

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет экономический
Кафедра экономической теории и государственного управления
Направление подготовки 38.03.04 – Государственное и муниципальное управление

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой
_____ М.В.Зинченко
« _____ » _____ 2016 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: Новые подходы в управлении здравоохранением на уровне субъекта Федерации (на примере Амурской области)

Исполнитель студент группы 273-об2	_____	Е.В. Евдокимова
	(подпись, дата)	
Руководитель ст. преподаватель	_____	Ю.А. Праскова
	(подпись, дата)	
Нормоконтроль	_____	Л.Н. Михайленко
	(подпись, дата)	

Благовещенск 2016

РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 63 с., 4 рисунка, 3 таблицы, 63 источника, 2 приложения

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

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

В работе рассмотрены такие вопросы как: Управление здравоохранения в Амурской области, проблемы в этой сфере, а также стратегия развития управления здравоохранением и другие пути решения.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1 Теоретические и правовые основы управления здравоохранением	7
1.1 Здравоохранение как объект управления	7
1.2 Нормативная правовая база управления здравоохранением	14
1.3 Зарубежный опыт управления здравоохранением	18
2 Управление здравоохранением Амурской области	29
2.1 Оценка сферы здравоохранения в Амурской области	29
2.2 Организация управления здравоохранения Амурской области	32
2.3 Результаты деятельности министерства здравоохранения Амурской области	40
2.4 Основные проблемы в сфере управления здравоохранением	51
2.5 Стратегия развития управления здравоохранением Амурской области	52
Заключение	54
Библиографический список	57
Приложение А Страхование	64
Приложение Б Основные направления развития здравоохранения Амурской области до 2020 г. и целевые индикаторы для мониторинга их реализации	65

ВВЕДЕНИЕ

Концепция здоровьесберегающей медицины при современных социально-экономических условиях является наиболее важной в Российской Федерации. Она включает как и внедрение продвинутых здоровьесберегающих технологий, так и формирование у всех групп населения мотивации на укрепление собственного здоровья, повышение уровня медицинской осведомленности, медико-социальной и профилактической активности, а также соблюдение основ здорового образа жизни.

Современные нормативные и законодательные документы, в первую очередь, направлены на разработку и осуществление федеральных и региональных программ, заставляющих Министерства и ведомства создавать и улучшать системы профилактической деятельности, формирования медицинской осведомленности, гигиенического воспитания, умений и владений методами здоровьесбережения и популяризации здорового образа жизни.

Не смотря на это, инфраструктура медицинской профилактики в здравоохранении не дает возможности в полной мере осуществить действенную систему формирования медицинской осведомленности и здоровьесберегающего поведения различных возрастно-половых и социально-профессиональных групп населения на различных этапах жизнедеятельности.

В современном российском законодательстве в сфере здравоохранения профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в целом как фактор обеспечения здоровья населения.

Согласно Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года сохранение и укрепление здоровья населения возможно не только при условии формирования приоритета здоровья в системе ценностных ориентаций, но и при обеспечении государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

На федеральном уровне одним из основных документов является Концеп-

ция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена Указом Президента РФ от 09.10.2007 г. №1351).

В соответствии со «Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.» профилактика неинфекционных заболеваний, также как и формирование здорового образа жизни, являются наиболее важной сферой деятельности медицинских организаций и важнейшим компонентом деятельности всей системы здравоохранения Амурской области. Данные мероприятия следует направить на изменение отношения человека к собственному здоровью и существенное повышение мер собственной ответственности за его поддержание и, как следствие, сохранение активной дееспособности в течении жизни.

Целью бакалаврской работы является выявление существующих проблем в сфере управления здравоохранением на основе изучения теоретических аспектов и анализа существующего положения и предложение мероприятий по их решению.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить теоретические и правовые основы управления здравоохранением;
- проанализировать управление здравоохранением Амурской области;
- выявить проблемы управления здравоохранением Амурской области;
- предложить мероприятия по решению выявленных проблем.

Объектом исследования является система управления здравоохранением Амурской области

Предметом исследования являются отношения по поводу организации управления здравоохранения в Амурской области.

При написании бакалаврской работы были использованы труды отечественных ученых, нормативная правовая база, отчетность министерства здравоохранения Амурской области, периодические издания а также данные электронных библиотек.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

1.1 Здоровоохранение как объект управления

Здоровоохранение это система мероприятий по сохранению, улучшению и укреплению здоровья различных групп населения. Здоровоохранение в целом является отраслью государственной системы, целью которой, главным образом, являются доступность высококвалифицированной медицинской помощи, сохранение и повышение уровня здоровья населения.

Формирование новой системы управления является одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения. В последнее время широкое распространение получило понятие менеджмента. В широком смысле менеджмент – это максимально эффективное и рациональное использование ресурсов, и контроль социально-экономических систем.

Другими словами, менеджмент – это вид деятельности, направленный на эффективное использование материально-технических, финансовых, трудовых и других ресурсов в решении поставленных задач.

С появлением понятия «менеджмент» все чаще ведутся споры: – можно ли считать перевод английского слова «management» и русский термин «управление» равнозначными понятиями. Если заглянуть в этимологию слова «management», то можно увидеть, что исторически это понятие обозначало ни что иное, как «искусство управлять лошадьми или же вообще животными в целом». Такое определение никого не оскорбляет, просто подчеркивает главную сущность менеджмента – а это искусство управления людьми путем непосредственного контакта между руководителем и подчиненными. Главная задача менеджера – организовать работу группы людей таким образом, чтобы эта система работала и совершенствовалась самостоятельно. В отличии от частного «менеджмента», управление – понятие более общее, представляющее человеческая деятельность, направленная на упорядоченность процессов труда и производства. При этом управлять можно чем и кем угодно: человеком, автомобилем,

проектом, базой данных, юридическим лицом. В общем управление – это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

На примере здравоохранения понятие «менеджмент» более логично употреблять по отношению к конкретным организациям здравоохранения и работающему в них персоналу, а термин «управление» – к системам здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях ¹.

В системе управления непременно присутствуют два звена: управляющее и управляемое.

Субъектом управления принято называть того, кто управляет (руководитель), то есть это управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления.

Объектом управления считают то, чем или кем управляют, например, трудовые, финансовые, материальные, информационные ресурсы, то есть это управляемое звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.

Другими словами, объектами управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России, субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, организации здравоохранения и их структурные подразделения, медицинский персонал.

Система здравоохранения в РФ представляет собой множество органов и учреждений, которые осуществляют управление здравоохранением для сохранения и укрепления здоровья населения посредством оказания медицинской помощи и, в основном, базируются на принципах государственного и всеобщего обязательного медицинского страхования. Одним из важнейших направлений в политике Российской Федерации является законодательное регулирова-

¹Голухов, Г.Н. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития. М.: Алтус, 2014. С. 21.

ние вопросов охраны здоровья граждан.

На федеральном уровне сфера управления здравоохранением представлена системой нормативно-правовых актов, которые объединены в самостоятельную отрасль российского законодательства.

В системе управления здравоохранением субъект управления одновременно может выступать и управляющим, и управляемым звеном, например: орган управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к органу управления здравоохранением муниципального образования или отдельных организаций здравоохранения является субъектом управления, в тоже время по отношению к Министерству здравоохранения и социального развития РФ оказывается объектом управления.

Важнейшим этапом в управлении является постановка цели, результат, на который направлен процесс управления. Цель должна быть своевременной, необходимой, реальной, достижимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку. Каждое действие должно иметь ясную и определенную цель. Виды целей в управлении системами и отдельными организациями здравоохранения представлены на рисунке 1².

Управленческая деятельность в здравоохранении в условиях современной рыночной экономики всегда связана с определенным риском. От руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения, в первую очередь, требуются знание и соблюдение законодательства в технологии разработки и осуществления организаторских решений. Приверженность законодательству в процессе подготовки и осуществления управленческого решения представляет собой не только проявление правовой культуры руководителя, но и определенную гарантию успеха в достижении намеченных целей.

В процессе грамотного управления любой управляемый объект развивается и совершенствуется, возрастает степень упорядоченности отдельных структурных элементов, а также оптимизируется структурная организация в

² Кучеренко, В.З. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. М.: Статут, 2014. С. 14.

целом. В первую очередь реформы здравоохранения должны проводиться в самых крупных звеньях организационно-функциональной структуры учреждений здравоохранения – на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

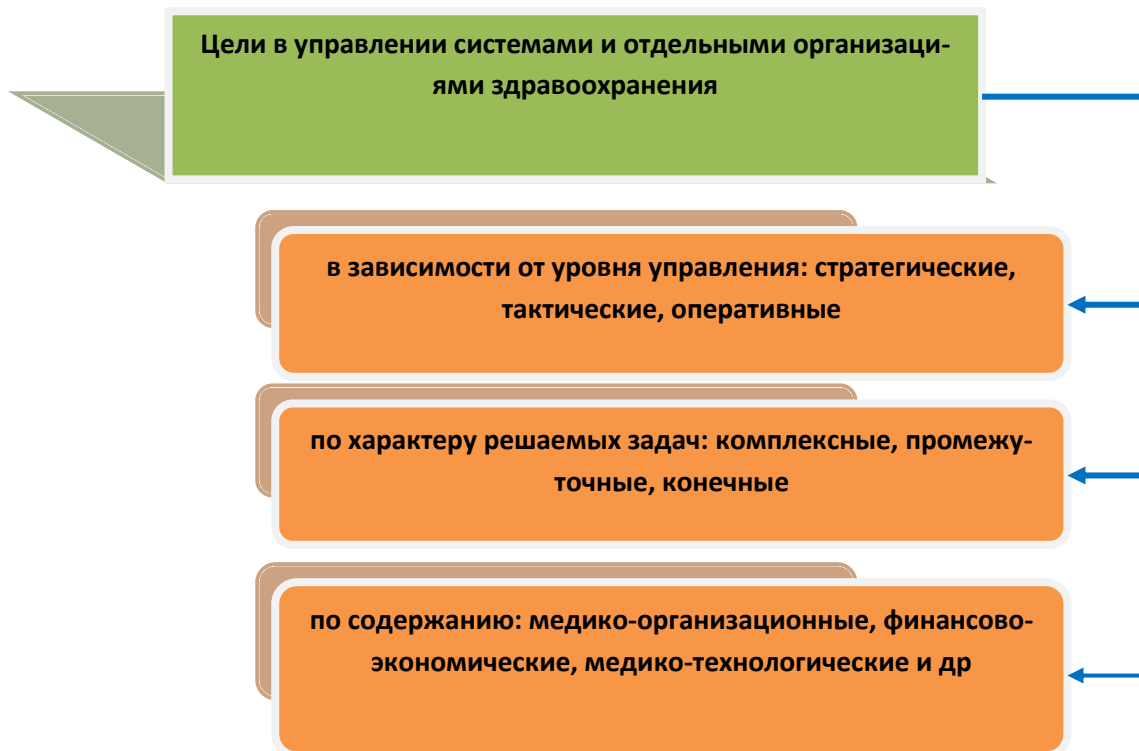


Рисунок 1 – Виды целей в управлении системами и отдельными организациями здравоохранения

Здравоохранение, как объект государственного управления и регулирования, представляет собой как и сферу деятельности государства, так и систему социально-экономических, медико-санитарных мероприятий, осуществляемых организациями здравоохранения.

Система управления здравоохранением в Российской Федерации – это одна из подсистем управления обществом, имеющая определенную внутреннюю организацию и функцию, и представляющая собой целостную систему, которая состоит из взаимосвязанных элементов, а также является подсистемой более сложной системы управления единой социальной сферой, имеет внутренние и внешние связи, иерархическую структуру.

Функции управления здравоохранением делят на несколько групп: общие,

специальные и исполнительно-распорядительные. К общим функциям относят разработку государственных программ, их финансирование, контроль, кадровые вопросы, к специальным – обеспечение медицинских организаций и население лекарственными средствами и оборудованием, организацию лечебно-профилактической помощи.³

Структура системы государственного управления здравоохранением состоит из таких элементов, как: субъект, объект и собственно сам процесс государственного управления.

Субъектом государственного управления выступает государство в лице государственного аппарата: министерства, федеральные службы, агентства, иные государственные и муниципальные организации и их должностные лица.

Объектами государственного управления выступают сферы общественной и частной жизни, на которые направлено управленческое воздействие. Объектами государственного управления здравоохранением являются такие учреждения здравоохранения как: поликлиники, диспансеры, больницы, родильные дома, аптеки, центры санитарно-эпидемиологического надзора, санатории и многие другие.

Следует отметить, что, будучи сложной по своей структуре, система управления здравоохранением имеет не одну, а много связанных между собой целей, которые взаимно дополняют друг друга, но в то же время имеют различную направленность. Тем не менее, по своей природе они не противоречивы, так как отражают различные стороны главной цели управления здравоохранением в России. Главной целью здравоохранения РФ являются: выработка и применение системы мер, направленных на снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах.

Главная цель управления состоит из вторичных, так называемых подцелей различного порядка, которые ставятся перед субъектом управления. При помощи анализа правовых актов органов государственного управления таких

³Основные направления развития здравоохранения РФ в ближайшие годы [Электронный ресурс]: офиц. сайт. 2010. Режим доступа: <http://www.medcom.spb.ru/publ/info/867>. 24.02.2016.

как: уставы, положения, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения, литература по вопросам здравоохранения можно выделить наиболее важные подцели управления здравоохранением. Эти подцели могут быть классифицированы следующим образом: профилактические, реабилитационные, лечебно-оздоровительные, диагностические, демографические, репродуктивные, правовые.

Как правило, для облегчения работы управления, цели классифицируют по различным показателям. Период времени является одним из таких показателей и считается наиболее важным. Здесь выделяют следующие группы целей: стратегические, тактические, оперативные. Стратегические устанавливаются на 5-10 лет, имеют обобщенный характер, в то время как тактические – на 3-5 лет и логически вытекают из стратегических, но при этом обладая конкретным планом, а оперативные же цели разбиваются на задачи и имеют срок от нескольких дней до нескольких месяцев.

Цели управления определяют суть управленческого решения: выбор методов, способов, при помощи которых цели должны быть достигнуты⁴.

В наши дни в системе управления здравоохранением в Российской Федерации принимают участие многие органы государственной власти и органы местного самоуправления, однако организацию реального воплощения целей здравоохранения по уменьшению потерь потенциальной и активной жизни населения осуществляют исполнительные органы государственной власти с присущими им полномочиями и структурой, которые в своей совокупности образуют систему органов управления здравоохранением.

Система органов исполнительной власти и основ их компетенции в области здравоохранения определены Конституцией Российской Федерации, а также другими нормативно-правовыми актами.

Общие вопросы здравоохранения относятся к совместному ведению органов государственной власти Российской Федерации и ее субъектов (п. «д», «е»),

⁴Ковалева, И.П. Развитие медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства // Вестник университета ГОУ ВПО «Государственный университет управления». 2011. № 8. С. 153-154.

«ж»), ст. 72 Конституции Российской Федерации). В соответствии со ст. 72 Конституции Российской Федерации, система органов управления здравоохранением представлена федеральными и субъектов федерации государственными органами исполнительной власти, а также муниципальными органами местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению учреждений системы здравоохранения по подчиненности. Общее руководство осуществляет Президент и Правительство Российской Федерации. Президент Российской Федерации принимает нормативные акты по вопросам здравоохранения, определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и ставит задачи в своих посланиях Федеральному собранию Российской Федерации. Согласно ст. 110 Конституции Российской Федерации⁵, Правительство РФ осуществляет исполнительную власть, издает постановления и распоряжения, обеспечивает их исполнение.

В соответствии с законодательством Российской Федерации, органом управления здравоохранением, ответственным за организацию деятельности системы здравоохранения на федеральном уровне, является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития).

Министерство проводит государственную политику и осуществляет управление в области охраны здоровья, а также в случаях, установленных федеральными законами, указами Президента, регулирует деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти. К тому же Минздравсоцразвития Российской Федерации имеет право издавать в пределах своей компетенции нормативно-правовые акты и иные документы, являющиеся обязательными для исполнения всеми физическими и юридическими лицами, независимо от форм собственности.

На федеральном уровне управления здравоохранением необходимо выде-

⁵Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

лить Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, которая находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет следующие функции: организует и осуществляет надзор за соблюдением органами государственной власти, органами местного самоуправления, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и гражданами обязательных требований законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств и социальной защиты населения, включая контроль и надзор за порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, деятельностью клиникоэкспертных комиссий, порядка учета, хранения и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан и др. функции ⁶.

Также на федеральном уровне в системе управления здравоохранением можно выделить Федеральные фонды социального страхования и обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан.

Профсоюзы также принимают непосредственное участие в государственном управлении здравоохранением. Они влияют на формирование политики и управление здравоохранением, так как защищают права работников здравоохранения перед работодателями.

В субъектах федерации организация деятельности в сфере здравоохранения регулируется принимаемыми ими региональными нормативно-правовыми актами.

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации участвуют в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. На них возложена ответственность за координацию деятельности субъ-

⁶Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения: статистический сборник / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. М.: 2014. С. 5.

ектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что, несмотря на многообразие нормативно-правовых актов разного уровня, принятых в сфере здравоохранения, по-прежнему актуальными остаются вопросы совершенствования законодательства в этой сфере.

1.2 Нормативная правовая база управления здравоохранением

Право человека на охрану и укрепление здоровья закреплено основными законодательными актами. Улучшение качества системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. В настоящее время на правовое регулирование здравоохранения направлены десятки и сотни нормативных актов различных уровней.

В соответствии с п.1 ст. 3 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.⁷

Как подчеркивают исследователи, «федеральный уровень медицинского законодательства представлен системой нормативных правовых актов, объединенных в самостоятельную отрасль российского законодательства, представляющую собой комплексное образование. Об этом свидетельствуют особенности предмета и метода регулирования в здравоохранении. Предметом актов данной отрасли является совокупность правовых норм в области оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия, а также иные связанные с этим вопросы. Надлежащее поведение субъектов отношений в сфере охраны здоровья граждан обеспечивается посредством комбинированного воздействия приемов и спосо-

⁷ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

бов, характерных для административного, гражданского права и права социального обеспечения. Субъектами регулируемых отношений являются государство, его органы и учреждения, медицинские учреждения различных форм собственности, с одной стороны, и граждане (в ряде случаев все находящиеся на территории Российской Федерации) – с другой».

В комплексе норм, формирующих действующее законодательство о здравоохранении, решающую роль имеют нормы конституционного, административного, финансового, гражданского законодательства и, конечно же, законодательства о социальном обеспечении граждан.

Таким образом, нормы трудового, экологического, семейного и некоторых других отраслей законодательства довольно уместны в законодательстве о здравоохранении и могут сыграть далеко не последнюю роль в охране здоровья населения.⁸

Представим иерархию обозначенных нормативных актов.

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации базисный акт в сфере охраны здоровья, закрепляет следующие принципы в сфере здравоохранения:

1) каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений;

2) в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию⁹.

Основным федеральным законом, регулирующим отношения в сфере

⁸Популярная медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]: офиц. сайт. 2010. Режим доступа: [www.lechebnik.info/624-2/123.htm](http://www.lechebник.info/624-2/123.htm). 20.02.2016.

⁹ Акопян, А.С. Здравоохранение в рыночной России // Общественные науки и современность. 2014. № 6. С. 56.

здравоохранения, является – ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ.¹⁰

В данном законе определены главные принципы охраны здоровья; полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; организация охраны здоровья; охрана здоровья матери и ребенка; вопросы семьи и репродуктивного здоровья; медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование; медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, а также медицинских организаций; программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья; организация контроля в сфере охраны здоровья; ответственность в сфере охраны здоровья.

Также на правовое регулирование здравоохранения в РФ направлены многие другие федеральные законы. Это несколько десятков актов. Ниже представлены некоторые из них:

- федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (ред. от 31.12.2014 с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2015);

- федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (ред. от 05.04.2016 с изменениями, вступившими в силу с 16.04.2016);

- федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ред. от 28.11.2015 с изменениями, вступившими в силу с 09.12.2015);

- федеральный закон от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядер-

¹⁰ Об основах охраны здоровья граждан в РФ [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016 с изменениями, вступившими в силу с 07.05.2016). Доступ из справ. – правовой системы «Консультант Плюс».

ных испытаний на Семипалатинском полигоне»;

- федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»;

- федеральный закон от 29 декабря 2014 № 474-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях республики Крым и города федерального значения Севастополя».

Как подчеркивают исследователи: «Структура законодательства о здравоохранении, его деление на институты и отрасли еще полностью не сформированы. В принятых законодательных актах прослеживается концентрация норм в таких основных институтах, как медицинское страхование; лекарственное обеспечение (лекарственные средства, наркотические и психотропные вещества); нормы в области различных заболеваний (ВИЧ, психические и инфекционные заболевания); санитарно-эпидемиологическое благополучие; отдельные виды медицинской деятельности (трансплантация, генная инженерия, санаторно-курортное дело) и другие».

Следует отметить, что федеральные законы представляют собой обобщенные, фундаментальные нормы, находящиеся на вершине иерархии норм права субъектов Российской Федерации. Законы субъектов Российской Федерации в большей степени являются не дополнительным звеном, способствующим созданию комплексного механизма реализации федерального закона, а скорее элементом целого механизма регулирования, который в свою очередь раскрывает абстрактность общенациональных норм, наполняя их спецификой региональной практики применения права¹¹.

К настоящему моменту принято около 300 законодательных актов в сфере здравоохранения в субъектах РФ.

Наряду с законодательными актами на правовое регулирование здраво-

¹¹Ковалева, И.П. Основные этапы развития здравоохранения России // Экономика и управление в социальной сфере: тенденции, проблемы и перспективы развития: Всероссийская научно-практическая конференция. М. : АТИСО, 2013. С. 56-61.

охранения в РФ направлены и подзаконные нормативно-правовые акты (далее НПА), такие как указы Президента РФ и постановления Правительства РФ, а также ведомственные НПА.

Что касается характера правового фундамента регулирования здравоохранения в РФ – законодательные акты, принятые в последнее десятилетие, создают правовые основы для совершенствования отечественной системы здравоохранения, тем самым определяя ее будущее.

Считается, что в целом федеральное медицинское законодательство не отличается правовыми разногласиями. Но в то же время, как утверждают эксперты, практика внесения и рассмотрения Государственной Думой Федерального Собрания РФ законопроектов в области здравоохранения выявила нежелательную ориентацию. Связано это с тем, что готовится очень много проектов законов, в содержание которых включены вопросы, решаемые на уровне подзаконных актов или же посредством внесения дополнений и изменений в уже действующие законы. Но по неизвестным причинам, вместо улучшения существующей массы законов, интенсификации работы по систематизации медицинского законодательства планируется принятие актов по отдельным заболеваниям, о Российском обществе Красного Креста, об обеспечении безопасности психосферы человека, о судебно-медицинской и патологоанатомической экспертизе и многих других. Безусловно, данные проблемы важны и актуальны, но не рекомендуется сводить регулируемую функцию закона к быстрому реагированию на всевозможные проблемы жизни социума, но в данной ситуации лучше обратить внимание на принятие таких важных законопроектов как, например, «Об обязательном медицинском страховании».

Не стоит забегать вперед с оценкой действующего законодательства о здравоохранении, оставив выводы после рассмотрения проблематики прав отдельных категорий граждан в сфере охраны здоровья.

1.3 Зарубежный опыт управления здравоохранением

Здравоохранение в Великобритании.

Современная Великобритания является единственной среди западных

стран, где подавляющая часть, около 95 % медицинских учреждений принадлежит государству. Система здравоохранения Великобритании приобрела свой облик в 1948 году премьер-министром Клэментом Эттли, который назвал эту модель медицины Национальной службой здравоохранения. Конечно же, здесь превалирует государственная система здравоохранения и, лишь только как дополнение к ней, функционирует частное страхование и платная медицинская помощь.

Национальная служба здравоохранения на 82 % финансируется из общих налоговых поступлений в государственный бюджет, остальные 18 % – за счет коммерческой деятельности и благотворительных взносов. Формируясь в центральном бюджете, все средства распределяются сверху вниз по управленческой вертикали. Любой человек вне зависимости от толщины кошелька и суммы отчислений, получает квалифицированную и бесплатную помощь.

Абсолютно все медицинские учреждения объединяет и контролирует Национальная служба здравоохранения Великобритании, а также оплачивает деятельность многих частных медицинских институтов, но только при условии, что они взяли на себя обязательство придерживаться ее правил.

Положительные стороны бюджетного финансирования:

- возможность сдерживать рост стоимости лечения;
- бюджетные ограничители заставляют медиков экономить, отсюда снижается вероятность навязывания пациентам ненужных процедур, манипуляций, лекарств.

Минусом является то, что источники финансирования здравоохранения замыкаются на государственный бюджет, размер финансирования зависит от других статей государственных расходов и конкурирует с ними. Правительство не располагает возможностью расширения фондов здравоохранения.

Как показывает практика, здравоохранение стран с бюджетным финансированием намного уступает по технической оснащенности странам с аналогичным уровнем экономического развития, но с другими принципами финансированием. Особенно велик разрыв по тем видам медицинской помощи, которые

оказываются не по жизненным показаниям.

И все же недостатки, возникающие в национальной службе здравоохранения, частично компенсируются частным медицинским страхованием и расширением сферы платной медицинской помощи.

Но тем не менее 18 сентября 2014 года агентство Блумберг опубликовало рейтинг, где Великобритания заняла 10-е место из списка пятидесяти наиболее эффективных национальных систем здравоохранения.

Интересен тот факт, что только 10 % населения пользуются услугами платной медицины, остальные 90 % все же предпочитают государственные клиники. Скорее всего это объясняется нежеланием ждать очереди или миновать врача общей практики, чтобы сразу обратиться к специалисту узкого профиля, к тому же платная медицина в Великобритании является чуть ли не самой дорогой в Европе.

Организация медицинской помощи.

1) служба общественного здравоохранения включает только средний медицинский персонал: акушерок, патронажных и медицинских сестер, соцработников. Их задачи: проведение профилактических мероприятий, уход за больными, осуществление медицинских назначений врачей, прием неосложненных родов на дому;

2) служба общей практики (внебольничная) включает врачей общей практики: стоматологов, офтальмологов и фармацевтов. Амбулаторное обслуживание осуществляется через институт частной медицинской практики.

3) госпитальная служба включает врачей узкого профиля, которые работают по участковому принципу, ведут амбулаторный прием по своей специальности, и оказывают медицинскую помощь стационарным больным. Медицинский персонал составляют наемные работники, получающие заработную плату¹².

Зарплата врача напрямую зависит от результата лечения. Работа врачей и

¹² Семенов, В.Ю. Организация управления здравоохранением на федеральном уровне: аналитический доклад. М.: Проспект, 2014. С. 9.

госпиталей проверяется государством ежегодно на общенациональном и региональном уровнях. Если врач своевременно не выявляет недуг или проводит необходимое лечение, его могут оштрафовать, уволить или даже лишить медицинской лицензии. В свою очередь, пострадавший пациент имеет право на высокую компенсацию. Благодаря успешно организованной системе здравоохранения в Великобритании врачи могут постоянно развиваться и получать достойную оплату за свою работу, а пациенты имеют равный доступ к медицинской помощи и необходимым препаратам. Как и говорил Клэммонт Эттли, британцы все же стали самой здоровой нацией.

Здравоохранение во Франции.

Франция – страна с широко развитой системой страховой медицины, не смотря на то, что значительная роль в медицинском обслуживании населения принадлежит частному сектору. Определенную роль играет и государственная служба здравоохранения, так как высшим органом здравоохранения Франции является Министерство здравоохранения и социального обеспечения.

Существующая система здравоохранения во Франции достигнута большим количеством реформ и поправок. Медицинские учреждения делятся на частные и государственные. По сути, отличаются они количеством оказываемых услуг. Частые могут быть еще коммерческими или некоммерческими. Чаще всего за основной медицинской помощью обращаются в государственные лечебницы. При ситуациях, когда пациенту необходим дополнительный уход, наблюдении или особое лечение, которые государство не может оказывать, пациента переводят в частную клинику.

Основную медицинскую помощь оказывают семейные врачи в клиниках, а если имеется необходимость обращения к узкому специалисту, но на руках у пациента должно иметься направление от семейного консультанта. Если такового не имеется, то фонд обязательного страхования компенсирует лишь треть затраченных средств.

Финансирование социального страхования на случай болезни для работающих по найму и приравненных к ним групп осуществляется и работающими

и работодателями. Средства социального страхования поступают из страховых систем в централизованный Национальный фонд страхования по болезни.

Система социального страхования – наиболее признана в мире. Эта система также управляется государственными органами власти, но финансируется, как правило, из 3 источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей, взносы самих работников.

Основные черты страховой медицины:

Различие между государственной и страховой системами связано с видом формирования фондов. Страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, участвующих в соответствующей страховой программе.

Во Франции существует несколько страховых систем (рисунок 2) ¹³.



¹³ Хомякова, В.В. Хорошо ли, когда управляют врачи? Профессионалы и политика // Управление здравоохранением. 2014. № 4. С. 98–99.

Рисунок 2 – Виды страховых систем во Франции

Преимущества системы социального страхования:

- целевое финансирование обеспечивает плательщикам твердую гарантию возвратности этих средств;
 - целевой характер финансирования позволяет оперативно реагировать на расширение потребностей в медицинской помощи;
 - целевые взносы являются обязательными для всех получателей доходов и уплачиваются в виде определенного процента от заработной платы (Франция – 16 %);
- 4) объем медицинских услуг не зависит от материального достатка и размеров взносов в страховые фонды.

Из личных средств пациент оплачивает 25 % гонорара врача за визит на дом или за консультацию у специалиста в его приемной, 20 % гонорара врача в больнице, 30 % гонорара стоматолога, столько же – стоимости лабораторных анализов и обслуживания в домах сестринского ухода и 20 % за лечение в больнице в пределах первого месяца.

Застрахованный не участвует в расходах на медицинскую помощь при наличии: злокачественных новообразований, полиомиелита, диабета у детей и др., всего 20 заболеваний. Не участвуют застрахованные и в расходах в случае госпитализации, превышающей 30 дней. Бесплатную медицинскую помощь получают инвалиды.

При медицинской помощи больной оплачивает всю стоимость услуг, а затем страховая организация возмещает ему разницу затраченных денег. Однако, период ожидания возмещения достаточно длителен, из-за отсутствия средств в страховых кассах. За это время цены растут. В результате полученные суммы по покупательной способности оказываются ниже средств, затраченных на лечение.

Необходимость платить крупные суммы за лечение в условиях его быстрого подорожания вынуждает население Франции прибегать к помощи частных страховых компаний.

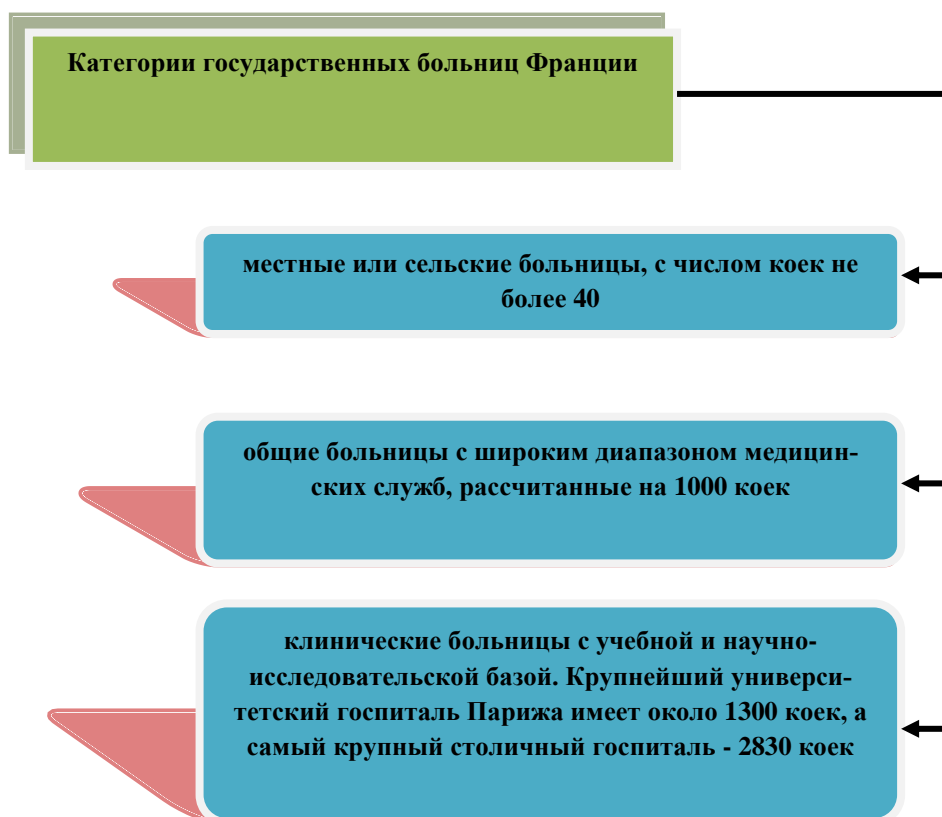
Организация медицинской помощи:

- внебольничная помощь. При оказании внебольничной помощи основную роль играют частнопрактикующие врачи, заключившие соглашение с органами социального страхования. В последнее время широко распространена групповая практика. В группы могут входить врачи как одной, так и различных специальностей.

- больничная помощь во Франции обеспечивается государственными и частными больницами.

Государственные больницы (рисунок 3) подразделяются на 3 категории ¹⁴.

Частный больничный сектор в стране был допущен с оговоркой, что деятельность государственных и частных лечебных учреждений будет координироваться в масштабе страны, а строительство частных больниц ограничено жестким планированием. В частных больницах развернуты койки по специальностям с непродолжительной госпитализацией.



¹⁴Шабунова, А.А. Здоровье населения и современный экономический кризис // Всероссийский экономический журнал ЭКО. 2011. № 4. С. 135-146.

Рисунок 3 – Категории государственных больниц во Франции

Финансирование здравоохранения и обеспечение гарантий медицинской помощи во Франции представлено в приложении А

Здравоохранение в США.

Для здравоохранения США характерно преобладание частнопредпринимательской системы с элементами государственной и страховой медицины. В США действует децентрализованная система здравоохранения.

Формально управление здравоохранением в США осуществляет департамент здравоохранения и социальных служб, но функции его весьма ограничены. В его состав входит служба общественного здравоохранения, которая занимается вопросами организации медицинской помощи (амбулаторной и стационарной) только некоторым группам населения: ветеранам войны, морякам торгового флота, личному составу вооруженных сил, государственным служащим, американским индейцам.

В каждом штате имеется собственный департамент здравоохранения. Его функции сводятся, в основном, к вопросам санитарно-противоэпидемической защиты.

Частнопредпринимательская система - это преимущественно платная система, которая финансируется из личных средств населения, а медицинское обслуживание предоставляется преимущественно на платной основе. Медицинскую помощь населению, как правило, оказывают частнопрактикующие врачи, которые получают плату за это непосредственно от больного или через страховую организацию.

В США распространена система групповой практики. Чаще всего в составе групповой практики действуют 5-7 врачей одной или нескольких специальностей.

В США не существует единой национальной системы медицинского страхования.

Государственные программы сводятся к обеспечению престарелых, инвалидов и некоторых групп бедных.

Частные и государственные программы по медицинскому страхованию отличаются друг от друга количеством и качеством предоставляемых льгот; разными источниками финансирования и обеспечивают различные по величине денежные выплаты медицинским работникам и учреждениям здравоохранения.

Большая часть населения (74 %) имеет частную медицинскую страховку, остальные имеют государственную страховку, или не имеют никакой страховки.

Лица, не имеющие медицинской страховки, получают медицинскую помощь в государственных больницах и клиниках, через программы по здравоохранению, финансирующихся из средств благотворительности. Но количество услуг значительно меньше и организация обслуживания хуже.

В США существует более 1000 частных страховых медицинских компаний. Наиболее крупными из них являются «Голубой крест» и «Голубой щит».

Регулированием деятельности страховых компаний занимаются комиссии по страхованию отдельных штатов.

подавляющее большинство страховок не предполагает оплату медицинских счетов, вызванных теми заболеваниями, которые были диагностированы до подписания страхового контракта.

Страховка от конкретной болезни распространяется на расходы, связанные с лечением только тех заболеваний, которые оговорены в контракте.

Для снижения сумм единовременных затрат, население покупает полисы частного медицинского страхования, затрачивая на это в среднем свыше 10 % чистого дохода семьи. Объем и качество медицинской помощи определяется теми денежными средствами, которые больной может израсходовать.

Зависимость объема медицинской помощи от размеров взноса, т.е. от платежеспособности человека, отличает частное страхование от социального.

Основные государственные программы:

1) медикэйр – это единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых и потерявших трудоспособность людей. Право на пользование этой программой имеют лица, достигшие 65 лет и получающие по-

собие по социальному обеспечению, и имеющие стаж работы от 5 до 10 лет, в зависимости от характера работы ¹⁵.

Получать льготы по этой программе могут также лица моложе 65 лет, получавшие в течение как минимум 2 лет пособие по нетрудоспособности по программе социального обеспечения, а также люди, проработавшие определенное число лет на правительственной работе.

Лица старше 65 лет, не имеющие право на Медикэйр могут купить эту страховку, выплачивая ежемесячно небольшие суммы

Медикэйд государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10 % населения, субсидируется федеральными правительствами, но регулируется законами штатов.

Семья имеет право на получение льгот по этой программе, если ее доходы ниже уровня, установленного каждым штатом, но только при условии, что кто-то из семьи одновременно является либо людьми пожилого возраста, либо слепыми, либо беременными, либо нетрудоспособными или имеющими детей.

Поэтому около 60 % населения, живущих ниже официального уровня бедности, не охвачены программой.

Организация медицинской помощи:

– внебольничная медицинская помощь почти полностью оказывается врачами общей практики, которые работают по контракту с местными органами управления.

Большинство врачей сотрудничают с больницами, которые предоставляют им доступ к оборудованию и средствам обслуживания, заключив с ними договор;

– стационарная медицинская помощь. Стационарную медпомощь население США получает в больницах, которые по принадлежности делятся на две основные группы:

а) федеральные, которые принадлежат центральным правительственным

¹⁵ Сергеев, Ю.Д. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. 2005. № 3. С. 5.

или иным федеральным ведомствам;

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

В зависимости от формы собственности выделяют несколько типов местных больниц:

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 неприбыльные 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. Они осуществляют дорогостоящие мероприятия по обеспечению работы травмпунктов для жертв насилия и центров помощи незастрахованным больным СПИДом¹⁶.

¹⁶ Герасименко, Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации // Здоровье. 2015. № 2. С.3-5.

2 ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 Оценка сферы здравоохранения в Амурской области

По состоянию на 01 января 2015 года медицинскую помощь населению области оказывали 51 больничное учреждение на 9,1 тыс. коек, 185 амбулаторно-поликлинических учреждений мощностью 26 тыс. посещений в смену и 325 фельдшерско-акушерских пунктов.

В 2014 году размер среднемесячной начисленной заработной платы в отрасли составил 20 тыс.рублей. и превысил уровень предшествующего года на 12,5 %.

Уровень износа основных фондов по зданиям и сооружениям составляет около 50 %, по оборудованию – 56 %, по транспорту – 59,3 %.

Таблица 1 - Основные показатели здравоохранения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Число больничных учреждений, единиц	82	68	67	68	70	51
Число больничных коек:						
Всего	11357	9625	9589	9501	10428	9146
на 10 000 человек населения, в процентах	130,6	111,3	111,4	114,8	126,9	111,6
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	240	192	170	174	178	185
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену:						
Всего	24749,1	23509,4	23401,4	23218,7	25080,0	26000
на 10 000 человек населения, в процентах	293,1	280,3	280,3	280,2	305,3	318,2
Численность врачей:						
всего, человек	5301	5116	5054	5204	5389	4935
на 10 000 человек населения, в процентах	62,8	61,0	60,5	62,8	65,6	60,2
Численность среднего медицинского персонала:						
всего, человек	10613	10119	10212	10401	10846	10322
на 10 000 человек, в процентах населения	125,7	120,6	122,3	125,5	132,0	126,0
Число больных, зарегистрированных с диагнозом, установленным впервые в жизни, всего, тыс. человек, в процентах	621,9	616,7	662,0	646,9	655,2	677,9
на 10000 населения	734	733	791	778	794	827

После реструктуризации сети организаций здравоохранения на 01 января

2015 года обеспеченность населения области круглосуточными стационарными койками составляет 111,6 % на 10 тысяч населения, что приближается к среднероссийскому показателю (в 2007 году – 130,6 % стационарных коек на 10 тыс. населения). Такая ситуация объясняется транспортной доступностью населенных пунктов и низкой плотностью населения.

Медицинскую помощь в области в 2014 году оказывали 4,9 тысяч врачей (по сравнению с 2009 годом уменьшение на 7 %) и 10,3 тысяч специалистов среднего медицинского персонала (уменьшение на 3 %).

Обеспеченность населения врачами за последние 6 лет уменьшилась и составила в 2014 году 60,2 на 10 тыс. населения. Областной показатель по-прежнему превышает средний по России (51,2 на 10 тысяч населения).

Обеспеченность специалистами среднего медицинского персонала осталась на уровне 2009 года – 126 человек на 10 тысяч населения.

Уровень первичной заболеваемости повысился на 12,6 % и составил 827 на 1000 населения (по России – 802,5 на 1000 населения). Рост зарегистрированной заболеваемости объясняется внедрением в практику современных диагностических технологий, проведением диспансеризации населения, повышением доступности медицинской помощи в первичном звене.

По заболеваемости туберкулезом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями областные показатели превышают среднероссийские показатели.

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, создан региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ Амурской области «Амурская областная клиническая больница» в г. Благовещенске и три первичных сосудистых отделения на базе МУЗ «Городская клиническая больница» в городах Благовещенске, Свободном, Райчихинске. В результате чего сократился уровень летальности от острого нарушения мозгового кровообращения среди населения, увеличилась продолжительность жизни пациентов с сосудистой патологией, снизились показатели временной и стойкой утраты трудоспособности.

В рамках долгосрочной целевой программы «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в Амурской области на 2016 - 2018 годы» проведены капитальный ремонт здания радиологического отделения в ГБУЗ «Амурский областной онкологический диспансер» и текущие ремонты помещений в городской клинической больнице г. Благовещенска и участковой больнице с. Томичей Белогорского района.

Ежегодно в области реализуются мероприятия федеральной подпрограммы «Туберкулез» программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009 - 2014 годы)», в результате чего за 6 лет охват населения, проходящего флюорографическое обследование, увеличился в несколько раз и к концу 2014 года достиг 92 % (в ДФО - 61,7 %).

В рамках долгосрочной целевой программы «Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Амурской области на 2013 - 2015 годы» проведена реконструкция, выполнены капитальные и текущие ремонты 5 учреждений здравоохранения. Действует трехуровневая система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

В 2014 году были завершены капитальные ремонты в 10 организациях здравоохранения на 13 объектах: в Амурской областной клинической больнице, Амурской областной инфекционной больнице, городской клинической больнице и детской городской больнице в г. Благовещенске, в медицинских организациях городов Белогорска, Райчихинска, Тынды, Сковородина, Зеи, с. Константиновки, с. Тамбовки, с. Михайловки.

Показатель младенческой смертности - наиболее чувствительный индикатор не только состояния здоровья населения, но и социально-экономической, психологической и морально-нравственной обстановки. В течение последних 6 лет удалось добиться снижения младенческой смертности на 24 %, хотя при этом данный показатель все еще остается выше среднего по России.

С вводом в эксплуатацию областного перинатального центра на 130 коек оказание медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным пе-

реведено на 3-уровневую систему. Организацией 3-го уровня является областной перинатальный центр, к медицинским организациям 2-го уровня относятся городская родильный дом в г. Благовещенске, родильные отделения Тындинской ЦРБ, Свободненской МГБ и Белогорской МТБ. Родильные отделения остальных муниципальных организаций здравоохранения относятся к учреждениям 1-го уровня.

Проведены капитальные ремонты родильных и детских отделений 5 организаций здравоохранения области, завершено строительство детской поликлиники на 50 посещений в смену и детского отделения на 14 коек в МБУЗ «Серышевская центральная районная больница».

Организация обеспечения жителей Амурской области высокотехнологичной медицинской помощью осуществляется как федеральными клиниками, так и медицинскими организациями Амурской области. Всего за этот период высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинских организациях области получили 1235 человек, в том числе 141 ребенок.

Основными проблемами отрасли являются: износ основных фондов;

– уровень среднемесячной заработной платы ниже среднеобластного показателя;

– низкая обеспеченность медицинскими работниками медучреждений сельских населенных пунктов;

– нехватка специалистов узкой специализации;

– высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний;

– высокий уровень младенческой смертности и инвалидизации.

2.2 Организация управления здравоохранением Амурской области

Система органов исполнительной власти и основы их компетенции в области здравоохранения определены Конституцией Российской Федерации, Основами, а также другими нормативными актами.

Общее руководство здравоохранением осуществляет Президент и Правительство Российской Федерации.

Министерство здравоохранения Амурской области (далее – министерство) является исполнительным органом государственной власти Амурской области, проводящим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере здравоохранения области, а также координацию деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и областных государственных учреждений здравоохранения.

Министерство является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, печать с изображением Государственного герба Российской Федерации, штампы, бланки со своим наименованием, счета, открываемые в соответствии с законодательством Российской Федерации. Министерство является правопреемником департамента здравоохранения Администрации Амурской области.

Министерство в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, Уставом (основным Законом) Амурской области, законами Амурской области, постановлениями и распоряжениями губернатора Амурской области и Правительства Амурской области, приказами и инструкциями Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также настоящим Положением.

Министерство взаимодействует с федеральными органами исполнительной власти, территориальными органами федеральных органов исполнительной власти, исполнительными органами государственной власти Амурской области, органами местного самоуправления области, с субъектами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и фармацевтической деятельности, с Амурским областным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, Территориальным управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Амурской области, Амурской государственной медицинской академией, Дальневосточным научным центром Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Амурской медицинской ас-

социацией, а также с общественными объединениями, другими организациями, физическими лицами.

Финансирование министерства осуществляется за счет средств областного бюджета.

Местонахождение: г. Благовещенск, ул. Ленина, 135.

Задачи министерства здравоохранения Амурской области представлены на рисунке 4.



Рисунок 4 – Задачи Министерства здравоохранения Амурской области

Постановлением губернатора Амурской области от 11 июня 2008 № 262 министерство здравоохранения Амурской области определено уполномоченным органом исполнительной власти области для осуществления взаимодействия с Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации и муниципальными образованиями Амурской области по централизованным поставкам материальных ценностей

Основными задачами министерства являются: организация оказания спе-

специализированной медицинской помощи; организация оказания специализированной скорой санитарно-авиационной медицинской помощи; исполнение государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Министерство должным образом реализует такие полномочия как:

- разработка вместе с органами местного самоуправления территориальной программы государственных гарантий предоставления населению РФ, проживающему на территории Амурской области, бесплатной медицинской помощи;

- изучение основной потребности в различных медикаментозных, дезинфекционных, диагностических средствах, иммунобиологических препаратах, а также изделиях медицинского назначения и медицинском оборудовании;

- разработка целевых и других программ в области;

- взаимодействие с местным органом Роспотребнадзора;

- помощь в создании коммерческих организаций и учреждений здравоохранения области;

- изучение жалоб, предложений, а также заявлений граждан, организация приема граждан по интересующим их вопросам, своевременный прием мер по полученным обращениям;

- планирование и прогнозирование специализированной медицинской помощи, профилактики и лечения населения, необходимости снабжения медикаментами населения и лечебно-профилактических учреждений;

- формирование расходов областного бюджета на здравоохранение Амурской области, в частности при оказании медицинской помощи в таких специализированных учреждениях как: противотуберкулезные, наркологические, кожно-венерологические, онкологические и другие узкоспециализированные организации Амурской области;

- организация и контроль финансирования планов, программ по лечебной и профилактической деятельности, специализированной медицинской помощи, медикаментозного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений;

- выполнение программ, планов, учет состояния объектов лечебной и профилактической деятельности, специализированной медицинской помощи, медикаментозного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений;

- осуществление контроля: за учреждениями, организациями и предприятиями, напрямую взаимодействующими с психотропными средствами и наркотическими веществами; за соблюдением стандартов медицинской помощи; за деятельностью юридических и физических лиц; за деятельностью государственных аптечных учреждений; за наличием в аптечных учреждениях необходимых лекарственных, профилактических и диагностических средств и изделий; за безопасной эксплуатацией технического и медицинского оборудования на предприятиях, учреждениях и в организациях; за финансово-хозяйственной деятельностью, в том числе за целевым использованием бюджетных средств подведомственными министерству учреждениями;

- урегулирование профилактической, лечебной, деятельности, узкоспециализированной медицинской помощи, оборота медикаментозных средств в различных учреждениях;

- проектирование законов области и нормативных правовых актов области в области профилактической, лечебной деятельности, узкоспециализированной медицинской помощи, медикаментозного обеспечения населения, а также лечебно-профилактических учреждений;

- выполнение обязанностей по проверке здоровья населения призывного возраста в необходимом объеме; создание мобилизационных органов и т.п., выполняющих функции мобилизационных органов; организация воинского учета и бронирование граждан, находящихся в запасе, как на период мобилизации так и на военное время; организация и проведение органами управления и учреждениями здравоохранения мероприятий по мобилизационной подготовке, а также методическое обеспечение этих мероприятий; содержание в структуре министерства подразделений по защите государственной тайны;

- реализация допуска сотрудников министерства к государственной тайне

на основании Закона Российской Федерации «О государственной тайне» и «Инструкции о порядке допуска должностных лиц и граждан Российской Федерации к государственной тайне»;

- осуществление в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения Амурской области предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации в соответствии с ежегодноутверждаемой программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- организация серий медицинских, санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом, проводимых в стационаре или амбулаторно, в том числе предупреждение распространения туберкулеза;

- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции с предварительным и последующим консультированием и осуществление безопасности такого медицинского освидетельствования;

В соответствии с представленной в приложении А организационной структурой, министерство возглавляет министр. Губернатор Амурской области как и назначает министра на государственную должность в Амурской области и освобождает его от нее.

Первый заместитель министра также назначается на должность и освобождается от должности губернатором Амурской области.

Заместители министра назначаются на должность и освобождаются от должности министром по согласованию с заместителем председателя Правительства области, управляющим установленной областью деятельности.

В свою очередь министр здравоохранения обладает следующими полномочиями:

- руководить деятельностью министерства;
- имеет право действовать без доверенности от имени министерства, и представлять его в органах местного самоуправления, а также органах государственной власти; представляет министерство во всех предприятиях, учрежде-

ниях, организациях;

- заключать договоры, распоряжаться, не в ущерб действующему законодательству, имуществом и средствами;

- издавать в пределах своих полномочий распорядительные приказы и акты, дает указания работникам как самого министерства, так и различным подведомственным учреждениям и должностными лицами, организовать и вести контроль за их исполнением;

- утверждать смету расходов на содержание министерства в соответствии с законом об областном бюджете на соответствующий финансовый год, инфраструктуру, штатное расписание министерства;

- утверждает положения о структурных подразделениях министерства, должностные инструкции, уставы сметы доходов и расходов подведомственных учреждений;

- назначать на должность работников министерства, руководителей подведомственных различных организаций;

- распределять обязанности между своими заместителями, начальниками управлений и отделов министерства, устанавливая их ответственность, обязанности;

- вносит предложения о создании, реорганизации и ликвидации государственных унитарных предприятий области и областных государственных учреждений здравоохранения, подведомственных министерству;

- обеспечивает исполнение законодательства Российской Федерации и Амурской области о государственной службе, организует и проводит мероприятия по подбору, подготовке и повышению квалификации кадров, а также выполнение мероприятий мобилизационной подготовки, относящихся к деятельности министерства;

- несет персональную ответственность за исполнение возложенных на министерство задач и осуществление его основных функций.

В министерстве образуется коллегия в составе министра здравоохранения, его заместителей и руководителей ведущих отделов. Чаще всего в состав колле-

гии входят непосредственно руководители лечебно-профилактических учреждений области, должностные лица федеральных, территориальных и муниципальных органов исполнительной власти, страховых медицинских и фармацевтических организаций и общественных объединений, ведущие ученые Амурской государственной медицинской академии и Дальневосточного научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

2.3 Результаты деятельности министерства здравоохранения Амурской области

Основной задачей отрасли в 2015 году стало обеспечение устойчивого функционирования и развития системы здравоохранения путем обеспечения объема гарантированной государственной медицинской помощи. Для реализации поставленной задачи определены основные приоритеты развития отрасли: повышение доступности и качества оказываемой медицинской помощи; формирование единой профилактической среды; совершенствование инфраструктуры здравоохранения; уровня подготовки кадров и их заработной платы.

В 2015 году в отрасль поступили дополнительные средства федерального бюджета на реализацию мероприятий по лекарственному обеспечению граждан.

Проведены мероприятия в части совершенствования структуры заработной платы медицинских работников.

Уровень средней заработной платы работников сферы здравоохранения в 2015 году увеличился по сравнению с 2014 годом на 4,8 %, в том числе:

- 1) врачей на 2,4 %, что составило 45 533 руб., при целевом уровне – 43 162 руб.;
- 2) среднего медицинского персонала на 3,8 %, что составило 25 923 руб., при целевом уровне – 24 572 руб.;
- 3) младшего медицинского персонала на 3 %, что составило 16 769 руб., при целевом уровне – 16 764 руб.

В 2015 году были продолжены мероприятия, направленные на укрепление материально-технической базы государственных медицинских организаций:

а) введен в эксплуатацию объект «Хирургический блок» ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница». Стоимость средств, затраченных на строительство объекта составила – 3063,1 млн.рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета – 2655 млн.рублей, за счет средств областного бюджета - 408,1 млн.рублей;

б) в сентябре текущего года (10.09.2015) введено в эксплуатацию здание стационара после проведения капитального ремонта ГБУЗ АО «Магдагачинская больница» (25.08.2015 был пожар в здании стационара);

в) проведены текущие и капитальные ремонты 35 зданий фельдшерско-акушерских пунктов.

Для улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи, особенно в труднодоступных районах в 2015 год приобретено 48 санитарных автомобилей (2014 год - 45 автомобилей) на общую сумму 40,8 млн.рублей (в том числе за счет средств области –14,4 млн рублей, ОАО «Газпром» - 10,6 млн.рублей, средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности медицинских организаций –15,8 млн.рублей).

По состоянию на 01.01.2016 в медицинских организациях Амурской области трудится более 20 тыс. человек (20151 физическое лицо основных работников на занятых должностях), из них врачей – 3648 человек (18,1 %), средних медицинских работников – 7874 чел. (39,1 %).

Следует отметить, что в области достаточно высокий удельный вес квалифицированных специалистов, имеющих аттестационные категории: врачи – 57,6 % (высшую и первую квалификационную категорию имеют 47,6 % врачей), средний медперсонал – 58,1 % (высшую и первую квалификационную категорию имеют 47,3 % средних медицинских работников).

Показатель обеспеченности врачебными кадрами в 2015 составил 45,3 на 10 тыс. населения и приближается к показателям по РФ – 42,6; ДФО – 43,9 на 10 тыс. населения.

Выше областного значение показателя в г. Зее (47,5), г. Благовещенске (45,7 на 10 тыс. населения).

Наиболее низкие показатели обеспеченности в Магдагачинском (12,0), Сковородинском (14,4), Селемджинском (14,7), Мазановском (16,9), Серышевском (17,9).

Таблица 2 - Показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом в процентах

Города и районы области	Обеспеченность врачевными кадрами, на 10 тыс. населения			Обеспеченность врачевными кадрами в среднем по России 10 тыс. населения,		
	2013 год	2014 год	2015 год	2013 год	2014 год	2015 год
1	2	3	4	5	6	7
Благовещенск	44,8	45,2	45,7	67,3	66,1	67,7
Белогорск	30,6	29,9	28,8	64,2	62,8	63,8
Зея	52,5	50,6	47,5	160,7	156,3	142,8
Райчихинск	39,7	38,8	36,9	142,1	132,5	132,0
Свободный	35,0	34,3	34,7	87,4	85,9	84,2
Тында	32,2	32,2	32,1	70,2	69,2	68,8
Шимановск	26,6	26,2	29,1	76,0	69,3	72,1
Пгт Прогресс	30,2	28,8	29,5	110,3	99,2	95,3
Архаринский	22,0	22,6	21,1	93,1	92,3	86,3
Благовещенский	17,0	18,1	22,9	40,4	37,8	53,4
Бурейский	25,7	24,9	24,2	94,1	90,4	81,3
Завитинский	23,3	20,1	20,7	92,7	81,8	78,6
Ивановский	29,1	29,3	27,0	81,4	74,6	71,7
Константиновский	30,2	30,7	31,0	92,1	83,3	77,8
Магдагачинский	13,8	14,3	12,0	79,0	76,6	73,0
Мазановский	19,6	13,0	16,9	73,9	64,0	61,8
Михайловский	21,9	22,1	22,7	78,8	77,5	74,5

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7
Ромненский	26,4	19,5	20,9	98,9	93,0	89,5
Октябрьский	26,5	26,9	21,4	77,8	75,4	73,8
Селемджинский	10,9	12,7	14,7	85,2	53,3	58,9
Серышевский	14,2	15,9	17,9	75,3	70,6	71,1
Сковородинский	13,2	14,3	14,4	53,6	50,7	47,7
Тамбовский	24,8	25,8	31,2	73,0	69,9	79,7
По области:	48,2	48,0	45,3	102,3	99,1	97,7
РФ	44,3	44,1	43,8	90,4	89,9	89,2

Показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом составил 97,7 на 10 тыс. населения и также приближается к показателям по РФ – 88,0 и ДВФО – 87,3 на 10 тыс. населения.

Выше областного значение показателя в г. Зее (142,8), г. Райчихинске (132,0 на 10 тыс. населения).

Наиболее низкие значения показателя в Сковородинском (47,7), Благовещенском (53,4), Селемджинском (58,9), Мазановском (61,8) районах, г.Белогорске (63,8), г.Благовещенске (67,8).

На протяжении последних лет наблюдается снижение дефицита врачебных кадров с 41,7 % в 2013 году до 36,3 % в 2015 году.

Дефицит среднего медицинского персонала в 2015 году составил 27,7 %.

Таблица 3 - Дефицит среднего медицинского персонала в процентах

Города и районы области	Дефицит врачебных кадров на 01.01.2014	Дефицит врачебных кадров на 01.01.2015	Дефицит врачебных кадров на 01.01.2016
1	2	3	4
Благовещенск	29,3	23,9	23,1
Белогорск	48,4	45,8	43,5
Зея	27,7	30,1	29,3
Райчихинск	46,9	44,2	44,7
Свободный	54,4	56,3	53,9
Тында	52,8	50,7	43,9
Шимановск	42,5	31,7	27,8
Пгт Прогресс	33,6	32,7	26,6
Архаринский	36,7	28,4	35,5
Благовещенский	18,7	18,8	22,4
Белогорский	36,8	37,0	36,6

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4
Бурейский	38,7	29,7	24,6
Завитинский	40,2	38,1	26,4
Ивановский	38	23,0	27,9
Константиновский	27,6	13,8	9,3
Магдагачинский	72,9	62,6	60,6
Мазановский	48,8	54,1	39,1
Михайловский	20	15,8	12,3
Ромненский	41,5	38,2	29,4
Октябрьский	37,3	30,0	14,2
Селемджинский	55,6	43,4	39,1
Серышевский	48,9	37,3	30,2

Сковородинский	68,3	66,6	65,5
Тамбовский	29	25,5	15,2
Всего по АО	41,7	37,9	36,3
Всего по РФ	36,8	37,2	36,9

В медицинские организации подведомственные Минздраву области в 2015 году трудоустроились 120 молодых специалистов после окончания интернатуры и ординатуры медицинских ВУЗов, в 2014 году - 118 выпускников.

В 2015 году единовременные компенсационные выплаты получили в размере 1 млн. рублей 45 медицинских работников в возрасте до 45 лет, имеющих высшее образование, которые были трудоустроенные на работу в сельскую местность. Финансирование данного мероприятия составило 45 млн. рублей, из них 22,5 млн. рублей – средства областного бюджета, 22,5 млн. рублей – средства федерального бюджета. Это позволило снизить дефицит кадров в сельской местности.

Благодаря действию федеральной программы «Земский доктор», единовременные компенсационные выплаты 1 млн. рублей получили 186 врачей, переехавших работать на село (2012 – 69 человек, 2013 – 31 человек, 2014 – 41 человек, 2015 – 45 человек).

Для сокращения дефицита кадров с целью закрепления молодых специалистов в Амурской области осуществляется целевой прием в медицинскую академию, целевая подготовка молодых специалистов в клинической интернатуре/ординатуре, предоставления мер социальной поддержки.

Главы муниципальных образований области предоставляют молодым специалистам выплаты «подъемных» в размере от 10 тыс. до 150 тыс. рублей, оплату аренды жилого помещения в течение первых 3-х лет работы, предоставления комнаты в благоустроенном общежитии или служебного жилья, внеочередное предоставление мест в д/садах.

Прошедший год стал важным для построения в области нескольких принципиальных составляющих эффективной системы здравоохранения. Прежде всего, это развитие профилактического направления, пропаганды здорового образа жизни, раннего выявления хронических заболеваний и факторов риска их

развития.

План иммунизации населения области в рамках национального календаря профилактических прививок в 2015 году достиг нормативных показателей (не менее 95 %), кроме ревакцинации против гемофильной инфекции (12,6 %) и вирусного гепатита «В» (76,1 %) в связи с поздним поступлением (02.11.2015 и 24.11.2015) вакцины в объеме 33 % от заявки.

Активная работа по приверженности населения к вакцинопрофилактике с привлечением средств массовой информации позволила за последние 10 лет увеличить количество привитого против гриппа населения в 2,2 раза с охватом совокупного населения в 2015 году до 39,7 %.

В целях предупреждения возникновения и распространения заболеваний гриппом и ОРВИ в эпидсезоне 2015-2016 годов на территории области в 2015 году было привито 321700 человек, что составило 100,9 % от плана или 39,7 % от совокупного населения области. На всех муниципальных образованиях области достигнут высокий охват населения профилактическими прививками против гриппа.

В отчетном году поствакцинальных осложнений при проведении иммунопрофилактики не зарегистрировано.

Проведенная иммунизация гражданам, вынуждено прибывшим с территории Республики Украина, предотвратила возникновение и распространение инфекционных заболеваний среди данной категории граждан и населения области.

Достаточный охват и своевременность проведения иммунизации среди населения области позволили добиться снижения уровня заболеваемости и стабилизации эпидемиологической обстановки по многим инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, в том числе и в послепаводковый период.

В 2015 году в области достигнуто снижение на 7,0 % показателя заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (далее – ИППП) (2015г. - 360,4, 2014г.- 387,3 на 100 тыс. нас.), но все же он выше на 18 % показателя по

ДФО (2014г. ДФО – 305,6). В структуре ИППП в 2015г. на первом месте стоит трихомониаз (32,7 %); на втором - хламидиоз (21,8 %); на третьем - сифилис (17,6 %); на четвертом – гонорея (16,6 %); на пятом - аногенитальные бородавки (9,3 %); на шестом - герпес (2,0 %).

Также достигнуто снижение на 15,0 % показателя первичной заболеваемости сифилисом (2015г. - 63,4, 2014г. – 74,6 на 100 тысяч населения. Также снизился на 5 % показатель заболеваемости гонореей (2015г. - 59,8, 2014г. – 62,7 на 100 тысяч населения).

В течение 2015 года продолжилось совершенствование службы медицинской профилактики. На территории области работают 1 центр медицинской профилактики, 6 отделений и 15 кабинетов медицинской профилактики, 4 центра здоровья (2 для детей и 2 для взрослых), что позволяет расширять методы профилактики, выявлять факторы риска неинфекционных заболеваний у детей и взрослых, осуществлять мероприятия по их коррекции.

Особенностью минувшего года явилось реализации Плана мероприятий по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 2015 год в Амурской области, Плана мероприятий снижения смертности от основных причин на территории Амурской области на 2014-2018 годы, в первом этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения. Постоянный мониторинг за целевыми индикаторами позволил выявить усиление работы по гигиеническому обучению и воспитанию. Показатели лекционной работы в

2015 году увеличились в 2 раза. Количество прочитанных лекций среди населения в области за истекший год составило 26132 лекций, в 2014 году 13222. Охват населения лекциями составил 533846 человека в 2014 году охват населения - 274332 человек. Лучшие показатели лекционной работы: ГБУЗ АО «БРП п.г.т. Прогресс», ГАУЗ АО «Белогорская больница», ГАУЗ АО «АОКБ», ГАУЗ АО «ГП №1», ГАУЗ АО «ГП №4», ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника».

Увеличилось количество массовых мероприятий, приуроченных к Всемирным дням здоровья в 1,6 раза по сравнению с 2014 годом. В 2015 году про-

ведено 427 массовых мероприятий (акций), в которых приняло участие 86122 человек. Хорошие показатели массовой работы в ГБУЗ АО «АОЦМП», ГАУЗ АО «АОНД», ГАУЗ АО «Белогорская городская больница», в ГБУЗ АО «Тындинская больница», ГАУЗ АО «Октябрьская больница», в ГБУЗ АО «Свободненская больница».

В области функционировало 211 школ здоровья, что на 37 % больше чем в 2014 году -153, по 14 нозологиям, в том числе школы здорового образа жизни, школы матерей, отцов, беременных, естественного вскармливания, самообследования молочных желез, отказа от курения.

С целью формирования у населения области устойчивых ориентиров на ведение здорового образа жизни ежегодно проводятся массовые профилактические мероприятия. За отчетный год количество массовых мероприятий, приуроченных к Всемирным дням здоровья, увеличилось в 1,6 раза (2015г. – 427, 2014г. – 263, 2013г. – 198), охвачено на 39,8 % больше населения (2015 г. – 86122 чел., 2014 г.- 61607 чел., 2013г. - 56406).

В отчетном году основам здорового образа жизни медицинскими работниками медицинских организаций области обучено в 1,9 раза больше населения (2015 г.– 533 846 чел., в 2014 году- 278 504 человек).

В 2015 году продолжилась масштабная работа по диспансеризации определенных групп взрослого населения. Всего осмотрено 106 742 человека, что составило 95,9 % от подлежащих, у которых зарегистрировано более 14,3 тыс. впервые выявленных случаев заболеваний. По результатам диспансеризации взято под диспансерное наблюдение 43,6 тысяч человек (40,7 %).

С минимальным выполнением годовых плановых показателей завершили 1 этап диспансеризации медицинские организации: ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» по Благовещенскому району (80,9 %), ГБУЗ АО «Архаринская больница» (76,2 %), ГБУЗ АО «Октябрьская больница» (64,0 %), ГБУЗ АО «Мазановская больница» (73,3), ГБУЗ АО «Бурейская больница» (85,7 %).

С максимальными показателями завершили 1 этап диспансеризации ме-

дицинские организации: ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника» (109,5 %), ГБУЗ АО «Городская поликлиника №2» (100,9 %), ГАУЗ АО «Городская поликлиника №3» (100,9 %), ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» (100,9 %), ГБУЗ АО «Шимановская больница» (100,9 %).

Важнейшим направлением работы является обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи. Минздрав области участвовал в создании Министерством здравоохранения Российской Федерации геоинформационной системы, где обозначены все населенные пункты, все дороги, их проходимость в разные периоды времени.

В области разработана схема территориального планирования с маршрутизацией пациентов по профилям заболеваний, алгоритмом действий при оказании медицинской помощи в населенных пунктах, в которых отсутствуют медицинские организации.

Определена маршрутизация больных с заболеваниями системы кровообращения, травмами, новообразованиями, беременных, рожениц и родильниц, детей, больных с социально-значимыми заболеваниями с учетом уровней оказания медицинской помощи.

В медицинских организациях области разработаны планы выездной работы во все структурные подразделения с охватом осмотрами населения, проживающего на подведомственной территории, которые утверждены руководителями медицинских организаций, согласованы главами муниципальных образований области и министром здравоохранения области.

Планы выездов составлены таким образом, что каждый населенный пункт муниципального образования закреплен за медицинским работником, который оказывает медицинскую помощь населению, подведомственной территории, в том числе на дому (патронаж, вакцинация), курьерские услуги по доставке лекарственных препаратов, организует население к проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации детей.

По итогам 2015 года осуществлено 2139 выездов, в ходе которых осмот-

рено более 107 тыс. человек. В результате проведенной работы возросло число впервые выявленных заболеваний, что способствовало своевременному взятию пациентов на диспансерное наблюдение, своевременному назначению лечения.

В труднодоступных районах области налажена система медицинской эвакуации, как наземным, так и воздушным транспортом, к сожалению, не всегда мы можем выполнить правило «шаговой доступности» из-за обширных просторов нашей области.

В 2015 году осуществлено 1085 выездов в районы области наземным транспортом, что на 19 % больше 2014 года (912), экстренная специализированная медицинская помощь при выездах оказана 1352 пациентам, что на 29 % превышает показатель 2014 года (1048), эвакуировано в специализированные медицинские организации области 1080 больных, что на 46,1 % больше уровня 2014 года (739 чел.).

В северные и отдаленные районы области с целью оказания экстренной медицинской помощи и транспортировки в специализированные медицинские организации в 2015 году осуществлено 199 вылетов санитарной авиации (2011 г. - 128; 2012г. - 175; 2013г. – 214,2014-216), при вылетах эвакуировано 407 пациентов (2011 г. - 184; 2012г. - 248; 2013г. – 386,2014-386). Затраты на санитарную авиацию в 2015 году снизились на 39,4 % и составили 56,6 млн. руб. (2014г. – 93,4 млн. руб.).

Скорая медицинская помощь в 2015 году оказывалась населению Амурской области ГБУЗ АО «Станция СМП г. Благовещенска» и 37 отделениями скорой медицинской помощи в составе городских и районных больниц. За 2015 год автопарк СМП области пополнился 20 единицами автотранспорта (2015г. – 156ед., 2014г. – 166 ед. автомобилей СМП).

Показатель обеспеченности автомобилями СМП в 2015 году составил 1,9 на 10 тыс. населения (норматив –1 автомобиль на 10 тыс. нас.).

90,4 % машин СМП оснащены системой спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Обращаемость за скорой медицинской помощью остается на высоком

уровне: в 2015 году 337,3 случая обращения на 1000 населения (2011г. – 446,8; 2012г. – 424,1, 2013г. – 365,7, 2014 год – 346,4). Как и в предыдущие годы основным поводом вызова СМП были внезапные заболевания 81,5 % (2014 – 81,4 %, 2013 – 80,7 %).

В 2015 году количество результативных вызовов скорой медицинской помощи на территории Амурской области в расчете на 1 жителя составило 0,335, что на 1,8 % выше, чем в 2014 году (0,329).

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со времени доезда до больного менее 20 минут в 2015 году составила 93,4 % (2014 г. – 93,5), при дорожно-транспортных происшествиях 91,4 %.

Сеть государственных учреждений здравоохранения Амурской области представлена 51 медицинской организацией (юридические лица), в том числе 32 больничными учреждениями, включая 4 диспансера и кардиохирургическую клинику ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», 7 амбулаторно-поликлиническими учреждениями, включая 2 специализированных центра (ГБУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ АО «Амурский областной центр восстановительной медицины и реабилитации «Надежда»), 4 стоматологических поликлиники, 4 учреждения особого типа (МИАЦ, Резерв, СМЭ, центр медицинской профилактики), 4 прочими учреждениями, включая станцию переливания крови, станцию скорой медицинской помощи г. Благовещенска, санаторий «Василек», дом ребенка.

В медицинскую помощь сельскому населению оказывают: 22 участковые больницы, 56 врачебных амбулаторий, 68 кабинетов врачей общей практики (семейных врачей), 318 фельдшерско-акушерских пунктов.

В сельских населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек и расстоянием более 6 км до ближайшего структурного подразделения медицинской организации, где отсутствуют фельдшерско-акушерские пункты, дополнительно в 2015 году организованы 43 домовых хозяйства для оказания первой помощи населению.

2.4 Основные проблемы в сфере управления здравоохранением

В общем демографические показатели и показатели здоровья населения в Амурской области неудовлетворительны и требуют существенного улучшения к 2020 г. В Амурской области население значительно подвержено влиянию таких факторов риска развития заболеваний и смертности, как злоупотребление алкоголем, табакокурение и низкая физическая активность. Большинство причин высокой смертности и заболеваемости населения возможно предупредить путем снижения влияния факторов риска и улучшения качества и доступности медицинской помощи.

В то же время, в Амурской области отсутствует согласованность деятельности по охране здоровья населения, а деятельность системы здравоохранения недостаточно эффективна.

Основные причины неэффективности здравоохранения:

- недофинансирование по сравнению в среднем с РФ и с субъектами РФ, имеющими близкие доходы на душу населения, что определяет низкие доступность и качество медицинской помощи и несоответствие технологий оказания медицинской помощи современным стандартам;

- низкая заработная плата работников здравоохранения, которая ниже, чем в среднем по РФ, и ниже на 50–130 %, чем в ряде субъектов, имеющих близкие доходы на душу населения. Низкая заработная плата работников здравоохранения приводит к сокращению численности кадров в государственном секторе здравоохранения и низкой мотивации к качественному труду. Через 5 лет без отсутствия действий со стороны органов управления здравоохранением численность медицинских кадров достигнет критического уровня, что поставит под угрозу реализацию ТПГГ (территориальной программы госгарантий);

- недостаточная квалификация медицинских кадров;

- структурные диспропорции в пользу стационарной медицинской помощи, в том числе нерациональное использование коечного фонда;

- недостаточная роль первичного звена здравоохранения, в том числе профилактической работы с населением;

- слабая ориентированность системы на нужды и удовлетворенность пациента;

- низкая эффективность управления, в том числе отсутствие стратегического планирования с конкретными целями по улучшению здоровья населения и отсутствие экономически эффективных (рыночных) инструментов управления, таких, как: конкуренция между медицинскими организациями различной формы собственности по критерию качества (там, где это целесообразно и возможно), внедрение системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от качества и объемов оказанной медицинской помощи.

Повышение эффективности управления подразумевает также организацию одноканального финансирования лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), переход на полный тариф по оплате медицинской помощи и систему фондодержания, а также расширение прав и самостоятельности руководителей ЛПУ.

2.5 Стратегия развития управления здравоохранением Амурской области

Стратегия развития управления здравоохранением Амурской области базируется на следующих основных документах:

1) указ Президента Российской Федерации «Об утверждении Стратегии демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.» № 1351 от 9.10.2007 г.;

2) проект «Стратегии долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.», Минэкономразвития РФ;

3) проект «Программы развития здравоохранения до 2012 г.» и проект «Стратегии развития здравоохранения до 2020 г.», Минздравсоцразвития РФ;

4) стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока, Республики Бурятия, Забайкальского края и Амурской области на период до 2025 года.

Улучшение состояния здоровья населения при помощи повышения до-

ступности, качества медицинской помощи и развития профилактической направленности в здравоохранении путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинской помощи, соответствующей уровню заболеваемости, потребностям населения, современному развитию медицинской науки и эффективному использованию имеющихся ресурсов является главной целью совершенствования здравоохранения Амурской области.

Вышеописанная стратегия развития здравоохранения предполагает системное направление усилий и ресурсов на финансово - экономическое и нормативно - правовое обеспечение процесса реструктуризации здравоохранения в целях повышения доступности и реализации гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, приоритетного развития профилактики, укрепления службы охраны материнства, отцовства и детства, сельского здравоохранения, совершенствования подготовки и переподготовки специалистов в соответствии с потребностями отрасли, улучшения лекарственного обеспечения граждан, развития медицинской науки в Амурской области. Основные направления развития здравоохранения Амурской области до 2020г. и целевые индикаторы для мониторинга их реализации представлены в приложении Б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Вместе с тем, сохраняется низкий уровень производства лекарственных средств, выпуска медицинской техники, слабо осуществляются реконструкция и техническое перевооружение действующих предприятий, а также ввод в эксплуатацию новых объектов. Существенное влияние на эти процессы оказали трудности социально-экономических преобразований, недостаточный уровень расходов на здравоохранение, медицинскую науку и физическую культуру в государственном бюджете.

Несмотря на развитие новых механизмов управления, активизацию деятельности системы обязательного медицинского страхования, одним из сдерживающих факторов повышения качества медицинской помощи в отдельных регионах остается устаревший механизм экономических взаимоотношений внутри отрасли, связанный не с финансированием объема и качества предоставляемых медицинских услуг, а с обезличенным финансированием по мощности медицинских учреждений и числу занятого в них медицинского персонала.

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

социально-экономического характера.

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

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

Одним из путей улучшения системы оказания медицинской помощи населению является дальнейшая проработка организационного плана и программ реализации одобренной Правительством РФ Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, укрепление бюджетно страховой формы финансирования, развитие договорных отношений на всех уровнях управ-

ления в здравоохранении. Второй путь обеспечение устойчивого функционирования и развития системы здравоохранения путем обеспечения объема гарантированной государственной медицинской помощи. Третий путь увеличение программ для улучшения управления здравоохранением. Вместе с тем потребуется определенное время для развития инфраструктуры более гибкой системы управления и координации деятельности на ее отдельных уровнях, отработки взаимоотношений всех субъектов, участвующих в обязательном медицинском страховании, достижения необходимого уровня финансирования здравоохранения из ряда источников, близких к охране здоровья населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Акопян, А.С. Здоровоохранение в рыночной России / А. С. Акопян // Общественные науки и современность. – 2014. – № 6. – С. 56.
- 2 Бойко, А.Т. Принципы экономического построения систем здравоохранения [Электронный ресурс] // СЗГ МУ им. И.И. Мечникова: офиц. сайт. – 2008. – Режим доступа : <http://szgmu.ru/content/ordinator/element2.3.3.php>. – 10.05.2016.
- 3 Бочаров, В.Д. Системность в управлении: учебное пособие. / В.Д. Бочаров. – М.: Юристъ, 2013. – 258 с.
- 4 Волкова, Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений / Н.С. Волкова // Журнал российского права. – 2015. – № 4. – С. 17-20.
- 5 Всеобщая Декларация прав человека[Электронный ресурс]: принята 10 декабря 1948 г. Генеральной Ассамблеей ООН. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
- 6 Герасименко, Н.Ф. Проблемы и перспективы формирования законодательной базы в области охраны здоровья на федеральном и региональном уровнях / Н.Ф. Герасименко // Управление здравоохранением. – 2014. – № 3. – С. 9–10.
- 7 Герасименко, Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации. / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение. – 2015. – № 2. – С.3 – 5.
- 8 Годовой отчет Министерства здравоохранения Амурской области за 2015г.[Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ : офиц. сайт. – 2008. – Режим доступа : <http://www.rosminzdrav.ru>. – 22.05.2016.
- 9 Голухов, Г.Н. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития / Г.Н. Голухов, Н.А. Мешков, Ю.В. Шиленко. – М.: Алтус, 2014. – 347 с.

10 Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ : офиц. сайт. – 2008. – . - Режим доступа : <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>. – 22.05.2016.

11 Григорьева, Н.С. Гражданин и общество в контексте реформы здравоохранения / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2013. – № 4. – С. 88.

12 Дело врача [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – 2007. – Режим доступа : http://www.compromat.ru/page_30694.htm. – 24.05.2016.

13 Здравоохранение в России 2011 : статистический сборник. – М.: Росстат, 2014. – 256 с.

14 Итоги заседания межправительственной российско-сингапурской комиссии высокого уровня [Электронный ресурс] // Новости Mail.ru: офиц. сайт. – 2005. – Режим доступа: <https://news.mail.ru/politics/4501562>. – 15.05.2016.

15 Камкин, Е. Г. Реализация программ «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации»: опыт медико-социологической экспертизы: автореф. ... дис. канд. мед. наук [Электронный ресурс] // Pandia.ru : офиц. сайт. – 2010. – Режим доступа : <http://www.pandia.ru/text/79/088/98881.php>. – 15.06.2016.

16 Ковалева, И.П. Межфирменная интеграция как фактор повышения эффективности медицинских услуг (на примере Краснодарского края) / И.П. Ковалева // Труд и социальные отношения. - 2011. - № 7 (85). - С. 70-79.

17 Ковалева, И.П. Основные этапы развития здравоохранения России / И.П. Ковалева // Экономика и управление в социальной сфере: тенденции, проблемы и перспективы развития: всерос. науч.-практ. конф. - М.: АТИСО, 2013. – С. 56-61.

18 Ковалева, И.П. Предпосылки и актуальные аспекты развития здравоохранения Краснодарского края / И.П. Ковалева // Актуальные вопросы современной науки. - 2013. – № 30. - С. 102-112.

19 Ковалевский, М.А. Проблемы формирования российского региональ-

ного законодательства в сфере здравоохранения / М.А. Ковалевский // Правоведение. – 2013. – № 3. – С. 75-85.

20 Ковалевский, М.А. Региональное законодательство в сфере здравоохранения / М.А. Ковалевский // Правоведение. – 2015. – № 3. – С. 82–83.

21 Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

22 Куда исчез нацпроект «Здоровье»? [Электронный ресурс] // Аргументы и факты: офиц. сайт. – 2010. - Режим доступа: <http://www.aif.ru/health/life/25185>. – 15.05.2016.

23 Куделя, Е.Д. Управление здравоохранением в Российской Федерации (организационно-правовое исследование): дисс. ... канд. юрид. наук. / Е.Д. Куделя. – М.: Кисловодск, 2013. – 104 с.

24 Кузнецов, А.Е. Правовые и организационные основы деятельности лечебно-оздоровительных учреждений МВД России: дис. ... канд. юрид. наук / А.Е. Кузнецов. – М. : Изд-во, 2013. – 154 с.

25 Кучеренко, В.З. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования: учебное пособие. / В.З. Кучеренко. – М.: Статут, 2014. – 259 с.

26 Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учебное пособие / Ю.П. Лисицын. – М.: Статут, 2014. - 320 с.

27 Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: учебное пособие / М.Н. Малеина. – М.: БЕК, 2015. – 124 с.

28 Минздрав подвел итоги Национального проекта «Здоровье» за последние четыре года [Электронный ресурс] // Аргументы и факты: офиц. сайт. – 2010. - Режим доступа: <http://www.aif.ru/health/life/31684>. - 24.05.2016.

29 Модели систем здравоохранения мира [Электронный ресурс] // Дума Томской области: офиц. сайт. - 2010. - Режим доступа : <http://duma.tomsk.ru/page/2956> . – 15.05.2016.

30 Найговзина, Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации:

организационно-правовые аспекты / Н.Б. Найговзина, М.А. Ковалевский – М.: Классик-Консалтинг, 2014. – 561 с.

31 Никульникова, О.В. Государственное управление здравоохранением в России: учебное пособие. / О.В. Никульникова. – Энгельс : Регион, 2014. – 356 с.

32 Новоселов, В.П. Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах Федерации: дисс. ... докт. юрид. наук / В.П. Новоселов. – Екатеринбург: Изд-во, 2014. – 144 с.

33 О классификаторе правовых актов [Электронный ресурс]: указ Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 г. № 511 (с изменениями от 28.06.2005.) Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

34 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

35 Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: постановление от 15 апреля 2014 г. № 294. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

36 Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2016 год [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 29 декабря 2015 г. № 646. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

37 Пидде, А. Проблемы выхода из кризиса российского здравоохранения: организационно-правовые аспекты / А. Пидде, Г. Кривошеев, А. Киселев // Общество и экономика. – 2014. – № 1. – С. 160.

38 Попов, В.Л. Правовые основы медицинской деятельности: организационно-правовые аспекты / В.Л. Попов, Попова Н.П. – СПб.: Деан, 2013. – 258 с.

39 Популярная медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]: офиц. сайт. - Режим доступа: [www.lechebnik.info/624-2/123.htm](http://www.lechebник.info/624-2/123.htm). - 20.05.2016.

40 Путило, Н.В. Комментарий к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан / Н.В. Путило [Электронный ресурс]. Документ опубликован не был. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

41 Раскин, Д.И. Несостоявшаяся реформа управления здравоохранением / Д.И. Раскин // Вопросы истории. – 2015. – № 4. – С. 149–154.

42 Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>. – 15.05.2016.

43 Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения : статистический сборник / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. - М.: 2014. – 125 с.

44 Российский статистический ежегодник - 2011: статистический сборник. – М.: Росстат, 2012. - 795 с.

45 Российский статистический ежегодник. 2014 : статистический сборник. – М.: Росстат, 2015. - 693 с.

46 Семенов, В.Ю. Организация управления здравоохранением на федеральном уровне: аналитический доклад / В.Ю. Семенов. – М.: Проспект, 2014. – 28 с.

47 Сенченко, А.Ю. К вопросу о преобразовании учреждения здравоохранения в медицинскую автономную некоммерческую организацию / А.Ю. Сенченко, А.А. Калмыков, И.П. Артюхов // Здравоохранение Российской Федерации. –2015. – № 2. – С. 30 – 31.

48 Сергеев, Ю.Д. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении / Ю.Д. Сергеев, М.И. Милушин // Медицинское право.– 2005. – № 3. – С. 5.

49 Стародубов, В.И. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главврач. – 2013. – № 11. – С. 18 – 23.

50 Стародубов, В.И. Учреждение здравоохранения как элемент системы здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главврач. – 2015. – № 9. – С. 7.

51 Тихомиров, А.В. Здравоохранение: правовые аспекты / А.В Тихомиров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 11-18.

52 Трушкина, Л.Ю. Экономика и управление здравоохранением: учебное пособие. / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин. – Ростов н/Д.: Феникс, 2013. – С. 90-95

53 Улюкаев, А.В. Проблемы государственной бюджетной политики: правовые аспекты / А.В. Улюкаев. – М.: Юристъ, 2014. – 241 с.

54 Хомякова, В.В. Хорошо ли, когда управляют врачи? Профессионалы и политика (по книге К. Блейкмора «Социальная политика: введение») / В.В. Хомякова // Управление здравоохранением. – 2014. – № 4. – С. 98 – 99.

55 Чавпецов, В.Ф. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: учебное пособие. / В.Ф. Чавпецов, В.В. Гришин, В.Ю. Семенов. – М.: Статут, 2014. – 258 с..

56 Чиркин, В.Е. Публичное управление: аналитический доклад / В.Е. Чиркин. – М.: Юристъ, 2014. – 25 с.

57 Шабунова, А.А. Здоровье населения и современный экономический кризис / А.А. Шабунова, Н.А. Маланичева // Всероссийский экономический журнал ЭКО. - 2011. - № 4. - С. 135-146.

58 Шаяхметова, К. О. Проблемы развития здравоохранения Казахстана на современном этапе [Электронный ресурс] // Вестник КазНУ: офиц. сайт. - 2015. - Режим доступа : <http://articlekz.com/article/8040>. – 22.05.2016.

59 Шевченко, Ю. Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право / Ю.Л. Шевченко // Экономика здравоохранения. - 2015. - № 11–12. - С. 13 – 17.

60 Шевченко, Ю.Л. Правовые основы здравоохранения в России: учебное пособие / Ю.Л. Шевченко. – М.: НОРМА, 2013. – 247 с.

61 Шишкин, С. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития / С. Шишкин, Е. Потапчук, Е. Селезнева // Вопросы экономики. - 2013. - № 4. - С. 94-112.

62 Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие / О.П. Щепин, В.А. Медик. - М.: Гэотар-Медиа, 2014. - 592 с.

63 Яковлева, Т.В. Современные проблемы законодательного регулирования в сфере здравоохранения / Т.В. Яковлева // Управление здравоохранением. – 2014. – № 3. – С. 43–52.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Страхование

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕГО ИСТОЧНИКИ	
Объемы общего финансирования здравоохранения	11,1% ВВП, из них из ОМС — 8%. 3377\$ на душу населения, из них 2700\$ по системе ОМС
Источники общего финансирования здравоохранения	1. Обязательное медицинское страхование (ОМС) — 100% населения. 2. Добровольное медицинское страхование (дополнительное к ОМС) — 85% населения
Доля расходов на ОМС в общих расходах на здравоохранение и структура доходов системы ОМС	75% от общего финансирования здравоохранения, из них ОМС (54% от общего объема средств), налоги (38,7%), государственная компенсации фондам (5%) и проч. (2%)
Государственные гарантии (что покрывают)	Все медицинские услуги и ЛС, которые включены в Перечни услуг и ЛС, подлежащих возмещению
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ДМС)	
Доля ДМС в общих расходах на здравоохранение составляет 12,4%	Делится на: 1) дополнительное страхование по покрытию ряда услуг в дополнении к ОМС (стоматология, реабилитация, дополнительный сервис и др.); 2) страхование соплатежей, которые необходимо платить в системе ОМС. Страхование осуществляют отдельные от фондов ОМС частные страховые компании, общества взаимного страхования, фонды социально-страхового обеспечения. Средства ОМС и ДМС не смешиваются. Страховые компании, осуществляющие страхование по ДМС, являются отдельными юридическими лицами от больничных касс!!
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ	
	Финансируется из фондов ОМС и местных бюджетов (пособия или оплата проживания). Действия не всегда согласованы, небольшие доплаты делает семья пациента. Общие расходы на медико-социальную помощь составляют 3% от общих расходов на здравоохранение. Государство планирует расширение медико-социальной помощи престарелым и инвалидам через финансирование из центрального бюджета
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ — система солидарная, т.е. объем покрытия не зависит от размера вклада в систему и статуса (работающий или неработающий)	
Источники и размер страховых взносов и других поступлений в систему ОМС	Преимущественно: • общий социальный взнос с совокупного дохода — 5,25% для трудовых доходов, капитала и прибыли; 3,95% — для пенсий и пособий; • ФОТ работника — 0,75% (граждане с годовым налогооблагаемым доходом менее 6600 евро освобождаются от уплаты страховых взносов); • 12,8% с валовой прибыли работодателя; • налоги государства (транспорт, табак, алкоголь); • налоги на фармацевтические предприятия

Рисунок А.1 – Страхование

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Основные направления развития здравоохранения Амурской области до 2020г.
и целевые индикаторы для мониторинга их реализации

Таблица Б.1 – Основные направления развития здравоохранения Амурской области до 2020г. и целевые индикаторы для мониторинга их реализации

Показатель	Характеристика
1	2
1 Удовлетворенность населения медицинской помощью	Повышение с 24 % до 70 %
2 Продолжительность жизни населения (оба пола)	Повышение с 65,01 до 68,5 %
3 Рождаемость (на 1000 населения)	Сохранение на уровне 2009г-15,0 %
4 Смертность (на 1000 населения)	Снижение с 14,1 до 9,4 %
5 Младенческая смертность (случаев на 100000 родившихся живыми)	Сокращение с 9,4 до 8,5 %
6 Материнская смертность (случаев на 100000 родившихся живыми)	До 19,0 %
7 Смертность населения в трудоспособном возрастена 100000 трудоспособного населения)	Снижение с 822,1 до 548 %
8 Смертность населения от онкологических заболеваний (на 100000 населения)	Снижение с 113,7 до 75,8 %
9 Смертность населения от внешних причин (на 100000 населения)	Снижение с 180,4 до 120,3 %
10 Смертность населения в результате ДТП (100000 населения)	Снижение с 16,1 до 10,7 %
11 Число лиц, страдающих социально значимыми болезнями	Снижение с 64967 до 43311
12 Общая заболеваемость алкоголизмом на 100000 населения)	Снижение с 1453,5 до 969 %
13 Снижение потребления алкоголя	С 13 до 9л/год в пересчете на чистый спирт на душу населения
14 Снижение доли курильщиков	Среди мужчин с 61 до 50 % Среди женщин с 22 до 13 %
15 Доля лиц 1,2 групп здоровья	Увеличение с 40 до 50 %
16 Увеличение доли лиц, занимающихся спортом	С 9 до 20 %
17 Повышение квалификации мед. кадров	80 % используют клинические руководства и 505 каждый год повышают квалификацию через непрерывное мед. образование
18 Сокращение кадрового потенциала в гос-секторе	Врачи-45 на 10тыс.нас. Медработники-94 на 10тыс.нас. Соотношение врачей к медработникам- 1:3

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Продолжение таблицы Б.1

1	2
19Повышение укомплектованности враческими кадрами(без учета совместительства)	Повышение показателя с 56 до 90 %
20Доезд выпускников	Обеспечение 100 %доезда выпускников
21Борьба с неэффективными расходами	Сокращение неэффективных расходов на 70 %
22Внедрение экономически-эффективныхрыночных)инструментов управления	50 % объемов мед.помощи размещается на конкурентной основе,90 % медработников оплачиваются в зависимостиот качества и объемов оказанной мед.помощи
23Внедрение одноканального финансирования и системы фондодержания	80 % расходов здравоохранения финансируется через ОМС.100 % учреждений системы ОМС в системе фондодержания
24Снижение административных издержек,повышение эффективности госзакупок и использования оборудования	Оптимизировать до 3 % административные издержки в структуре затрат на здравоохранение,централизация госзакупок,100 % госзакупок по контролируемым референтным ценам
25Развитие первичной мед.помощи	Соотношение участковых врачей и ВОП к врачам специалистам 1:3
26Поэтапная реструктуризация коечного фонда	Доведение соотношения коек интенсивного лечения к койкам долечивания с 3,5:1 до 1:0,6 %
27Улучшение системы контроля качества мед.помощи	Приведение системы ежегодной отчетности ЛПУ к международным стандартам,привязка финансирования ЛПУ к рейтингам
28Развитие целевых долгосрочных программ	Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15 % Снижение смертности от онкозаболеваний на 5 % Снижение смертности от ДТП на 10 %
29Уменьшение среднего процента износа зданий,в которых располагаются учреждения здравоохранения	ОГУЗ-27,5 %(общероссийский показатель) МУЗ – 35 %
30Уровень охвата детей профилактическими прививками	Увеличение до %
31Заболеваемость дифтерией	0,16 случаев на 100000населения
32Заболеваемость корью	0,8 случаев на 100000населения
33Число жителей,обслуживаемых одной аптечной точкой	Снижение с 2720 до 2000
34Наличие достаточного ассортимента лекарственных средств,изделиймед.назначения	Не менее 17000наименований
35Наличие жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств в аптечных предприятиях	Не менее 95 % от утвержденного перечня

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Продолжение таблицы Б.1

1	2
36Количество изъятых из обращения фальсифицированных и некачественных ЛС к общему числу охваченных фармацевтическими обследованиями	Снижение с 2,4 до 1,3 %