

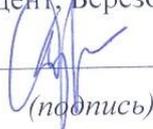
Министерство образования и науки РФ
Автономная некоммерческая организация высшего образования
Самарский университет государственного управления
«Международный институт рынка»

«Юридический факультет»
Кафедра «Государственного и муниципального управления и правового
обеспечения государственной службы»
Программа высшего образования
Направление подготовки «Государственное и муниципальное управление»

ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой:

к.ю.н., доцент, Березовский Д.В.


(подпись)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА БАКАЛАВРА
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В
СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

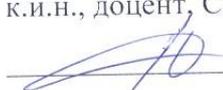
Выполнил:

Кривопалова Е.М. ГМУ-42


(подпись)

Научный руководитель:

к.и.н., доцент, Симашенков П.Д.


(подпись)

оценка отлично

Самара

2017

Оглавление

Введение.....	3
1. Организация здравоохранения в России: историко-правовой аспект.....	6
1.1. Здравоохранение в дореволюционной России.....	6
1.2. Охрана здоровья граждан в СССР.....	15
2. Система здравоохранения в Российской Федерации.....	29
2.1. Нормативное обеспечение охраны здоровья граждан Российской Федерации...	29
2.2. Проблемы и перспективы реформы здравоохранения.....	41
Заключение.....	51
Список использованной литературы.....	55

Введение

Здравоохранение - это важная часть народного хозяйства, именно от нее зависит активная жизнедеятельность членов общества, так как это система социально-экономических отношений, обеспечивающая доступность гарантированного объема медико-социальной помощи населению. Стабильное положение системы здравоохранения является одной из самых главных задач каждого государства. Одним из основных системообразующих факторов, которые обеспечивают её эффективное функционирование, является совершенствование управления системой.

При недостатках системы здравоохранения практическую значимость приобретают исследования в области повышения эффективности функционирования системы здравоохранения.

Актуальность темы работы обусловлена тем, что функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями:

- снижением качества медицинской помощи населению;
- увеличением числа заболеваний социально - опасного характера;
- ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения;
- недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли.

Проблемы, возникающие в отрасли здравоохранения, должны быть урегулированы соответствующими органами управления.

Органом, регулирующим систему здравоохранения является Министерство здравоохранения Российской Федерации. Оно координирует деятельность всех предприятий, организаций, связанных со здравоохранением.

Данная тема интересна и необходима, потому что здравоохранение - отрасль, без которой сложно выжить в современном мире.

Российские ученые неоднократно обращались к исследованию современных проблем управления развитием здравоохранением, демонстрируя разнообразие подходов к ее структуре и содержанию. Это работы Виноградова Н.А., Дерябина В.Л. В них анализируются вопросы формирования структуры общей системы здравоохранения, рассматривают понятия «здравоохранение», «система здравоохранения», а также подходы к пониманию определения «здравоохранение».

Основными источниками информации послужили нормативные правовые акты, действующие на территории Российской Федерации (Федеральные законы, постановления, приказы), также использовались работы Власенкова В.А., Гагаринова А.В. и т.д.

Объект исследования – отношения в сфере государственного регулирования здравоохранения в Российской Федерации.

Предмет исследования – нормативно-правовая база охраны здоровья населения России.

Цель ВКР – выявить пути совершенствования управления системой здравоохранения.

На пути к достижению поставленной цели представляется целесообразным решить следующие задачи:

1. Рассмотреть организацию здравоохранения в дореволюционной России;
2. Выявить основные этапы охраны здоровья граждан в СССР;
3. Проанализировать нормативное обеспечение охраны здоровья граждан Российской Федерации;
4. Определить проблемы и перспективы реформы здравоохранения в Российской Федерации.

Структура ВКР обусловлена предметом, целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав и заключения.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, цель исследования, раскрывает теоретическую и практическую значимость работы.

В первой главе рассматриваются основные этапы организации здравоохранения в дореволюционной России и охрана здоровья граждан в СССР. Во второй главе рассматривается нормативное обеспечение охраны здоровья граждан Российской Федерации, а так же определяются проблемы и перспективы проводимой реформы здравоохранения.

В заключении подводятся итоги исследования, формируются окончательные выводы по рассматриваемой теме.

1. Организация здравоохранения в России: историко-правовой аспект

1.1. Здравоохранение в дореволюционной России

Сфера здравоохранения является одной из важнейших сфер жизни человека. В последнее время государство стало уделять все больше внимания охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения. Модернизация системы здравоохранения, направленная на повышение доступности и качества медицинской помощи и эффективности функционирования системы в целом, провозглашена ведущим направлением развития отрасли[29].

В данном параграфе автор ставит перед собой задачу выявить основные этапы здравоохранения в дореволюционной России, охарактеризовать их особенности и вектора развития.

Здравоохранение — система государственных и общественных мероприятий по охране здоровья населения. В СССР и остальных социалистических странах внимание о здоровье народонаселения считается общегосударственной задачей, в осуществление в жизнь которой принимают роль все звенья государственной и публичной системы.

Здравоохранение в дореволюционной России было одним из наилучших в Европе, наши ученые-теоретики удостоивались Нобелевской премии (И.И. Мечников, И.П. Павлов), ведущие клиницисты России 2-ой половины и конца XIX начала XX века приглашались для обучения на медицинские факультеты крупнейших Европейских институтов (С.П. Боткин, В.Н. Шамов, С.П. Федоров и др.)[7].

Одной из самых приметных страничек летописи здравоохранения дореволюционной России считается создание и формирование государственной системы здравоохранения. Правовое понимание отечественного эксперимента возведения муниципального здравоохранения было совершено в 1912-1916 гг. в Межведомственной комиссии сообразно пересмотру врачебно-санитарного законодательства в России под председательством академика Г.Е. Рейна. Как оказалось, служба данной комиссии закончилась образованием Главного управления

муниципального здравоохранения. Образованию Главного управления предшествовало создание на протяжении десятков лет соответственной профессиональной и общественной среды в регионах и в государстве в целом и постепенное сооружение единичной текстуры муниципального здравоохранения. Наравне с муниципальными медицинскими учреждениями в регионах работали учреждения здравоохранения районных самоуправлений (городских и земских), ведомственные, общественные, частные. Всех их соединяли единые задачи[8].

Межведомственные взаимосвязи носили при этом настоящий многофункциональный характер и развивались в рамках единой системы. Сформировавшееся в России к истоку XX века "многоуровневое", межведомственное взаимодействие разных типов и видов учреждений здравоохранения позволяло удачно улаживать и вопросы подготовки и применения среднего медицинского персонала. Эластичная конструкция организации системы здравоохранения обеспечивала успех многотрудной деловитости и общин сестер милосердия Российского Сообщества Красного Креста (далее - РОКК)[27]. Первые сведения об организации поддержки больных на территории Киевской Руси (основание убежищ для больных и инвалидов при монастырях и церквях) относятся к 10—11 вв. Первый муниципальный орган управления медицинским делом — Аптекарская палата (потом Аптечный приказ) — появился в России в 1581 году сразу с 1-ой («царёвой») аптекой. В 1592 году учреждена 1-ая пограничная станция, уготованная для предостережения завоза заразных заболеваний[6].

В 18 веке вопросами здравоохранения ведали медицинская канцелярия, а с 1763 года — мед. коллегия. В 1775 году в губерниях были учреждены «указы публичного призрения» (в ведение которых переданы благотворительные и мед. учреждения), а потом — докторские управы в губернских городках (не считая двух столиц) и уездные докторские управы — районные органы управления медицинским занятием. В 1803 году медицинская коллегия была заменена медицинским департаментом в составе Министерства внутренних дел[31].

С конца 19 века стали образовываться такие формы здравоохранения, как земская врачебная наука, фабрично-заводская врачебная наука. Любое ведомство

имело собственные докторские доли; одного муниципального органа управления здравоохранением не было. Клиники, амбулатории и остальные медицинские учреждения открывались разными ведомствами и другими частными лицами. Медицинское содействие оказывалась в большей степени частнопрактикующими медиками. Жители ближайших районов были фактически лишены медицинской поддержки. Дореволюционная Россия не обладала государственной системой охраны здоровья населения.

Медицинское застрахование - форма социальной защиты интересов народонаселения в охране здоровья, имеющее собственной целью обеспечивать гражданам, при возникновении страхового варианта, приобретение медицинской поддержки за счет скопленных средств и ассигновать профилактические мероприятия.

Развитие системы поддержки населения при заболеваниях в Российской Империи связывается, в первую очередь, с развитием в конце 19 века земской медицины, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских и уездных властей. В 1912 году был принят закон о внедрении обязательного страхования в случаи возникновения несчастных случаев и заболеваний работающих людей. Общепринятый закон имел очень ограниченный характер. Из 13 млн. трудящихся застрахованных от чрезвычайных случаев и заболеваний подлежали 2 млн. Страхование никак не обхватывало Сибирь и Среднюю Азию, 60% затрат сообразно страхованию оплачивали рабочие. Сделанные в согласовании с законодательством больничные кассы, промышленли страхованием на вариант заболевания и выдачей пособий. Организация медицинской поддержки в их полномочия никак не входила. К истоку 1916 года в России было 2 тыс. больничных касс[16].

В дореволюционной России на здравоохранение выделялись очень малые средства , при данном крупная часть их расходовалась в центральных районах. В целом затраты на здравоохранение составляли в среднем на душу народонаселения 91 коп. в год, то в 20 губерниях они были в меньшей степени на 20 коп., а в 6 губерниях — меньше на одну коп.

В 1913 году народонаселение Российской империи (в передовых границах СССР) составляло 159,2 млн. человек. Доктора пребывали основным образом в больших городках Центральной России. На окраинах численность докторов исчислялось единицами: в Киргизии их было только 21, в Таджикистане — 19, в Армении — 73. И в 1913 году сообразно Российской империи в среднем доводилось 1,8 доктора на 10 тыс. человек, то на местности сегодняшних БССР и Грузинской ССР на это ведь численность народонаселения докторов было поэтому 1,7 и 1,8, Армянской ССР — 0,7, Казахской ССР — 0,4, Таджикской ССР — 0,2, т.е. в 9 раз не в такой мере, нежели в среднем в стране[32].

Народы национальных окраин оставались по существу без всякой медицинской помощи. Это содействовало распространению эпидемий, сохранению высочайшей смертности народонаселения. О бедственном состоянии этнического здравоохранения в дореволюционной России молвят бесчисленные прецеденты. По не совсем полным данным, в преддверье 1 мировой войны в России на 10 тыс. народонаселения доводилось 216,6 заболеваний болезни малярией, 28,3 — скарлатиной, 26,6 — брюшным тифом, 7,3 — сыпным тифом, 4,4 — оспой. Были обширно распространены туберкулез и остальные заболевания[18].

В дореволюционной России работало 208 тыс. больничных коек, количество больничных коек в среднем составляло 1,3 на 1000 человек населения 1219, а на местности сегодняшних среднеазиатских республик еще не в такой мере — 0,6—0,3 койки на 1000 человек народонаселения. В России насчитывалось только 1230 амбулаторий, из каких лишь в 16% оказывалась специальное содействие. По данным знаменитого санитарного доктора Д. И. Жбанкова, из 240 обследованных им городов амбулаторное содействие оказывалось лишь в 117, а содействие на дому только в 34 и в совсем маленьких размерах. В том числе и в столице оно никак не оказывалось. А в Петербурге помощь народонаселению на дому оказывалось 40 медиками (состоявшими на службе в городской думе) на 2 млн. жителей города. Станции быстрой медицинской поддержки были лишь в 9 городах (Петербурге, Москве, Киеве, Воронеже, Лодзи, Вильно, Риге, Одессе, Харькове)[11].

Грамотная специализированная медицинская помощь оказывалась лишь в институтских больницах столицы, Петербурга, Киева, Казани. В стране было только 4932 аптеки (1914 году).

В 1913 году в России насчитывалось 28,1 тыс. докторов (совместно с зубными) и 46 тыс. медработников. Подготовка докторов происходила на медицинских факультетах 10 институтов, на высших дамских курсах, в Петербургском психоневрологическом ВУЗе, в Военно-медицинской академии. Всего учились 8600 учащихся, раз в год выпускалось только 900 докторов[33].

Всего за годы 1 мировой войны состояние с народным здравоохранением еще усугубилось.

После победы Октябрьской революции сражение за социализм было наиболее тесным образом связано с борьбой за самочувствием рабочих. Всего за первые 5 лет Советской власти В. И. Ленин поставил свою подпись в свыше 100 декретов и распоряжений сообразно вопросам здравоохранения либо имеющим прямое отношение к улучшению самочувствия рабочих.

Сначала для управления здравоохранением в декабре 1917 года был создан Медико-санитарный отдел ВЦИК. 22 декабря 1917 года мед. коллегии, бывшие при Народных комиссариатах, слились в Совет врачебных коллегий; 24 января 1918 года он был подтвержден Советом Народных Комиссаров. В связи с чем было положено начало созданию в нашей стране верховного государственного органа по руководству делом здравоохранения..

Великой наградой Совета врачебных коллегий появилась подготовка и созыв I Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов, который состоялся в июне 1918 года в Москве. Решения съезда отображали новаторский перелом, который случился в осмысливании вопросов охраны здоровья, единичной медицины как комплексного публичного явления. Съезд одобрил намеченную Советом врачебных коллегий программу деятельности будущего Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. 11 июля 1918 года был учрежден Наркомат здравоохранения, Народным комиссаром был назначен Н. А. Семашко.

Для привлечения к делам Народного комиссариата здравоохранения советского населения декретом правительства от 21 июля 1918 года при нем был создан Центральный медико-санитарный комитет совет как совещательный орган с участием представителей рабочих организаций. На нем в дальнейшем обсуждались важные события: план борьбы с сыпным тифом в стране, сражение с эпидемической заболеваемостью на железных дорогах, в Красной Армии и ряд остальных вопросов, связанных с оздоровлением труда и обихода широких масс рабочих.

При Наркомздраве был создан Ученый медицинский комитет как совещательный орган; он обязан был объединить главные научные силы, чтоб с их поддержкой направить медицину на решение срочных научно-фактических вопросов.

Народному комиссариату здравоохранения было доверено управление всеми медико-санитарными учреждениями страны, расположение валютных средств, отпускаемых государством на нужды здравоохранения, и контроля за их расходованием.

Создание Народного комиссариата здравоохранения РСФСР на принципах, провозглашенных Коммунистической партией, имел большой революционный, организующий смысл для возведения советской медицины на местности будущих союзных республик.

Исполняя 1-ые, наиболее срочные события, Коммунистическая партия совместно с тем выработала научно аргументированную перспективу наибольших преобразований в области народного здравоохранения.

В подтвержденной в 1919 году VIII съездом Программе партии задачам в области охраны народного здоровья приурочен особый раздел. Главными задачами были: проведение широких санитарных событий (оздоровление населенных мест, противоэпидемические меры, санитарное законодательство и т.д.), сражение с социальными заболеваниями (туберкулезом, венерическими заболеваниями, алкоголизмом и т.д.), снабжение доступной, безвозмездной и грамотной целебной и лечебной поддержки[10].

В отношении охраны материнства и детства было замечено, что партия устремляется высвободить женщин от материальных тягот устарелого семейного хозяйства путем подмены его общепитами, центральными прачечными и т.п., подчеркивалась надобность сотворения «сети дошкольных учреждений: яслей, садов, источников и т.п., в целях усовершенствования публичного обучения и раскрепощения дам».

Позже организации Наркомздрава была проведена крупная работа сообразно соединению под его управлением всех разделов медико-санитарного дела. В декабре 1918 года был издан декрет о национализации аптек. В феврале 1919 года органам здравоохранения были переданы лечебные учреждения больничных касс. В марте 1920 года в знание Наркомздрава была передана защита материнства и детства, созданная еще в 1-ые дни Советской власти в системе общественного снабжения. Броским проявлением заботы Коммунистической партии и правительства о самочувствие рабочих появилось в 1919 году национализация курортного дела и ленинский декрет о применении Крыма для лечения рабочих, произведенный в декабре 1920 года [17].

В данный период в ряде декретов (о санитарной охране домов, о неотъемлемом оспопрививании и др.) закладываются базы санитарного законодательства.

Центром медицинской науки стал Государственный университет здравоохранения, как комплексное научное основание, включавший ряд предназначенных научно-исследовательских институтов (санитарно-гигиеничный, микробиологический, контролирования вакцин и сывороток, физиологии, биохимический, туберкулезный).

Невзирая на тяжкую военную ситуацию, органам здравоохранения получилось провести в данные годы ряд научных и организационных съездов. Данные съезды имели огромный фактический, однако и социально-политический смысл, так как привели большие круги докторского населения к функциональной роли в строительстве народного здравоохранения.

Также за годы гражданской войны было проведено 4 всероссийских съезда бактериологов и эпидемиологов.

Состоявшийся 16—20 марта 1920 года II Всероссийский съезд здравоохранения подчеркнул что, получилось достигнуть спада болезней сыпным тифом. Собрание резюмировало, что количество гражданских лечебных учреждений в Республике сравнимо с 1914 году выросло на 40%, возросла быстрая помощь на дому, расширились особые виды поддержки, в том числе физиотерапевтической.

К концу гражданской войны получилось снизить, а после ее завершения и уничтожить в войсковых долях эпидемические болезни. Процесс ликвидации эпидемических болезней среди гражданского населения проходил медлительнее в силу больших разрушений народного хозяйства, нанесенных стране интервентами и белогвардейцами. Стоит сказать о том, что еще в 1923 году подобные инфекционные болезни: оспа, чума, тиф, холера, а еще малярия, были больны свыше 7 млн. человек. К концу восстановительного периода численность эпидемических болезней уменьшилось. Болезни тифом (абдоминальный, сыпной, рекуррентный) сократилось в 9 раз сообразно сопоставлению с 1921 годом и в 2 раза сообразно сопоставлению с 1913 годом, оспой — соответственно в 4,5 и практически в 4 раза[15].

В годы мирного домашнего возведения ассигнования на здравоохранение сообразно муниципальному бюджету с каждым годом росли в 1924 и 1925 году. превысили практически в 4 раза довоенные размеры. Сразу возросли затраты на здравоохранение по местному бюджету, в особенности в государственных республиках Средней Азии, Закавказья. В Закавказье в 1913 году на здравоохранение сообразно местному бюджету было израсходовано 2099 тыс. руб., а в 1924 и 1925 — 6217,9 тыс. руб.

За 1921—1925 года количество медицинского персонала соответственно РСФСР практически удвоилась, в Белоруссии — выросла в 4 раза, в Грузии количество докторов возросло в 3,5 раза. Существенно расширилась сеть медицинских заведений: в РСФСР — наиболее чем на 2 тыс., в Белоруссии — в 2 раза. Огромной интерес был обращен на строительство новейших врачебно-

профилактических учреждений, каких ранее в дореволюционной России не было, — диспансеров (в 1925 году их насчитывалось 628), учреждений охраны материнства и детства (их количество к концу восстановительного периода превысило 2,5 тыс.)[26].

В декабре 1925 года в столице состоялся I Всесоюзный съезд участковых докторов. Опираясь на указания партии, он наметил ряд принципиальных событий согласно предстоящему улучшению медицинской и профилактической поддержки, согласно охране материнства и детства, санитарному просвещению и вовлечению в него широких кругов народонаселения, в особенности сельского.

Большая работа советского государства согласно организации комплексной и планомерно санкционированной системы охраны здоровья людей дала собственные положительные итоги. Убедительным признаком совершенствования здравоохранения и увеличения жизненного значения рабочих считается повышение средней продолжительности жизни людей согласно сопоставлению с дореволюционной Россией и существенное понижение смертности согласно всем возрастным группам. Смертность народонаселения в дореволюционной России была высочайшей среди стран Западной Европы, она в 2 с лишним раза превосходила степень смертности в Соединенных Штатах Америки и Великобритании, и в 1,5 раза — во Франции. К концу восстановительного периода (1926 года) смертность в СССР снизилась согласно с дореволюционной Российской Федерацией на 1/3.

В особенности снизилась юношеская смертность, что конкретно было связано с организацией широких учреждений охраны материнства и детства. Длительность жизни людей согласно сопоставлению с дореволюционной Россией возросла для мужчин — на 10 лет, для женщин — на 13 лет[24].

Принципиальным признаком увеличения благополучия народа в годы возобновления народного хозяйства считался прирост народонаселения, существенное превышение рождаемости над смертностью. Лишь за 2 года (1924—1925) количество народонаселения выросло более чем на 6 млн. человек и, невзирая на значительную убыль людей в годы войны, превысила довоенную на 5,5 млн. человек.

1.2. Охрана здоровья граждан в СССР

Изначально задачи в области охраны здоровья рабочих были изобретены В. И. Лениным. В Программе Партии, написанной В. И. Лениным и принятой II съездом Партии в 1903 году, были выдвинуты требования восьмичасового рабочего дня, совершенного воспрещения детского труда, запрета на труд женщин на вредных производствах, организации на предприятиях яслей для детей, безвозмездной медпомощи трудящимся за счет предпринимателей, государственного страхования трудящихся и установления соответствующего санитарного режима на предприятиях[14].

В последствии Великой Октябрьской социалистической революции в Программе Партии, принятой на VIII съезде в 1919 году, были выделены главные задачи Партии и Советской власти в области охраны здоровья народа. В согласовании с данной Программой были изобретены абстрактные и организационные базы советского здравоохранения.

Основными принципами советского здравоохранения считались: государственный нрав и плановость профилактическая направленность, общедоступность, доступное и качественное медицинское обслуживание, целостность медицинской науки и практики здравоохранения, роль населения и широких масс рабочих в деловитости органов и учреждений здравоохранения[16].

Сообразно инициативе В. И. Ленина VIII собрание Партии постановило проводить в интересах рабочих такие мероприятия, как оздоровление населенных мест, организация общепита на научно-гигиенической базе, профилактика инфекционных болезней, создание санитарного законодательства, санкционированная борьба с туберкулезом, венерическими болезнями, алкоголизмом и иными социальными заболеваниями, снабжение доступной грамотной медпомощью и лечением. 24 января 1918 году В. И. Ленин поставил свою подпись в декрете о образовании Совета докторских коллегий, а 11/VI 1918 году - декрет о учреждении Народного комиссариата здравоохранения[9].

Ленинские декреты о земле, о национализации большой индустрии, о восьмичасовом рабочем дне произвели политические, финансовые и общественно-гигиенические предпосылки для усовершенствования материального благополучия трудящихся и фермеров, также и для закрепления их самочувствия, усовершенствования критериев труда и обихода. Декреты о страховании на случай заболевания, о национализации аптек, о Совете докторских коллегий, о разработке Народного комиссариата здравоохранения и почти все остальные подняли трудности здравоохранения по значению общегосударственных, общенародных задач. В. И. Лениным подписано выше 100 декретов сообразно организации здравоохранения. В них содержатся управляющие указания сообразно всем важным разделам охраны здоровья рабочих. Они отображают политическому деятелю Коммунистической партии и Советской власти в деле разрешения важных проблем здравоохранения.

Формирование экономики, взлет материального благополучия рабочих, единой и санитарной культуры народонаселения рассматривались В. И. Лениным как база закрепления самочувствия людей и посыл для ликвидации глобальной заболеваемости.

В первые ведь дни существования Советской власти правительство вполне взяло на себя заботу об охране здоровья народа. В собственных законодательных актах Советское руководство наметило вести большие оздоровительные и санитарные события, имеющие целью прежде всего предупредить развитие заболеваний.

Указания В. И. Ленина о надобности борьбы с сыпным и возвратным тифами, оспой, холерой и др. болезнями, о надобности наведения примерной чистоты в городах и селах страны имели главный смысл в ликвидации эпидемий в стране. Были совершены определенные меры сообразно улучшению санитарно-гигиенических условий населенных мест, охране земли, воды и воздуха, организации кормления народонаселения, предостережение развития и распространения заразных заболеваний. Были определены задачи, которые способствовали созданию санитарного законодательства, проведению борьбы с

социальными заболеваниями, обеспечение качественной и квалифицированной медицинской помощью народонаселения Советского государства[12].

Значительной страницей в летописи профилактической направленности советского здравоохранения считается организация системы охраны материнства и детства и курортной поддержки в СССР. Данный вопрос вызывал у В. И. Ленина огромный интерес. Все главные декреты, характеризовавшие единые распоряжения согласно охране здоровья матери и ребенка, а еще согласно курортному строительству, были подготовлены при его участии и подписаны им[30].

Охране здоровья народа служила не только система медицинской помощи народонаселению, исполняемая органами здравоохранения, однако и вся многогранная активность советского государства, подключая события соотносимые взлету материального и культурного значения жизни народа, охране труда, социальному страхованию, социальной обеспеченности, воспроизведение в жизнь глобального физиологического обучения и т. д.[23].

Государственный нрав советского здравоохранения подчеркивался в Программе КПСС, принятой XXII съездом Партии. В Программе зафиксировано, «социалистическое правительство — единственное правительство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном усовершенствовании здоровья всего народонаселения. Это гарантируется системой общественно-финансовых и медицинских событий». Призыв КПСС — «Все во имя человека, для блага человека».

Директивы XXIV съезда Партии предугадывают меры соотносимые предстоящему улучшению здравоохранения. Намечено продлить строительство больших предназначенных и многопрофильных клиник, поликлиник, диспансеров с тем, чтобы увеличить качество специализированной медицинской помощи и сполна снабдить народонаселение всеми ее обликами; увеличить сеть станций быстрой скорой медицинской помощью и санэпидстанций. Должна быть полностью обеспечена потребность народонаселения и учреждений здравоохранения в медицинских препаратах и остальных медицинских продуктах. Численность больничных коек обязано увеличится в 1975 году до 3 млн., предвидено еще

поднятие общепризнанных мерок затрат на кормление в клиниках. Наиболее обширно станут развиваться научные изучения сообразно важным дилеммам медицины и здравоохранения. Количество докторов возрастет, повысится степень подготовки медперсонала. Предстоящее формирование получит санаторно-курортное лечение. Далее рассмотри таблицу, в которой будут представлены данные отражающие больничную сеть СССР и союзных республик, а также численность врачей и средних медицинских работников[21].

Таблица 1-
Больничная сеть СССР и союзных республик; число больничных учреждений, больничных коек и обеспеченность ими населения СССР и союзных республик

	Число больничных учреждений			Число больничных коек, тыс.			Число больничных коек на 10 тыс. жит.		
	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975
СССР	5300	13793	24250	207,6	790,9	3009,2	13,0	40,2	117,8
В том числе РСФСР	3149	8477	13066	133,4	482,0	1649,2	14,8	43,3	122,5
УССР	1438	2498	4122	47,7	157,6	578,3	13,6	37,7	117,8
БССР	240	514	913	6,4	29,6	107,0	9,3	32,6	114,2
Узбекская ССР	63	380	1159	1,0	20,3	145,6	2,3	30,1	103,4
Казахская ССР	98	627	1770	1,8	25,4	178,6	3,2	39,5	124,6

Грузинская ССР	41	314	500	2,1	13,3	48,0	8,0	36,0	96,9
Азербайджанская ССР	43	222	748	1,1	12,6	54,8	4,8	37,8	96,3
Литовская ССР	44	77	229	2,2	8,9	36,9	7,7	30,0	111,2
Молдавская ССР	68	109	354	2,5	6,1	42,0	12,2	24,6	109,2
Латвийская ССР	50	89	187	6,2	12,0	31,7	24,9	63,0	126,9
Киргизская ССР	6	112	263	0,1	3,8	37,4	1,2	24,1	111,2
Таджикская ССР	1	121	278	0,04	4,5	33,5	0,4	28,6	96,0
Армянская ССР	6	96	228	0,2	4,1	24,4	2,1	30,1	86,0
Туркменская ССР	13	99	270	0,3	5,6	25,8	2,7	41,6	100,0
Эстонская ССР	40	58	163	2,5	5,1	16,0	26,2	47,7	111,3

Таблица 2 -

Больничная сеть СССР и союзных республик; численность врачей и средних медицинских работников и обеспеченность ими населения СССР и союзных республик

	Численность врачей всех специальностей, тыс.			Численность врачей на 10 тыс. жителей			Численность средних медицинских работников, тыс.			Численность средних медицинских работников на 10 тыс. жителей		
	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975
СССР	28,1	155,3	853,2	1,8	7,9	32,7	46,0	472,0	2515,4	2,9	24,0	98,4
В том числе: РСФСР	15,9	90,8	468,9	1,8	8,2	34,8	26,0	290,4	1416,5	2,9	26,1	105,2
УССР	7,8	35,3	157,1	2,2	8,4	32,0	12,4	100,8	484,5	3,5	24,1	98,7
БССР	1,2	5,2	28,3	1,7	5,7	30,2	2,2	17,9	85,2	3,2	19,7	90,9
Узбекская ССР	0,14	3,2	36,5	0,3	4,7	26,0	0,3	12,2	108,9	0,7	18,2	77,4
Казахская ССР	0,24	2,7	39,2	0,4	4,3	27,3	0,4	12,0	130,7	0,7	18,6	91,2
Грузинская ССР	0,46	4,9	20,4	1,8	13,3	41,1	0,7	9,4	49,9	2,6	25,6	100,8

Азербайджанская ССР	0,35	3,3	16,5	1,5	10,0	28,9	0,45	7,5	46,5	1,9	22,5	81,7
Литовская ССР	0,42	2,0	11,3	1,5	6,7	34,2	0,6	2,0	30,6	2,1	6,9	92,2
Молдавская ССР	0,29	1,1	10,1	1,4	4,2	26,2	0,6	2,4	33,2	2,9	9,8	86,2
Латвийская ССР	0,64	2,5	9,8	2,6	13,2	39,2	1,2	3,6	25,5	4,8	18,7	102,1
Киргизская ССР	0,02	0,6	8,2	0,2	3,8	24,4	0,03	2,6	27,1	0,3	16,1	80,4
Гаджикская ССР	0,02	0,6	7,2	0,2	4,1	20,6	0,03	2,7	21,2	0,3	17,0	60,9
Армянская ССР	0,07	1,0	9,8	0,7	7,5	34,8	0,15	2,3	21,9	1,5	17,1	77,3
Туркменская ССР	0,07	1,0	6,6	0,7	7,6	25,8	0,14	4,7	19,2	1,3	35,5	74,3
Эстонская ССР	0,53	1,1	5,3	5,6	10,0	36,8	0,8	1,5	14,5	8,8	14,1	101,2

Исходя из вышеизложенных данных следует отметить, что численность больничных учреждений, коек в СССР в период с 1913 по 1975 год значительно выше в сравнение с другими государствами. Также численность врачей и средних медицинских работников значительно высока в соотношении с другими государствами.

В СССР план развития здравоохранения, входил составной частью в государственный план народного хозяйства обеспечивал формирование всех разделов здравоохранения и подготовку медицинских сотрудников в согласовании с задачами улучшения медицинской поддержки всему народонаселению. Материальные средства для исполнения плана здравоохранения учитывались в государственном бюджете СССР.

Кроме средств, выделяемых на здравоохранение из государственного бюджета СССР, однако на данные цели выделялись не маленькие средства некоторыми государственными, кооперативными предприятиями и профсоюзными организациями, а также колхозами[20].

Органы здравоохранения СССР являлись, своего рода долей советского государственного аппарата. Центральным органом государственного управления здравоохранения являлось Министерство здравоохранения СССР. Практически в каждой союзной республике было министерство здравоохранения, которое в административном отношении было подчинено Совету Министров республики, а в особом — Министерству здравоохранения СССР, указы и аннотации которого работали на территории всей державы. Все это обеспечивало целостность развития учреждений здравоохранения и организации медицинской поддержки народа. Совместно с тем присутствие министерства здравоохранения в каждой республике позволяло учитывать районные индивидуальности и условия. Управление здравоохранением на территории осуществлялось министерствами здравоохранения самостоятельных республик, областными, краевыми, городскими и местными отделами здравоохранения, а в сельских районах — центральными местными больницами.

Присутствие медицинских учреждений в системе остальных министерств (к примеру, в Министерстве путей сообщения СССР) никак не исключало принципа целостности и плановости в проведении врачебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических событий, так как контроль из-за работой в данной области исполняло Министерство здравоохранения СССР.

Медицинская помощь населению в СССР оказывалась безвозмездно. Это определяло ее общедоступность для всего населения страны.

За годы советской власти получила существенное формирование сеть врачебно-профилактических учреждений для взрослых и детей, санитарно-противоэпидемических учреждений, высших и средних учебных заведений для подготовки врачей и средних медицинских сотрудников, научно-исследовательских учреждений, курортов, санаториев и баз отдыха, аптек и т. д.

Формирование сети медицинских учреждений и снабжение их докторами, медицинскими сестрами и иным медицинским персоналом, оборудование качественной медицинской аппаратурой и техникой, что позволило народу получать высоко квалифицированную медицинскую помощь в каждом регионе страны и создало условия для решения новейших задач, представленным перед советским здравоохранением Коммунистической партией и Советским правительством[26].

Более важными задачами Советского здравоохранения считались повышение качества, оказываемой медицинской помощью народу, путем становления квалификации и улучшения культуры работы медицинских учреждений, обширное внедрение в практике достижений медицинской науки и техники. Пути решения данных задач отнесены в распоряжении Верховного Совета СССР от 26 июня 1968 года и распоряжении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Распоряжение предусматривало существенное усовершенствование спец поддержки населения путем возведения огромного количества больших клиник, лучшего их оборудования.

Воплощение в жизнь задач по предстоящему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки непременно содействовали «Основы законодательства

Союза ССР и союзных республик», принятые в декабре 1969 года сессией Верховного Совета СССР VII созыва. В Законе указано, что в СССР оказывается доступная безвозмездная и качественная медицинская помощь, выполняется широкая система общественно-финансовых и медицинских событий, способствующих увеличению значения охраны здоровья народонаселения. Закон устанавливает, что защита здоровья, должна являться обязанностью всех, без исключения государственных органов, а также общественных организаций, при этом требуя от граждан более требовательно относиться к своему здоровью и здоровью остальных членов общества.

Главной линией в развитии Советского здравоохранения считалась профилактическая направленность, которая снабжалась общественно-финансовыми событиями страны и специфичной врачебно-профилактической деловитостью. Исполняя взятые на себя обещания сообразно охране здоровья населения, Советское руководство непрерывно заботилось об усовершенствовании уровня жизни народонаселения страны, улучшались условия труда на производстве, развивалось жилищное строительство. В стране были созданы условия для увеличения культурного и санитарного значения народонаселения, улучшалось медицинское содействие, улучшалась система общественного снабжения. Существенные изменения можно рассмотреть в таблице 2, где сравнивались показатели развития здравоохранения в СССР 1940 и 1975 годах.

Таблица 3- Показатели развития здоровья в СССР

Расходы на здравоохранение и физическую культуру (за счёт государственного бюджета и других источников, млрд. руб.) ¹	1940	1975
	1,1	14,6
Численность врачей всех специальностей, тыс.	155,3	835,2
Численность врачей (на 10 тыс. жит.)	7,9	32,7
Численность средних медицинских работников, тыс. чел.	472,0	2515,4
Численность средних медицинских работников (на 10 тыс. жит.)	24,0	98,4

Число высших медицинских учебных заведений, включая факультеты университетов	72	90
Численность студентов, обучающихся в высших медицинских учебных заведениях, тыс. чел.	115,9	318,3
Выпуск врачей, тыс. чел.	16,4	47,8
Число средних медицинских учебных заведений	—	628
Численность учащихся в средних медицинских учебных заведениях, тыс. чел.	—	396,6
Выпуск средних медицинских работников, тыс. чел.	—	131,6
Число больничных учреждений	13793	24250
Число больничных коек, тыс.	790,9	3009,2
Обеспеченность больничными койками (на 10 тыс. жит.)	40,2	117,8
Число врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, тыс.	36,8	35,6 ²
Число специализиров. диспансерных учреждений	1284	3003
Число станций скорой помощи в системе министерства здравоохранения СССР (самостоятельных и входящих в состав лечебно-профи-		
Число санитарно-эпидемиологических станций	1943	4754
Численность врачей санитарно-противоэпидемической группы, тыс. чел.	12,5	49,1
Численность врачей акушёр-гинекологов, тыс. чел.	10,6	49,6
Число коек для беременных и рожениц, тыс.	113,5	223,0
Число жен. консультаций, тыс.	4,5	10,2

Число гинекологических коек, тыс.	33,6	169,4
Численность врачей-педиатров, тыс.	19,4	96,3
Число детских поликлиник и амбулаторий, тыс.	4,1	11,9
Число коек для детей в больничных учреждениях, тыс.	89,7	529,3
Численность детей, посещающих постоянные детские дошкольные учреждения, тыс. чел.	1953	11523
из них посещающих ясли, тыс.	781	1053
Число коек в санаториях круглосуточного пребывания, тыс.	240	504
в т. ч. в санаториях для детей	95	162
Число аптек и магазинов санитарии и гигиены в системе аптекоуправления	11111	25256
Численность фармацевтов с высшим образованием, тыс. чел.	9,5	61,9
Численность фармацевтов со средним образованием, тыс. чел.	36,2	145,5

Принципиальной причиной, обеспечивающей усовершенствование состояния самочувствия народонаселения, считалась проводимая в СССР профилактическая служба сообразно охране окружающей среды — воды, земли, воздуха. Данная служба исполнялась всеми муниципальными организациями и органами здравоохранения при широком участии населения всей страны и ведется в

согласовании с муниципальным санитарным законодательством и особыми задачами, стоявшими в любой союзной республике.

Главная роль в охране окружающей среды принадлежала санитарно-противоэпидемической организации, широкой сети санэпидстанций.

Важным методом профилактики считалось диспансерное обслуживание народонаселения. Осуществление в жизнь профилактической направленности содействовало обширное санитарно-гигиеническое образование народонаселения, которым промышляли медицинские труженики всех учреждений в содружестве с публичными организациями. Для организации и проведения санитарного просвещения во всех городах были особые учреждения — здания санитарного просвещения. В их, а еще при индустриальных предприятиях, учреждениях и т. д. в крайние годы сообразно инициативе самих рабочих формировались институты и средние учебные заведения здоровья, в каких читались циклы лекций сообразно разным вопросам гигиены и медицины[34].

Принципиальная роль в деле охраны здоровья народа, профилактики болезней, предстоящего увеличения свойства медицинской поддержки популяции принадлежала медицинской науке. Отличительной индивидуальностью становления мед науки в СССР считалось то, что наравне с воплощением больших теоретических изучений стремления экспертов следовали и на заключение основных задач практического здравоохранения. На всех этапах социалистического возведения сражение из-за улучшение самочувствия народа, ликвидация почти всех заболеваний и понижение единой заболеваемости исполнялись на базе достижений медицинской науки. Создание научно-исследовательских ВУЗов велось в согласовании с задачами, стоящими никак не перед практическим здравоохранением, однако и пред всем этническим хозяйством страны. Научно-исследовательские университеты проводят огромную работу сообразно предложению поддержки органам здравоохранения путем введения научных достижений в практику работы врачебно-профилактических учреждений, исполняют консультативное содействие, проводят подготовку профессионалов для фактических учреждений. Многие институты тесно связаны с промышленностью, сельским хозяйством, органами

народного образования, коммунального хозяйства, социального обеспечения и т. д[25].

В развитии здравоохранения, решении задач сообразно охране и улучшению здоровья народа активную роль играли большие круги народонаселения. Привлечение к участию в деятельности органов и учреждений здравоохранения широкой общественности осуществлялось в нашей стране с первых дней Советской власти по инициативе В. И. Ленина. Формы роли народонаселения в развитии здравоохранения изменялись в зависимости от задач, стоящих перед государством. В особенности широкий масштаб имеет роль народонаселения в деятельности органов здравоохранения в последние годы. Верховными советами союзных республик и сессиями рекомендаций депутатов рабочих на местах из количества депутатов избирались неизменные комиссии сообразно здравоохранению и социальному обеспечиванию. Данные комиссии исполняли контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения, оказывали помощь в строительстве больничных учреждений, привлекают актив из населения к проведению массовых мероприятий по санитарному благоустройству населенных мест.

2. Система здравоохранения в Российской Федерации

2.1. Нормативное обеспечение охраны здоровья граждан Российской Федерации

Право человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь является неотъемлемым и оно закреплено прежде всего в Конституции Российской Федерации. И конечно существует законодательство о здравоохранении, которое носит многоотраслевой характер норм здравоохранения.

Начиная с 1990 года в России произошли радикальные преобразования, которые повлияли и на здравоохранение : либерализация государственного устройства, разделение системы здравоохранения на государственную, муниципальную, частную. И все это привело к необходимости четкой правовой регламентации медицинской деятельности и организации работ органов и учреждений здравоохранения.

В данном параграфе автор ставит перед собой задачу выявить основные этапы нормативного обеспечения охраны здоровья граждан Российской Федерации, охарактеризовать их особенности и вектора развития.

Для начала выясним, что сегодня принято понимать под здравоохранением. Согласно Приказу Росстата от 22 ноября 2010 года № 409 «здравоохранение - система охраны здоровья граждан в стране. В нее включаются организации, учреждения, предприятия, ассоциации, научные общества, специалисты и другие хозяйственные субъекты, вне зависимости от их ведомственной принадлежности. Их деятельность должна быть связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организаций и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан»[5].

Законодательство системы здравоохранения можно разделить на блоки:

1) законы, закрепляющие правовые основы граждан (Конституция Российской Федерации, Гражданский кодекс);

2) законы, регламентирующие права граждан на охрану здоровья (например, закон «об охране окружающей природной среды»);

3) законы, касающиеся надзорных актов;

4) законы, касающиеся вопросов возмещения вреда здоровью (например, Федеральный закон «об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»).

В Проекте нормативного акта «О здравоохранении в РФ», под здравоохранением понимается «социально-экономические и медицинские мероприятия, направленные на сохранение и повышение уровня здоровья населения», а под системой здравоохранения понимается «совокупность лиц, осуществляющих деятельность в области здравоохранения, а также органов государственной власти и органов местного самоуправления, обладающих компетенцией в области здравоохранения и взаимодействующих в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в целях сохранения здоровья граждан и оказания им медицинской помощи»[1].

Под сферой здравоохранения понимается институциональные единицы (сектор государственного управления, представленный органами исполнительной власти и медицинскими организациями различных организационно-правовых форм), осуществляющие социально-экономические мероприятия по охране здоровья граждан и оказывающие социально значимые медицинские услуги.

Государственное регулирование в сфере здравоохранения следует рассматривать как комплекс мер, действий, применяемых государством для коррекции процесса управления системой здравоохранения в условиях модернизации. Дополнительным аргументом в пользу того, что государственное регулирование следует рассматривать как одну из составных частей государственного управления, является характер отношений собственности на имущество, которое является объектом управления.

В современной действительности стратегические интересы России настоятельно требуют развития системы здравоохранения как отрасли,

обеспечивающей воспроизводство населения, поддержание и укрепление здоровья граждан.

Глобальные и внутренние вызовы развития российской государственности обуславливают важность совершенствования общественного здоровья — главной составляющей ресурсного потенциала экономического и социального процветания страны.

Поскольку с состоянием здоровья населения тесным образом связаны качество профессиональной деятельности граждан, воспроизводство трудового потенциала, эффективность и безопасность государства в целом, в теоретическом и практическом аспекте актуализируются вопросы развития здравоохранения, в наибольшей степени соответствующие ожиданиям общества и учитывающие факторы, определяющие развитие медицинской отрасли на долговременную перспективу.

Законом РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» были заложены основы новой бюджетно-социально-страховой модели здравоохранения в России. При этом были использованы достижения зарубежного опыта, а также учитывались многолетние традиции бесплатной медицинской помощи населению страны.

Центральное место в новой отечественной модели занимает медицинское страхование, рассматриваемое как форма социальной защиты населения в сфере охраны здоровья. Медицинское страхование представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. В основе медицинского страхования лежит формирование фондов денежных средств, из которых оплачиваются услуги по оказанию медицинской помощи при обращении застрахованного в медицинское учреждение.

Создание государственных внебюджетных фондов (пенсионного, занятости, социального страхования, обязательного медицинского страхования) явилось первым организационным шагом в попытке формирования системы социального страхования в России.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая, т.е. факт оказания медицинской услуги. Экономическая база медицинского страхования — предварительно формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются медицинские услуги.

При обязательном медицинском страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, бездефицитность их финансирования и обеспечение социальных гарантий при оказании услуг застрахованным.

Роль основной финансирующей организации, в соответствии с принятыми в 1993 году поправками к вышеуказанному закону, выполняли территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС) как экономически самостоятельные некоммерческие структуры.

Обязательное медицинское страхование в России реализуется на основе разработки базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования. Базовая программа данного вида страхования разрабатывается Министерством здравоохранения Российской Федерации с участием Федерального фонда ОМС и утверждается Правительством Российской Федерации. На ее основе правительства субъектов Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы ОМС.

С 1998 года Правительством Российской Федерации ежегодно утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, составной частью которой является Базовая программа обязательного медицинского страхования.

Для развития конкурентного рынка медицинских услуг и социальной защиты застрахованных граждан большое значение имели установленные в Законе РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской

Федерации» права и обязанности страховых медицинских организаций: свободный выбор медицинских учреждений для заключения договоров на оказание медицинской помощи, участие в их аккредитации, участие в определении тарифов на медицинские услуги, предъявление судебных исков медицинским учреждениям и работникам на материальное возмещение ущерба застрахованным гражданам, контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договора и др.

Таким образом, в 1990-е годы в России был осуществлен переход от государственно-бюджетной модели здравоохранения к бюджетно-социально-страховой.

Для развития конкурентного рынка медицинских услуг и социальной защиты застрахованных граждан большое значение имели установленные в ФЗ №1499-1 права и обязанности страховых медицинских организаций: свободный выбор медицинских учреждений для заключения договоров на оказание медицинской помощи, участие в их аккредитации, участие в определении тарифов на медицинские услуги, предъявление судебных исков медицинским учреждениям и работникам на материальное возмещение ущерба застрахованным гражданам, контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договора и др.

Разумеется, созданная в 1990-е годы модель медицинского страхования была не лишена существенных недостатков. К ним относится тенденция к сильной децентрализации управления и финансирования здравоохранения. Это проявилось в создании множества автономных территориальных фондов и программ медицинского страхования на территориальном уровне. Возникло много управленческих структур, дублирующих друг друга. Возросли транзакционные издержки, связанные с содержанием административного аппарата страховых медицинских компаний, а при слабом государственном регулировании рынка страхового медицинского обслуживания усилилась коммерциализация в здравоохранении, что привело к росту стоимости медицинских услуг.

При неблагоприятном сценарии развития экономики создаются серьезные трудности по введению нормативного регулирования платности медицинского обслуживания, а также следует ожидать институционального выделения элитного платного сектора здравоохранения и дальнейшего усиления поляризации населения в получении медицинской помощи.

Модернизация системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации предполагает более четкое определение обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Объем и состав медицинской помощи, которые государство реально может бесплатно предоставить всем гражданам в рамках системы обязательного медицинского страхования, должны быть сбалансированы с выделяемыми финансовыми средствами на эти цели. Одновременно должен быть усилен вневедомственный контроль за обеспечением доступности гарантируемого в системе обязательного медицинского страхования пакета медицинских услуг и лекарств для всех граждан. Все это будет противодействовать широкому использованию неформальных («теневых») платежей в здравоохранении. Расширение форм и способов участия населения в финансировании негосударственного сектора здравоохранения будет сопровождаться развитием добровольного медицинского страхования. Через развитие системы легальных платежей населения за оказание медицинских услуг, государственное регулирование легальных цен на монопольно предоставляемые медицинские услуги можно косвенно, но эффективно воздействовать на теневой рынок[13].

Основной смысл проводимых в здравоохранении преобразований заключается в создании регулируемого рынка медицинских услуг при соблюдении принципа общественной солидарности и удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи.

В марте 2003 года Правительством Российской Федерации была утверждена Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Ее целью являлось обеспечение условий устойчивого

финансирования медицинских организаций для предоставления населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Опыт реализации Концепции модернизации системы ОМС в РФ показал, что модернизация без существенного увеличения объемов финансирования здравоохранения страны не дает положительных результатов в плане повышения доступности и качества медицинской помощи, роста технической оснащенности здравоохранения и квалификации медицинского персонала, улучшения показателей здоровья населения.

В 2005 году совокупная базовая ставка ЕСН в фонды ОМС была снижена с 3,6 % от заработка работника до 2,8 %. При этом в соответствии с Концепцией модернизации системы ОМС в Российской Федерации произошла централизация доходов в Федеральном фонде ОМС, базовая ставка ЕСН в который возросла с 0,2 % заработка до 0,8 %. Это повысило его возможности по выравниванию условий финансирования базовой программы ОМС в регионах Российской Федерации. Однако базовая ставка ЕСН в территориальные фонды ОМС снизилась с 3,4 % до 2 %. Последнее обстоятельство обострило финансовое положение территориальных фондов ОМС, которые испытывали хронический недостаток финансовых ресурсов из-за неполной уплаты платежей за неработающее население из региональных бюджетов.

В 2006 году произошла дальнейшая централизация ресурсов в Федеральном фонде ОМС путем повышения базовой ставки ЕСН, зачисляемого в него, с 0,8 % заработка до 1,1 %. При этом одновременно была снижена базовая ставка ЕСН, зачисляемого в Фонд социального страхования РФ, с 3,2 % до 2,9% заработка. Таким образом, произошло перераспределение доходов от ЕСН в пользу Федерального фонда ОМС.

В 2009-2011 годах в России были приняты федеральные законы по дальнейшей модернизации системы социального страхования. В частности, в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского

страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» единый социальный налог был заменен на страховые взносы на обязательное социальное страхование, включая ОМС.

На 2010 год были установлены следующие тарифы страховых взносов: в ФФ ОМС — 1,1 %, ТФ ОМС — 2%. При этом годовой заработок работника — база для начисления взносов не должна была превышать 415 000 руб. В 2011 году тарифы страховых взносов повысились: в Федеральный фонд ОМС — до 2,1 %; в территориальные фонды обязательного медицинского страхования — до 3 %. С 2012 года в соответствии с указанным выше законом, который стал именоваться «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», взносы на ОМС уплачиваются работодателями в Федеральный фонд ОМС по тарифу 5,1 %, который распределяет финансовые ресурсы по ТФ ОМС[22].

В 2010 году был принят Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[2], цель которого — усилить гарантии прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Он определяет принципы ОМС. Это, в частности, всеобщий характер, доступность и качество медпомощи, автономность его финансовой системы. В законе закрепляются правовой статус участников ОМС и механизм их взаимодействия, полномочия госорганов в этой сфере. Предусмотрена разработка базовой и территориальных программ ОМС. Базовая программа действует на всей территории России, а территориальная — в пределах субъекта Федерации, где выдан полис ОМС. Застрахованное лицо может выбирать медицинскую организацию и лечащего врача, работающих в системе ОМС. Их перечень доступен на официальных сайтах территориальных фондов ОМС. Сменить страховую медицинскую организацию можно один раз в год, чаще — если меняется место жительства граждан. Введен уведомительный порядок участия в системе ОМС любых медицинских организаций, а также частнопрактикующих врачей. Они включаются в специальный реестр. Тарифы на оплату медпомощи устанавливаются

соглашением между уполномоченным региональным органом, ТФ ОМС, представителями медицинских и страховых организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профсоюзов медработников. С 2013 и 2014 году финансирование соответственно скорой медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС, что ведет к существенному росту расходов на ОМС. Новым законом предусмотрены централизация финансирования ОМС в Федеральном фонде ОМС и усиление контроля страховых медицинских организаций за деятельностью учреждений здравоохранения с увеличением размера финансовых санкций за выявленные нарушения. Численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, в 2012 году составила 141,2 млн человек; в том числе 54,6 млн работающих граждан и 86,6 млн неработающих граждан.

В 2011 году при масштабной поддержке государственных органов управления и Федерального фонда ОМС началась реализация региональных программ модернизации здравоохранения. Их утвержденная стоимость за счет всех источников финансирования на 2011-2012 гг. составила 623,6 млрд руб. Главными итогами программ, пролонгированных на 2013 год, являются модернизация инфраструктуры здравоохранения регионов Российской Федерации, включая ее информатизацию, новая система организации работы медицинских учреждений на основе единых порядков оказания медицинской помощи и стандартов, повышение оплаты труда медицинских работников.

Принятый в 2011 году Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»[3] закрепил приоритет профилактических мероприятий в здравоохранении, определил в качестве ключевого элемента формирование здорового образа жизни населения.

В медицинской отрасли предлагается осуществить структурные сдвиги, внедрять новые технологии, прежде всего информационные. При этом не менее важно обеспечить увеличение оплаты труда медицинского персонала, уровня финансирования медицинских организаций и материально-технической оснащенности, систематическое повышение квалификации медперсонала с

последующей переаттестацией. Кроме того, в Российской Федерации необходимо формировать институты гражданского общества по защите прав пациентов (ассоциации) по примеру развитых стран.

Комплексный подход к определению важнейших факторов риска жизни и здоровью населения РФ и политики снижения их уровня на программно-целевой основе с использованием методов социальной и медицинской профилактики отражен в утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации 24 декабря 2012 года № 2511-р государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения»[4]. на 2013-2020 года. Она включает в себя 11 подпрограмм, в том числе «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Планируется, что конечными результатами реализации госпрограммы станут, в частности, увеличение средней продолжительности жизни населения Российской Федерации до 74,3 лет, снижение распространенности важнейших факторов риска и смертности от основных причин. Отмечается, что в 60 субъектах РФ имеются и финансируются программы по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и формированию основ здорового образа жизни (комплексные и по отдельным направлениям). Из них в 15 субъектах Российской Федерации — комплексные программы, 10 из которых финансируются самостоятельно. Таким образом, существенной задачей для реализации данной подпрограммы является активность в разработке соответствующих программ во всех регионах страны, выполнение которых в условиях дотационности большинства региональных бюджетов требует развития государственно-частного партнерства[19].

Переход российской системы ОМС на одноканальное финансирование с 2013 года (оплата по полному тарифу) открывает перспективы для дальнейшего развития негосударственного сектора, поскольку это означает возможность доступа к государственному заказу.

В течение последних лет для отечественного здравоохранения была характерна структурная реорганизация, политика повышения внутриотраслевой эффективности. Однако расчет на имеющиеся внутренние резервы в новых

экономических и социально-политических условиях не оправдал себя в ожидаемом объеме. Кроме того, значительные финансовые вложения в рамках реализации национальных проектов в социальной сфере, позволившие в значительной степени обновить материально-техническую базу медицинских учреждений, не стали определяющими в ходе проводимых реформ, что обусловило важность формирования необходимой инновационной среды, системного решения проблем модернизации, включая совершенствование управленческой деятельности.

Целью совершенствования российской системы здравоохранения в настоящее время в контексте анализа стратегий развития данной сферы общественных отношений становится улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности лечебно-профилактических учреждений при повышении эффективности использования финансовых, материальных, кадровых и иных ресурсов. Важнейшей стратегической целью на ближайшие годы обозначено осуществление инновационного прорыва в развитии сферы здравоохранения. По сути, трендом развития здравоохранения становятся стратегическое планирование, внедрение современных медицинских технологий, уникальных методик лечения, эффективное использование кадровых ресурсов, ориентирование населения на заинтересованность в здоровом образе жизни.

Несмотря на имеющиеся трудности, российское здравоохранение постепенно приобретает новый качественный уровень, расширяя возможности лечения многих заболеваний, предоставляя населению медицинские услуги более широкого спектра и более высокого качества.

Достижение стоящих перед здравоохранением задач, а также реализация стратегии его развития предъявляют спрос на новые научные и практические разработки в части формирования инновационных ресурсов развития, рационального использования имеющихся в настоящее время в медицинской отрасли резервов, становления конкурентоспособного рынка медицинских услуг,

повышения ответственности производителей медицинских товаров перед гражданами страны.

Представляется, что государственная политика в сфере здравоохранения должна включать вопросы формирования региональной системы здравоохранения в целях реализации стратегических национальных приоритетов страны и региона, развитие соответствующей инфраструктуры здравоохранения и эффективное управление имущественным комплексом, совершенствование механизма финансово-экономических отношений и экономической политики, направленной на эффективное использование бюджетных (внебюджетных) средств, т. е. необходимость финансирования учреждений здравоохранения, нацеленных на достижение результата, а не финансирование «содержания учреждений», совершенствование механизма взаимодействия между участниками процесса в здравоохранении, управление деятельностью на основе системного подхода и др[28].

В 2016 году медицинскими организациями государственного сектора здравоохранения (государственные учреждения здравоохранения, территориальные учреждения здравоохранения (республиканские, краевые, областные учреждения (организации)), муниципальные учреждения здравоохранения) владелец имущества (государство) непосредственно управляет ими и распоряжается в полной мере.

В деятельности медицинских организаций негосударственного сектора здравоохранения государство участвует опосредованно, то есть посредством определенных элементов механизма регулирования основных направлений их деятельности, что, по сути, является ограниченным (внешним) управлением.

Таким образом, переход России к рыночным отношениям привел к появлению платных медицинских услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения государственного сектора сверх предлагаемых программой государственных гарантий, так и медицинскими организациями негосударственного сектора. Именно это и явилось поворотной точкой в институциональных преобразованиях отечественной системы здравоохранения. Становлению и развитию негосударственного сектора способствовали неэффективность

государственного здравоохранения, выражающегося в ухудшении показателей здоровья населения, и растущему теневому обороту, сопровождающемуся неофициальными платежами пациентов.

Среди населения нашей страны увеличивается класс потребителей медицинских услуг, готовых оплачивать из собственных средств качественное медицинское обслуживание, что способствует дальнейшему развитию платного здравоохранения как в государственном, так и в негосударственном секторах.

Также выявив нормативную базу системы управления здравоохранением можно сделать вывод, что она включает в себя большой массив законов, которые находят своё применение в повседневной практике. Характеризуя общую картину правовой базы, необходимо отметить достаточно сильную роль государства в вопросах регламентации медицины.

2.2. Проблемы и перспективы реформы здравоохранения

Реформа здравоохранения в Российской Федерации — перестройка системы здравоохранения, исполняемая в России.

Реформа ориентирована на создание критериев, которые дадут возможность производить не только лечение и профилактику болезней, однако и гарантировать оказание высококачественной и легкодоступной медицинской поддержки, проводить научные изучения и подготовку медицинских и фармацевтических сотрудников, а еще помогать и совершенствовать материально-техническую систему здравоохранения Российской Федерации.

В данном параграфе автор ставит перед собой задачу, выявить проблемы и перспективы реформы здравоохранения в Российской Федерации.

Положение здравоохранения в Российской Федерации характеризуется с финансовой точки зрения 2-мя главными проблемами:

- несбалансированностью государственного залога предоставления безвозмездной медицинской помощи и их денежного обеспечения;

– незавершенностью вступления страховой системы финансирования здравоохранения; сочетания частей старой и новейшей систем финансирования.

Введение ОМС рассматривалось до этого только как средство получения обещанных источников финансирования и роста финансирования потоков в здравоохранение. Хотя затраты страны на здравоохранение сократились в наименьшей степени, нежели на образование и сферу культуры, данных средств мало для содержания имеющейся сети мед. учреждений.

Появление мед страхования преследовало вторую главную цель – увеличение эффективности системы здравоохранения. Для данного достижения нужно оперировать последующими принципами:

- организационное деление тех, кто предоставляет гражданам те или иные медицинские услуги, и тех, кто их оплачивает;
- появление конкурентной борьбы между изготовителями услуг из-за приобретения денежных средств;
- стимулирование конкурентной борьбы между клиентами, которые выступают посредниками между гражданами и медицинскими учреждениями, из-за вовлечения средств граждан;
- обеспечение права пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника.

Однако стоит отметить, что за последнее десятилетие здоровье нации резко ухудшилось. Средняя длительность жизни людей на 10-12 лет ниже, нежели в государствах с развитой экономикой. Смертность народонаселения возросла на 12,2 %, в том числе лиц в трудоспособном возрасте — на 9,6 %. Высочайшими сообразно сопоставлению со среднеевропейскими признаками остаются значения материнской, младенческой и детской смертности. Лишь тридцать процентов детей в возрасте до 16 лет здоровы. Также продолжает увеличиваться необходимость в медицинской поддержке, так как длительность болезни очень долгая и тяжелая. Так же продолжает увеличиваться число заболевших, чья болезнь является очень серьезной и требует огромных затрат на ее лечение.

Стоит заявить, о том, что в системе здравоохранения накопились последующие серьезные проблемы:

Ограниченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, неимение профилактики болезней, а еще несбалансированность их с имеющимися экономическими ресурсами. Как следствие данного нарастает платность медицинской поддержки, при этом в неконтролируемых формах. Обеспечение медицинской помощью народонаселения снижается, при этом в более трудном расположении оказываются менее обеспеченные круги людей. Возникла необходимость в уточнении системы государственной гарантии, обязательной долей которой появляется профилактика болезней.

Образовавшаяся система ОМС никак не гарантирует значительного влияния на ресурсы здравоохранения. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации никак не исполняют собственные обещания сообразно уплате страховых вкладов на ОМС неработающего народонаселения в полнейшем размере. Значительно обострилась неувязка неравенства регионов сообразно уровню финансирования здравоохранения. Централизуемая в Федеральном фонде ОМС дробь налоговых платежей мала для выравнивания критериев финансирования территориальных программ ОМС. Активность страховых медицинских организаций никак не сумела значительно воздействовать на отдачу применения средств ОМС. Отсутствуют действующие связи привлечения средств людей и организаций в систему ОМС.

Уже существующие в системе здравоохранения ресурсы применяются неэффективно. Имеющаяся система оказания медицинской помощи характеризуется лишней сетью медицинских учреждений с невысоким материально-техническим оснащением; доминированием стационарной поддержки, малой приоритетностью первичной медико-санитарной поддержки, слабым развитием сети предназначенных медицинских учреждений профилактической направленности, недостаточной мотивацией медицинского персонала к высококачественной работе.

Основной целью реформы здравоохранения является повышение доступности и свойства медицинской помощи для широких слоев народонаселения.

К данной цели подходят последующие направления и определенные события реформы.

Гарантируемые размеры медицинской помощи конкретизируются на базе стандартизации медицинских технологий, содержащих профилактику болезней. Для всякого вида болезней на федеральном уровне разрабатываются и утверждаются стереотипы медицинской помощи, включающие списки медицинских услуг и лечебных средств, а еще методы исполнения медицинских услуг, единичные для всей страны. На их базе субъекты Российской Федерации разрабатывают клинко-экономически стереотипы, конкретизирующие запросы федеральных стереотипов и имеющие оценку цены предложения медицинской помощи.

В случае если предусмотренные клинко-экономическим стандартом медицинские услуги не могут быть предоставлены в связи с наличием медицинских противопоказаний к их использованию, гарантируется оказание медицинской помощи, никак не предусмотренной клинко-экономическим эталоном, будто подразумевает наиболее высочайшую степень принятия решения — докторской комиссией медицинской организации. Таковой подход с одной стороны гарантирует конкретизацию размеров безвозмездной помощи, а с иной — сохраняет нужную свободу доктора при принятии решения.

Модернизация системы ОМС подразумевает:

а) упорядочение расположения субъектов правоотношений сообразно ОМС;

б) окончание перевода системы ОМС и в целом ветви здравоохранения на страховые взгляды. Работающая бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения обязана быть преобразована в систему финансирования, основанную на страховом принципе, то имеется двухканальная система поступления денежных средств в медицинскую организацию обязана скинуть пространство в большей степени одноканальной системе;

в) перемещение доли денежной ответственности в негосударственный раздел. Страховые медицинские организации обязаны являться информированными клиентами медицинской помощи в интересах застрахованных. Роль страховых

медицинских организаций в системе ОМС нужно для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в охране прав больных и в увеличении отдачи применения ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкурентной борьбе страховых медицинских организаций друг с другом застрахованных. Одним из основных условий достижения конкуренции — это реальный выбор самими застрахованными страховой медицинской организации;

г) улучшение денежной базы системы ОМС за счет реализации территориальных программ и наиболее жестких обещаний бюджетов субъектов Российской Федерации согласно ОМС неработающего народонаселения. Страховые вклады субъектов Российской Федерации на ОМС неработающего народонаселения обязаны вводиться в объеме никак не наименьшем, нежели величина, обеспечивающая сбалансированность суммы средств из всех источников, специализированных для финансирования базисной программы ОМС, и ее цены.

В ряду основных событий согласно совершенствованию предложения медицинской помощи находится:

а) снабжение приоритетного становления первичной медико-санитарной помощи с упором на профилактику болезней, воплощение программы становления единых докторских практик. В ближайшие два года новейшим диагностическим оборудованием нужно оснастить более десяти тысяч городских поликлиник, так же в их число входит оснащение местных сел, клиник и фельдшерских пунктов. Заработная плата медицинских сотрудников, а именно врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров должна вырасти в среднем на десять тысяч рублей, а заработная плата младшего медицинского персонала не менее чем на пять тысяч рублей. Будет обеспечена подготовка наиболее десятка тысяч участковых врачей и врачей общей практики, так же планируется обновить автопарк «скорой медицинской помощи», включая покупку реанимобилей, медоборудования и передовых систем взаимосвязи;

б) повышение доступности наиболее высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии в первую очередь для лечения детей.

Количество людей, коим из-за счет федерального бюджета станет оказана сверхтехнологичная медицинская помощь, обязана увеличиться хотя бы в три раза.

в) смещение доли размеров медицинской помощи со стационарного на амбулаторный шаг, ограничение доли лишних мощностей клиник, их внедрение для реабилитационного лечения и предложения медико-общественной поддержки;

г) преобразование значимой доли медицинских учреждений в новейшие организационно-правовые формы муниципальных (городских) самостоятельных учреждений и самостоятельных некоммерческих организаций, владеющие большей самодостаточностью в применении ресурсов и получающие данные ресурсы за итоги своей собственной деятельности;

д) обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты определенных размеров медицинской помощи;

е) переход к новой системе оплаты труда медицинских сотрудников.

В целом данные меры станут содействовать положительным преобразованиям в системе здравоохранения, сформируют культуру здоровья у народонаселения, повысят ответственность граждан за состояние собственного здоровья, улучшат экономическое обеспечение отрасли, улучшат финансовое обеспечение отрасли, повысят качество и доступность медицинской помощи, усилят ее профилактическую направленность.

Станут доступны приоритетные программы становления на базе усовершенствования инновационной привлекательности.

Снабжение доступа людей к действенным, безвредным и высококачественным лечебным средствам, создание комплексной программы лечебного обеспечения отдельных категорий людей.

Для снабжения народонаселения действенными, не опасными и высококачественными лечебными средствами станут решены последующие задачи:

– введение дополнительного медицинского страхования лечебного обеспечения людей (лечебное застрахование);

– улучшение системы государственного регулирования цен на лекарственные препараты;

– улучшение государственного контроля деятельности субъектов обращения лекарственных средств с учетом международных регуляторных притязаний.

Намечается создание приоритетной направленной деятельности страны в сфере обеспечения людей высококачественными, действенными, не опасными и легкодоступными лекарственными препаратами.

Весьма не положительная ситуация связана с охраной здоровья матерей и детей, репродуктивного здоровья народонаселения Российской Федерации при сформировавшейся общественно-демографической ситуации за последние годы складывается не лучшим образом, именно поэтому данное становится одним из основных критериев эффективности здравоохранения. Запланированный комплекс мер сообразно созданию действенной системы охраны материнства и детства, репродуктивного здоровья, будет способствовать обеспечению единой государственной политики и поддержки в этой области, совершенствованию законодательной и нормативной базы; сохранению и укреплению здоровья мамы и малыша, профилактике нарушений репродуктивного здоровья народонаселения.

Реализация поставленных задач будет реализовываться за счет:

а) расширения и интенсификации профилактической деятельности подключая всеобщую диспансеризацию деток;

б) расширения видов специальной и сверхтехнологичной медицинской поддержки;

в) введения сверхтехнологичных способов диагностики и профилактики наследственных и врожденных болезней, пороков развития у деток;

г) развития перинатальной поддержки;

д) воплощения системы действенных мер сообразно сохранению и возобновлению репродуктивного здоровья;

е) исследования и реализации мер сообразно улучшению характеристик самочувствия молодых людей, в том числе молодым людям допризывного и призывного возрастов.

Одним из важных качеств реформирования здравоохранения считается укрепление и улучшение мер, нацеленных на профилактику общественно

обусловленных болезней (инфекционных и массовых неинфекционных) и понижение риска воздействия не очень благоприятных причин среды обитания на народонаселение.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия народонаселения Российской Федерации станет продолжено воплощение событий, нацеленных на понижение уровня инфекционной заболеваемости, профилактику, обнаружение и устранение воздействия вредоносных и небезопасных факторов среды, влияющих на самочувствие человека, снабжение санитарно-карантинного контролирования в пунктах на пересечениях с границей Российской Федерации, недопущение распространения инфекционных заболеваний при заносе на территорию Российской Федерации.

Для становления нормативного правового регулирования в сфере обеспечения благоденствия человека будут поставлены, с учётом степени риска причинения ущерба, необходимые запросы санитарно-эпидемиологической сохранности среды обитания человека, продукции, процессов изготовления, эксплуатации, сохранения, перевозки, реализации и утилизации.

Будут набирать обороты мероприятия связанные с борьбой алкоголизма и наркомании, а также развитию здорового образа жизни. Повышение квалификации и переподготовки сотрудников здравоохранения.

С целью увеличения свойства подготовки профессионалов в системе постоянного профессионального образования и конкурентоспособности российского диплома о высшем профессиональном образовании, реализации первоочередных событий, также станет гарантированно окончание формирования системы медицинского и фармацевтического воспитания в согласовании с международными требованиями.

Станет улучшаться единая государственная система контролирования качества подготовки профессионалов на всех этапах образования.

Государственный заказ на подготовку сотрудников здравоохранения станет соответствовать дифференцированным нормативам необходимости в разных обликах медицинских услуг, предусматривающим региональные индивидуальности

организации работы и размещения сети медицинских учреждений, демографическую обстановку и динамику самочувствия народонаселения, а еще необходимость восстановления профилактики болезней.

Переходя от проблем к перспективам реформ здравоохранения, стоит указать, что среди многочисленных задач реформы здравоохранения основными являются:

- придание здравоохранению статуса важного фактора и элемента системы сохранности страны в целом;
- демонополизация государственного здравоохранения;
- поиск и осуществление других источников финансирования, формирование дополнительных коммерческих услуг, адекватных материальным возможностям практически каждого человека;
- структурная перестройка системы здравоохранения;
- приоритетное формирование первичной медико-социальной поддержки на принципах единой врачебной и семейной практики.

Очевидно, что структурная реформа здравоохранения, упорядочение оказания медицинской помощи обязаны исполняться с учетом медико-демографической ситуации в стране и базироваться на определении соответственных ценностей в охране здоровья народонаселения в целом.

Основные аспекты в данном направлении должны быть нацелены на:

- снижение уровня потребления табачных изделий;
- усовершенствование системы качественного питания;
- повышение физической активности людей ;
- понижение употребление спиртосодержащих напитков;
- профилактику потребления наркотиков;
- профилактику ВИЧ-инфекции и болезней, передающихся половым путем;
- профилактику и коррекцию повреждающего деяния антропогенных причин, усовершенствование качества окружающей среды;
- снабжение широкого охвата народонаселения иммунизацией.

Исправление действия отмеченных причин, в особенности связанных с образом жизни, обязана привести к понижению смертности, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин (несчастливые случаи, кишечной инфекции, травмы).

Исходя из данного, необходимо создание научно-аргументированной концепции охраны здоровья народонаселения Российской Федерации в условиях социально-экономических реформ, главной целью которой стало бы создание благополучия в состоянии здоровья народонаселения.

В связи с этим уже сейчас следует:

- сформировывать у народонаселения мотивацию к здоровому образу жизни;
- облагораживать общественную и окружающую среду;
- гарантировать правовое равенство граждан в сфере охраны здоровья;
- увеличивать профилактическую направленность в деятельности всех служб, связанных с охраной здоровья народонаселения.

Заключение

Здравоохранение - совокупность мер, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья человека, предоставление ему медицинской помощи. Для того, чтобы эти меры осуществлялись необходимо наличие специальных социальных институтов с определенной структурой управления . Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) понимает под системой здравоохранения все организации, институты, ресурсы и людей, основной целью которых является укрепления здоровья.

Как и любая сфера здравоохранение регулируется системой нормативно-правовых актов: Конституция Российской Федерации, нормы международного права, федеральное и региональное законодательство, указы Президента, постановления правительства, приказы Минздрава.

Повышение качества и уровня охраны здоровья населения остается актуальной задачей для здравоохранения Российской Федерации и требует дальнейшего развития системы управления качеством охраны здоровья как на уровне органов управления здравоохранением, так и во всех медицинских организациях.

Следует отметить, что переход России к рыночным отношениям привел к появлению платных медицинских услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения государственного сектора сверх предлагаемых программой государственных гарантий, так и медицинскими организациями негосударственного сектора. Среди населения нашей страны увеличивается класс потребителей медицинских услуг, готовых оплачивать из собственных средств качественное медицинское обслуживание, что способствует дальнейшему развитию платного здравоохранения как в государственном, так и в негосударственном секторах.

В рамках реализации Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации на законодательном уровне предпринимаются попытки решения проблемы повышения качества государственных (муниципальных) услуг в данной социально значимой сфере.

Что же касается реформы здравоохранения, то данный вопрос, остается открытым, в связи с тем, что на данный период времени цели и задачи, которые были поставлены для усовершенствования системы здравоохранения не воплотились в реальность.

Во-первых, срочно необходимо пересмотреть систему оплаты труда врачей и младшего медицинского персонала. Согласитесь, что с окладом в 10 тысяч рублей, не один уважающий себя специалист, скорее всего не будет по должному выполнять свою работу, а различные бонусы и премии правительства, якобы за отличную работу, должны быть гарантированы и включены в минимальный оклад. Этот вопрос очень актуален, так как от того, как хорошо и эффективно будет выполнять свою работу врач, от этого целиком и полностью будет зависеть здоровье граждан. Поэтому необходимо создавать некий стимул для врачей, чтобы их работа становилась лучше, то есть быть заинтересованным в том, чтобы их пациенты быстрее выздоровели. Здесь можно даже вернуться к «хорошо забытому старому», назад в СССР когда были доски почета, так же дополнительно их премировать, содействовать в написании их научных трудов и печати в медицинской литературе.

Во-вторых, вакансии медицинских сотрудников на рынке труда, сейчас их по последним данным, достаточно большое количество. А проводимые опросы среди выпускников медицинских Вузов гласят о том, что одной из первых причин по которым они не идут на работать в государственные медицинские учреждения – это маленькая заработная плата, а в наибольшем приоритете работа в частных медицинских учреждениях, где зарплаты в разы больше, либо как сейчас принято говорить, идут работать на хорошую должность по знакомству. Именно поэтому данный вопрос можно соотнести с тем, что следует рассмотреть вопрос о повышении зарплаты для врачей.

В-третьих, это финансирование здравоохранения. Принимая определенные программы по совершенствованию и реформированию здравоохранения государство выделяет незначительную сумму, которая не покрывает всех требуемых затрат. Здесь как раз следует привести в пример то, что Правительство Российской

Федерации сократило бюджет на программу охраны здоровья матери и ребенка, что на мой взгляд является немного непредсказуемым со стороны государства.

Также в проводимой реформе здравоохранения Российской Федерации наблюдаются и положительные стороны, такие как:

- совершенствование системы ОМС, со стороны государства здесь произошло увеличение бюджетного фонда на 10%;

- всего пару лет назад, гражданам стала доступна функция записи на прием к врачу через интернет. Это нововведение весьма облегчило данную процедуру, сейчас практически каждый без труда сможет записаться на прием не только себя, но и своих близких. Также стоит отметить что в самое ближайшее время гражданам станет доступна услуга выдачи электронных больничных листов.

- также гражданам стала доступна возможность получения рецепта у врача не только в письменном виде, но и в электронном.

- в связи с обострившейся ситуацией заболевания населения инфекционными болезнями, в стране стали создаваться условия, которые помогут определить гражданам, подверглись ли они данному заболеванию в самые короткие сроки, для того чтобы начать лечение. Так же, в основном среди молодежи проводятся различные мероприятия направленные на профилактику инфекционных заболеваний.

- невозможно не упомянуть о том, что наша страна и по сей день пытается бороться с людьми, которые подвержены зависимости, не только алкогольной, никотиновой, но прежде всего наркотической. На тропу войны с этой зависимостью, вышло не только государство, которое из года в год создает законы: запрещающие курить в общественных местах, провоз наркотических веществ на территорию России и т.д., но и так же производители, которые на упаковках с изделиями, большими буквами пишут о вреде данного продукта. Так же школы и институты, в которых проводятся классные часы повествующие о вреде курения и запрещенных препаратах и т.д

В завершение стоит сказать о том, что проводимая в стране реформа здравоохранения не должна быть скоротечной и не обдуманной, а наоборот обоснованной показателями социальной и экономической эффективности.

Список использованной литературы

Нормативно-правовые акты

1. «О здравоохранении в Российской Федерации»: Федеральный закон от 14.02.2012, № 98042437-2 // СПС «КонсультантПлюс».
2. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: Федеральный закон от 29.11.2010, № 326-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».
3. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 21.11.2011, № 323-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».
4. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»: Постановление Правительства РФ от 15.04.2014, №294 // СПС «КонсультантПлюс».
5. «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения»: Приказ Федеральной службы государственной статистики от 22.11.2010, № 409 // СПС «КонсультантПлюс».

Литература

6. Алелеков А.Н. История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летнему его юбилею 1707-1907 гг. - М., 2013. - 802 с.
7. Архив судебной медицины и общественной гигиены. - СПб., 2014. - 332 с.
8. Балов А. Меры к охранению народного здравия в конце XVIII века в России // Медицинская беседа, 2012, № 23. - С. 675 - 676.
9. Больница в СССР // Медицинская энциклопедия. - URL: <http://www.medical-enc.ru/2/bolnica.shtml> (дата обращения: 27.04.2017).
10. Варадинов Н.В. История Министерства внутренних дел (1802 - 1852). - URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/3677-ch-1-period-pervoachalogo-uchrezhdeniya-ministerstv-s-8-sekt-1802-g-po-1809-g-vklyuchitelno-1858#page/1/mode/grid/zoom/1> (дата обращения 18.03.2017).

11. Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России. - URL: <http://padabum.com/d.php?id=17592> (дата обращения 26.03.2017).

12. Виноградов Н.А., Дерябина В.Л. Здоровоохранение // Большая советская энциклопедия. - URL: <http://eNsc.lib.rus.ec/bse/008/045/265.htm> (дата обращения: 30.04.2017).

13. Власенкова В.О. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования // Финансы, 2009, № 9. - С. 26-31.

14. Гагаринов А.В. Правовые основы здравоохранения. – М.: Изд-во «Academia», 2014. – 192 с.

15. Гончарова С.Г., Егорышева И.В. Заслуги Л.Ф. Рагозина в организации врачебно-санитарного дела в дореволюционной России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2010, № 6. - С. 59-60.

16. Гришин В.В., Мирский М.Б., Данилишина Е.И. и др. Больничные и страховые кассы (Отечественный опыт медицинского страхования). / Под ред. О.П. Щепина. - М., 2011. - 240 с.

17. Дементьев. Е.М. Врачебная помощь фабричным рабочим. - СПб., 2011. - 260 с.

18. Жбанков Д.Н. О ведомостях о заразных болезнях // Врач, 2014, № 49. - С. 1232-1233.

19. Жильцова К. Н., Егорова Е. В.. Экономика и управление социальной сферой: Учебник для бакалавров. - М.: Изд-во «Дашков и К», 2015. - 496 с.

20. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. - М., 2009. - 352 с.

21. Здоровоохранение // Большая советская энциклопедия - URL: <http://eNsc.lib.rus.ec/bse/008/106/997.htm> (дата обращения 27.04.2017).

22. Здоровоохранение в России. Статистический сборник - URL: http://www.statproject.ru/load/statisticheskie_sbor№iki/statisticheskie_sbor№iki/zdravookhra№e№ie_v_rossii/26-1-0-128 2010 (дата обращения:27.04.2017).

23. Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Гришин В.В. и др. Медицинское страхование. - М., 2010. - 142 с.

24. Карпов Л.Н. Земская санитарная организация в России - URL: <http://knowledge.su/z/zemskaya-meditsina> (дата обращения 30.03.2017).
25. Палкин Б.Н. Реформы в области организации медицинского дела в России конца XVIII века // Советское здравоохранение, 2013, № 3. - С. 67-70.
26. Палкин Б.Н., Андреевский С.С. Медицина в дореволюционной России. - М., 2010. - 64 с.
27. Петров Е.Ф. Собрание российских законов о медицинском управлении. - СПб., 2015. - 41 с.
28. Попович Л.Д., Потапчик Е.Г. Модернизация здравоохранения: новые ситуации и новые задачи. - М.: Изд-во «Дело» РАНХ, 2010. - 232 с.
29. Потапчик Е.Г., Шишкин С.В. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы // Здравоохранение, 2013, № 1. - С. 48-57.
30. Потулов Б.М. Ленин и здравоохранение // Краткая медицинская энциклопедия. - URL: <http://www.golkom.ru/kme/12/2-57-3-1.html> (дата обращения 30.04.2017).
31. Пруссак А.В. Из истории аптечного дела на Руси // Аптечное дело, 2013, № 6. - С. 59-72.
32. Сборник Русского исторического общества. – URL: http://mir.k156.ru/sirio/sirio_iindex.html (дата обращения 20.04.2017).
33. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. - URL: http://www.rusbibliophile.ru/Book/Frejberg_No_G_Vrachebno-sa_nitar (дата обращения 20.04.2017).
34. Ханьков Л.В. Журнал Министерства внутренних дел. – URL: http://www.shpl.ru/search/custom_search_do/?search_ (дата обращения 15.03.2017).