений целевого<br>показателя за<br>отчетный период<br>(год)                                                                                                                                                 |
|                                                                                                              |                                                                    |                                                 |                                                                                            | план<br>на год                     | отчет  |                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |
| Государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» |                                                                    |                                                 |                                                                                            |                                    |        |                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1                                                                                                            | Смертность от всех причин                                          |                                                 | на 1000<br>населени<br>я                                                                   | 14,8                               | 14,88  | 0,08                                 | 0,5                                                     |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2                                                                                                            | Смертность населения в трудоспособном возрасте                     |                                                 | количест<br>во<br>умерших<br>на 100<br>тыс.<br>человек<br>соответст<br>вующего<br>возраста | 534,5                              | 520,1  | -14,4                                | -2,7                                                    | Положительная<br>динамика                                                                                                                                                                                                                   |
| 3                                                                                                            | Смертность населения (без показателя смертности от внешних причин) |                                                 | количест<br>во<br>умерших<br>на 100<br>тыс.<br>человек                                     | 1334,4                             | 1360,3 | 25,9                                 | 1,9                                                     | Причины:<br>особенности<br>половозрастного<br>состава<br>постоянного<br>населения<br>Пензенской<br>области - регион<br>является «старым»<br>- доля лиц старше<br>трудоспособного<br>возраста – 27,4%. В<br>2015 году в<br>структуре умерших |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |       |      |      |                                                                                                                                                                                           |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |       |       |      |      | доля лиц старше 60 лет составила 77,5%, при этом доля умерших старше 80 лет увеличилась с 32,5% до 33,3%.                                                                                 |
| 4 | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении                                                                                                                                                                                                                                                                         | лет | 72,2  | 72,0  | -0,2 | -0,3 | Показатель 2014 года 71,64. Показатель 72,0 предварительный. В соответствии с Федеральным планом статистических работ показатель утверждается до 15 августа года, следующего за отчетным. |
| 5 | Соотношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций Пензенской области, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по Пензенской области | %   | 137,8 | 147,5 | 9,7  | 7,0  | Положительная динамика                                                                                                                                                                    |
| 6 | Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по Пензенской области                                                                                                    | %   | 79,3  | 83,3  | 4,0  | 5,0  | Положительная динамика                                                                                                                                                                    |
| 7 | Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления                                                                                                                                                                                            | %   | 52,4  | 54,0  | 1,6  | 3,1  | Положительная динамика                                                                                                                                                                    |

|   |                                                                                                                                                                                                 |   |      |      |     |     |                     |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|------|-----|-----|---------------------|
|   | медицинских услуг) к средней заработной плате по Пензенской области                                                                                                                             |   |      |      |     |     |                     |
| 8 | Доля государственных учреждений здравоохранения, здания которых находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта, в общем количестве государственных учреждений здравоохранения | % | 86,0 | 86,0 | 0,0 | 0,0 | Показатель сохранен |

## Приложение Г

### Сравнительный анализ национальных систем здравоохранения

| Тип модели                                    | Социально-страховая                                                                                                                    |                                                                                                                         | Государственная                                                                                                         |                                                                                             | Рыночная                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Страна                                        | Германия                                                                                                                               | Япония                                                                                                                  | Франция                                                                                                                 | Великобритания                                                                              | США                                                                                           |
| <b>Принцип, лежащий в основе модели</b>       | Здоровье – фактор, определяющий качество «человеческого капитала». Медицинская услуга – затраты, необходимые для поддержания здоровья. | Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь. | Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь. | Медицинская услуга – общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый – за больного. | Медицинская услуга – частное благо, т. е. обычный товар, который может быть куплен или продан |
| <b>Доля расходов на здравоохранение в ВВП</b> | 8,1%                                                                                                                                   | 6,6%                                                                                                                    | 8,5%                                                                                                                    | 6,0%                                                                                        | 14%                                                                                           |
| <b>Источники финансирования</b>               | ОМС – 60%, ДМС – 10%, Гос. бюджет – 15%, Личные средства – 15%.                                                                        | ОМС – 60%, Гос. бюджет – 10%, Общественные фонды – 10%, Личные средства – 20%.                                          | ОМС – 50%, ДМС – 20%, Гос. бюджет – 10%, Личные средства – 20%.                                                         | Государственный бюджет.                                                                     | Частное страхование – 40%, Личные средства – 20%, Программы для пожилых и малоимущих – 40%.   |

|                                                         |                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Контроль за эффективностью расходования средств.</b> | Частными и гос. страховщиками                                                     | Страховыми фирмами – частными страховщиками.                                                                  | Страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования. | Государство в лице Министерства                                                | Частными страховщикам и                                                                                              |
| <b>Доступность медицинского обслуживания</b>            | 90% населения охвачено программой ОМС; 10% – программой ДМС                       | 40% охвачено национальной системой страхования; 60% – профессиональной производственной системой страхования. | 80% населения охвачено программой ОМС                                                       | Всеобщая доступность.                                                          | Ограничена платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся |
| <b>Ассортимент доступных медицинских услуг.</b>         | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.                        | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.                                                    | Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС.                                  | Широкий спектр профилактических мероприятий, ограниченный набор лечебных услуг | Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги.                                                  |
| <b>Использование новых технологий.</b>                  | Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий. | Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий.                             | Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий.           | Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно.           | Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения.                                             |

|                                                        |                                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Регулирование цен на медицинские услуги.</b></p> | <p>Цены, выражены в баллах, цена балла пересматривается при изменении экономической ситуации.</p> | <p>Цены утверждаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения.</p> | <p>Цены регулируются правительством, пересматриваются 2 раза в год (как правило, возрастают).</p> | <p>Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения</p> | <p>Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ.</p> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Приложение Д

### Распределение общего объёма денежных доходов населения

|                                                                   | 2013  | 2014  | 2015  |
|-------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Денежные доходы – всего, процентов                                | 100   | 100   | 100   |
| в том числе по 20 процентным группам населения:                   |       |       |       |
| I (с наименьшими доходами)                                        | 5,8   | 5,8   | 6,1   |
| II                                                                | 10,5  | 10,5  | 10,9  |
| III                                                               | 15,5  | 15,5  | 15,8  |
| IV                                                                | 22,8  | 22,8  | 22,9  |
| V (с наибольшими доходами)                                        | 45,4  | 45,4  | 44,3  |
| Коэффициенты фондов (коэффициент дифференциации доходов), в разах | 13,5  | 13,5  | 12,2  |
| Джини (индекс концентрации доходов)                               | 0,392 | 0,393 | 0,378 |