Содержание

[Введение 3](#_Toc452377652)

[I. Теоретико-методологические основы исследования государственной политики в сфере здравоохранения 8](#_Toc452377653)

[1.1 Социально-экономические функции и структура сферы здравоохранения 8](#_Toc452377654)

[1.2 Необходимость, методы и механизм государственного регулирования в сфере здравоохранения 18](#_Toc452377655)

[II. Государственное регулирование в сфере здравоохранения в России и за рубежом 31](#_Toc452377656)

[2.1. Реформирование системы здравоохранения и особенности ее регулирования в российской экономической системе 31](#_Toc452377657)

[2.2 Анализ государственной политики в области здравоохранения в зарубежной практике 45](#_Toc452377659)

[III. Современные аспекты регулирования системы здравоохранения 60](#_Toc452377660)

[3.1. Особенности реализации государственной политики России в сфере здравоохранения на современном этапе 60](#_Toc452377661)

[3.2. Актуальное состояние, проблемы и перспективы развития системы здравоохранения на примере г. Азова Ростовской области 74](#_Toc452377662)

[Заключение 90](#_Toc452377663)

[Список использованной литературы 94](#_Toc452377664)

# 

# Введение

В современной экономике человеческий ресурс играет основополагающую роль, в связи с чем в политике государства социальной сфере уделяется большое значение. Под понятием «социальная сфера» рассматривают совокупность различных отраслей: здравоохранение, образование, социальное обеспечение, коммунальные услуги, культуру и много другое, отчего напрямую зависит уровень жизни населения.

Здоровье населения считается одним из основных показателей качества жизни и уровня социально-экономического развития и защищенности государства. Поэтому сфера здравоохранения тесно взаимосвязана с другими стратегически важными отраслями страны.

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

Последствиями глубокого социального кризиса в России явилось резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни, деформация демографического и социального состава общества, подрыв трудовых ресурсов как основы развития производства, ослабление фундаментальной ячейки общества - семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала населения. Угрозой физическому здоровью являются кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ.

Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

Целью работы является рассмотрение теоретико-методологических основ государственной политики в сфере здравоохранения, выявление особенностей регулирования сферы здравоохранения в Россси и за рубежом, а также анализ развития системы здравоохранения на примере МБУЗ ЦГБ г. Азова Ростовской области. Выбор данной цели исследования обусловил необходимость постановки и решения комплекса взаимосвязанных задач:

* проанализировать социально-экономические функции и структуру сферы здравоохранения;
* обосновать необходимость, методы и механизм государственного регулирования в сфере здравоохранения;
* рассмотреть реформирование системы здравоохранения и особенности ее регулирования в российской экономической системе;
* проанализировать государственную политику в области здравоохранения в зарубежной практике;
* выявить особенности реализации государственной политики России в сфере здравоохранения на современном этапе;
* изучить актуальное состояние, проблемы и перспективы развития системы здравоохранения на примере г. Азова Ростовской области.

Различные аспекты социально- экономической политики развития здравоохранения в РФ исследовались в трудах российских и зарубежных ученых, занимающихся проблемами организации здравоохранения в современных условиях реформирования. Их работы содержат теоретические основы социально - экономической политики в сфере здравоохранения и практические рекомендации по его совершенствованию. Однако предлагаемые меры и правительственные программы в сфере здравоохранения пока не привели к существенному улучшению состояния здоровья населения РФ.

Объект исследования - сфера здравоохранения.

Предмет исследования - влияние государственной политики на сферу здравоохранения и ее развитие.

Информационно-эмпирическая база исследования основана на использовании нормативных актов, официальных материалов федеральных органов исполнительной власти, научно-исследовательских работ и исследований, а также монографий, научных докладов как в российской, так и в зарубежной науке.

Выпускная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы.

# Теоретико-методологические основы исследования государственной политики в сфере здравоохранения

# Социально-экономические функции и структура сферы здравоохранения

Охрана здоровья граждан - это первостепенная задача государства, обязательное условие нормальной жизнедеятельности любого общества и системе здравоохранения здесь принадлежит ведущая и координирующая роль. В соответствии с Конституцией Российской Федерации государство возлагает на себя ответственность за сохранение и укрепления здоровья населения и гарантирует охрану здоровья каждого гражданина. Согласно положениям, прописанным в Конституции и иных законодательных актах, охрана здоровья - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического характера, направленных на сохранение, и укрепление здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержание активной долголетней жизни.[[1]](#footnote-2)

Здравоохранение определяется как система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом.[[2]](#footnote-3)

В настоящее время здравоохранение имеет огромное социальное значение, уровень его научного развития не стоит на месте. Это крупнейший социальный институт, который занимается стратегически важными задачами. Современной науке и медицине делегированы такие важные аспекты как общественное и индивидуальное здоровье: его охрана и укрепление, предоставление людям профессиональной научно-медицинской и медико-социальной помощи. Системные меры по снижению заболеваемости, профилактика и борьба с различными эпидемиями, улучшение качества жизни, поддержка здорового образа жизни населения, содействие укреплению здоровья – всё это является приоритетно важными направлениями современного здравоохранения. Практическая медицинская деятельность и научная медицина, на современном этапе, сливаются воедино и встают на путь совместного развития. Гносеологические изменения в мышлении, как и медицинских работников, так и других социальных масс, должны определять, что на сегодня здравоохранение - это особая сфера культуры, науки и образования.[[3]](#footnote-4)

Для сферы здравоохранения как для социального института характерны следующие признаки:

1. общественная потребность в деятельности данного института, цели, сфера деятельности;
2. учреждения, в которых организуется деятельность системы здравоохранения;
3. наличие ресурсов и средств, для реализации деятельности. В роли материальных ресурсов выступают помещения для осуществления деятельности, медицинское оборудование, наличие высококвалифицированных кадров;
4. наличие четко распределенных функций, прав и обязанностей участников которые взаимодействуют.
5. распределение труда и профессиональное выполнение функций, обусловленных выполнением определённого круга обязанностей.
6. Наличие регламентации особого типа;
7. Устойчивость организации и способность к саморазвитию;
8. Собственная символика и имидж. Имидж создан белыми халатами, особыми качествами медицинского работника, такими как готовность, прийти на помощь в любую минуту, особым трепетным отношением к страждущему человеку. Символика здравоохранения неизменная в течение многих лет и является общепринятой в сфере здравоохранения во всех странах: посох Асклепия, чаша со змеей, кадуцей, красный крест на белом фоне и звезда жизни.[[4]](#footnote-5)

Рассмотрим здоровье как социально-экономическую категорию.

Здоровье населения зависит от экономического состояния общества и, в свою очередь, само влияет на это состояние, а также служит индикатором социально-экономической ситуации. Здоровье граждан выступает одним из важнейших экономических ресурсов развития страны, региона, территории. Качество населения (человеческий капитал), характеризуемое, в частности, показателями общественного здоровья, является главным двигателем и ограничителем развития любой экономики. Сущность индивидуального здоровья как социально - экономической категории проявляется в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам на его восстановление и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно полезной деятельности.[[5]](#footnote-6)

Рынок здравоохранения представляет собой совокупность имеющихся и потенциальных товаров и услуг, направленных на защиту и восстановление здоровья населения и включает в себя:

1. рынок медицинских услуг;
2. рынок лекарственных препаратов;
3. рынок предметов и услуг в области санитарии и гигиены;
4. рынок нетрадиционных методов лечения и оздоровления;
5. рынок медицинской техники;
6. рынок медицинских технологий;
7. рынок медицинского страхования;
8. рынок научных медицинских идей;
9. рынок труда медицинского персонала;
10. рынок образовательных услуг в области здравоохранения.[[6]](#footnote-7)

Здравоохранение – это особая подсистема социально-экономической системы страны, функционирование и развитие которой призвано обеспечить жизнедеятельность системы более высокого уровня.

Среди функций здравоохранения выделяют функции, традиционно присущие только этой отрасли, а также функции, проявляющиеся в новых социально-экономических условиях.

Среди функций, реализуемых системой здравоохранения, выделяют:

1. воспроизводственную;
2. удовлетворение спроса населения на медицинские услуги;
3. регулирующую;
4. обеспечение национальной безопасности;
5. обеспечение доступности медицинской помощи для всех категорий населения;
6. ресурсную;
7. коммуникативную;
8. хозяйственную;
9. креативную;
10. инновационную.[[7]](#footnote-8)

Рассмотрим подробнее указанные функции.

Воспроизводственная функция здравоохранения заключается в том, что одной из задач системы здравоохранения является воспроизводство населения страны. Кроме того, данная отрасль, как и любая другая, воспроизводит определенные виды благ. Классификация разнообразна, например, по характеру предоставления, по содержанию, по конечному итогу. Следует различать: блага, заказчик которых отдален от непосредственного потребителя (бесплатные медицинские услуги) и финансируемые домохозяйствами (платная медицинская помощь); блага, которые способны дать экономический эффект (услуги, направленные на профилактику заболеваний с целью снижения риска временной нетрудоспособности) и социальный эффект (формирование мышления о здоровом образе жизни).

Функция удовлетворения спроса населения на медицинские услуги является одной из основных и базовой функцией системы здравоохранения. Идеальный вариант выполнения данной функции заключался бы в следующем: каждый житель нашей страны, отдельного региона, муниципального образования получал бы медицинские услуги, оптимальные по объему и структуре потребления, с использованием современных методов лечения, диагностики и профилактики. Однако в настоящее время существует ряд факторов, влияющих на этот параметр: ограниченные возможности государственного финансирования данной сферы, наличие рынка медицинских услуг, реагирующего на платежеспособный спрос населения, значительный слой населения, чье финансовое положение остается неудовлетворительным. Поэтому важнейшей задачей является обеспечение доступности медицинских услуг, которые осуществляются в рамках минимального социального стандарта любому жителю страны, и обеспечение населения качественными медицинскими услугами в достаточном количестве, по ценам, приемлемым для основной массы домохозяйств.

Регулирующая функция проявляется в следующем: система здравоохранения производит услуги определенного характера, объема, структуры и качества, поставляя их на рынок, тем самым принимая участие в регулировании параметров совокупного предложения. Для обеспечения жизнедеятельности данной структуры, увеличения масштабов, повышения качества услуг ей, как любой другой, необходимы ресурсы: инвестиционные, информационные, кадровые и др. Все это здравоохранение приобретает на рынке, участвуя, таким образом, в регулировании параметров совокупного спроса.

Рассмотрим функцию обеспечения национальной безопасности. Согласно Конституции Российская Федерация является социальным государством, а главным ориентиром считается предоставление каждому человеку гарантированного права на здоровье на протяжении всей жизни, создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Воспроизводство населения имеет большое значение, его необходимое условие – здоровье нации, где важным компонентом является здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни должен быть особой формой мышления населения, которое направлено изначально на профилактику или не допущение, многих действий, влекущих за собой негативные последствия.[[8]](#footnote-9)

Функция обеспечения доступности медицинской помощи для всех категорий населения имеет несколько проявлений. Во-первых, население нашей страны достаточно разнообразно в плане своей платежеспособности. Достаточно большая часть населения (работники бюджетной сферы, пенсионеры, безработные и прочие категории) не имеет возможности получения платной и зачастую более качественной медицинской помощи прибегает к услугам бюджетной организации. Однако, в связи с ограниченностью финансирования, работа подобных организаций заключается в предоставлении медицинских услуг в определенных объемах и зачастую при свершившемся ущербе здоровью человека. Как правило, на практике работа по профилактике данного ущерба проводится не достаточно качественно ввиду нехватки финансового обеспечения, квалифицированных кадров и отсутствия необходимого оборудования. Кроме того, доступность медицинских услуг сильно отличается и по территориальному расположению, что не позволяют населению получать медицинские услуги в равном объеме, например, жители городов и сельских поселений, жители отдаленных районов и центральной части страны. В таких случаях речь идет просто об оказании подобного вида услуг, не говоря уже о том, что страдает их качество.

Основная задача ресурсной функции заключается в сохранении капитала здоровья. Под понятием капитала здоровья подразумевается физическая сила, выносливость, работоспособность, иммунитет к болезням необходимые для увеличения периода активной трудовой деятельности. Заболевания, увечья, инвалидность, преждевременная смертность сокращают средний срок жизни. Капитал здоровья является неотъемлемой частью человеческого капитала, инвестиции в который приводят к сохранению работоспособности за счет уменьшения заболеваемости и увеличению продуктивного периода жизни человека, сокращению потерь общества, вызываемых приостановлением или блокированием экономического потенциала человека при заболевании и смерти, снижению затрат на восстановление экономического потенциала человека, сокращению сроков восстановление утраченного здоровья, экономии средств при предотвращении случаев утраты трудоспособности.

Коммуникативная функция способствует поддержанию связей, коммуникаций между всеми участниками в сфере здравоохранения. Сама по себе коммуникация представляет собой социальный процесс, отражающий общественную структуру, и выполняет в ней связующую роль, совокупность информационных связей между внутренней и внешней общественной средой. Влияние коммуникативной функции на внешнюю общественную среду заключается в систематическом распространении сообщений среди больших, рассредоточенных аудиторий с целью утверждения духовных ценностей и оказание идеологического, политического, экономического или организационного воздействия на оценки, мнения и поведение людей. Например, актуальная в настоящее время социальная реклама о вреде курения, алкоголизма и вождения в состоянии опьянения. Эта функция через телевизионные каналы, создает определенную социальную роль, модель поведения, направленную на сознательное отношение к данным проблемам, осознанное отношение к собственному здоровью, здоровью близких людей и тех, кто постоянно окружает нас в повседневной жизни. Во внутренней среде проявление коммуникативной функции заключается в преемственности социального опыта, в воспитании и передаче новому поколению медицинских работников навыков, традиций и накопленных веками научных знаний.

Хозяйственная функция рассматривается как экономическая деятельность, характеризующаяся совокупностью мер, действий, призванных создать хозяйственную основу, экономическое обеспечение медицинской деятельности, через привлечение в отрасль необходимые для нее экономические ресурсы, в том числе денежные средства, а также организовывать хозяйственный оборот средств, используемых в медицине. Осуществление медицинских услуг невозможно без затрат труда медицинских работников, использования дорогостоящего оборудования, применения лекарственных средств. Все это надо создать, произвести, затратить, а за это надлежит кому-то уплатить. Производство, труд, деньги – это сугубо экономические категории, так что отделить медицину от экономики невозможно.

Креативная функция здравоохранения подразумевает способность к продуцированию принципиально новых идей, подходов и продуктов в решении известных задач, а также выбору вектора развития прикладных наук. Данная отрасль имеет в наличии научно-исследовательские организации, высшие учебные заведения, клиники и другие специализированные медицинские базы, на основе которых проводятся разнообразные фундаментальные исследования и различные прикладные разработки, которые в дальнейшем внедряются в повседневную практическую медицинскую деятельность. Зачастую, креативная и инновационная функции рассматриваются совместно, так как являются взаимозависимыми. Новый продукт или новая технология, помимо создания, требует грамотного внедрения в область своего предназначения, в противном случае инновация может остаться невостребованной в связи с консерватизмом присущем в данной сфере.

Инновации рассматриваются как нововведения в области техники, технологии, организации труда и управления, основанные на использовании достижений науки и передового опыта, а также внедрения этих новшеств в различных областях и сферах отрасли. Научные и практические интересы здравоохранения направлены на развитие актуальных направлений, деятельности, разработку и внедрение в клиническую практику новейших биотехнологий, нанотехнологий, информационно-коммуникационных и социальных технологий, дальнейшее развитие системы менеджмента качества и создание комплексных систем лечения с привлечением инновационных технологий для диагностики, лечения и организации процесса. Инновационная модель развития здравоохранения опирается на целевые межведомственные медицинские научные программы. При соответствующем материально-техническом и кадровом обеспечении, реализация научно-медицинских программ позволяет создать необходимый для дальнейшего эффективного развития здравоохранения технологический прорыв.[[9]](#footnote-10)

Рассмотрим структуру системы здравоохранения:

Система здравоохранения России имеет сложную структуру и, в соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения, развитие которых гарантируется Конституцией[[10]](#footnote-11). Каждый элемент системы здравоохранения в свою очередь имеет структуру, закрепленную в соответствии с законодательством.

К государственной системе здравоохранения относят федеральные органы исполнительной власти (Министерство здравоохранения Российской Федерации), органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения (министерства здравоохранения субъектов Федерации), Российская академия медицинских наук (РАМН), Государственный комитет санитарно-эпидемиологического контроля Российской Федерации. Задача данных учреждений заключается в том, что они согласно своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в данной области и по развитию научной деятельности данного направления. Также к организациям, находящимся в государственной собственности и подчиненным органам государственной системы здравоохранения относятся лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические организации и предприятия, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

К муниципальной системе здравоохранения относят муниципальные органы управления здравоохранения и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения. Муниципальные органы управления здравоохранением являются ответственными за обеспечение доступности для населения гарантированного объема медико-социальных услуг, развитие на подведомственной им территории сферы здравоохранения, осуществление контроля за качеством предоставленных услуг, а также за санитарно-гигиеническим образованием населения.

К частной системе здравоохранения относят лечебно-профилактические и аптечные учреждения, находящиеся в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские и образовательные учреждения создаются и финансируются частными предприятиями и организациями, общественными объединениями и физическими лицами.

На основании вышеизложенного отметим, что значимость системы здравоохранения может быть охарактеризована с правовой, социальной, экономической и гуманистической позиций.

1. Правовой характер системы здравоохранения связан с верховенством Конституции РФ и федеральных законов, признанием принятых норм международного права;
2. Социальный характер – с обеспечением социальных гарантий в области охраны здоровья населения, государственной поддержкой семьи, материнства и детства, инвалидов и пожилых граждан;
3. Экономический характер системы связан с ролью здравоохранения в общественном воспроизводстве как с точки зрения воздействия на главную производительную силу, так и с точки зрения его ресурсного обеспечения;
4. Гуманистический характер системы здравоохранения означает, что пациент, его права - есть высшая ценностью системы здравоохранения и их признание, соблюдение и защита являются обязанностью рассматриваемой системы.[[11]](#footnote-12)

# 1.2 Необходимость, методы и механизм государственного регулирования в сфере здравоохранения

Для государства здоровье населения является одним из наиболее ценных экономических ресурсов, поэтому данная сфера находится под пристальным вниманием государства.

Государственная политика – это целенаправленные действия, разрабатываемые и претворяемые в жизнь органами государственной власти при участии институтов гражданского общества. Задачами государственной политики являются разрешение определенных проблем, достижение стратегических целей, определяющих развитие государства и общества. При помощи проводимой государственной политики выполняются задачи в той или иной области. При этом государство опирается на доступные ему ресурсы, методы воздействия (экономические, административные).

Основами государственной политики в сфере здравоохранения являются следующие положения. Во-первых, здоровье населения – это фактор повышения национальной безопасности. Во-вторых, финансирование системы здравоохранения носит приоритетный характер. В-третьих, гражданам гарантируется предоставление медицинской помощи, которая будет соответствовать установленным стандартам качества оказания медицинских услуг. В-четвертых, интересы граждан и государства в области здравоохранения едины и направлены на достижение схожих целей. В-пятых, в случае частичной или полной утраты здоровья граждан им гарантирована социальная защищенность. Наконец, в-шестых, меры по профилактике заболеваний и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются приоритетными.

Политику в сфере здравоохранения в Российской Федерации осуществляют Президент, Правительство Российской Федерации, а также Министерство здравоохранения. Президент вносит предложения по государственным программам, проявляет законодательную инициативу, осуществляет контроль за исполнением государственных программ или назначает лиц, ответственных за контроль над реализацией.

Правительство, в соответствии с Конституцией Российской Федерации, обеспечивает единую политику в области здравоохранения, при разработке бюджета определяет финансирование программ по развитию здравоохранения.[[12]](#footnote-13)

Министерство здравоохранения осуществляет управление на федеральном уровне и осуществляет функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы и военно-врачебной экспертизы), фармацевтической деятельности, включая обеспечение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств для медицинского применения, обращения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия населения (за исключением разработки и утверждения, государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов), медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, организацию среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела. Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.[[13]](#footnote-14)

Государство обеспечивает интересы экономического и социального развития общества, концентрируя власть и санкционируя существование всех негосударственных институтов. Существуют разные позиции в вопросе о необходимости вмешательства государства в экономику и о допустимых границах вмешательства, но подавляющее большинство специалистов склоняется к мнению, что государственное влияние в этой отрасли неизбежно, так как данная сфера нуждается в целенаправленных действиях государства. Существующие проблемы отчетливо дают понять, что их решение не возможно без участия государства, так как они имеют специфические особенности. Среди них главными выделяют:

Недофинансирование государственной системы здравоохранения. Недофинансирование отрасли отражается в отсутствии возможности достойной оплаты труда медицинского персонала, в невозможности обеспечения населения достаточным количеством бесплатных лекарств и соблюдения современных стандартов лечения, в отсутствии возможности обеспечить медицинские учреждения расходными материалами и современным оборудованием в достаточном объеме.

Дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Одним из основных факторов является неудовлетворенность социально-экономическим положением, а именно - низким уровнем [оплаты труда](http://pandia.ru/text/category/oplata_truda/), в связи с чем, возникает дефицит специалистов. Большинство молодых специалистов уходят из учреждений государственного здравоохранения в частные, оплата труда в которых позволяет обеспечить более приемлемый уровень жизни медицинских работников. Молодые люди, решившие получить высшее медицинское образование, зачастую выбирают направление которое позволит получить в будущем максимальный экономический эффект из выбранной профессии. Пример: преобладание специалистов в сфере стоматологических услуг и нехватка врачей общей практики.

Неудовлетворительная квалификация медицинских кадров, и как следствие, низкий уровень медицинской помощи. Несоответствие системы повышения квалификации медицинских кадров потребностям практического здравоохранения и международным стандартам.

Рынок медицинских услуг. Его основная отличительная отраслевая особенность заключается в том, что он функционирует в социальной сфере, поэтому любые попытки его коммерциализации, рассматриваются гражданами как посягательство на социальное право, закрепленное в Конституции. К другим отличительным особенностям рынка медицинских услуг, принято относить: неопределенность риска; выраженные внешние эффекты; асимметрию информации; низкую ценовую эластичность спроса и преимущественно олигополистическую структуру рынка; сильное влияние на конъюнктуру рынка морально-этических установок общества.

Учитывая отсутствие возможности для самостоятельного решения выше обозначенных проблем непосредственными участниками процесса, только государство имеет достаточные административные и информационные ресурсы для эффективного воздействия на все элементы рыночной структуры.

Методы, используемые, государством для воздействия на рынок медицинских услуг разделяют на следующие группы:

Административно – распорядительные. Эти методы вырабатываются вышестоящими органами управления и основанные на обязательном исполнении. В научной литературе данные методы иначе называют организационно – распорядительными, тем самым подчеркивая присущие этому методу организационные начала, состоящие в согласовании протекания процессов и в достижении координации действий участников рынка медицинских услуг, в формировании и преобразовании организационно-правовых структур, занятых предоставлением медицинских услуг. В то время как распорядительным методам характерны регулирующие воздействия, генерируемые в форме законов, постановлений, правил, норм, распоряжений, стандартов, приказов, идущих сверху вниз. Таким образом, регулирование деятельности объектов и субъектов на рынок медицинских услуг производится посредством создания правовой базы, в соответствии со складывающейся ситуацией во внешней среде, а также в условиях экономических катастроф, эпидемий и других форс-мажорных обстоятельств. Установленные государством нормы, стандарты, строгие запреты и ограничения, лицензирование, сертификация и другие меры обязательны для исполнения участниками рынка медицинских услуг независимо от их воли и желаний. В случае неисполнения виновные лица подлежат наказанию со стороны государства.

Экономические методы, включают в себя анализ затрат на охрану здоровья населения, изучение сложившегося спроса и предложения на медицинские услуги, выявления проблем заболеваемости населения и тенденций изменений в конфигурации системы здравоохранения на всех ее уровнях, на основе исследования данного рынка. Управляющие и регулирующее воздействие осуществляется при помощи соглашений, контрактов, договорах в виде обязательств, условий и т.д. Эти методы обладают высокой гибкостью, возможностью быстрой адаптации, установлением прямой связи между результатами деятельности и масштабами стимулирования или наказания. Данные методы, свойственны рыночному саморегулированию, основанные на материальной заинтересованности участников сферы здравоохранения в достижении собственных целей и более характерны для негосударственного сектора здравоохранения. Экономические методы предполагают использование прогнозирования (моделирования) различных процессов в сфере здравоохранения, посредством дальнейшего воплощения их в проекты и программы развития данной отрасли. Примером целевых программ является «Диабет», «Охрана материнства и детства» и другие.

Методы морального стимулирования. Они характерны тем, что опираются на морально-этические нормы общества, взаимопонимания, взаимоуважения, сотрудничества, применяемые в государственном и негосударственном секторах здравоохранения. Мотивация заключается в повышении объемов и улучшении качества медицинских услуг, удовлетворяющих запросы потребителей, и ослаблении неблагоприятного эффекта принуждения, превращая внешнее воздействие в акт собственной воли исполнителей.

В связи с тем, что рынок медицинских услуг обладает характерными особенностями то и механизмы его регулирования отличаются от общепринятых, они должны обладать определенной гибкостью и применяться с учетом множества различий (технического, демографического и географического характера).[[14]](#footnote-15)

Инструменты, применяемые для государственного регулирования здравоохранения, включают:

- правовые, экономические и административные регуляторы;

-оценка регулирующего воздействия, повышающая качество регулирования в сфере услуг здравоохранения;

-административные регламенты оказания государственных услуг в сфере здравоохранения;

- государственные социальные стандарты в области здравоохранения;

-Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

- федеральные целевые и территориальные целевые программы охраны и укрепления здоровья;

- национальные проекты;

- стандарты в области здравоохранения;

- лицензирование отдельных видов деятельности в области здравоохранения;

- квалификационные экзамены для медицинских и фармацевтических работников;

- сертификация медицинских услуг.

В качестве рычагов и стимулов государственной политики в сфере здравоохранения используются:

– нормы амортизации;

– налоговые льготы;

– национальные проекты;

– гарантированная помощь;

– штрафы и пени;

– арендные ставки;

– вознаграждения.[[15]](#footnote-16)

Функции и методы публичного и корпоративного управления в сфере здравоохранения:

– прогнозирование и планирование;

– субсидирование на основе софинансирования;

– государственное и муниципальное финансирование, в том числе программ ОМС;

– распределение бюджетных трансфертов;

– бюджетирование, ориентированное на результат;

– тарифная политика в системе ОМС;

– налогообложение;

– кредитование;

– амортизационная политика;

– финансовый контроль и др.

Финансовые ресурсы медицинских учреждений (организаций) складываются из денежных поступлений, полученных в результате перераспределения, и доходов от приносящей доход деятельности по оказанию платных медицинских услуг, которые находятся в распоряжении учреждения (организации) здравоохранения и предназначены для выполнения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС.

Принципы государственной политики в сфере здравоохранения можно подразделить на общие и частные.

К общим принципам относятся:

* формирование эффективной институциональной структуры (в том числе ее нормативно-правового обеспечения), поддерживающей переход от управления затратами к управлению результатами;
* обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;
* обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
* доступность медицинской помощи и повышение социальной ответственности субъектов системы здравоохранения;
* постоянное повышение качества медицинской помощи;
* приоритетность профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения;
* обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
* преемственность деятельности организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи;
* социальная ориентированность здравоохранения (удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни);
* отнесение здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности.

Среди частных принципов выделяют:

* разработку административных регламентов для реализации государственных (муниципальных) функций и предоставления государственных (муниципальных) услуг в сфере здравоохранения;
* учет текущих и перспективных потребностей сферы здравоохранения на основе анализа социальных, демографических и экономических процессов;
* введение универсального подхода к уплате страховых взносов на ОМС по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;
* установление единых требований к определению размера взносов субъектов РФ на медицинское страхование неработающего населения;
* создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий;
* повышение ответственности субъектов, участвующих в системе ОМС;
* создание системы управления качеством медицинской помощи;
* формирование конкурентной модели ОМС с созданием условий для выбора, застрахованным страховщика и медицинской организации, обеспечение доступности для населения информации о деятельности страховщиков и медицинских организаций, создание условий для участия медицинских организаций различных организационно- правовых форм в системе ОМС.[[16]](#footnote-17)

В развитых государствах социальная политика направлена не на уменьшение, а лишь на изменение своей деятельности с использованием определенных ориентиров, стимулирующих более эффективное развитие систем государственного управления здравоохранением. Следовательно, здравоохранение должно обладать компетенцией, способной регулировать предоставление медицинских услуг на договорной основе, и другими механизмами рыночного типа для достижения социальных целей, обеспечения укрепления здоровья, качества и эффективности медико-санитарной помощи[[17]](#footnote-18).

Задачей регулирования является координация деятельности участников для поддержания и укрепления здоровья населения и увеличения продолжительности качественной жизни. Исключительно государство имеет достаточные информационные и административные ресурсы для эффективного воздействия на все элементы рыночной структуры:

1. Прогнозировать динамику заболеваемости, а, следовательно, и уровень затрат, связанных с предоставлением медицинской помощи, возможно лишь на макроэкономическом уровне. Практически эти прогнозы воплощаются в государственном заказе на предоставление медицинской помощи определенного вида и в определенном количестве. Из возможности прогнозирования логично вытекает возможность мультипликативного воздействия на общественное здоровье с помощью выработки направлений профилактики, вакцинации, санитарного просвещения и др.

2. Несовершенство рынка, связанное с асимметрией информации, возможно, нивелировать при помощи государственных разрешительных и оценочных процедур, сигнализирующих о качестве товара и добросовестности производителя: сертификации, лицензирования, аккредитации. При этом государственный заказ размещается исключительно в лицензированных предприятиях и организациях.

3. Искусственное завышение цен на отдельные лекарственные средства, изделия медицинского назначения и услуги, вследствие низкой ценовой эластичности спроса, можно ограничить путем государственных закупок на основе тендеров, котировок, аукционов.

4. Олигополистическую структуру рынка медицинских услуг можно контролировать путем применения всех известных мер государственного антимонопольного регулирования.

5. Конституционное право на охрану здоровья не должно превращаться в социальное иждивенчество, государство должно четко лимитировать свои обязательства в сфере охраны здоровья, выделяя различные категории граждан по степени свободы доступа к бесплатной медицинской помощи. Для облегчения понимания сложившихся на современном этапе подходов к государственному регулированию развития отрасли необходимо рассмотреть трансформацию механизмов государственного управления здравоохранением в историческом аспекте.[[18]](#footnote-19)

Таким образом, здравоохранение является одним из основных и неотъемлемых элементов структуры социальной сферы, которая всегда должна находиться в числе первых интересов государства, так как недостатки в отрасли ощущает на себе каждый гражданин. В России охрана здоровья населения является делом государственной важности согласно концепции национальной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 31.12 2015 №638 « О стратегии национальной безопасности Российской Федерации" которая, определяет здоровье населения основой национальной безопасности страны.[[19]](#footnote-20) Главная задача здравоохранения заключается в сохранении и восстановлении здоровья человека - главной составной части производительных сил общества, и реализуется мероприятиями по снижению уровня заболеваемости, смертности и инвалидности, что в свою очередь содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа. Качество и уровень общественного здоровья непосредственно зависит от сложившихся в стране социально-экономических условий и считается одним из явных и точным индикаторов социально-экономической ситуации в целом. Только государство, имея в наличии все необходимые административные, правовые и экономические инструменты, способно оказывать влияние на сложившуюся ситуацию. Роль государственного регулирования в настоящее время является ведущей в данной отрасли.

# II. Государственное регулирование в сфере здравоохранения в России и за рубежом

# 2.1. Реформирование системы здравоохранения и особенности ее регулирования в российской экономической системе

Основными направлениями политики государства в сфере здравоохранения в современном обществе является снижение государственных затрат на здравоохранение, стимулирование граждан к сохранению и укреплению собственного здоровья при условии соблюдения прав граждан на качественную, своевременную, адекватную и квалифицированную медицинскую помощь. Основной задачей реформирования является поиск оптимальной модели организации и управления с целью повышения качества жизни населения, достижения социальной справедливости эффективного распределения ресурсов.[[20]](#footnote-21)

На развитие системы здравоохранения России сильное влияние оказывали исторические процессы, определившие управленческую структуру, направление и формы происходящих изменений, поэтому современный этап развития отрасли нельзя рассматривать обособленно, без учета исторических особенностей.[[21]](#footnote-22)

Государственный характер — основной принцип здравоохранения в СССР в период его становления, характеризовавшийся централизацией управления, государственным финансированием и государственным планированием программ здравоохранения. Советское здравоохранение на тот период предусматривало бесплатную и общедоступную медицинскую помощь всему населению страны, вследствие чего появилась обширная сеть больниц и амбулаторий (ныне — поликлиники) доступная широким народным массам, в которых медицинская помощь населению осуществлялась бесплатно и льготно. Именно в те годы для десятков миллионов людей обращение к врачу, фельдшеру или в государственное медицинское учреждение стало обычной формой поведения в случае болезни, что в настоящее время привело к ряду негативных последствий. Централизация управления здравоохранением, возведенная в абсолютный принцип, вместе с уже вступавшим тогда в силу остаточным финансированием здравоохранения, закладывали элементы несбалансированного развития системы здравоохранения.[[22]](#footnote-23)

Кризисные явления в здоровье населения начали проявляться с конца 60-х годов, но система организации и управления здравоохранением оставалась прежней. Необходимость реформирования сферы здравоохранения была признана многими экспертами ещё в 70-х годах. Спад в отрасли наблюдался из-за общей неблагоприятной ситуация со здоровьем нации, недостаточным финансированием, нецелевым расходованием материальных и финансовых ресурсов. К концу 80-х годов необходимость кардинальных перемен в отрасли здравоохранения стала очевидной, поскольку существовавшая система исчерпала свои возможности развития и совершенствования в рамках существовавших норм и правил. Именно в этот период в здравоохранении были предприняты первые попытки реформирования. В некоторых регионах страны были запущены пилотные проекты по внедрению новых механизмов хозяйствования в медицинских учреждениях. Новый механизм хозяйствования подразумевал переход от преимущественного отраслевого к территориальному управлению системой здравоохранения, введение новых форм производственных отношений между амбулаторно-поликлиническими и стационарными звеньями медицинской помощи, более эффективное использование имеющихся ресурсов, применение более прогрессивных форм, организации труда, повышение качества медико-социальных услуг, расширение демократических начал развития самоуправления лечебно-профилактических учреждений.[[23]](#footnote-24) Однако в условиях, сложившихся в здравоохранении при советской управленческой модели, новый хозяйственный механизм не получил дальнейшего развития, и внедрение изменений остановили на неопределенный период.

Кризис системы здравоохранения продолжал усугубляться, а происходившие в этот период государственные изменения, привели к разрушению отрасли. Практически нулевое финансирования здравоохранения, утечка квалифицированных кадров, развал лечебно-профилактических учреждений, отсутствие нормативно-правовой базы, стихийный переход к платному здравоохранению - именно в таком состоянии здравоохранение вступило в новейшую историю Российской Федерации.

Необходимость радикальных изменений во всей системе была неизбежна, именно это и привело к стихийной адаптации отрасли к изменившимся условиям. Доминирующей идеей стал переход к страховой системе финансирования.

В последующем реформировании финансирования здравоохранения выделяют три этапа:

* первый этап: выбор новой модели (1990-1993 гг.);
* второй этап: практическое осуществление намеченных преобразований (1993-1994 гг.);
* третий этап: замедление преобразований и попытки пересмотра ключевых принципов внедренной модели финансирования (1995-1999 гг.)

Начало реформирования характеризуется принятием закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» в 1991 году.[[24]](#footnote-25) Реформы того времени были направлены на децентрализацию и поиски новых источников финансирования. Главной новацией в этих реформах было введение системы обязательного медицинского страхования и становление бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения. В 1993 году был принят Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»[[25]](#footnote-26). Дополнениями стали положения о создании Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование должно было защитить граждан, которые привыкли к советской государственной системе здравоохранения, от случайностей рынка и сохранить им гарантии бесплатной медицинской помощи. Взносы в фонд ОМС работающих граждан осуществлялись их работодателями, а размеры взносов устанавливались федеральным законом. Платежи за неработающее население и социально незащищенную категорию граждан осуществляло государство. Для отечественного здравоохранения, страдавшего регулярными дефицитами бюджета, введение страхования, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником финансирования.

Новым министерством здравоохранения были проведены образовательные и административные реформы в отрасли. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике. При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволит достичь экономии достаточного количества средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Однако, к сожалению, на деле этого не произошло. Одним из негативных факторов, повлиявших, на реформу является то, что она проводилась, децентрализовано, и предусмотренные федеральным законодательством о медицинском страховании нововведения осуществлялись в разных регионах по-разному.[[26]](#footnote-27)

Следующий серьезный законодательный шаг был предпринят только в 1997 году, заключался он в принятии Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, утвержденной постановлением правительства РФ.[[27]](#footnote-28) Целью концепции являлось сохранение и улучшение здоровья населения, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Позже Распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. № 1202-р была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.»[[28]](#footnote-29), которая развивала основные положения, представленные в Концепции 1997 г.

На основе «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.» были разработаны федеральные целевые программы: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России» и др. Подобные целевые программы существовали и в ряде субъектов Российской Федерации.

Незначительное улучшение в отрасли наблюдалось в 2006 году в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения.[[29]](#footnote-30)

Этапы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» приходились на 2006-2014гг.

Цели проекта «Здоровье» заключались в следующем:

* Укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности.
* Повышение доступности и качества медицинской помощи.
* Укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе.
* Развитие профилактической направленности здравоохранения.
* Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Проект был ориентирован на два направления:

1. Развитие первичной медико-санитарной помощи:

* Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;
* Увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи»;
* Укрепление материально-технической базы диагностической службы амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, женских консультаций;
* Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение ВИЧ-инфицированных;
* Дополнительная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;
* Введение новых программ обследования новорожденных детей;
* Дополнительная диспансеризация работающего населения;
* Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

### Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью

* Увеличение объёмов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
* Строительство новых центров высоких медицинских технологий, подготовка для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала[[30]](#footnote-31).

Реализация проекта «Здоровье» привела к улучшению социально-экономической обстановки в России. Увеличение финансирования здравоохранения и политическая воля руководителей страны позволила добиться заметного улучшение демографических показателей в государстве. Данный проект послужил основой для дальнейших преобразований в отрасли.

Следующим этапом реформирования стала «Программа модернизации здравоохранения субъектов РФ» на 2011–2012 гг. и 2014-2016гг. Основные направления программы заключались в укреплении материально-технической базы медицинских учреждений, внедрении современных информационных систем в здравоохранение и внедрении стандартов оказания медицинской помощи.[[31]](#footnote-32) Общий объем финансирования программы составил 630 миллиардов рублей, в том числе 174 миллиарда рублей было выделено на реализацию региональных программ. К 1 января 2013 года было потрачено 579,4 миллиардов рублей.

Итогом реализации программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг. стало: создание и введение в эксплуатацию в рамках пилотного проекта единой государственной информационной системы здравоохранения (РС ЕГИЗ), строительство 22 региональных и 2 федеральных перинатальных центров, капитальный ремонт в 895 учреждениях из запланированных 3567 объектов, текущий ремонт - в 105 учреждениях из запланированных 280 объектов, фактически поставлено 104 361 единицы оборудования из запланированных 259191, стандарты медицинской помощи при оказании стационарной медицинской помощи внедрены в 3274 учреждениях из запланированных 3538.

По итогам реализации программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг. можно сказать, что достигнуть запланированных результатов не удалось - двухлетний период для реализации поставленных целей оказался не достаточным, хотя определенные показатели можно оценить как положительные.[[32]](#footnote-33)

Цель программы модернизации здравоохранения субъектов РФ на 2014-2016гг заключается в продолжение реализации Программы развития перинатальных центров в РФ. В рамках реализации программы предусмотрены мероприятия по проектированию, строительству, вводу в эксплуатацию 32 перинатальных центров в 30 субъектах РФ.[[33]](#footnote-34)

С 1января 2013 года был впервые возвращен принцип социального равенства при распределении государственных ресурсов здравоохранения, он заключался в переходе на одноканальную систему финансирования. Ранее денежные средства попадали в ЛПУ из бюджетов разных уровней и фондов социального страхования. Одноканальная система финансирования предполагает, что основная часть финансовых средств, поступающих в учреждение здравоохранения, идет из фонда обязательного медицинского страхования, состоящего из средств страховых взносов работодателей и органов исполнительной власти субъектов РФ для неработающей части населения. Финансирование учреждения в рамках данной системы основывается на принципах единого для всех регионов подушевого финансирования (получение средств за всех прикрепленных граждан) и оплаты за непосредственные результаты деятельности (объем оказанных услуг).

Создание одноканальной системы было нацелено на охрану здоровья граждан, создание конкурентного рынка медицинских услуг, мотивацию лечебных учреждений и медицинских работников к усилению профилактической направленности работы, повышение качества услуг и интенсивности лечения, сокращение издержек, оптимизацию структуры и штатов. В конечном итоге это должно привести к повышению качества медицинских услуг и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Но увеличение страховых взносов (с 3,6% до 5,1%), а в следствии и налоговая нагрузка на работодателя (30% страховых взносов от зарплаты работника) частично повлияла на сокращение официальной части заработной платы и появлению «заплаты в конвертах».

Итогами всех трансформаций в здравоохранении стало изменение институциональных основ отрасли, реорганизация управления, деятельности некоторых элементов и связей между ними, ресурсного обеспечения. Данные изменения положительно повлияли на систему, но не способствовали повышению общественного здоровья в целом, что являлось главной и конечной целью функционирования системы здравоохранения. Уровень неудовлетворенности потребительских ожиданий и низкая степень доверия к системе остаются одними из основных проблем в отрасли, вызванных снижением эффективности, доступности и качества медицинской помощи, а ведь для многих граждан государственный сектор здравоохранения является основным и безальтернативным источником получения медицинской помощи.

Другой актуальной проблемой, влияющей на качество медицинских услуг, является недостаток квалификации кадров, низкая заработная плата, низкие социальная защищенность и престиж медицинской профессии.[[34]](#footnote-35) Для мотивации сотрудников к улучшению качества оказываемых услуг и увеличению производительности труда необходимо было изменить размер заработной платы, в связи с чем, Правительством РФ было принято Распоряжение от 28.12.2012 N 2599-р«Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения"».[[35]](#footnote-36)

В целях устойчивого социально-экономического развития РФ была сформирована концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, основанная на анализе состояния здравоохранения в РФ, в которой были определены основные цели, задачи и способы совершенствования на основе применения системного подхода. Концепцию разрабатывали в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного и зарубежного опыта. Исходя, из содержания данного документа была, разработана государственная программа «Развитие здравоохранения».

На сегодняшний день государственная программа «Развитие здравоохранения» рассматривается в качестве основного инструмента реализации государственной политики в сфере здравоохранения. Эта программа включает в себя 11подпрограмм, в том числе федеральные целевые программы, поэтому цели, которые государство хочет достигнуть с помощью данной программы, очень масштабны. Поэтому она разбита на два этапа:

1)01.01.2013г.-31.12.2015г.

2)01.01.2016-31.12.2020г.

Объем бюджетных ассигнований планируемых потратить в ходе реализации программы составляет 2 038 088 713,4 тыс. руб.[[36]](#footnote-37)

Подпрограммы, входящие в состав программы «Развития здравоохранения»:

1. [Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=2F14054B-C4DF-4638-A845-D2F198177AA8)
2. [Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=F8D7659C-ADA7-4144-B3B2-D7008D59BDE1)
3. [Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=A12FFDDD-8007-4AE5-839B-1FF717D1E192)
4. [Охрана здоровья матери и ребенка](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=66217929-418A-4657-831E-4B4865755493)
5. [Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=A3A51DCF-7D6A-49DB-9992-F085DAFEFE6C)
6. [Оказание паллиативной помощи, в том числе детям](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=F59EF0F0-C975-4D63-8A9C-AD044D0ED48D)
7. [Кадровое обеспечение системы здравоохранения](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=B99B289C-51F4-4493-BBD9-B60C63AD1B19)
8. [Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=A8161FCC-D6DD-48EB-AD26-9CEB79276F8D)
9. [Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=CDA2B233-3367-4A6D-8306-B357C938E524)
10. [Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=F168F98F-6DE7-4E3A-806E-EFEE43D07374)
11. [Управление развитием отрасли](http://programs.gov.ru/Portal/programs/subActionsList?gpId=1&pgpId=6C53887C-D578-4933-AB54-D0B89557A518)

Задачи программы заключаются в следующем:

1. повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
2. развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
3. повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
4. развитие медицинской реабилитации населения и совершенствовании системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
5. обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
6. обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
7. повышение роли российской федерации в глобальном здравоохранении;
8. повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
9. медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

Ожидаемые результаты реализации программы: снижение смертности от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения; снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми; снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случая на 100 тыс. населения; снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10 случаев на 100 тыс. населения; снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190 случаев на 100 тыс. населения; снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случая на 100 тыс. населения; снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10 литров на душу населения в год; снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 26 процентов; снижение числа зарегистрированных больных с диагнозом активный туберкулез, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения) до 61,6 случая на 100 тыс. населения; обеспеченность врачами составит 40,2 человека на 10 тыс. населения; количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека; повышение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 200 процентов; повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов; повышение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов; повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов; увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года.[[37]](#footnote-38)

Государство модернизирует отрасль, выделяя колоссальный объем финансовых средств для дальнейшей реализации целевых программ, но помимо этого оно развивает и другое направление своей деятельности - государственно-частное партнерство (ГЧП), активно внедряя частный капитал в данную сферу.[[38]](#footnote-39)

В российской практике такая форма отношений успешно зарекомендовала себя с 2000 года в транспортной и строительной сферах, жилищно-коммунальном хозяйстве, энергетике и промышленности.

В 2005 году был принят закон «О концессионных соглашениях» № 115-ФЗ, распространяющий данную форму государственно-частного партнерства в здравоохранении.[[39]](#footnote-40) Отличительной характеристикой данной формы выделяют то, что частные организации имеют право управлять переданным им имуществом и получать выручку. В настоящее время основной формой ГЧП в здравоохранении являются годовые контракты на оказание услуг, выполнению работ и поставку товаров согласно государственному заказу.

Однако в 2015 году Министром Здравоохранения был подписан Приказ №37 «Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, на 2015-2016 годы»[[40]](#footnote-41), где основными приоритетными направлениями являются:

- создание Координационного совета Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству;

- разработка методических рекомендаций по применению концессионных соглашений для развития объектов инфраструктуры здравоохранения на федеральном и региональном уровне;

- подготовка предложений по внесению изменений в основные нормативно-правовые акты в области здравоохранения;

- подготовка предложений по совершенствованию мер государственной поддержки реализации инвестиционных проектов по развитию инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования на принципах государственно - частного партнерства.

Ростовская область является одной из первых, на территории которой будет создан реабилитационный центр на принципах государственно-частного партнерства. Для его размещения город Таганрог предоставит территорию бывшего лечебно-оздоровительного учреждения на берегу Таганрогского залива. Партнер - некоммерческая организация  - привлечет специалистов и апробированные методики по избавлению от наркозависимости и восстановлению социальных навыков пациентов.[[41]](#footnote-42)

Еще одной формой является инвестиционный фонд. Основной принцип – инициирование привлечения денежных средств инвестиционного фонда. Активизации инвестиционного процесса как основному механизму государственно-частного партнерства в здравоохранении необходимо поддержка и мониторинг со стороны государства за счет:

- стимулирования инвестиций из федеральных и региональных бюджетов в инфраструктуру;

- увеличения иностранных инвестиций;

- предоставления государственных гарантий частным инвесторам;

- реализации государственной программы создания общественно-государственного инвестиционного фонда.

Государственно-частное партнерство является эффективным механизмом финансирования здравоохранения, который позволит улучшить систему здравоохранения в целом за счет оптимизации расходов, государственных источников инвестиций, а также создания условий для технологического и стабильного роста в отрасли. Наша страна находится в самом начале пути построения цивилизованных отношений между государством и бизнесом в здравоохранении.[[42]](#footnote-43)

Таким образом, приоритетными направлениями государственной политики в сфере здравоохранения являются, создание мер для естественного прироста населения, а также обеспечение высокого уровня жизни граждан. Анализ основных направлений реформирования системы здравоохранения в России показывает, что политика государства по развитию данной сферы в долгосрочной перспективе предполагает создание не только единой правовой системы регулирования, а целого комплекса мероприятий, способствующих их реализации.оРосси

# 2.2 Анализ государственной политики в области здравоохранения в зарубежной практике

С течением времени, несмотря на все выдающиеся достижения научно-технического прогресса, на первый план вышло осознание роли человеческого капитала, его качественных и количественных характеристик, как потенциала всеобщего развития. В современных условия замедления темпов экономического роста системам здравоохранения практически всех ведущих стран приходится решать такие проблемы, как поиск дополнительных источников финансирования, повышение качества медицинской помощи и внедрение более эффективных форм ее организации. Каждая страна подходит к решению указанных проблем, опираясь на сложившуюся модель здравоохранения.[[43]](#footnote-44)

В настоящее время выделяют три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения, в основе которых лежат разные способы финансирования и формы организации оказания медицинских услуг:

1. **Преимущественно государственная** (Великобритания.).
2. **Преимущественно страховая система**, представленная в таких европейских странах как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и других.
3. **Преимущественно частная (платная) система** (США).

Такое деление получило распространение вследствие определенных различий, связанных с источниками финансирования отрасли, способов её организации и формами собственности поставщиков услуг здравоохранения.

Рассмотрим государственную систему здравоохранения или систему Бевериджа.

Данная модель получила такое название в честь ученого Уильяма Бевериджа, разработавшего в 1942 году доктрину социального страхования, основанную на идеи общенародной социальной солидарности. Характеризуется она:

1. Трехуровневым типом социальной защиты. Государство обеспечивает базовые гарантии социальной защиты всего населения. Работодатель отвечает за социальное (профессиональное) страхование наемных работников, а работник участвует в дополнительном личном страховании.  
 2. Государственные социальные гарантии ориентируются на прожиточный минимум, дополнительное социальное страхование — на замещение (компенсацию) заработка, дополнительное добровольное личное страхование — на личные возможности самих работников.  
 Основой для трех уровневой социальной защиты является государственное всеобщее здравоохранение, равные возможности для воспитания детей семьям с разными доходами, предотвращение безработицы.

Беверидж предложил двойной метод финансирования социальной защиты. За счет государства предлагалось обеспечивать финансирование семейных пособий и национальное здравоохранение, остальные социальные пособия должны финансироваться за счет отчислений самих работников, работодателей и субсидий государства.

Данная модель получила распространение в таких странах, как Великобритания, Австралия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Исландия, Италия, Новой Зеландия, Норвегия, Португалия и Швеция.[[44]](#footnote-45)

Наиболее яркий пример представляет Великобритания. Основным источником финансирования здравоохранения служит государственный бюджет, а точнее – налоговые поступления. Государство практически полностью покрывает медицинские услуги для всего населения и управляет системой оказания медицинской помощи. Доминирующую роль играют государственные лечебные учреждения. Ключевым поставщиком медицинских услуг является Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS), подчиняющаяся департаменту (министерству) здравоохранения. Она обеспечивает жителей практически всем набором необходимых медицинских услуг, лекарственными препаратами в стационарах и медицинскими изделиями бесплатно.

Наряду с национальной службой здравоохранения в системе здравоохранения Великобритании существует и частный сектор, который незначителен в общей практике, но имеет большой вес на уровне оказания вторичной медицинской помощи. Пользуются услугами национального здравоохранения более 90% граждан, а оставшиеся 10% обращаются за помощью в частные медицинские [клиники](http://surgeryzone.net/kliniki). Основная причина, по которой британцы обращаются в частные медучреждения, наличие больших очередей на госпитализацию в государственную больницу и нежелание ждать очередь на госпитализацию или желание в обход [врача](http://surgeryzone.net/zapis-k-vrachu) общей практики сразу посетить узкого специалиста.[[45]](#footnote-46)

Особенностью финансирования системы здравоохранения в Великобритании является то, что бюджет здравоохранения на 90% покрывается за счёт средств налогообложения. Около 7,5 % формируется за счёт работодателей и лиц, работающих по найму. Остальные 2,5% составляет плата за стоматологическую и офтальмологическую помощь, выписку рецептов и частные койки в государственных больницах.[[46]](#footnote-47)

Для распределения разнообразнейших медицинских услуг в Объединенном Королевстве принято их разделять на первичные и вторичные. Обе группы услуг оказываются соответствующими локальными подразделениями национальной службы здравоохранения.

Первичное здравоохранение предусматривает рутинную медицинскую помощь, оказываемую в офисах врачей общей практики, амбулаторных хирургических отделениях, стоматологических и офтальмологических кабинетах. Вторичными считаются работа психологов и психиатров, а также специализированные медицинские услуги, предоставляемые в госпиталях, амбулаториях. Большинство медицинских учреждений имеют статус самоуправляемых организаций, представляющие собой больничные трасты. В этом случае собственником медицинских учреждений остается государство, однако право управления собственностью переходит к трастам. Больничный траст предоставляет населению строго определенный набор жизненно важных видов медицинской помощи и функционирует исключительно на свой доход, а также имеет право приобретать и отчуждать имущество. Для решения собственных финансовых проблем траст использует обычные кредиты, а не бюджетные дотации.[[47]](#footnote-48) Трасты организационно независимы от местных органов управления здравоохранением и напрямую подчинены Минздраву, который назначает руководство.

В системе здравоохранения Великобритании, как и в системе здравоохранения любой другой страны, существуют положительные и отрицательные стороны.

Положительными стороны  национальной службы здравоохранения Великобритании является предоставление всему населению доступной и бесплатной в момент потребления медицинской помощи. Эта система реализует государственные гарантии и достаточно жесткой их регулирует.

С другой стороны, имеет место наличие больших очередей на прием к врачу и на плановую госпитализацию. Ожидание на первичный прием к специалисту общей практики может составлять от пары дней до нескольких недель, в связи, с чем затрудняется диагностика и лечение заболеваний. Стационарная помощь сосредоточена на оказании экстренной помощи, а плановая госпитализация строго ограничена только той патологией, которую невозможно вылечить в амбулаторных условиях. При этом сроки пребывания при плановой госпитализации пациентов на больничной койке значительно сокращены, что позволяет сократить государственные расходы на лечения.

Ещё одной отличительной чертой здравоохранения Соединенного Королевства является жесткое регулирование свободной продажи медицинских препаратов. Большинство лекарственных средств выписываются по рецепту, к примеру, даже банальные антибиотики невозможно приобрести без соответствующего рецепта. Но вместе с тем фактически все лекарственные средства можно получить практически бесплатно, компенсировав за них всего лишь 7,85 фунтов стерлингов (8,40 евро) за один рецептурный препарат. Данная выплата осуществляется только трудоспособным населением. Для социально уязвимых и малоимущих групп населения установлены льготы по соплатежам. Так, граждане, не достигшие 16 лет, в возрасте 60 лет и старше, студенты очных отделений в возрасте до 19 лет, пациенты с заболеваниями, входящими в специальный перечень, военные пенсионеры и инвалиды войн полностью освобождены от соплатежей за лекарства. Так же государство оплачивает проезд до места лечения для малоимущих и предоставляет ряд других важных льгот в области медицинских услуг.[[48]](#footnote-49)

Имеющиеся недостатки Национальной Системы Здравоохранения Великобритании вполне компенсируются всемирно признанным высоким качеством медицинской помощи и её абсолютной доступностью для всего населения, что обеспечивается динамичным реагированием британского законодательства на изменения, происходящие в обществе. Граждане Великобритании имеют возможность влиять на решения в сфере здравоохранения. Заслуживает внимания практика, действующая на протяжении последних 20 лет, когда на местном уровне создаются советы здравоохранения местных общин, имеющие своей целью защиту интересов граждан в области здравоохранения. Одной из последних инициатив, выдвинутых в Великобритании, является создание новых органов и консорциумов, контролирующих финансирование медицинской помощи в интересах населения.

Интерес представляет рассмотрение бюджетно-страховой модели здравоохранения или модели Бисмарка.

В истории систем здравоохранения данная модель, созданная канцлером Отто фон Бисмарком в 1881 г., стала первой. Она была призвана сохранять здоровье простых рабочих, которые в Германии того времени рассматривались как потенциальные военнослужащие. Были созданы фонды социального страхования, из которых оплачивались расходы на лечение, выдавались пособия по безработице, пенсии и т.п. Постепенно сформировались так называемые больничные кассы. Две трети взносов поступали в них от самих работников и треть от работодателей. Позднее кассы превратились в страховые компании, а взносы работодателей стали основными.[[49]](#footnote-50)

Главным отличием бюджетно-страховой модели организации здравоохранения является принцип её финансирования. Бюджет здравоохранения формируется не из налоговых поступлений, а за счет страховых взносов отчисляемых работодателями и работниками на медицинское страхование. Так же как бюджетная модель, страховая обеспечивает доступ к медицинским услугам всех слоев населения. Различия заключаются в том, что в оказании медицинских услуг участвуют организации различных форм собственности, а государство играет роль гаранта в обеспечении граждан этими услугами.[[50]](#footnote-51) Наиболее развита эта модель в Германии, Франции, Голландии, Австрии, Бельгии, Швейцарии, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и других странах.

В качестве базы для сравнения интересна также социально-страховая модель организации здравоохранения, рассматриваемая нами на примере Германии.

После объединения Германии в 1991 году произошли реформы в структуре организации медицинских учреждений. Поликлиники были закрыты, а пациенты для получения первичной медицинской помощи стали обращаться в частные и коммерческие организации к семейным врачам. При этом за пациентом закреплено право выбирать любого врача независимо от его территориального расположения. Амбулаторные врачи оказывают большую часть неотложной медицинской помощи в своих приемных в рабочие и нерабочие часы, а так же посещают больных на дому. При необходимости вторичной медицинской помощи пациент по направлению от семейного доктора направляется к более узким специалистам, либо в специализированное медицинское учреждение. Этот сектор включает в себя: скорую помощь, интенсивную терапию, операционные залы, лаборатории, диагностическую радиологию, физиотерапию и т.д. Также амбулаторные отделения больниц оказывают круглосуточную помощь, поскольку это рентабельно и укрепляет отношения больницы и местного населения, повышает удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи. Оказание лечебно-профилактической помощи осуществляется по принципу полного или частичного стационара, а также в виде догоспитального или постгоспитального лечения. Объемы коечного фонда регулируются потребностями населения исходя из показателей здоровья. Третичная медицинская помощь основана на специализированных больницах, клиниках и центрах. Они обслуживают регионы и, как правило, несколько городов в части с особо сложных и дорогих услуг, таких как аварии и катастрофы, онкологические центры, центры трансплантации и неонатологии.[[51]](#footnote-52)

В Германии большую роль в регулировании здравоохранения играет социальный кодекс, в котором изложены основные требования к качеству оказания медицинской помощи и чтобы попасть в больничный план и получить право на возмещение затрат, учреждения должны соблюдать эти требования при осуществлении своей деятельности.

Также в Социальном кодексе Германии определен набор медицинских услуг обязательного медицинского страхования. Он включает в себя:

- профилактику заболеваний, охрану здоровья на рабочем месте;

- медицинские обследования с целью выявления заболеваний;

- лечение (амбулаторная, стационарная, стоматологическая помощь, лекарственные средства, услуги специалистов смежных с медициной профессий, медицинские приспособления, сестринский уход на дому, некоторые виды восстановительного лечения, социальная терапия);

- неотложную помощь, перевозку больных при определенных состояниях;

- некоторые другие услуги (например, информирование пациентов).

В настоящее время в Германии действуют четыре вида социального страхования: пенсионное, медицинское, от безработицы, от несчастных случаев на производстве.

Федеральное Министерство социального развития Германии выполняет в системе здравоохранения законодательную роль и контролирует выполнение законов, определяет стратегию развития здравоохранения, взаимодействует с земельными и муниципальными органами управления здравоохранением по вопросам потребности и финансирования больниц за счет земельных и муниципальных бюджетов, руководит общественным здравоохранением, проводит профилактическую работу среди населения и делает прививки против социально значимых заболеваний. Контроль за работой лечебных учреждений осуществляет не государство, а врачебное самоуправление в лице врачебной палаты, Ассоциации врачей больничных касс и больничными кассами.[[52]](#footnote-53)

Источники финансирования распределяются следующим образом: социальное медицинское страхование (СМС) — 60 %, частное медицинское страхование (ЧМС) — 10 %, государственный бюджет — 15 % и личные средства граждан — 15 %. Около 90 % населения охвачено программами СМС, 10 % — программами ЧМС, и при этом 3 % застрахованных в СМС имеют полис ДМС. Движение средств здравоохранения выглядит следующим образом: сначала они аккумулируются в государственном фонде СМС, затем поступают на счета частных некоммерческих страховых организаций, которые контролируют оплату услуг ЛПУ.[[53]](#footnote-54)

Обязательное медицинское страхование осуществляют некоммерческие страховые независимые организации - больничные кассы. Они финансово независимые, самоокупаемые, полностью самоуправляемые в рамках определенных законодательством структур. Каждая больничная касса управляется собранием представителей, в котором 50% работодателей, 50% работников. Существуют местные, земельные, если рассматривать российскую аналогию то - региональные, и федеральные больничные кассы. Бывают также больничные кассы, ориентированные на профессиональные группы. Тарифы на медицинскую помощь одинаковы для всех. И объем оплачиваемых услуг больничная касса сократить не может. Эти требования одинаковые для всей страны, для всех лечебных учреждений, для всех больничных касс.

Второй вид медицинского страхования в Германии, охватывающий лишь 10% застрахованных - частное страхование. Этим видом деятельности занимаются организации, не причастные к обязательному медицинскому страхованию. Взносы на частное медицинское страхование формируются с учетом индивидуального риска и зависят от возраста, пола, состояния здоровья. При этом используются специальные региональные и профессиональные тарифы. Также при частном страховании невозможно одним полисом застраховать других членов семьи. Как правило, пациенты, перешедшие в систему частного медицинского страхования, до конца жизни не могут вернуться в ОМС. Исключения касаются случаев потери работы или снижения доходов до уровня, не позволяющего оплачивать медицинское страхование в негосударственных организациях. [[54]](#footnote-55)

В Германии хорошо отработан механизм оптимального взаимодействия сторон в медицинском страховании. Государство ответственно перед обществом за предоставление гражданам социальных гарантий, но реализация этих гарантий передана независимым организациям, управляемым выборными представителями. Это позволяет работникам, работодателям, врачам реально влиять на функционирование системы социального страхования, а государство контролирует соблюдение законодательно установленных рамок и норм.[[55]](#footnote-56)

Выделим также частную, или платную (рыночную), модель организации здравоохранения.

Рыночная модель здравоохранения основывается на частной медицинской практике, а оплата услуг происходит полностью за счет пациента. Эта модель в большем своем проявлении свойственна США и сложилась в условиях свободного рынка. Характеризуется отсутствием единой государственной системы обязательного медицинского страхования, а медицинские услуги предоставляются на платной основе, за счет самого потребителя и ограничиваются его личными финансовыми возможностями. Данная система является наиболее экономически эффективной, способствует научно-техническому прогрессу для увеличения прибыли в конкурентной борьбе за потребителя. Для успешного функционирования данной системы здравоохранения необходим развитый рынок медицинских услуг, включающий достаточно большое количество медицинских учреждений разных форм собственности. Причем особенностью рыночной системы здравоохранения является преобладание частных медицинских учреждений, конкурирующих между собой и высокая платежеспособность населения.

Однако в подобных условиях полностью отсутствует социальная направленность здравоохранения. В связи с разнообразными финансовыми возможностями различных слоев населения социально - незащищенная категория (инвалиды, люди, имеющие тяжелые хронические заболевания и т.д.), оказывается в крайне невыгодном положении, в котором не способна оплачивать медицинские услуги и в итоге оказывается лишенной квалифицированной помощи, что ведет к негативным последствиям.

Выделяют два основных уровня системы здравоохранения США:

1. Семейный доктор.
2. Стационарная медицинская помощь. Стационарную медпомощь население США получает в больницах, которые по принадлежности делятся на две основные группы:

1) федеральные, которые принадлежат центральным правительственным или иным федеральным ведомствам,

2) нефедеральные, которые принадлежат администрациям штатов, городским муниципалитетам, благотворительным организациям, церкви, частным владельцам.

В зависимости от формы собственности выделяют несколько типов местных лечебных учреждений:

 1.Частные прибыльные больницы – это частные предприятия, принадлежащие акционерам. Доходы такой больницы полностью подлежат обложению налогом. Эти больницы стремятся оказать лишь самые доходные виды услуг, таким образом, отказывая в очень необходимых, но дорогостоящих видах помощи.

2. Частные бесприбыльные больницы обычно контролируются и управляются религиозными организациями или группами, созданными местной общественностью. Эти больницы считаются благотворительными организациями, поэтому они освобождены от налогов на собственность. Чистый доход больницы должен использоваться для благотворительных целей, как правило, он реинвестируется в саму больницу.

3. Государственные больницы предоставляют помощь любому пациенту независимо от его платежеспособности.

В США не существует единой национальной системы медицинского страхования. В стране применяется два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. Только 74% населения имеют частную медицинскую страховку, остальные имеют государственную страховку, или не имеют никакой страховки. Из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов управления финансируются принятые в 1965 г. программы «Медикэр» и «Медикэйд». «Медикэр» − это единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых граждан и потерявших трудоспособность. «Медикэйд» − государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения. Программа «Медикэйд» субсидируется федеральным правительством, но регулируется законами штатов.[[56]](#footnote-57)Существует определенная категория граждан, которым государство гарантирует бесплатную медицинскую помощь-это военнослужащие, ветераны войны, моряки торгового флота, личный состав вооруженных сил, государственные служащие и американские индейцы.[[57]](#footnote-58)

При отсутствии страхового полиса пациент может рассчитывать, только на минимальный набор услуг, предоставленный только по экстренным показаниям. В подобных случаях расходы за лечение учреждения покрывают за собственный счет.

Помимо этого огромное значение отводится различным благотворительным фондам, которые не редко выступают одним из источников финансирования отрасли.

Положительные стороны данной модели заключаются в ее экономической эффективности, в высокой квалификации медицинского персонала, престиж профессии, достойная оплата труда, оснащенность современным оборудованием и лекарственными препаратами. При том что медицина США является передовой в мире, 15% населения страны не имеет возможности пользоваться ее услугами, а еще 15% застрахованы неадекватно.[[58]](#footnote-59)

Отрицательными сторонами является:

* В США не гарантируется государством равноправная и бесплатная медицинская помощь всем слоям населения.
* Жесткое регулирование лекарственных средств. Практически все лекарственные препараты реализуются по рецепту, в связи, с чем появляется необходимость посещения медицинского учреждения, что приводит к дополнительным расходам пациентов.
* Коммерциализация отрасли привела к значительному влиянию фармакологических лобби в правительстве в угоду собственным экономическим интересам.
* Децентрализация власти в отрасли. Формально управление здравоохранением в США осуществляет департамент здравоохранения и социальных служб, но функции его весьма ограничены. Несмотря на то, что государство выделяет колоссальные суммы в отрасль, оно не имеет действенных рычагов контроля над ценами и издержками услуг и препаратов.

В настоящее время США делает решительный шаг в сторону социального страхования в медицине. Главным элементом стала реформа здравоохранения конечной целью, которой является введение обязательного медицинского страхования. При этом созданы специальные биржи для страховщиков, а малоимущим предусматриваются субсидии на покупку полиса.  Появилась административная ответственность в отношении лиц, отказывающихся приобретать, и компаний, отказывающихся продавать полис. Однако реформа на данный период не смогла достичь запланированных результатов.

Главное и существенное отличие подобной модели от отечественной заключается в отношении к самой сути здравоохранения. В отечественной практике преобладает социальная направленность, в то время как в частной модели медицина-это бизнес по спасению здоровья, где ключевым является слово-бизнес.

Рассмотрев основные модели организации здравоохранения можно сделать вывод, что в настоящее время не существует стран с классическими моделями систем здравоохранения. Современные модели организации здравоохранения стали гибридными, изменяясь, реформируясь и, заимствуя друг у друга отдельные элементы. Несмотря на многообразие форм организации медицинской помощи в настоящее время нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением.

Однако тщательное изучение ситуации показывают, что системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Тем не менее, общие тенденции развития общенационального здравоохранения в мире позволяют сделать следующие выводы, наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках «дозируются», или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение. В странах, где акцент делается на государственном контроле над здравоохранением, граждане с наибольшей вероятностью сталкиваются с «листами ожидания», нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи. Страны, где системы здравоохранения наиболее эффективны, добиваются подобного результата за счет отказа от централизованного государственного контроля и опоры на рыночные механизмы — конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя.

# III. Современные аспекты регулирования системы здравоохранения

# Особенности реализации государственной политики России в сфере здравоохранения на современном этапе

Российское здравоохранение помимо внешних факторов, испытывает внутреннее воздействие на отрасль. Активное реформирование системы, которое не прекращается в течение всей новейшей истории государства, имеет положительные тенденции, однако об общих итогах проводимых реформ говорить пока ещё рано.

Государственная политика в области здравоохранения становится основным звеном и необходимым элементом жизни и благополучия граждан, так как направлена на создание таких условий для системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять санитарное просвещение населения, профилактику заболеваний, обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам, проводить научные исследования в области здравоохранения и подготовку медицинских и фармацевтических работников, поддерживать и развивать материально- техническую базу системы здравоохранения.

Стратегическая цель политики государства в данной отрасли предусматривает подцели в различных областях здравоохранения, и реализация данных подцелей обеспечивает достижение запланированных результатов.[[59]](#footnote-60)

Необходимость, разработки долгосрочной стратегии развития Российской Федерации, была озвучена В.В. Путиным еще в 1999 году в его предвыборной кампании, что послужило инициативой для создания специального фонда «Центр стратегических разработок». Данная организация является некоммерческой организацией, основной задачей которой является разработка стратегических документов, необходимых для развития России: ключевых отраслей экономики страны и субъектов федерации.[[60]](#footnote-61)  Одной из основных целей фонда является разработка будущих направлений развития социальной сферы.

В начале 2000 годов в экономике страны произошли незначительные улучшения, что позволило государству обратить своё внимание на социальную сферу. В ежегодном послании Президента Федеральному Собранию 2004 года были отмечены основные проблемы остро стоящие в отрасли здравоохранения:

1.Отсутствие стандартов лечения.

2.Неразбериха с разграничением бюджетного и страхового финансирования, а также с установлением приемлемых объемов участия населения в финансировании медицинского обслуживания из собственных средств.

3.Отсутствие четкой и оптимальной этапности оказания медицинской помощи (начиная от профилактики и кончая реабилитацией после стационарного лечения).

4.Экономическая и финансовая несамостоятельность медицинских учреждений.

5.Сверхнормативная изношенность зданий, сооружений и медицинского оборудования.

6.Критически низкая оплата труда медицинских работников.

В 2005 году на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета Президент публично озвучил о необходимости изменений, конкретных целях и о начале реализации национального проекта «Здоровье».[[61]](#footnote-62)

В 2008 году распоряжением Правительства Российской Федерации была принята Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, направленная на определение путей и способов обеспечения устойчивого повышения благосостояния российских граждан, национальной безопасности, динамичного развития экономики, укрепления позиций России в мировом сообществе.[[62]](#footnote-63) Большое значение в концепции отведено развитию здравоохранения.

Согласно концепции политика Российской Федерации в области здравоохранения направлена на формирование социально ответственной, эффективной системы медицинской помощи, соответствующей национальным интересам.

Цели, обусловленные политикой Российской Федерации в отрасли здравоохранения на период до 2020 года, представляют собой:

1. создание соответствующего потребностям населения современного, управляемого государством, конкурентного рынка социально значимых медицинских услуг и товаров, фармацевтической продукции;
2. повышение доступности, качества и безопасности гарантируемых государством видов бесплатной медицинской помощи.

Реализация целей государственной политики предполагает решение приоритетных задач в отрасли, которые согласно концепции развития здравоохранения разделяются на 8 направлений.

1. Обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, в том числе: конкретизация государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи; совершенствование системы стандартизации в области здравоохранения с целью внедрения современных медицинских технологий оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях и заболеваниях, наносящих наибольший ущерб здоровью населения и социальному благополучию страны; планирование ресурсов, обеспечивающих реализацию государственных гарантий.
2. Модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, в том числе: осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств; введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей; введение предельного размера годового заработка, на который начисляются страховые взносы; установление единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения; создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий; повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в обязательном медицинском страховании; поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов; создание системы управления качеством медицинской помощи; формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования с созданием условий для выбора, застрахованным страховщика и медицинской организации, а также обеспечение населения доступной информацией о деятельности страховщиков и медицинских организаций; создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании.
3. Повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе: обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах; развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям; совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно-авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе; оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля; обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, включая реабилитационные методы и санаторно-курортное лечение; развитие системы охраны здоровья матери и ребенка на всех этапах оказания медицинской помощи, включая совершенствование проведения профилактических мероприятий в части охраны здоровья детей и подростков, совершенствование оказания медицинской помощи в образовательных учреждениях; открытие в сельской местности кабинетов врачей общей практики и семейных врачей; разработка и реализация мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин; развитие системы предоставления медико-социальной помощи, в том числе помощи, оказываемой пожилому населению на дому, координация взаимодействия системы здравоохранения с системой социальной защиты, повышение роли и расширение функций среднего персонала при оказании медицинской помощи лицам старшего возраста; развитие инновационной деятельности медицинских и научных организаций для разработки и внедрения эффективных медицинских технологий; обеспечение потребности населения в получении высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания, финансирование которого осуществляется с учетом всех необходимых расходов (по полному тарифу) на оказание этого вида помощи; увеличение государственных инвестиций, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций для оснащения их современными лечебно-диагностическим медицинским оборудованием и техникой в соответствии со стандартами оснащения, обеспечивающими качественное оказание медицинской помощи; формирование правовой базы, обеспечивающей защиту прав пациентов, и страхование профессиональной ответственности работников здравоохранения, рискующих причинить вред своему здоровью при выполнении служебных обязанностей; расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений; совершенствование механизмов участия государственных медицинских учреждений, подведомственных различным федеральным органам исполнительной власти, в обязательном медицинском страховании и реализации государственных гарантий; использование проектного метода для совершенствования организации медицинской помощи (реализация пилотных проектов в регионах), тиражирование накопленного опыта эффективных преобразований в указанной сфере; оптимизация соотношения врачебного и среднего медицинского персонала.
4. Улучшение лекарственного обеспечения граждан, в том числе:

повышение доступности для граждан лекарственных средств при проведении амбулаторного лечения на основе сочетания государственных программ лекарственного обеспечения и медицинского страхования граждан; обеспечение полного цикла производства на территории Российской Федерации стратегически необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения; определение перечня лекарственных средств, предоставляемых бесплатно или с частичной оплатой за счет средств обязательного медицинского страхования; совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, предоставляемые гражданам в системе здравоохранения.

1. Информатизация системы здравоохранения, в том числе:

развитие информатизации системы здравоохранения, включая внедрение электронного документооборота в медицинских организациях; создание медицинского информационного и образовательного ресурса.

1. Развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, в том числе: формирование целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения и формирования здорового образа жизни, разработки и внедрения новых эффективных технологий ранней диагностики в практику системы здравоохранения; стимулирование отечественных и иностранных производителей лекарственных средств к созданию научно-исследовательских центров по разработке лекарственных средств на территории Российской Федерации; обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышения профессионального уровня и внедрения передовых медицинских технологий, разработка стандартов подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения и реализация образовательных программ.
2. Совершенствование системы охраны здоровья населения, в том числе: пропаганда и формирование здорового образа жизни, и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье; разработка и реализация программ по [профилактике алкоголизма](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96236/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/#dst100008), табакокурения и других факторов риска; формирование культуры здорового питания населения; обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
3. Реализация приоритетных национальных проектов.[[63]](#footnote-64)

Главные принципы, на которых основывается политика государства в здравоохранении, заключаются в следующем:

1. комплексности решения задач в области здравоохранения, фармацевтической и медицинской промышленности в их взаимосвязи;
2. концентрации на приоритетах - выбор по каждому направлению развития наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения;
3. своевременном реагировании на тенденции текущего периода;
4. учете региональных особенностей развития здравоохранения и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных программ здравоохранения;
5. взаимодействие органов государственной власти с частным бизнесом, институтами гражданского общества, международными субъектами;
6. координации действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.[[64]](#footnote-65)

Основными приоритетами политики государства в области здравоохранения на современном этапе являются:

1. стабилизация и обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на социально справедливой основе;
2. оптимизация управления и финансирования системы здравоохранения, ее интеграция;
3. обновление медицинских технологий, в том числе профилактических, доказавших свою эффективность;
4. внедрение действенных подходов к контролю качества и безопасности услуг здравоохранения, фармацевтических препаратов, медицинской техники;
5. совершенствование последипломного образования и профессиональной деятельности работников здравоохранения;
6. развитие отечественной фармацевтической и медицинской промышленности;
7. формирование партнерств государства в области здравоохранения с частным бизнесом, гражданским обществом;
8. инициирование межведомственных программ охраны общественного здоровья и обеспечение профессионального лидерства специалистов в области здравоохранения;
9. защита национальных интересов в сфере здравоохранения в рамках международного сотрудничества.[[65]](#footnote-66)

Политика в сфере здравоохранения, как известно, носит комплексный характер, то есть в нее входят правовые нормы разной отраслевой принадлежности: конституционного, административного, финансового, гражданского, трудового и других отраслей права. В современных условиях, с одной стороны, происходит сужение сферы государственного регулирования, расширения зон, свободных от прямого вмешательства государства, а с другой — усиление правовых механизмов социальной защиты интересов граждан. Несмотря на то, что действующее законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения насчитывает несколько десятков законов, значительное количество подзаконных нормативных актов, его нельзя признать достаточным для решения современных задач. Нормативные правовые акты в сфере здравоохранения разрознены, ряд норм дублируют друг друга, а некоторые отношения в области медицины, вообще, не регулируются правом. Возникает необходимость в систематизации отрасли или подотрасли права в условиях активного развития законодательства в данной сфере, накопления нормативного материала, изданного в разное время и регулирующего различные предметы отношений.

Неотъемлемым элементом современной политики является разработка федеральных, региональных и муниципальных программ, где формируются текущие и перспективные задачи в сфере здравоохранения и меры по их реализации.[[66]](#footnote-67)

Главной программой, реализуемой на современном этапе, является «Развитие здравоохранения»[[67]](#footnote-68).

Целями государственной программы являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объёмы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В рамках государственной программы решаются следующие задачи:

* обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
* повышение эффективности оказания специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную, а также скорой медицинской помощи;
* развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также технологий персонализированной медицины;
* повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
* развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения;
* обеспечение паллиативной медицинской помощью пациентов, страдающих неизлечимыми заболеваниями;
* обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
* повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
* обеспечение системности развития отрасли.[[68]](#footnote-69)

Государственная программа «развитие здравоохранения» реализуется в два этапа:

* первый этап (2013–2015 годы) – структурные преобразования;
* второй этап (2016–2020 годы) – развитие инновационного потенциала в здравоохранении.

Ресурсное обеспечение государственной программы за счёт средств федерального бюджета определено с учётом необходимости достижения индикаторов, определённых указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597[[69]](#footnote-70), 598[[70]](#footnote-71), 606[[71]](#footnote-72), а также предусмотренных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития до 2020 года и Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Объём финансового обеспечения реализации государственной программы из всех уровней бюджетной системы составляет 33 721 млрд. рублей, в том числе из средств федерального бюджета 6 067, 5 млрд. рублей, включая 2710,6 млрд. рублей действующих бюджетных обязательств и 3356,9 млрд. рублей дополнительной потребности в финансировании.

Объёмы финансирования государственной программы будут уточняться при составлении проектов федерального бюджета на соответствующий год и плановый период.[[72]](#footnote-73)

Контролирующие функции при реализации государственной политики здравоохранения осуществляет орган исполнительной власти Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), образованная в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»[[73]](#footnote-74).

Росздравнадзор находится в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации и руководствуется в своей деятельности Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также Положением «О Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323[[74]](#footnote-75).

Служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Таким образом, в настоящее время здравоохранение испытывает значительные изменения. Современное здравоохранение оказывается под влиянием экономических и социальных процессов, происходящих в нашей стране и во всем мире, которые ставят перед системой новые задачи и заставляют её подстраиваться под текущие изменения. Первостепенными вопросами на всех уровнях здравоохранения остаются доступность, качество и эффективность медицинской помощи. Быстрота реакции на эти процессы и принятие решений в ограниченные сроки являются сегодня необходимым условием эффективной работы отрасли. Процессы, влияющие на здравоохранения, являются глобальными, и поэтому нет ни одной страны в мире с эффективной моделью организации медицинской помощи, все они находятся в условиях реформирования, целью которых является, более экономически выгодное функционирование отрасли.

# Актуальное состояние, проблемы и перспективы развития системы здравоохранения на примере г. Азова Ростовской области

Город Азов входит в состав Ростовской области и расположен на ее юго-западе, в тридцати километрах от Ростова-на-Дону, столицы Южного Федерального округа. Территория города составляет 66,7 кв. км, количество населения на территории городского округа 82937 человек[[75]](#footnote-76).

До недавнего времени на территории города находилось три лечебно-профилактических учреждений, оказывающих населению города медицинские услуги:

1. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная Городская Больница»;
2. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Первая Городская Больница»
3. Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный Дом».

В соответствии с задачами, поставленными Правительством Российской Федерации перед здравоохранением, в администрации города Азова были приняты постановления № 2118 от 10.10.2013 «Об утверждении муниципальной программы города Азова «Развитие здравоохранения в городе Азове» и №903 от 29.04.2013г. «Об утверждении Плана мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в г. Азове» («Дорожной карты»)».

В рамках этих мероприятий была проведена реорганизация учреждений здравоохранения с целью оптимизации структуры отрасли, интенсификации работы круглосуточной койки с учетом ее профиля, сокращением неэффективно используемых круглосуточных коек и дальнейшим развитием стационар - замещающих технологий. А именно объединение трех муниципальных учреждений МБУЗ ЦГБ г. Азова, МБУЗ ГБ1 и МБУЗ «Родильный дом» г. Азова в единое многопрофильное учреждение к имеющимся меж райцентрам на базе МБУЗ ЦГБ г. Азова по оказанию кардиологической и неврологической помощи для больных с ОНМК. Были созданы новые межрайцентры на базе филиалов МБУЗ ЦГБ г. Азова: «Родильный дом» по оказанию акушерской помощи, в ГБ1 по оказанию урологической и травматологической помощи жителям не только жителям г. Азова, но и Азовского района.

На территории города Азова активно реализуются Федеральные Целевые программы по развитию и улучшению качества здравоохранения, на базе реализованного Приоритетного Национального проекта «Здоровье».

Рассмотрим итоги реализации Приоритетного Национального Проекта «Здоровье».

Общими усилиями бюджетов различных уровней была значительно укреплена ресурсная база первичного этапа медико-санитарной помощи города.

На реализацию национального проекта «Здоровье» в городе Азове только в период с 2006 по 2008 год было направлено более 172,9 млн. руб. федеральных средств, в том числе:

- на повышение заработной платы отдельным категориям медицинских работников -31,1 млн. руб.

- на осуществление дополнительной диспансеризации работающих граждан (осмотрено 12 355 чел) - 8,7 млн.руб.

- на осуществление медицинского наблюдения женщин в период беременности и родов и дополнительной диспансеризации детей первого года жизни - 23,1 млн. руб.

*-* на оснащение медицинским оборудованием и автотранспортом ЛПУ - более 110 млн. рублей;

**-** на проведение мероприятий по профилактике заболеваний населения 2,34 млн. руб., за счет которых выполнялись:

* обследование новорожденных на врожденные заболевания
* выявления случаев заболевания населения ВИЧ-инфекцией и гепатитом (за 3 года обследовано 43,4 тыс. жителей города)
* дополнительная иммунизация, в ходе которой вакцинировано:

- от гепатита 4600 детей и более 7 тысяч лиц трудоспособного возраста

- от краснухи 9900 девочек.

- от гриппа ежегодно более 25% населения города

В рамках предоставления высокотехнологичных (дорогостоящих) методов лечения в областных и федеральных центрах страны получили медицинскую помощь 118 жителей города.

В рамках проекта проводились мероприятия, направленные на укрепление кадровой и материально-технической базы первичного звена здравоохранения.

В 2006-2007 гг. прошли подготовку 6 врачей по специальности «врач общей практики (семейная медицина)».

На профессиональную последипломную подготовку специалистов первичного звена было израсходовано 0,4 млн. руб.

Повышение заработной платы отдельным категориям медицинских работников, работников первого рубежа оказания медицинской помощи, а именно участковым врачам и их медицинским сестрам, работникам женских консультаций и родильных домов по медицинскому наблюдению женщин в период беременности и родов, работникам детских поликлиник по диспансерному наблюдению за детьми до 1 года и специалистам скорой помощи.

В рамках мероприятий по оснащению оборудованием и автотранспортом ЛПУ города получены автомобили скорой медицинской помощи, оснащенных новейшим оборудованием: 8 автомобилей на сумму 5,61 млн. руб.

В период реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за счет средств федерального бюджета лечебные учреждения города получили медицинское оборудование и санитарный автотранспорт на сумму более чем на 35 млн. руб., в том числе:

1. 8 единиц санитарного автотранспорта, оснащенного оборудованием, необходимым для оказания скорой и неотложной медицинской помощи на сумму 5,61 млн. руб.;
2. 58 единиц медицинского оборудования на сумму 29,36 млн. руб.:

рентген-диагностические аппараты, флюорограф, проявочные машины для рентгеновской пленки, 9 ультразвуковых аппаратов, 10 электрокардиографов, эндоскопы (Фиброгастродуоденоскопы, колоноскопы, цистоуротроскоп), кольпоскопы, гистероскоп, фетальные мониторы, 19 лабораторных анализаторов.

За средства, полученные от родовых сертификатов в МБУЗ «Родильный дом» в 2006-2007г.г. приобретено медицинское оборудование на сумму более 3 млн. руб.- предоставление высокотехнологичных (дорогостоящих) методов лечения.

С июля 2007 года по июнь 2008 г. в рамках национального проекта «Здоровье» лечебные учреждения города участвовали в реализации мероприятий пилотного проекта. Цель, которого заключалась в повышение доступность стационарной медицинской помощи за счет интенсификации лечебного процесса. В рамках реализации пилотного проекта между министерством здравоохранения Ростовской Области и Главой администрации г. Азова был подписано Соглашение № 2 от 18.07.2007 о сотрудничестве при реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Также заключен договор – №1004/404-363 ПП от 18.07.2007г. между Администрацией Ростовской области, Ростовским территориальным фондом обязательного медицинского страхования и учреждением здравоохранения о реализации пилотного проекта.

Денежные средства, полученные лечебно-профилактическими учреждениями г. Азова по итогам реализации данного проекта в виде дополнительной оплаты за оказанные медицинские услуги, направлялись:

- на обеспечение медикаментами, включая медицинский инструментарий и изделия медицинского назначения – в размере 20%;

- на оснащение медицинским оборудованием – в размере 40%;

- на оплату труда (с учетом единого социального налога) медицинским работникам, участвующим в оказании стационарной медицинской помощи – в размере 40%.

Реализация пилотного проекта позволила:

- снизить за счет интенсификации лечебного процесса (лечение более современными и дорогими препаратами) в рамках стандартов лечения среднюю длительность пребывания больного на койке на 7% (с 10,2 в «допилотном периоде» до 9,5 койка/дней), не увеличив случаев повторной госпитализации и жалоб со стороны пациентов (согласно анкетированию);

- увеличить число пролеченных больных на 5,5%;

-ввести персонифицированный учет медикаментозного лечения и параклинических услуг;

- повысить за счет стимулирующих доплат заработную плату медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь стационарным больным.

- оснастить отделения современным медицинским оборудованием позволяющим оказывать более квалифицированную медицинскую помощь:

- в МБУЗ ЦГБ – на сумму 1,1 млн. руб.

- в МБУЗ ГБ №1 г. Азова на сумму 1,68 млн. руб.

- в МБУЗ «Родильный дом» города Азова на сумму 0,3 млн. руб.

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в городе позволила улучшить демографические показатели. Произошло увеличение показателя рождаемости с 9,1 в 2006 году до 10,4, при снижении показателя общей смертности с 15,0 до 14,5 на 1 тыс. населения, что снизило показатель естественной убыли населения в городе Азове на 30%.

Проблемы, выявленные в ходе реализации национального проекта в городе Азове:

1. Кадровая проблема – недостаток квалифицированных врачей – данная проблема остается актуальной и в настоящее время.
2. Ресурсная проблема – занижение подушевого норматива стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории области против федерального норматива ОМС (в 2009 году на 31%), что приводило к росту затрат населения на оплату медицинской помощи и большему числу обращений граждан за скорой помощью.
3. Организационные проблемы:

- эффективность использования поступившего в рамках приоритетного национального проекта оборудования при дефиците подготовленных специалистов;

- высокие нормативы нагрузки для специалистов участковой службы, которые никак не учитывают возросшие объемы медицинской помощи и требований, что отражается в первую очередь на качестве оказываемых медицинских услуг.

4. Проблемы в области нормативной базы:

- несвоевременное поступление законодательных и регламентирующих документов;

- отсутствие нормативной базы по оплате труда содействующего, не медицинского, персонала (экономистов, бухгалтеров, статистиков и пр.) при осуществлении мероприятий национального проекта.

Программа «Модернизации здравоохранения г. Азова на 2011-2013 годы» начала действовать с апреля 2011 года. Финансирование мероприятий осуществляется за счет средств из трех источников: Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и бюджета города Азова.

В 2013 году на реализацию мероприятий программы было выделено по задачам и мероприятиям за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования - 45 835,1 тыс. руб.

В ходе реализация долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения города Азова на 2011-2013годы» были сформулированы основные задачи:

Задача 1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

Задача 2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение. Задача по внедрению современных информационных систем в здравоохранение включала следующие мероприятия:

Программа «Повышение качества оказываемых муниципальных услуг в сфере здравоохранения города Азова на 2010-2014гг» начала действовать в редакции Распоряжения Администрации г. Азова с июля 2010 года, в новой редакции Постановления Администрации г. Азова - с января 2011 года. В 2013 году на реализацию мероприятий программы было запланировано по задачам и мероприятиям всего - 13 026,6 тыс. руб., в том числе за счет средств областного бюджета - 75,4 тыс. руб., за счет средств бюджета города Азова – 12 951,2.

Реализация программы «Повышение качества оказываемых муниципальных услуг в сфере здравоохранения города Азова на 2010-2014гг» предполагала следующие подпрограммы:

Подпрограмма 1: Совершенствование подготовки медицинских.

Подпрограмма 2: Укрепление материально-технической базы ЛПУ города

Рассмотрим итоги мероприятий, проводимых МБУЗ ЦГБ г. Азова в рамках реализации указов Президента РФ.

В рамках реализации указов Президента РФ был проведен мониторинг осуществления работы в муниципальном образовании «Город Азов» по обеспечению выполнения Указов Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

В целях исполнения поручений по реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» МБУЗ «ЦГБ» ежеквартально проводится мониторинг средней заработной платы медицинских работников с целью доведения ее до установленных критериев. Также муниципальным бюджетным учреждением здравоохранения разрабатываются локальные нормативные акты, критерии и показатели эффективности работы.

Результаты проведения мониторинга уровня средней заработной платы работников МБУЗ ЦГБ по состоянию на 1.07.2013г. отражены в таблице.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | 2011 год | 2012 год | 2013 год | |
| Фактическое значение | | Прогноз | Факт за 1 пол. |
| Средняя заработная плата по субъекту РФ, руб. | 16949,50 | 19162,50 | 21699,30 | 19665,4 |
| Врачи и работники медицинской организации, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги, (обеспечивающие предоставление медицинских услуг) | | | | |
| Средняя заработная плата с учетом всех источников финансирования, руб. | 17581,41 | 20735,36 | 22285,18 | 21633,33 |
| темп роста к предыдущему году, % |  | 117,9 | 107,5 | 103,7 |
| соотношение к средней заработной плате по субъекту РФ, % | 103,7 | 108,2 | 102,7 | 110,0 |
| Средний медицинский (фармацевтический) персонал (персонал, обеспечивающий предоставление медицинских услуг) | | | | |
| Средняя заработная плата с учетом всех источников финансирования, руб. | 11112,41 | 12410,01 | 13887,55 | 13651,80 |
| темп роста к предыдущему году, % |  | 111,7 | 111,9 | 109,8 |
| соотношение к средней заработной плате по субъекту РФ, % | 65,6 | 64,8 | 64,0 | 69,4 |
| Младший медицинский персонал (персонал, обеспечивающий предоставление медицинских услуг) | | | | |
| Средняя заработная плата с учетом всех источников финансирования, руб. | 6739,03 | 7668,23 | 8441,03 | 8947,90 |
| темп роста к предыдущему году, % |  | 113,8 | 110,0 | 116,4 |
| соотношение к средней заработной плате по субъекту РФ, % | 39,8 | 40,0 | 38,9 | 45,5 |

Один из важнейших итогов реализации перечисленных программ является организованный в 2013 году Сосудистый центр с отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения и Центр анестезиологии и реанимации с отделением реанимации и интенсивной терапии при МБУЗ ЦГБ г. Азова. В течение 2015 года продолжилось их оснащение в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами министерства здравоохранения Российской Федерации.

На базе Сосудистого центра МБУЗ ЦГБ г. Азова в 2015 году проведено 529 рентгенэндоваскулярных диагностик с установкой стентов 210 больным (в 2014 году -394 рентгенэндоваскулярные диагностики, установлены стенты 101 пациенту).

Организация Сосудистого центра на территории города позволила расширить перечень медицинских услуг с патологией сердечно-сосудистой системы и оказывать высоко-технологичные методы диагностики и лечения, достичь показателя смертности населения от болезней системы кровообращения ниже целевого на 9,1% (целевой показатель 753,4 случаев на 100 тыс. населения, достигнутый -684,5 на 100 тыс. чел. населения).

В 2015 году на реализацию мероприятий муниципальных целевых программ «Развитие здравоохранения города Азова на 2014-2020гг» и «Энергоэффективность и развитие энергетики в городе Азове» запланировано средств бюджета города Азова – 12115,7 тыс. руб.

По итогам года объем использованных денежных средств составил 11776,9 тыс. руб., что составило 97,2 % годовых ассигнований, в том числе:

1. На мероприятия программы «Энергоэффективность и развитие энергетики в городе Азове» в 2015 году было выделено 297,7 тыс. руб. Все выделенные ассигнования освоены в полном объеме.

Было приобретено энергосберегающее оборудование, узел учета тепловой энергии; заменены окна на металлопластиковые в здании филиала МБУЗ ЦГБ г. Азова «Родильный дом». Все выделенные средства освоены.

1. На программу «Развитие здравоохранения города Азова на 2014-2020гг» выделено 11818,0 тыс. руб., освоено 11479,2 тыс. руб., что составило 97,13% выделенных средств на 2015 год.

В рамках программы проведены следующие мероприятия:

Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». На мероприятия подпрограммы, включающие оплату проезда врачей и среднего медицинского персонала к месту повышения квалификации, оплату за подготовку и переподготовку врачей; выплату стипендий студентам медицинских Вузов, обучающихся по целевым направлениям МБУЗ ЦГБ г. Азова, выплату стипендий студентам, обучающимся в интернатуре и ординатуре и заключившим договора с МБУЗ ЦГБ г. Азова об обязательстве трудоустройства в учреждении после прохождения подготовки; оплату найма жилья специалистам дефицитных специальностей 2545,4 тыс.руб., освоено 2409,8 тыс.руб., что составило 94,67%. Оставшиеся 135,6 тыс. руб. в 2015 году не освоены в связи с продолжением обучения специалистов, на оплату проезда к месту повышения, квалификации которых были и были запланированы данные средства и будут полностью освоены в 2016 году.

Мероприятия подпрограммы позволили достичь 100% показателя повышения квалификации каждые 5 лет, как врачами, так и средним медицинским персоналом; показателя сертификации специалистов – врачей 100% (в 2013 г.-97,6%, в 2014 г. – 100%), среднего медицинского персонала-98,6% (в 2013г.-96,9%, в 2014 г.- 98,4%).

Несмотря на снижение показателей по сравнению с 2014 годом удалось сохранить на уровне выше средних по области показатели обеспеченности населения:

- врачами 35,6 на 10 тыс. населения (в 2013г.-32,5, в 2014 г. - 36,0 при среднем областном показателе 29,7);

-средними медицинскими работниками - 86,1 на 10 тыс. населения (в 2013 г.- 77,3, в 2014г. - 85,9 при среднем областном показателе 75,1).

Подпрограмма «Создание условий для оказания медицинской помощи». На мероприятия подпрограммы в 2015 году из средств бюджета города Азова было запланировано 9205,6 тыс.руб., освоено 9069,4 тыс. руб., что составило 98,5% в т.ч. на:

- приобретение оборудования – запланировано 5588,0 тыс. руб., освоено 5452,1 тыс. руб., что составило 97,57%. Экономия в размере 135,9 тыс. руб. сложилась в результате торгов. В 2015 году были приобретены система для лечения ран отрицательным давлением, видеогастроскоп, кислородный концентратор, аппарат назальной СРАР терапии педиатрический.

- выполнение проектных работ и изготовление проектно-сметной документации на год запланировано 294,9 тыс. руб. В 2015 году освоено 294,9 тыс. руб., что составило 100% от годовых ассигнований. Изготовлены проектно-сметная документация на капитальный ремонт системы вентиляции корпусов Литер (А), Литер (Б) подачи кислорода (филиал МБУЗ ЦГБ г. Азова «Первая городская больница»); на выборочный капитальный ремонт 1-го и 2-го этажей филиала МБУЗ ЦГБ г. Азова «Родильный дом»

- проведение капитального ремонта– 1550,0 тыс. руб. освоение выделенных ассигнований в полном объеме. Произведена замена лифта в здании филиала МБУЗ ЦГБ «Первая городская больница»

- проведение текущих ремонтов – выделено 1093,7 тыс.руб. Освоено 100% годовых ассигнований. Проведены текущие ремонты кровли пристройки к пищеблоку МБУЗ ЦГБ г. Азова, здания скорой медицинской помощи, помещений филиалов МБУЗ ЦГБ г. Азова.

***-*** противопожарные мероприятия- запланировано 39,6 тыс. руб., освоено 39,3 тыс. руб., что составило 99,24%. За счет выделенных ассигнований проводилось техническое обслуживание системы АПС в зд ании скорой медицинской помощи, зарядка огнетушителей.

- антитеррористические мероприятия – запланировано630,8 тыс.руб., все денежные средства освоены. В рамках мероприятий осуществлялось техническое обслуживание системы тревожной сигнализации в здании отделения скорой медицинской помощи, оплачивались охранные услуги.

- осуществление доступа к системе «Единая автоматизированная система управления общественными финансами Ростовской области» - выделено 8,6., все выделенные средства освоены.

Показатели, которые на данном этапе остаются не исполненными в системе здравоохранения города.

«Соотношение врачей и средних медицинских работников», вместо запланированного показателя 1 / 2,7 показатель, достигнут 1 / 2,4 и остается на уровне 2014г. Для достижения показателя необходимо в 2015 году необходимо было привлечь более 70 среднего медицинского работника (пришло 17 молодых специалистов), а к 2018 году необходимо принять на работу до 300 средних медицинских работников.

При низком проценте выпускников Азовского филиала Ростовского базового медицинского колледжа, трудоустраивающихся после его окончания в МБУЗ ЦГБ г. Азова (в 2014 году- 38,6%, в 2015 году - 24,3% притом, что ежегодно выпускается 50 специалистов дневного обучения и 20 - вечернего) и высоким процентом работающих пенсионеров (в 2014г. - 12,3%, в 2015 г. - 14,6%) на сегодняшний момент исполнение целевого показателя нереально.

Для улучшения кадровой ситуации необходимы меры по привлечению и закреплению на рабочих местах молодежи, их заинтересованности в продолжение трудовой деятельности по выбранной специальности в муниципальном здравоохранении (повышение заработной платы, меры по которой уже реализуются и предоставление жилья не только для врачей, но и среднего медицинского персонала).

Для достижения целевых и улучшения демографических показателей предполагается реализация мероприятий по предупреждению рождения детей с врождёнными пороками развития. Создание условий оказания медицинской помощи матери и ребенку: строительство родильного дома на территории города (реконструкция филиала МБУЗ ЦГБ г. Азова «Первая городская больница»); строительство детской поликлиники с развертыванием полноценных кабинетов восстановительной медицины (с залом ЛФК, массажными и физиотерапевтическими кабинетами, бассейном) и стоматологическим отделением для детей.

В итоге можно сделать вывод, что реализация программ, разработанных государством активно и успешно влияет на здравоохранение города Азова. МБУЗ ЦГБ активно использует полученные возможности для улучшения качества предоставляемых услуг и повышения состояния здоровья жителей данной территории, за счет чего она не первый год входит в пятерку лучших лечебно-профилактических учреждений области. Несмотря на имеющиеся проблемы отрасли, состояние системы здравоохранения города находится на высоком уровне. Высокий уровень заработной платы, по сравнению с другими лечебными учреждениями области, и возможность решить жилищные вопросы, обеспечили большой приток молодых специалистов в отрасль, а наличие высокотехнологической аппаратуры позволяет осуществлять качественную диагностику и своевременную профилактику, что позволяет снизить затраты, связанные с оказанием медицинских услуг.

МБУЗ ЦГБ г. Азова является одним из ярких и удачных примеров на территории Ростовской области взаимодействия руководителей медицинской организации, муниципальных и региональных властей. Администрация ЛПУ активно внедряет научные разработки в отрасль, быстро реагирует на изменения, происходящие в состоянии здоровья населения, использует инновационные подходы в решении поставленных задач и участвует в реализации пилотных проектов.

# Заключение

Здравоохранение является одним из основных и неотъемлемых элементов структуры социальной сферы, которая всегда должна находиться в числе первых интересов государства.

Исторически сложилось так, что отечественное здравоохранение всегда отличалось от здравоохранения других стран своей социальной направленностью. Не смотря на то, что советская государственная политика имела выраженную военную ориентацию, здравоохранению всегда уделялось особое место.

В начале ХХ века советскими врачами удалось создать централизованную государственную медицину, которая эффективно справилась с массовыми эпидемиями, охватившими страну, и в свое время была действительно эпохальным достижением политического, социального и экономического строительства в истерзанной революцией и гражданской войной стране. Система Семашко - советская модель здравоохранения в свое время была передовой, не имеющих аналогов в мире. Подобная модель организации здравоохранения стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, Всемирная Организация Здравоохранения рекомендовала использовать отдельные ее элементы в ряде стран. К примеру, на основе данной модели была создана модель оказания медицинской помощи в Великобритании. Однако тотальная политизация сдерживала развитие медицинской науки, которая развивалась изолированно от мировой, нередко в ложном направлении. Эти и ряд других стратегических ошибок привели к кризису советской модели.

На современном этапе государство пытается исправить ошибки, допущенные ранее, что бы спасти систему от кризиса, в котором она находится после распада Советского Союза.

В современной России здравоохранение реформируется, происходит в течение нескольких десятилетий. Изменения коснулись во всех аспектов отрасли. Изменилась законодательная база здравоохранения, принципы финансирования, организации медицинской помощи и многое другое. Главное, что осталось неизменным это то, что государство гарантирует населению право на бесплатную медицину, считая охрану здоровья населения делом государственной важности.

Роль государственного регулирования в настоящее время является ведущей в данной отрасли. Причиной тому является то, что в области здравоохранения нельзя сформировать полноценный рынок. Простейшие рыночные отношения, такие понятные в других секторах экономики, здесь не срабатывают из-за несостоятельности рынка, поскольку здравоохранение, как отрасль общественного хозяйства, обладает целым рядом характеристик, нарушающих действие рыночных механизмов.  Обеспечение равных возможностей в потреблении медицинских услуг диктует необходимость перераспределения бюджета здравоохранения, что возможно только при условии государственного регулирования и в условии разрозненности социально-экономических возможностей населения делает актуальным принцип солидарности здравоохранения

. Приоритетными направлениями государственной политики в сфере здравоохранения являются, создание мер для естественного прироста населения, а также обеспечение высокого уровня жизни граждан. Только государство, имея в наличии все необходимые административные, правовые и экономические инструменты, способно оказывать влияние на сложившуюся ситуацию. Основные направления реформирования системы здравоохранения в России показывают, что политика государства по развитию данной сферы в долгосрочной перспективе предполагает создание не только единой правовой системы регулирования, а целого комплекса мероприятий, способствующих их реализации.

Целью государственной политики в области здравоохранения является совершенствование доступности медицинской помощи, повышение эффективности и качества медицинских услуг на основе передовых достижений медицинской науки. Нововведения в сфере здравоохранения осуществляются в виде создания новых технологий, медицинских приборов, препаратов, лечебных методик или организационных процессов, внедряемых в производство товаров или оказание услуг. К продуктовым и процессным инновациям в системе здравоохранения относят систему предупреждения и лечения заболеваний, реабилитацию больных, создания принципиально новых лекарственных препаратов, новой медицинской техники и оборудования, иных информационных, учетных, управленческих и других благ, способствующих повышению качества медицинских услуг. Российская специфика такова, что основным инвестором в передовые медицинские технологии выступает государство. Несмотря на рост инвестиций в здравоохранение, Россия заметно отстает от передовых стран по объемам финансирования и показателям, определяющим уровень развития медицинской науки. Создание национальных приоритетных проектов, федеральных целевых программ, пилотных проектов в здравоохранении оказали существенное влияние на отрасль. Помимо перечисленных направлений, государство активно развивает взаимодействие с частным сектором, для привлечения дополнительных инвестиций в здравоохранение и улучшения качества оказываемых услуг, за счет конкуренции на рынке медицинских услуг.

Не смотря на общее мнение о провалах первого этапа реформ, положение дел в отрасли значительно улучшилось. Обновление материально-технической базы позволили улучшить качество оказываемых медицинских услуг, а открытие различных федеральных медицинских центров, позволили оказывать населению высокотехнологичную медицинскую помощь, что в итоге привело к увеличению продолжительности жизни населения и увеличению роста рождаемости. Не смотря на кризис сложившийся в экономике страны из-за определенных внешних факторов, и необходимость сокращения государственных расходов, финансирование проектов по развитию здравоохранения не уменьшается.

В настоящее время управление системой здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями социально-экономического развития системы здравоохранения, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер. На данный момент, нет ни одной страны в мире с эффективной моделью организации здравоохранения, все они находятся в стадии реформирования, стараясь подстраиваться под факторы, оказывающие влияние на отрасль.

Эволюционное реформирование сферы здравоохранения в изменяющихся политических, экономических и социальных условиях предполагает усиление регулятивной функции государства, введения новых организационных технологий и экономических методов управления, адекватных динамике происходящих в обществе процессов и корректируемых по результатам мониторинга экономической и социальной эффективности нововведений.

# 

# Список использованной литературы

Федеральный закон от 21.07.2005 N 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "О концессионных соглашениях"// "Собрание законодательства РФ", 25.07.2005, N 30 (ч. II), ст. 3126.

Закон РСФСР от 28.06.1991 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» //»Ведомости СНД и ВС РСФСР», 04.07.1991, N 27, ст. 920.

1. Закон Российской Федерации от 02.04.1993 № 4741-I «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»//Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 1993 г. , N 17 , ст. 602.

Указ Президента РФ от 31.12.2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 2016. № 1. Ст. 212(часть II)

1. Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387"О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" (вместе с "Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации")// "Собрание законодательства РФ", 17.11.1997, № 46, ст. 5312.
2. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2000 N 1202-р «Концепция охраны здоровья населения Российской»//Собрание Законодательства Российской Федерации от 17.11.1997 г. № 46, ст. 5312.

Приказ Минздрава России от 04.02.2015 N 37 (ред. от 08.12.2015) "Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнерства в здравоохранении, на 2015 - 2016 годы" [Электронный ресурс] //Консультант Плюс:[сайт]. Режим доступа:http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=645584&div=LAW&dst=1000000001%2C0&rnd=208987.6924314476186402 (дата обращения 15.05.2016г).

1. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 N 2599-р (ред. от 28.08.2015) «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения"» // "Собрание законодательства РФ", 14.01.2013, N 2, ст. 130

Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 08.08.2009) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года")// "Собрание законодательства РФ", 24.11.2008, N 47, ст. 5489.

Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»// "Собрание законодательства РФ", 31.12.2012, N 53 (ч. 2), ст. 8019

Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"// "Собрание законодательства РФ", 28.04.2014, N 17, ст. 2057

Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" //"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2334

Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"/"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2335

Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации"//"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2343

Указ Президента РФ от 09.03.2004 N 314 (ред. от 12.05.2016) "О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти"//"Собрание законодательства РФ", N 11, 15.03.2004, ст. 945.

Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 (ред. от 25.12.2015) "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения// "Собрание законодательства РФ", 12.07.2004, N 28, ст. 2900.

### Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения»24 декабря 2012 Правительство РФ //http://government.ru/docs/3348/

**Общая информация о Министерстве здравоохранения Российской Федерации** //[Электронный ресурс] // Министерство Здравоохранения Российской Федерации,16.06.2014,URL: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry>

## Нормативные акты иностранных государств/[электронный ресурс] Портал Внешнеэкономической инфорации,02.08.2013URL:http://www.ved.gov.ru/exportcountries/de/about\_de/laws\_ved\_de/?Action=showproduct&id=3779&parent=0&start=4

Центр стратегических разработок [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.csr.ru/istoriya-fonda.html свободный

Выступление на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета/ [Электронный ресурс] // Официальные сетевые ресурсы Президента России, 05.09.2005 URL: http://kremlin.ru/events/president/transcripts/23157

Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Профессионал, 2009.С.15

Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. 2-е изд. 2010. С.117

Хрусталев Ю.М.//Философия науки и медицины. Учебник. Гриф УМО по медицинскому образованию //ГЭОТАР-Медиа, 2010 год, 784 стр. с 542

А.К. Богма Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе // Сборники конференций НИЦ Социосфера. - 2014. № 27. С. 6-11

# Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья // Учебное пособие. Пермь: ПГНИУ, 2011. С. 34.

Ковалева И.П. Обобщенная характеристика рынка медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук. 2015. № 44. С. 150.

Прокофьева Т.А. Социально-экономические функции здравоохранения // Вестник ТГУ. 2007. №5. С.223-224

Черникова С.А., Черданцев В.П., Вшивкова Г.А. «[Современные проблемы социальной безопасности](http://elibrary.ru/item.asp?id=25098394)»//Фундаментальные исследования. 2015. № 11-4.С.836

Тоцкая Е.Г., Хафизова Э.Р., Садовой М.А. «Применение инновационной модели управления деятельностью в учреждении здравоохранения»// Политравма 2011.№3 С.14

Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2011. С.139.

Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2011. С.141.

Спицина Ю.К. Анализ Реализации Государственной Политики В Сфере Здравоохранения В Свердловской Области // Материалы VII Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум»С.4

Кучерявенко Д. М. Современные методы и механизмы управления инновационной моделью здравоохранения // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2010. №3-2 С.217-221

Левкевич М.М. « Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения» Сибирская финансовая школа № 1(90) 2012г. С.21

1. Левкевич М.М. « Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения» Сибирская финансовая школа № 1(90) 2012г. С.4

Хасанов Ф. З. Современные проблемы политики государства в области здравоохранения // Изв. Сарат. ун-та Нов.сер. Сер. Социология. Политология . 2011. №2. С.113.

Батиевская В.Б., Шабашев В.А. Трансформация подходов к государственному регулированию российского здравоохранения // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2013. № 2. С. 68.

1. Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. №5. С.8.

Ковалева И.П. Развитие здравоохранения России: исторический аспект // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2015. №31 С.125.

[Яник А.А.](http://elibrary.ru/author_items.asp?authorid=638088)История современной России: истоки и уроки последней российской модернизации (1985–1999)/  [Институт социально-политических исследований РАН](http://elibrary.ru/org_items.asp?orgsid=14964).М: Фонд современной истории, Москва, 2012. С 26.

Куркина М.П., Анохина С.С. Основные предпосылки и направления реформирования системы здравоохранения РФ// Наука и современность.2010. № 3. С.124-125.

Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность//Журнал международных исследований развития (МИР). 2014. № 1. С.25-26.

Калашников К.Н. Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. №1 (37). С.73.

Кривонос О.В. Основные направления и меры реализации национального проекта «здоровье» в 2010 году/ [Уровень жизни населения регионов России](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=930072). 2010. [№ 2](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=930072&selid=15635078). С. 3-4.

1. Реализация приоритетного национального проекта “Здоровье” в первичном звене здравоохранения/ [Электронный ресурс] // ZDRAV.RU: портал информационной поддержки специалистов ЛПУ, 05.03.2011 URL:<http://www.zdrav.ru/articles/77746-realizatsiya-prioritetnogo-natsionalnogo-proekta-zdorove-v-pervichnom-zvene>(дата обращения: 15.05.2016)

Липский С.П. Модернизация здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и возможности развития // Современные проблемы сервиса и туризма. 2013. №2 С. 63-64.

Об итогах работы Министерства Здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год [Электронный ресурс] //Министерство Здравоохранения Российской Федерации:[сайт]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/020/221/original> (дата обращения 15.05.2016г).

Осоткина М.В., Горн А.П. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации: результаты, проблемы и перспективы // Вестник ТюмГУ. 2014. №11 С.94-102.

Развитие здравоохранения [Электронный ресурс] //ПОРТАЛ ГОСПРОГРАММ РФ:[сайт]. Режим доступа:http://programs.gov.ru/Portal/programs/passport/1 (дата обращения 15.05.2016г).

Развитие здравоохранения [Электронный ресурс] //ПОРТАЛ ГОСПРОГРАММ РФ:[сайт]. Режим доступа:http://programs.gov.ru/Portal/programs/passport/1 (дата обращения 15.05.2016г).

Осоткина М. В., Горн А. П. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации: результаты, проблемы и перспективы // Вестник ТюмГУ. 2014. №11. С. 98.

## Штомпелева С.В. «В Ростовской области на принципах ГЧП создается центр реабилитации наркозависимых» / [Электронный Ресурс] //Официальный Портал Правительства Ростовской Области, 10.12.2014г [сайт]: http://www.donland.ru/news/v-rostovskojj-oblasti-na-principakh-gchp-sozdaetsya-centr-reabilitacii-narkozavisimykh?pageid=92218&mid=83793&itemid=57776

Анесянц С.А., Голотина В.Ю. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России // Новые технологии. 2015. №2. С.77-78.

Гасников В.К., Лисицина Е.Б., Гасников К.В. О результативности реформ в здравоохранении за двадцатилетний период после принятия конституции российской федерации/ Медицинский Альманах. 2015. Март. №1(36). С.8.

Комарова Н.В.[Взаимосвязь социальной политики и содержания подготовки социальных работников в Великобритании](http://elibrary.ru/item.asp?id=18165931)//[Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1062935). 2011.  [№ 4](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1062935&selid=18165931). С.355.

Гареева И. А. Модели и национальные системы здравоохранения: состояние и тенденции развития// Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2010. №. 2, С. 13.

Борисов К.Н., Алексеев В.А., Рожецкая С.В. **Государственная система здравоохранения Великобритании/**[Электронный ресурс] //РОСМЕДПОРТАЛ. РФ: научно-практический медицинский журнал, 31.10.2011. URL:http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\_content&view=article&id=1466:2011-10-31-02-26-08&catid=25:the-project(дата обращения: 18.05.2016).

1. Титова А. О., Родионова С. Ю. Особенности управления финансами в разных моделях здравоохранения // Изв. Сарат. ун-та Нов.сер. Сер. Экономика. Управление. Право. 2014. №3 С.538.

Сура М.В., Максимова Л.В., Назаров В.С. Ценовое регулирование и компенсационные схемы в системе амбулаторного лекарственного обеспечения зарубежных стран / [Медицинские технологии. Оценка и выбор](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1240521). 2013. [№ 2 (12)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1240521&selid=21142856). С.81.

Пехтерева Е.А. [Современные системы и модели здравоохранения в зарубежных странах. (Сводный реферат)](http://elibrary.ru/item.asp?id=17995632)/ [Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 2: Экономика. Реферативный журнал](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1036858). 2012. [№ 2](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1036858&selid=17995632). С.160-161.

1. Комиссаров И. А., Козловских Н. В. Социально-экономические модели здравоохранения // Вятский медицинский вестник. 2012. №4 С.34.

# Род Шифф, Рейчел Брукс. Оплата труда врачей: международный опыт и варианты**/**[Электронный ресурс] //РОСМЕДПОРТАЛ. РФ: научно-практический медицинский журнал, 08.08.2011 URL:http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\_content&view=article&id=1293:2011-08-08-19-38-43&catid=25:the-project(дата обращения: 20.05.2016)

# Гетьман Н. Медицинское страхование — Германия **/**[электронный ресурс] //Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»24.10.2010/URL:<https://iq.hse.ru/news/177673236.html> (дата обращения 20.05.2016)

Алексеев В.А., Задворная О.Л. Кафедра международного здравоохранения Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва. Здравоохранение Германии. // «Здравоохранение» - 2010. - №7. – С. 89 – 99.

Юсуфов М.М. Социальные составляющие частнопредпринимательской деятельности в здравоохранении (опыт США) //Общество: политика, экономика, право. 2010. № 1. С.53-54.

1. Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2012. №9 С.43

# 5 плюсов и 3 минуса американской системы здравоохранения**/**[Электронный ресурс] //МЕДПОРТАЛ:05.08.2013URL:http://medportal.ru/mednovosti/main/2013/08/05/001usa/(дата обращения: 18.05.2016)

# Хасанов Ф. З. Политика государства в области здравоохранения в условиях модернизации российского общества // Вестник Башкирск. ун-та. 2011. №1 С.202.

Олейникова Е.Г. Приоритеты государственного управления социальным развитием российской федерации// [Научный вестник Волгоградского филиала РАНХиГС. Серия: Политология и социология](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1403769). 2015. [№ 1](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1403769&selid=23729081). С.22

Калмыков Н.Н., Рехтина Н.В. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации[электронный ресурс]// Режим доступа:<http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf>свободный

# Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения в Российской Федерации [электронный ресурс]//РосМедСтрах:URL.Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=512&offset=20&theme=9> свободный

Хасанов Ф. З. Основные направления политики государства в сфере здравоохранения// [Вестник БИСТ (Башкирского института социальных технологий)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1371626). 2014. [№ 4 (25)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1371626&selid=23018571). С. 21-22.

О службе по надзору в сфере Здравоохранения /**/**[Электронный ресурс] // Федеральная служба по надзору в сфере Здравоохранения,URL: http://www.roszdravnadzor.ru (дата обращения: 18.05.2016).

Численность и размещение населения Ростовской области: Статистический сборник/Ростовстат/ – Ростов н/Д, 2012 – с.144. с-9

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Профессионал, 2009.С.15 [↑](#footnote-ref-2)
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. 2-е изд. 2010. С.117 [↑](#footnote-ref-3)
3. Хрусталев Ю.М.//Философия науки и медицины. Учебник. Гриф УМО по медицинскому образованию //ГЭОТАР-Медиа, 2010 год, 784 стр. с 542

   [↑](#footnote-ref-4)
4. А.К. Богма Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе // Сборники конференций НИЦ Социосфера. - 2014. № 27. С. 6-11 [↑](#footnote-ref-5)
5. # Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья // Учебное пособие. Пермь: ПГНИУ, 2011. С. 34.

   [↑](#footnote-ref-6)
6. Ковалева И.П. Обобщенная характеристика рынка медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук. 2015. № 44. С. 150. [↑](#footnote-ref-7)
7. Прокофьева Т.А. Социально-экономические функции здравоохранения // Вестник ТГУ. 2007. №5. С.223-224

   [↑](#footnote-ref-8)
8. Черникова С.А., Черданцев В.П., Вшивкова Г.А. «[СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ](http://elibrary.ru/item.asp?id=25098394)»//Фундаментальные исследования. 2015. № 11-4.С.836 [↑](#footnote-ref-9)
9. Тоцкая Е.Г., Хафизова Э.Р., Садовой М.А. «Применение инновационной модели управления деятельностью в учреждении здравоохранения»// Политравма 2011.№3 С.14 [↑](#footnote-ref-10)
10. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2011. С.139. [↑](#footnote-ref-11)
11. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2011. С.141. [↑](#footnote-ref-12)
12. Спицина Ю.К. АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ // Материалы VII Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум»С.4 [↑](#footnote-ref-13)
13. ### **Общая информация о Министерстве здравоохранения Российской Федерации** //[Электронный ресурс] // Министерство Здравоохранения Российской Федерации,16.06.2014,URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry

    [↑](#footnote-ref-14)
14. Кучерявенко Д. М. Современные методы и механизмы управления инновационной моделью здравоохранения // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2010. №3-2 С.217-221 [↑](#footnote-ref-15)
15. Левкевич М.М. « Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения» Сибирская финансовая школа № 1(90) 2012г. С.21 [↑](#footnote-ref-16)
16. Левкевич М.М. « Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения» Сибирская финансовая школа № 1(90) 2012г. С.4 [↑](#footnote-ref-17)
17. Хасанов Ф. З. Современные проблемы политики государства в области здравоохранения // Изв. Сарат. ун-та Нов.сер. Сер. Социология. Политология . 2011. №2. С.113. [↑](#footnote-ref-18)
18. Батиевская В.Б., Шабашев В.А. Трансформация подходов к государственному регулированию российского здравоохранения // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2013. № 2. С. 68. [↑](#footnote-ref-19)
19. Указ Президента РФ от 31.12.2015 г. № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 2016. № 1. Ст. 212(часть II) [↑](#footnote-ref-20)
20. Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. №5. С.8. [↑](#footnote-ref-21)
21. Ковалева И.П. Развитие здравоохранения России: исторический аспект // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2015. №31 С.125. [↑](#footnote-ref-22)
22. [Яник А.А.](http://elibrary.ru/author_items.asp?authorid=638088)История современной России: истоки и уроки последней российской модернизации (1985–1999)/  [Институт социально-политических исследований РАН](http://elibrary.ru/org_items.asp?orgsid=14964).М: Фонд современной истории, Москва,2012. С 26. [↑](#footnote-ref-23)
23. Куркина М.П., Анохина С.С. Основные предпосылки и направления реформирования системы здравоохранения РФ// Наука и современность.2010. № 3. С.124-125. [↑](#footnote-ref-24)
24. Закон РСФСР от 28.06.1991 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» //»Ведомости СНД и ВС РСФСР», 04.07.1991, N 27, ст. 920. [↑](#footnote-ref-25)
25. Закон Российской Федерации от 02.04.1993 № 4741-I «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»//Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 1993 г. , N 17 , ст. 602. [↑](#footnote-ref-26)
26. Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность//Журнал международных исследований развития (МИР).2014. № 1.С.25-26. [↑](#footnote-ref-27)
27. Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387"О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации"(вместе с "Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации")// "Собрание законодательства РФ", 17.11.1997, № 46, ст. 5312. [↑](#footnote-ref-28)
28. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2000 N 1202-р «Концепция охраны здоровья населения Российской»//Собрание Законодательства Российской Федерации от 17.11.1997 г. № 46, ст. 5312. [↑](#footnote-ref-29)
29. Калашников К.Н. Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. №1 (37). С.73. [↑](#footnote-ref-30)
30. Кривонос О.В. Основные направления и меры реализации национального проекта «здоровье» в 2010 году/ [Уровень жизни населения регионов России](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=930072). 2010. [№ 2](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=930072&selid=15635078). С. 3-4. [↑](#footnote-ref-31)
31. Реализация приоритетного национального проекта “Здоровье” в первичном звене здравоохранения/ [Электронный ресурс] // ZDRAV.RU: портал информационной поддержки специалистов ЛПУ, 05.03.2011 URL:<http://www.zdrav.ru/articles/77746-realizatsiya-prioritetnogo-natsionalnogo-proekta-zdorove-v-pervichnom-zvene>(дата обращения: 15.05.2016) [↑](#footnote-ref-32)
32. Липский С.П. Модернизация здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и возможности развития // Современные проблемы сервиса и туризма. 2013. №2 С.63-64. [↑](#footnote-ref-33)
33. Об итогах работы Министерства Здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год [Электронный ресурс] //Министерство Здравоохранения Российской Федерации:[сайт]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/020/221/original>(дата обращения15.05.2016г). [↑](#footnote-ref-34)
34. Осоткина М.В., Горн А.П. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации: результаты, проблемы и перспективы // Вестник ТюмГУ. 2014. №11 С.94-102. [↑](#footnote-ref-35)
35. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 N 2599-р (ред. от 28.08.2015) «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения"» // "Собрание законодательства РФ", 14.01.2013, N 2, ст. 130 [↑](#footnote-ref-36)
36. Развитие здравоохранения [Электронный ресурс] //ПОРТАЛ ГОСПРОГРАММ РФ:[сайт]. Режим доступа:http://programs.gov.ru/Portal/programs/passport/1 (дата обращения 15.05.2016г). [↑](#footnote-ref-37)
37. Развитие здравоохранения [Электронный ресурс] //ПОРТАЛ ГОСПРОГРАММ РФ:[сайт]. Режим доступа:http://programs.gov.ru/Portal/programs/passport/1 (дата обращения 15.05.2016г). [↑](#footnote-ref-38)
38. Осоткина М. В., Горн А. П. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации: результаты, проблемы и перспективы // Вестник ТюмГУ. 2014. №11. С.98. [↑](#footnote-ref-39)
39. Федеральный закон от 21.07.2005 N 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "О концессионных соглашениях"// "Собрание законодательства РФ", 25.07.2005, N 30 (ч. II), ст. 3126. [↑](#footnote-ref-40)
40. Приказ Минздрава России от 04.02.2015 N 37 (ред. от 08.12.2015) "Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнерства в здравоохранении, на 2015 - 2016 годы"[Электронный ресурс] //Консультант Плюс:[сайт]. Режим доступа:http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=645584&div=LAW&dst=1000000001%2C0&rnd=208987.6924314476186402 (дата обращения 15.05.2016г). [↑](#footnote-ref-41)
41. ## Штомпелева С.В. «В Ростовской области на принципах ГЧП создается центр реабилитации наркозависимых» / [Электронный Ресурс] //Официальный Портал Правительства Ростовской Области, 10.12.2014г [сайт]: http://www.donland.ru/news/v-rostovskojj-oblasti-na-principakh-gchp-sozdaetsya-centr-reabilitacii-narkozavisimykh?pageid=92218&mid=83793&itemid=57776

    [↑](#footnote-ref-42)
42. Анесянц С.А., Голотина В.Ю. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России // Новые технологии. 2015. №2. С.77-78.  
     [↑](#footnote-ref-43)
43. Гасников В.К., Лисицина Е.Б., Гасников К.В. О результативности реформ в здравоохранении за двадцатилетний период после принятия конституции российской федерации/ Медицинский Альманах. 2015.Март. №1(36). С.8. [↑](#footnote-ref-44)
44. Комарова Н.В.[Взаимосвязь социальной политики и содержания подготовки социальных работников в Великобритании](http://elibrary.ru/item.asp?id=18165931)//[Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1062935). 2011. [№ 4](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1062935&selid=18165931).С.355. [↑](#footnote-ref-45)
45. Гареева И. А. Модели и национальные системы здравоохранения: состояние и тенденции развития// Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2010. №. 2, С. 13. [↑](#footnote-ref-46)
46. К.Н. Борисов, В.А. Алексеев, С.В. Рожецкая **Государственная система здравоохранения Великобритании/**[Электронный ресурс] //РОСМЕДПОРТАЛ. РФ: научно-практический медицинский журнал, 31.10.2011.URL:http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\_content&view=article&id=1466:2011-10-31-02-26-08&catid=25:the-project(дата обращения: 18.05.2016). [↑](#footnote-ref-47)
47. Титова А. О., Родионова С. Ю. Особенности управления финансами в разных моделях здравоохранения // Изв. Сарат. ун-та Нов.сер. Сер. Экономика. Управление. Право. 2014. №3 С.538. [↑](#footnote-ref-48)
48. Сура М.В., Максимова Л.В., Назаров В.С. Ценовое регулирование и компенсационные схемы в системе амбулаторного лекарственного обеспечения зарубежных стран / [Медицинские технологии. Оценка и выбор](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1240521). 2013. [№ 2 (12)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1240521&selid=21142856). С.81. [↑](#footnote-ref-49)
49. Пехтерева Е.А.[Современные системы и модели здравоохранения в зарубежных странах. (Сводный реферат)](http://elibrary.ru/item.asp?id=17995632)/ [Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 2: Экономика. Реферативный журнал](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1036858). 2012. [№ 2](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1036858&selid=17995632). С.160-161. [↑](#footnote-ref-50)
50. Комиссаров И. А., Козловских Н. В. Социально-экономические модели здравоохранения // Вятский медицинский вестник. 2012. №4 С.34. [↑](#footnote-ref-51)
51. # Род Шифф, Рейчел Брукс. Оплата труда врачей: международный опыт и варианты****/****[Электронный ресурс] //РОСМЕДПОРТАЛ. РФ: научно-практический медицинский журнал, 08.08.2011 URL:http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\_content&view=article&id=1293:2011-08-08-19-38-43&catid=25:the-project(дата обращения: 20.05.2016)

    [↑](#footnote-ref-52)
52. ## Нормативные акты иностранных государств/[электронный ресурс] Портал Внешнеэкономической инфорации,02.08.2013URL:http://www.ved.gov.ru/exportcountries/de/about\_de/laws\_ved\_de/?Action=showproduct&id=3779&parent=0&start=4

    [↑](#footnote-ref-53)
53. [↑](#footnote-ref-54)
54. # Гетьман Н. Медицинское страхование — Германия **/**[электронный ресурс] //Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»24.10.2010/URL:<https://iq.hse.ru/news/177673236.html> (дата обращения 20.05.2016)

    [↑](#footnote-ref-55)
55. В.А. Алексеев, О.Л. Задворная. Кафедра международного здравоохранения Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва. Здравоохранение Германии. // «Здравоохранение» - 2010. - №7. – С. 89 – 99. [↑](#footnote-ref-56)
56. Юсуфов М.М. Социальные составляющие частнопредпринимательской деятельности в здравоохранении (опыт США) //Общество: политика, экономика, право. 2010. № 1. С.53-54. [↑](#footnote-ref-57)
57. Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2012. №9 С.43 [↑](#footnote-ref-58)
58. # 5 плюсов и 3 минуса американской системы здравоохранения****/****[Электронный ресурс] //МЕДПОРТАЛ:05.08.2013URL:http://medportal.ru/mednovosti/main/2013/08/05/001usa/(дата обращения: 18.05.2016)

    [↑](#footnote-ref-59)
59. Хасанов Ф. З. Политика государства в области здравоохранения в условиях модернизации российского общества // Вестник Башкирск. ун-та. 2011. №1. С. 202. [↑](#footnote-ref-60)
60. Центр стратегических разработок [электронный ресурс] Режим доступа:http://www.csr.ru/istoriya-fonda.html свободный [↑](#footnote-ref-61)
61. Выступление на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета/ [Электронный ресурс] // Официальные сетевые ресурсы Президента России, 05.09.2005 URL: http://kremlin.ru/events/president/transcripts/23157 [↑](#footnote-ref-62)
62. Олейникова Е.Г. Приоритеты государственного управления социальным развитием Российской Федерации// [Научный вестник Волгоградского филиала РАНХиГС. Серия: Политология и социология](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1403769). 2015. [№ 1](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1403769&selid=23729081). С.22 [↑](#footnote-ref-63)
63. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 08.08.2009) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года")// "Собрание законодательства РФ", 24.11.2008, N 47, ст. 5489. [↑](#footnote-ref-64)
64. Калмыков Н.Н., Рехтина Н.В. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации[электронный ресурс]// Режим доступа:<http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf>свободный [↑](#footnote-ref-65)
65. # Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения в Российской Федерации [электронный ресурс]//РосМедСтрах:URL.Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=512&offset=20&theme=9> свободный

    [↑](#footnote-ref-66)
66. Хасанов Ф.З. Основные направления политики государства в сфере здравоохранения// [Вестник БИСТ (Башкирского института социальных технологий)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1371626). 2014. [№ 4 (25)](http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1371626&selid=23018571). С. 21-22. [↑](#footnote-ref-67)
67. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»// "Собрание законодательства РФ", 31.12.2012, N 53 (ч. 2), ст. 8019 [↑](#footnote-ref-68)
68. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"// "Собрание законодательства РФ", 28.04.2014, N 17, ст. 2057 [↑](#footnote-ref-69)
69. Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики"//"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2334 [↑](#footnote-ref-70)
70. Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"/"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2335 [↑](#footnote-ref-71)
71. Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации"//"Собрание законодательства РФ", 07.05.2012, N 19, ст. 2343 [↑](#footnote-ref-72)
72. ### Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения»24 декабря 2012 Правительство РФhttp://government.ru/docs/3348/

    [↑](#footnote-ref-73)
73. Указ Президента РФ от 09.03.2004 N 314 (ред. от 12.05.2016) "О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти"//"Собрание законодательства РФ", N 11, 15.03.2004, ст. 945. [↑](#footnote-ref-74)
74. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 (ред. от 25.12.2015) "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения// "Собрание законодательства РФ", 12.07.2004, N 28, ст. 2900. [↑](#footnote-ref-75)
75. Численность и размещение населения Ростовской области: Статистический сборник/Ростовстат/ – Ростов н/Д, 2012 – с.144. с-9 [↑](#footnote-ref-76)