

**Кантемирова Мира Аслангериевна
Беркаева Альбина Константиновна
Натапова Наталья Валерьевна
Ачабаева Айшат Борисовна
Архестова Диана Руслановна
Караева Альбина Маирбековна
Моргоева Аза Георгиевна
Кутешат Султан Абдулла Ибрагим
Узденова Залина Мухтаровна**

**УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Коллективная монография

Уфа
Аэтерна
2023

УДК 351
ББК 51.1(2Рос)к
ISBN 978-5-00177-852-3
К 198

Авторский коллектив:

Кантемирова Мира Аслангериевна, Доктор экономических наук. Профессор. СОГМА. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социально-экономических наук, г. Владикавказ, Россия

Беркаева Альбина Константиновна, к.э.н., доцент кафедры финансов, бухгалтерского учета и налогообложения ФГБОУ ВО «Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова», г. Владикавказ, Россия

Натапова Наталья Валерьевна, кандидат социологических наук, доцент кафедры государственного управления, истории, социологии, Казанский национальный исследовательский технологический университет, г. Казань, Россия

Ачабаева Айшат Борисовна, заместитель директора медицинской академии, кандидат медицинских наук, Кабардино-Балкарский Государственный Университет. Медицинская академия, г. Нальчик, Россия

Архестова Диана Руслановна, доцент кафедры детских болезней, акушерства и гинекологии, Кабардино-Балкарский Государственный Университет. Медицинская академия, г. Нальчик, Россия

Караева Альбина Маирбековна, старший методист, к.б.н., государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Северо-Осетинский медицинский колледж Министерства здравоохранения республики РСО-Алания, г. Владикавказ, Россия

Моргоева Аза Георгиевна, заместитель директора по учебной работе, государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Северо-Осетинский медицинский колледж Министерства здравоохранения республики РСО-Алания, г. Владикавказ, Россия

Кутешат Султан Абдулла Ибрагим, ассистент кафедры детских болезней, акушерства и гинекологии, Кабардино-Балкарский Государственный Университет. Медицинская академия, кафедра детских болезней, акушерства и гинекологии, г. Нальчик, Россия

Узденова Залина Мухтаровна, ассистент кафедры детских болезней, акушерства и гинекологии, Кабардино-Балкарский Государственный Университет. Медицинская академия, кафедра детских болезней, акушерства и гинекологии, г. Нальчик, Россия

Рецензенты:

Тадтаева В.В. к.э.н., доцент кафедры финансов и кредита, ЧОУ ВО "Владикавказский институт управления"

Цуциева М.В. к.э.н., доцент кафедры финансов и кредита, ЧОУ ВО "Владикавказский институт управления"

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ/ КАНТЕМИРОВА М. А., БЕРКАЕВА А. К. И ДР. – УФА: АЭТЕРНА, 2023. – 174 С.

Развитие системы здравоохранения находится на повестке дня практически во всех развитых странах, что обусловлено поиском оптимальной модели его управления, сочетающей максимальный эффект охраны здоровья населения при соблюдении умеренной затратности бюджетных средств.

В научном труде представлено развернутое исследование теоретических, экономических и организационно-правовых основ здравоохранения в России, дающее углубленное понимание происходящих в данной сфере изменений.

Авторами рассматриваются исторические аспекты становления и развития системы здравоохранения, современные подходы к реализации различных инструментов государственной политики в данной сфере, проводится анализ его финансового обеспечения на государственном и региональном уровнях.

Приведенный в работе опыт управления здравоохранением в развитых и развивающихся странах, дает понимание вектора движения российских реформ в данной сфере, готовность государства расширять не только объемы выделяемых на охрану здоровья государственных ресурсов, но и использовать различные механизмы страховой и частной медицины в целях повышения качества медицинских услуг.

УДК 351
ББК 51.1(2Рос)к
ISBN 978-5-00177-852-3
К 198

© Кантемирова М. А., Беркаева А. К., Натапова Н. В., Ачабаева А. Б., Архестова Д.Р., Караева А. М., Моргоева А. Г., Кутешат С. А. И., Узденова З. М., 2023
© Аэтерна, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. Кантемирова М. А. История развития государственного управления в сфере здравоохранения	7
2. Беркаева А.К. Здравоохранение как сфера государственного управления в Российской Федерации	19
3. Натапова Н. В. Законодательное регулирование сферы здравоохранения в Российской Федерации	26
4. Ачабаева А.Б. Экономические основы здравоохранения в Российской Федерации. Источники финансирования здравоохранения	37
5. Архестова Д.Р. Анализ расходов бюджетных средств на финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации	48
6. Караева А.М. Анализ расходов на здравоохранение: региональный аспект (на примере исполнения бюджета Республики Северная Осетия-Алания за 2019-2022 годы)	60
7. Моргоева А.Г. Проблемы развития управления в сфере здравоохранения	73
8. Кутешат С. А. Стратегии развития здравоохранения: международный опыт	103
9. Узденова З. М. Перспективы развития управления здравоохранением	126
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	155
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	163
ПРИЛОЖЕНИЕ	173

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития Российской Федерации в системе здравоохранения происходит трансформация экономических интересов – от общественного (государственного), определяющего развитие этой сферы, к рыночным. В этих условиях становятся актуальными исследование особенностей функционирования систем здравоохранения в России и исследование вопросов, связанных с проблемами качества проводимых реформ в этой области и ориентации их на население. Этим обусловлены актуальность данной темы и необходимость разработки механизма согласования экономических интересов между государством и обществом.

Особую актуальность работе придает возможность практического применения ее результатов для совершенствования системы управления здравоохранением для улучшения качества медицинских услуг для населения, профилактика заболеваний и обеспечение качества жизни.

Актуальность исследования усиливается тем, что проблемы здравоохранения все чаще в последнее время выходят на первый план. Это связано отчасти с демографической ситуацией в России. Перед государством встают такие задачи как увеличение продолжительности жизни, снижение смертности, повышение рождаемости. Эти демографические показатели напрямую связаны со сферой здравоохранения, а именно, они зависят от качества оказания медицинских услуг, степени профессиональности врачей и, конечно же, доступности медицинской помощи для всего населения.

Однако система здравоохранения сталкивается с множеством проблем. Это и слабая укомплектованность больниц медицинским персоналом, которая порождает снижение доступности здравоохранения, и фрагментация системы здравоохранения в целом.

Определенно государство ищет пути решения накопившихся проблем: разрабатываются новые законы в сфере оказания медицинских услуг, издаются указы, вводятся национальные проекты и программы. Но реализация государственной политики нередко сталкивается с препятствиями, изначально не учтенными.

Большой вклад в исследование проблем системы здравоохранения внесли такие отечественные ученые как Мельков С.А., Перенджиев А.Н., Забузов О.Н., Миронова С., Перова Ю., Цветкова В., Ястребова В., Столяров С. А. Вопросам цифровизации в сфере здравоохранения посвящены труды Аксеновой Е. И., Горбатова С. Ю., Абулханова Г. А., Зинатуллин А. М.

Целью научной работы является исследование проблем и перспектив развития государственного управления в сфере здравоохранения, что определило ее содержание, логику и последовательность:

- Проведен анализ истории развития государственного управления в сфере здравоохранения.
- Выявлены особенности государственного управления здравоохранением в РФ.
- Проанализированы показатели исполнения расходных обязательств по обеспечению охраны здоровья бюджетов бюджетной системы.
- Проведен анализ расходов на здравоохранение на региональном уровне (на примере исполнения бюджета Республики Северная Осетия-Алания за 2019-2022 годы).
- Определены основные проблемы в системе управления здравоохранением в РФ.
- Описаны перспективы развития управления в сфере здравоохранения.

Теоретической и методологической основой исследования являются труды ведущих отечественных и зарубежных ученых. Нормативно-правовые акты: положения Конституции РФ, Гражданский кодекс Российской Федерации, законы, законодательные акты и другие нормативно-правовые документы, данные федеральных и региональных программ, данные официальной статистики по России и Республике Северная Осетия - Алания. Также источниками послужили материалы по вопросам здравоохранения, опубликованные в научной литературе, периодической печати, и другие информационные источники, в том числе материалы глобальной информационной сети Интернет, документы и материалы Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ).

При исследовании использовались общенаучные методы: диалектический, исторический, логический, системный, анализ и синтез, позитивный и нормативный, структурно-функциональный, единство теории и практики, а также статистические и графические методы.

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

Практическая значимость исследования заключается в том, что материалы исследования могут служить одним из оснований для совершенствования государственного регулирования в сфере здравоохранения, решения проблем и перспектив развития системы здравоохранения в стране.

История развития государственного управления в сфере здравоохранения

В конце XV века было создано феодальное Московское государство, которое объединило разрозненные русские княжества. К этому времени на Руси отмечалось значительное разделение медицинских профессий. Лечебных званий насчитывалось более десяти: дохтуры, лекари, зелейники, травники, кровопуски, зубоволоки, костоправы, очные мастера, повивальные бабки. Травники и зелейники лечили травами, кореньями и другими растительными снадобьями. Учреждения аптечного типа в 16 веке были зелейные лавки, существовавшие во многих русских городах.

Владельцы этих лавок - зелейники - не только готовили и продавали порошки, мази, настойки и другие лекарства. Нередко это были высокообразованные по тому времени люди, хорошо знавшие свойства и действия лекарств. Медицинские знания и сведения о лекарствах обобщались в тот период в рукописных лечебниках и травниках, в которых отражался опыт самобытных русских лекарей и богатое наследие народной медицины.

В 1534 г. по указу царя был выписан из-за границы придворный штат докторов и аптекарей. В 1581 г. в Кремле приглашенным из Англии аптекарем была открыта первая в России царская аптека¹. Обслуживала аптека только царскую семью. Каждое отпускаемое царю или членам его семьи лекарство предварительно пробовалось врачом или аптекарем. Лишь по истечении почти 100 лет, в 1672 г., была открыта вторая аптека, которая продавала лекарства людям всех чинов. В штате этой аптеки были аптекари, врачи и алхимики, дистилляторы, лекарские и

¹ Миронова С., Перова Ю., Цветкова В., Ястребова В. «Кремлевская медицина» (от истоков до наших дней), Москва, 1997 год.

аптекарские ученики. При аптеке были сушильня для трав, кладовые, лаборатория для приготовления лекарств.

В 1682 г. в Москве при гражданском госпитале была открыта третья государственная аптека. Население России по-прежнему пользовалось зелеными лавками или услугами лекарей и знахарей.

Примерно в конце XVI - начале XVII века для руководства медицинским делом в России было создано государственное учреждение - Аптекарский приказ. Этот приказ ведал организацией заготовок лекарственных растений, подготовкой лекарей и специалистов по приготовлению лекарств, обеспечивал медицинской и лекарственной помощью русскую армию, проводил проверку медицинских знаний у докторов, лекарей и аптекарей, приезжавших на работу в Россию из других стран.

Аптекарский приказ был самобытным, присущим только России государственным органом по руководству лечебным и аптечным делом. Уже в первой половине XVII века под руководством Аптекарского приказа был организован первый в России аптекарский огород для разведения лекарственных растений и изготовления из них лекарств. К концу XVII века в ведении Аптекарского приказа было 4 аптекарских огорода, расположенных на территории Москвы. Только на огороде близ Каменного моста выращивалось около 25 видов сырья: мак, табак, анис, цикорий, петрушка, укроп, базилик, шалфей и др.

Во второй половине XVII века Аптекарский приказ открыл специальную школу по подготовке отечественных медиков. В этой школе изучали медицинскую ботанику, фармакологию, анатомию, фармацию и другие предметы. Методы приготовления лекарств ученики школы осваивали в аптеках и аптекарских огородах.²

² Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2016. Том 6. № 1 Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aptekarskiy-prikaz-istoriya-sozdaniya-i-razvitiya> (дата обращения 26.11.2023 г.)

Лечебное и аптечное дело в России в XVI - XVII веках развивалось на почве отечественной, самобытной народной и профессиональной медицины и фармации, под руководством русского государственного органа управления лечебным делом - Аптекарского приказа.

Аптекарский приказ - государственное медицинское административное учреждение, ведавшее всем медицинским и аптечным делом в стране.

В начале своей деятельности Аптекарский приказ обслуживал царскую семью и окружение царя. Значительное расширение его деятельности как центрального общегосударственного органа относится к 17 столетию.

Важнейшей функцией Аптекарского приказа было обеспечение медицинской и лекарственной помощью армии как в мирное время, так и во время военных походов.

Для подготовки лекарей во второй половине 17 века была открыта школа. В начале 1654 г. Был издан указ: «В Аптекарский приказ брать в ученье лекарство дела стрельцов и стрелецких детей и иных всяких чинов, не из служивых людей».

Таким образом, при Аптекарском приказе в Кремле возникла первая военно-медицинская школа.

Начало XVIII в. связано с реформами Петра 1. Преобразования, охватившие все стороны экономической, государственной и культурной жизни страны, касались также медицинской и фармацевтической науки и практики. К основным мероприятиям относятся: реорганизация Аптекарского приказа в Медицинскую канцелярию, открытие госпиталей и специальных школ для подготовки лекарей, борьба с незаконной торговлей лекарствами на базарах и улицах, открытие вольных аптек для населения и много других полезных мероприятий, закрепленных законодательными актами.

Аптечная форма начала 18 века имела исторически прогрессивный характер и содействовала улучшению лекарственного снабжения населения. Были открыты вольные аптеки. В 1719 г. в Петербурге был открыт Аптекарский сад. Были предприняты государственные мероприятия по изысканию лекарственных средств отечественного происхождения и подготовке аптечных работников «из прирожденных россиян».

В 1754 г. Медицинская канцелярия обратилась в Синод с просьбой запросить семинарии, не желает ли кто из воспитанников «поступить в учение медико-хирургии и фармации» в госпиталях и аптеках. Семинаристам, знающим латинский язык, было легче обучаться медицине и фармации.

В обращении Медицинская канцелярия писала о стремлении набирать студентов «из самых природных российских достойных людей». Предложение Медицинской канцелярии Синод разослал в Киев, Чернигов, Переяславль, Белгород и в Московскую славяно-греко-латинскую академию с приказом, чтобы желающие учиться «отпускаемы были без задержания».

По ходатайству Медицинской канцелярии, 1 февраля 1754 г. был издан указ «О бытии лекарям и аптекарям, обучающимся в России, всегда в их настоящем звании; и о недозволении им избирать другой род службы». Эти чрезвычайные мероприятия вызваны были тем, что лекари, очевидно, также и фармацевты, получив специальное образование, а следовательно, и офицерское звание, предпочитали служить в армии офицерами, чьи оклады были большими и продвижение по службе более быстрым. Это постановление касалось аптекарских учеников и гезелей (помощников аптекарей) русских и иностранцев, получивших образование за счет государства.

В 1784 г. последовал указ Медицинской коллегии, организованной в 1763 г. вместо Медицинской канцелярии, «О дозволении лекарям,

лекарским и аптекарским ученикам вступать для усовершенствования по части медицины в хирургическую школу в С.-Петербурге и о призвании выдаваемых из сей школы аттестатов действительными».³

18 век - начало отечественной печатной фармацевтической литературы. На протяжении 18 столетия, особенно второй его половины, вышел ряд книг, посвященных отдельным лекарствам (чаще всего эти книги носили чисто рекламный характер), а также обширных руководств русских и иностранных авторов фармакогнозии, фармакологии и рецептуре.

Основной заботой Петра I оставалось создание национального медицинского образования. Для армии, флота, многих других государственных нужд необходимо было большое количество врачей. Проблема подготовки врачей была решена в России в XVIII в. путем создания госпитальных школ — первых высших медицинских учебных заведений в России, подобных которым в то время не имела ни одна страна.

Важнейшим звеном реформ явилось основание Московского госпиталя и лекарской школы при нем. Московский военный госпиталь, при котором тоже была организована госпитальная школа, сохранился до настоящего времени – это ныне Главный военный госпиталь им. Н.Н. Бурденко. В 1707 г. постройка госпиталя была окончена, в него были помещены первые больные, и при нем начала функционировать госпитальная школа – первое высшее учебное медицинское заведение.⁴

Таким образом, 1707 г. – это год начала отечественного высшего медицинского образования. Несмотря на такие простые названия, как «школа», «медико–хирургическое училище», подготовка в них не

³ Подготовка аптечных работников в XVIII веке. Режим доступа <https://con-pharm.ru/articles/razvlekatelno-poznavatelnoe/podgotovka-aptechnykh-rabotnikov-v-khviii-veke/> (дата обращения 26.11.2023 г.)

⁴ Миронова С., Перова Ю., Цветкова В., Ястребова В. «Кремлевская медицина» (от истоков до наших дней), Москва, 1997 год.

уступала подготовке в европейских университетах. В госпитальных школах обучение было практическим: учащиеся непосредственно участвовали в лечении больных. Выделялись палаты для «разобрания анатомического тела человеческого» и предписано было вскрывать трупы.

Подготовленные врачи использовались на военной службе в войсках и во флоте были учреждены должности дивизионных и полковых врачей, ротных фельдшеров, были разработаны мероприятия по санитарному обеспечению войск – о карантинах, о гигиенических предосторожностях на походе и др.

Госпитальные школы были открыты в Петербурге, Кронштадте, Колыно–Воскресенске (Сибирь) и других городах. Всего за время их существования (до организации медико–хирургических училищ в 1786 г. и открытия медико–хирургических академий в Москве и Петербурге) было подготовлено более 3 тысяч высокообразованных врачей.

Таким образом, время Петра I сыграло большую роль в развитии отечественного медицинского образования. Успешная деятельность госпитальных школ сняла остроту проблемы обеспечения армии и флота отечественными докторами и лекарями. Если в начале века общее число врачей и лекарей не превышало 150 и преимущественно это были иностранцы, то к концу века их было уже около 1500. Что касается терапевтической и иной медицинской помощи городскому населению, прежде всего в столицах, потом в губернских и уездных «знатных городах», то ее на протяжении этого столетия оказывали преимущественно доктора медицины, окончившие европейские университеты и получившие после соответствующего испытания в Медицинской канцелярии право на врачебную практику. Во второй половине 18-го века к городским врачам добавились уездные врачи.

Несмотря на отдельные недостатки, аптечное дело и научная фармация достигли в России в 18 веке значительных успехов, которые

подготовили развитие научной фармации и возникновение оригинальных отечественных школ в первой половине 19 столетия.

В дореволюционной России слой крестьянства, живший преимущественно в деревнях, составлял абсолютное большинство. Однако основные действия государства были направлены на ликвидацию эпидемий в крупных городах. В 1861 году было отменено крепостное право, но крестьяне заметили перемены лишь после реформ Александра II 1864 года, когда в сельских районах были организованы разного рода социальные организации, обслуживавшие бедное население, в том числе медицинские (земская медицина).⁵

Основным средством финансирования таких медицинских организаций являлось налогообложение населения. Земская медицина, основанная на бесплатном централизованном предоставлении медицинских услуг всем гражданам, послужила фундаментом для советской медицинской системы, в ее рамках сформировалось множество организационных принципов, характерных для более поздней системы здравоохранения.

Рост промышленности в начале XX века, а также укрепление позиций рабочих способствовал появлению страховой медицины на фабриках и заводах. В 1912 году был принят закон о страховании рабочих от болезней и несчастных случаев, который предполагал лечение за счет собственников предприятий. Однако в той версии закона присутствовало множество оговорок, особенно о его территориальном влиянии, так что лишь небольшая доля и без того не самого крупного класса рабочих находилась под защитой государства. Революция 1917 года и последующая гражданская война создали ряд новых проблем, которые было необходимо решить. В 1918 году Совет народных комиссаров РСФСР принял декрет «Об учреждении Народного Комиссариата

⁵ Миронова С., Перова Ю., Цветкова В., Ястребова В. «Кремлевская медицина» (от истоков до наших дней), Москва, 1997 год.

здравоохранения», главой которого стал Н.А. Семашко, автор советской системы здравоохранения, основанной на государственном централизованном обеспечении равного доступа всех граждан к медицинскому обслуживанию.

Создание Народного Комиссариата здравоохранения (далее НКЗ) положило конец эпохе страховой медицины: все лечебные учреждения в стране подлежали национализации. Повсеместно организовывались санитарные отделы Советов, исполнявшие решения центральных органов здравоохранения.⁶

Подчеркивалась важность участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических заведений, важность оздоровления труда и быта. Также в это время было реформировано медицинское образование: в связи с острой нехваткой врачей и другого персонала, в университетах начали открываться медицинские факультеты. В годы первых пятилеток, когда в приоритете властей стояла не социальная сфера, а промышленность, доля расходов на здравоохранение существенно сократилась, и особая роль уделялась здравпунктам на промышленных предприятиях, борьбе с профессиональными заболеваниями. Набирала темпы медицинская и фармацевтическая промышленность.

Основным же методом лечебно-профилактической помощи стала диспансеризация, вышедшая далеко за рамки борьбы лишь с такими социальными болезнями, как туберкулез и венерические заболевания. В конце 1920-х годов появляются санитарно-эпидемиологические станции (далее СЭС), главной задачей которых являлась организация мероприятий по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями. В 1930 году осуществляется реформа образования, реорганизовавшая

⁶ Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность. Режим доступа: <https://global.hse.ru/data/2014/08/03/1314322000/%D0%9D%D1%83%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BE%D0%B8%D0%B2%D0%B5.pdf> (дата обращения 26.11.2023 г.)

медицинские факультеты в самостоятельные институты и передавая их из Народного Комиссариата просвещения в НКЗ, что благоприятно сказалось на количестве выпускаемых врачей и другого персонала. Это также привело к разделению медицинских институтов на факультеты, что позволило подготавливать узкоспециализированные кадры, существенно возросло качество предоставляемых услуг.

В годы Великой Отечественной войны (1941-1944гг.) приоритетными задачами медицинских служб являлось обеспечение медицинской помощью советской армии. Как никогда в этот период ощущалась нехватка хирургов, тогда было разработано множество методов организации медицинской помощи и собственно лечения. В 1944 году была учреждена Академия медицинских наук СССР.⁷

Чрезвычайно значимым организационным мероприятием этого периода стало объединение амбулаторно-поликлинических заведений с больницами в комплексы, именуемые объединенными больницами. В послевоенный период советское здравоохранение, так же, как и другие сферы, проходило процедуру восстановления. По официальным данным, уже к 1960 году число медицинских заведений, врачей и больничных коек значительно превысило довоенный уровень. В 1960-е годы большое внимание уделялось развитию служб, обеспечивающих население неотложной помощью, развивалась стоматология и рентгенодиагностика.

Однако финансирование здравоохранения по-прежнему продолжало осуществляться по остаточному принципу. Более того, вплоть до распада СССР в 1991 г., снижалась доля государственного бюджета, выделяемая на сферу здравоохранения. Система, направленная на борьбу с массовыми, в основном инфекционными заболеваниями путем санитарных противоэпидемиологических мер, становилась все менее

⁷ Глянцев С.П., Сточик А.А. Академия медицинских наук СССР: на пороге создания (апрель-июнь 1944 г.) <https://cyberleninka.ru/article/n/akademiya-meditsinskih-nauk-sssr-na-poroge-sozdaniya-aprel-iyun-1944-g> (дата обращения 26.11.2023 г.)

эффективной в связи со стремительной трансформацией структуры заболеваемости и смертности: здравоохранение все чаще сталкивалось с иными формами патологии. С 1987 г. по 1993 г. рождаемость в стране сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4 родов на 1000 чел.). С 1986 по 1994 гг. смертность в России выросла с 10,4% (смертей на 1000 чел. в год) до катастрофического и аномального для развитых стран уровня 15%. В 1991-1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно превысила ее. В начале 90-х годов увеличилась смертность людей от инфекционных и сердечно-сосудистых заболеваний.⁸

Медицине советского периода, ориентированной на рост учреждений здравоохранения как на панацею, было необходимо совершить качественный скачок вперед (при активном использовании методов лечебно-профилактической помощи СССР, которые получили признание во всем мире).

Всемирная организация здравоохранения на международном совещании в Алма-Ате 1978 года оценила советскую организацию первичной медико-санитарной помощи как одну из лучших в мире.

В 1980-е руководители сферы здравоохранения осознали необходимость проведения реформ. Страна была переполнена лечебными учреждениями, что влекло к неэффективности всей системы. Вместе с общими настроениями эпохи перестройки это обусловило начало реформ и в сфере здравоохранения. Первые меры были направлены на сокращение специализированной медицинской помощи и увеличение первичной, они были проведены в Ленинграде, Самарской и Кемеровской областях. После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным

⁸ Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность. Режим доступа: <https://global.hse.ru/data/2014/08/03/1314322000/%D0%9D%D1%83%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BE%D0%B8%D0%B2%D0%B5.pdf> (дата обращения 26.11.2023 г.)

недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства.

В условиях экономической катастрофы начала 1990-х здоровье населения стремительно ухудшалось, сокращалась средняя продолжительность жизни. Вводилось обязательное медицинское страхование как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Начали происходить коренные сдвиги: появилось множество частных клиник, закупалось высокотехнологичное оборудование. Однако так и не были решены проблемы, связанные с низким финансированием отечественного здравоохранения.

Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию, на поиски новых источников финансирования. Главной новацией в этих реформах стала система обязательного медицинского страхования (далее ОМС). Для России, страдавшей регулярными дефицитами бюджета, введение ОМС, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником финансирования. Новое министерство здравоохранения также проводило ряд образовательных и административных реформ, начало подготовку врачей общей практики. Часты были случаи предоставления самостоятельности медицинским учреждениям, был изменен подход к оплате труда работников в данной сфере. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике.

При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволит достичь экономии достаточного количества средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Однако на деле этого не произошло.

Таким образом, Правительство продолжает путь реформ в направлении к смешиванию систем государственного и частного страхования, постепенно уменьшая долю финансирования здравоохранения из бюджета. Без сомнений можно предсказать будущий рост конкуренции в сфере предоставления страховых услуг, что должно сказаться на требованиях страховых компаний к медицинским учреждениям, а, следовательно, и на качестве предоставляемых услуг.

Здравоохранение как сфера государственного управления в Российской Федерации

Развитие и совершенствование системы здравоохранения можно определить как одну из главенствующих функций государства, основной целью которого является укрепление здоровья всех социальных слоев общества. Ввиду этого можно говорить о заинтересованности в повышении эффективности управления здравоохранением как со стороны государства в целом, так и каждого отдельно взятого гражданина.

Система здравоохранения, существовавшая несколько десятилетий назад, характеризовалась неудовлетворенностью в вопросах эффективности государственного управления. Данный факт явился стимулом проведения административных реформ в государствах Северной Америки и Европы. В результате проведенных мероприятий на территории данных государств произошел переход от государственного администрирования к государственному менеджменту в сфере публичной медицины.

В данной трактовке менеджмент выступает в качестве технологии, благодаря которой возможно рациональное использование ограниченных ресурсов, а также разрешение возникающих вопросов в государственном секторе. Также менеджмент в области здравоохранения можно определить как систему принципов и практических рекомендаций, базирующихся на положении о том, что модернизация процесса управления здравоохранением представляет собой эффективный способ решения широкого круга экономических и социальных проблем. Данная система основывается на том, что управление в основе которого лежит видение существующей ситуации и намеченные перспективные цели для достижения, является мощным инструментом в реализации фундаментальных преобразований в системе здравоохранения и будет способствовать стимулированию нового этапа развития.

В настоящее время можно с полной уверенностью утверждать, что внедрение принципов управления корпоративными финансами успешно применяется в государственном секторе здравоохранения и реализуется по трем основным направлениям:

1) процесс децентрализации управления и делегирования полномочий, включая и финансовые вопросы, как в рамках одной организации, так же и по иерархии;

2) применение не только административной системы отношений, но и договорных (контрактных) и использование их как с частными и некоммерческими организациями, так же и между государственными службами;

3) уделение более пристального внимания процессу удовлетворения индивидуальных потребностей граждан в вопросах получения медицинской помощи и повышение качества и эффективности предоставленной помощи.

Система управления здравоохранением, сформированная в 90-е годы была вызвана наличием кризисных факторов, таких как распад Советского Союза, нестабильная экономическая ситуация в государстве, отсутствие новых разработок, оборудования и финансирования здравоохранения. При этом сама система могла быть охарактеризована как бюрократичная, с жесткой иерархической организацией, наличием централизации в управлении и администрировании.

Для большинства исследователей того периода, посвятивших свои труды вопросу реформирования системы здравоохранения присуще мнение, согласно которому выход из сложившейся ситуации виделся в:

- развитию рыночного типа управления и страхового бизнеса;
- фокусировке внимания на потребителях медицинских услуг;
- наличия конкуренции между поставщиками медицинских услуг

и возможности осуществления выбора между нами;

- согласовании государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и номенклатуры платных медицинских услуг;
- концентрации внимания на профилактических мероприятиях по недопущению распространения заболеваний;
- деbüroкратизации институциональной системы здравоохранения;
- налаживании взаимодействия между различными органами и уровнями государственной власти;
- привлечении дополнительных источников финансирования сферы здравоохранения.

В современных условиях оценка эффективности государственного управления сферой охраны здоровья воплощается в качестве предоставления медицинских услуг гражданам, удовлетворенности ими населением, но при одновременном соблюдении принципа минимальной затратности.

Для целей развития системы здравоохранения на федеральном уровне регулярно принимаются государственные или национальные программы. В настоящее время реализуется национальный проект «Здравоохранение», рассчитанный на период с 2019 по 2024 года⁹. Самый первый национальный проект в области здравоохранения был принят в 2005 году, являясь одним из 4 приоритетных национальных проектов, реализуемых на территории РФ. Заслугой именно данного проекта является снижение отрицательного прироста населения, а также рост средней продолжительности жизни. В качестве еще одного значительного достижения реализации данного национального проекта является рост уровня использования высоких технологий в медицине, были открыты новые перинатальные центры, современные медицинские

⁹ Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. Режим доступа: <http://government.ru/news/35168/> (дата обращения 25.10.2023 г.)

учреждения, произошел рост величины материнского капитала и т.д. Кроме того, были выделены средства на программы по развитию донорства и произошло увеличение финансирования служб крови.

В качестве еще одной меры, направленной на систематизацию управления и работы всей системы здравоохранения можем выделить принятие Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹⁰. В рамках данного закона должна была быть реализована реформа системы медицинского страхования. В результате реализации положения данного закона система обязательного медицинского страхования (далее ОМС) приняла централизованный характер, и четко структурированную форму. Система ОМС предоставляет возможность использования полиса гражданином на всей территории страны. Также человек, обладающий полисом ОМС имеет право обратиться в любое медицинское учреждение, данный факт формирует конкурентную среду между медицинскими учреждениями, что влечет за собой рост качества оказываемых медицинских услуг. ОМС является гарантом предоставления бесплатной медицинской помощи в законодательно утвержденном объеме. Принятый закон определил полномочия и правовой статус фондов ОМС и страховых организаций.

Так как предоставление медицинской помощи гражданину осуществляется ежегодно на безвозмездной основе в рамках ОМС, каждый год принимается Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в рамках которой предусматриваются критерии, определяющие качество и доступность медицинских услуг.

Далее перейдем к рассмотрению системы уровней управления здравоохранением в РФ. В системе управления здравоохранением в РФ можно выделить два уровня:

¹⁰ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 25.10.2023 г.)

Первый уровень – это уровень государственного управления здравоохранением.

Второй – это уровень регионального управления здравоохранением.

Система государственных органов управления, на которые возложены обязательства по решению вопросов в области охраны здоровья граждан представляют собой систему органов управления здравоохранением. Ключевым звеном в системе органов управления здравоохранением является Министерство здравоохранения РФ. На него возложена обязанность по формированию и реализации государственной политики в сфере здравоохранения, медицинского страхования, оборота лекарственных средств и другое, а также правовое регулирование данной сферы.

Основные функции Министерства здравоохранения РФ:

1. Разработка основных направлений государственной политики по вопросам охраны здоровья населения.
2. Проведение мониторинга, а также аналитической работы и оценки состояния здоровья российских граждан.
3. Разработка и реализация целевых программ в сфере здравоохранения.
4. Осуществление координации мероприятий по подготовке медицинских работников.
5. Проведение стандартизации и сертификации услуг в сфере здравоохранения.

На региональном уровне органом управления является министерство, либо департамент. В Республике Северная Осетия – Алания Министерство здравоохранения выполняет следующие функции:

1. Разрабатывает проекты законов и иных нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан.
2. Контролирует в пределах своих полномочий соблюдение и исполнение учреждениями здравоохранения Республики Северная

Осетия - Алания законов и иных нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья.

3. Реализует полномочия учредителя в отношении подведомственных предприятий и учреждений.

4. Дает экспертные заключения на все случаи материнской, младенческой и перинатальной смертности.

5. Участвует в осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи, оказываемой организациями независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности в части реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам.

6. Исполняет функции организатора по осуществлению профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мер.

7. Исполняет функции организатора по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим и их эвакуации из зон чрезвычайных ситуаций.

8. Выступает государственным заказчиком при размещении заказов по приобретению товаров, работ и услуг для собственных нужд и нужд подведомственных учреждений и организаций, в т.ч. для создания запасов медицинского имущества, лекарственных и иных средств, изделий медицинского назначения, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, медицинской техники для предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и др.

С принятием и вступлением в силу Федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан изменилось распределение полномочий между уровнями власти. Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹¹ ответственность за организацию медицинской помощи возложена на государственный уровень власти, муниципальные учреждения здравоохранения до конца 2012 года были переданы в государственную собственность и получили статус краевых лечебных учреждений. Порядок оказания медицинской помощи населению при этом не изменился, участковый принцип прикрепления жителей к территориальной поликлинике сохранился.

Политика в области охраны здоровья населения должна предусматривать, прежде всего, воздействие на индивидуальные привычки людей и осуществляться по трем основным направлениям:

- 1) формирование понимания у людей необходимости позитивных изменений в образе жизни и поддержка их стремления к таким изменениям, в том числе путем повышения их медико-гигиенических знаний;
- 2) создание соответствующих мотиваций в отношении к своему здоровью, выработка умения и навыков здорового образа жизни;
- 3) создание условий, способствующих улучшению качества жизни и укреплению здоровья населения.

Помимо государственной системы здравоохранения существует частная система здравоохранения. К ней относятся лечебные, профилактические и аптечные учреждения, находящиеся в частной собственности. Однако деятельность таких учреждений должна подчиняться законодательству Российской Федерации в области здравоохранения, а также нормативно-правовым актам субъектов Федерации.

¹¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 26.11.2023)

Законодательное регулирование сферы здравоохранения в Российской Федерации

Система здравоохранения в Российской Федерации основывается на комплексе нормативно-правовых актов, которые направлены на формирование ее целостного характера, комплексности и высокого уровня качества оказываемой медицинской помощи. Совокупность действующих нормативно-правовых актов дифференцируется в зависимости от юридической силы, области применения, органа государственной власти, принявшего его.

Законодательство, регулирующее отношения в области здравоохранения, на территории Российской Федерации имеет двухуровневую систему:

1. Федеральный.
2. Региональный.

Возглавляет иерархию нормативно-правовых актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения Конституция Российской Федерации¹². Данный документ является основным законом на территории страны и основой формирования политики государства в сфере здравоохранения. В рамках статьи 41 Конституции РФ отражено право каждого гражданина страны на охрану здоровья и медицинскую помощь. Граждане вправе получать бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения, финансирование которых происходит из соответствующих бюджетов бюджетной системы РФ, страховых взносов и других поступлений. Так же в рамках данной статьи предусмотрено финансирование федеральных программ, направленных на охрану и укрепление здоровья граждан, а также

¹² Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 04.12.2023 г.)

реализуются мероприятия, направленные на развитие государственной и частной систем здравоохранения, стимулируются меры по укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Так же необходимо отметить, что Конституцией РФ определено совместное ведение вопросов здравоохранения между Российской Федерацией и субъектами Федерации. По вопросам совместного ведения принимаются федеральные законы, а также законы и иные нормативно-правовые акты, принимаемые на субфедеральном уровне¹³.

Помимо этого, вторая глава Конституции РФ формирует ряд иных принципиальных положений (рисунок 1).

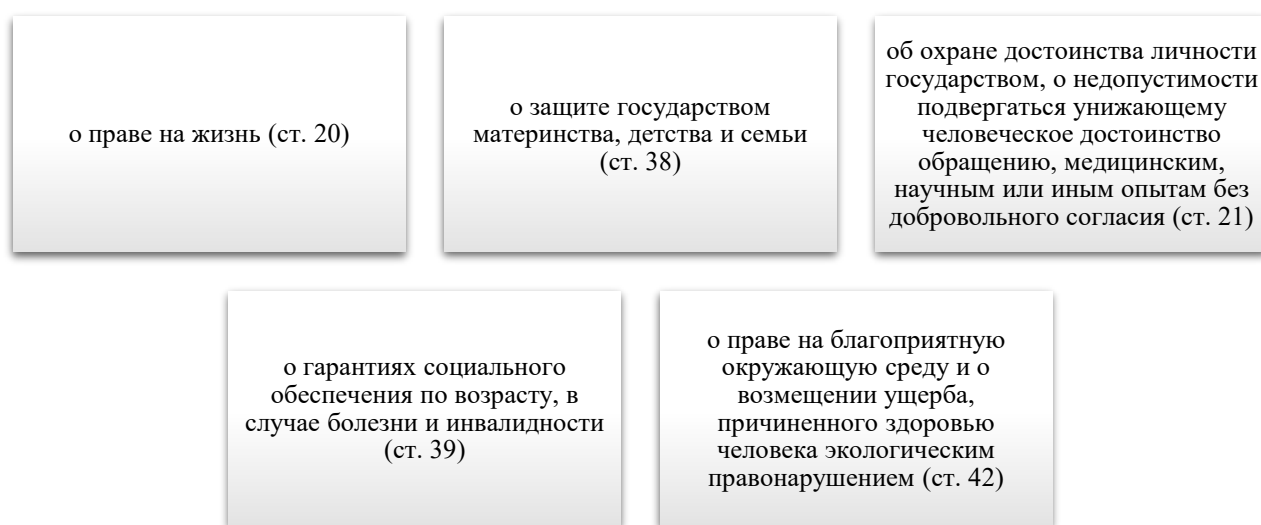


Рисунок 1. Положения Конституции РФ в области здравоохранения¹⁴

¹³ ч. 2 ст. 76 Конституции РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 04.12.2023 г.)

¹⁴ Составлено автором на основе Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 04.12.2023 г.)

Важно отметить тот факт, что законодательство РФ в области здравоохранения функционирует в рамках общепринятых международных стандартов. Согласно Конституции РФ, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются неотъемлемой частью ее правовой системы.¹⁵ Данное положение обозначает приоритетность международных норм права над национальными.

В качестве одного из системообразующих документов в области здравоохранения в мировом масштабе является Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. В 12 статье данного документа говорится о праве каждого человека на максимальный уровень психического и физического здоровья. Для достижения данного показателя, страна, которая подписывает данный пакт должна выполнить следующие требования:

- снижение значения показателя по детской смертности и мертворождению;
- разработка и исполнение мероприятий по организации здорового развития детей;
- гарантирование гигиенических условий любой жизнедеятельности человека, включая гигиену производства и труда;
- реализация превентивных мероприятий по предупреждению, профилактике, пресечению и лечению профессиональных, эндемических, эпидемических и других болезней;
- формирование предпосылок для оказания медицинской помощи каждому человеку без исключения и медицинского ухода в случае его болезни.

¹⁵ п.4 статья 15 Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 04.12.2023 г.)

Но самым важным мероприятием в процессе формирования международного механизма управления сферой здравоохранения явилось принятие Устава Всемирной организации здравоохранения 22 июля 1946 года. ВОЗ создана в рамках функционирования Организации объединенных наций. Основной целью ее функционирования является формирование максимально возможного уровня здоровья для населения планеты.

Выполняемые функции ВОЗ носят двойственный характер, с одной стороны на нее возложены обязательства по гарантированию и реализации механизма защиты от болезней, с другой же стороны это координирование деятельности государств по защите, обеспечению и соблюдению прав на лечение.

Всемирная организация здравоохранения аккумулируют у себя весь мировой опыт в области здравоохранения. По состоянию на октябрь 2022 года членами ВОЗ являлось 194 государства.¹⁶

Основные направления деятельности Всемирной организации здравоохранения представлены на рисунке 2.

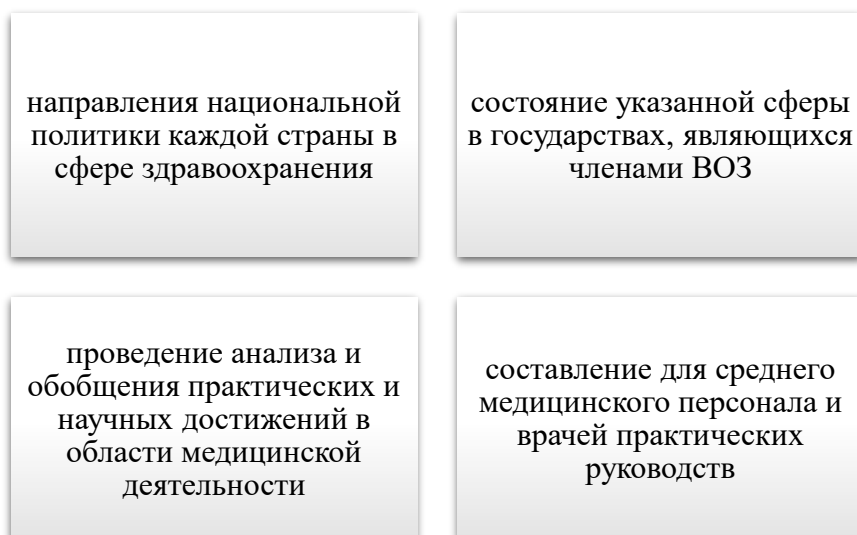


Рисунок 2. Основные направления деятельности Всемирной организации здравоохранения

¹⁶ Страны. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения на русском языке. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/countries> (дата обращения 20.10.2023 г.)

Основным национальным нормативно-правовым актом в сфере здравоохранения является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее №323-ФЗ)¹⁷.

Данным Федеральным законом формируются правовые рамки государственной системы здравоохранения на территории РФ, устанавливающие, что все граждане страны должны иметь доступ к получению медицинской помощи, а также получению высококачественного медицинского обслуживания и возможность получения лекарственных средств, назначенных врачом.

В данном ФЗ дается понятийный аппарат, применяемый в законодательстве в сфере здравоохранения, даются определения здоровья, охраны здоровья и другие. Статьей 5 ФЗ №323-ФЗ установлено, что вся деятельность в области здравоохранения должна в своей основе иметь признание, соблюдение и защиту прав населения, предоставленных общепризнанными принципами и нормами международного права. При предоставлении медицинской помощи исключается дискриминация гражданина по каким-либо признакам национального, полового, возрастного или других качеств.

Российская система здравоохранения базируется на следующих принципах:

- реализация прав граждан в области здравоохранения и обеспечение государственных гарантий направленных на реализацию имеющихся прав;
- главенство интересов пациента во время оказания медицинской помощи;
- первоочередное внимание вопросам охраны здоровья детей;

¹⁷ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 04.12.2023 г.)

- оказание социальной защиты гражданам, утратившим здоровье;
- ответственность за предоставление гражданских прав в сфере здравоохранения государственных органов власти и должностных лиц соответствующих организаций;
- предоставление высококвалифицированной медицинской помощи и обеспечение ее доступности;
- недопустимость отказа в предоставлении медицинской помощи;
- высокая значимость профилактических мероприятий в области здравоохранения;
- соблюдение врачебной тайны.

Вторым по значимости является Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Он закрепляет общеобязательность медицинского страхования, регулирует взаимодействие субъектов медицинского страхования, то есть застрахованных граждан, страхователей и федерального фонда страхования, и участников страхования, которыми являются территориальные фонды и страховые медицинские организации. В законе разграничены полномочия Российской Федерации и полномочия субъектов Российской Федерации в области обязательного медицинского страхования. Закон определяет права и обязанности, которыми обладают субъекты страхования и участники страхования.

В соответствии с Федеральным законом, фонд обязательного медицинского страхования формируется из страховых взносов, средств бюджетов различных уровней и иных источников.

Существуют базовая и территориальная программы обязательного медицинского страхования. Базовая программа содержит перечень услуг,

которые должны оказываться населению бесплатно на всей территории Российской Федерации.

Бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Но регионы могут расширять этот перечень, в таком случае все услуги, которые в определенном регионе будут оказываться бесплатно в дополнение к федеральному перечню, входят в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Персонифицированный учет, проводимый в сфере обязательного медицинского страхования, обеспечивает права граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь, в размере, определенном законодательством, и соответствующую стандартам оказания медицинской помощи. При помощи персонифицированного учета производится контроль за расходом средств, направленных в сферу медицинского страхования. Также при разработке программ медицинского страхования используются данные персонифицированного учета, они помогают определить наиболее проблемные вопросы оказания бесплатной медицинской помощи и выявить потребности населения в сфере оказания медицинских услуг.

Таким образом, государственное управление в сфере здравоохранения – это развитие национальной системы здравоохранения, направление деятельности на укрепление здоровья граждан.

По мимо данного ФЗ, носящего основной характер, в РФ регулированию системы здравоохранения посвящен целый комплекс специализированных федеральных законов, которые регулируют отдельные сферы в области охраны здоровья. В частности, можно выделить следующие НПА:

1. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ¹⁸.

2. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ¹⁹.

3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ²⁰.

4. Федеральный закон «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» от 10.01.2002 № 2-ФЗ²¹ и другие.

Регулированию здравоохранения на федеральном уровне посвящены не только федеральные законы, но и законодательные акты, к которым относятся Указы Президента РФ, Постановления Правительства РФ, а также ведомственные законы. В качестве законодательных актов, регулирующих вопросы охраны труда, можно отметить:

¹⁸ Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (дата обращения 24.10.2023)

¹⁹ Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/ (дата обращения 24.10.2023 г.)

²⁰ Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения 24.10.2023 г.)

²¹ Федеральный закон «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» от 10.01.2002 № 2-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34825/ (дата обращения 24.10.2023 г.)

1. Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации»²².

2. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»²³.

3. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «О Стратегии развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.»²⁴ и другие.

В качестве примера ведомственных нормативных актов можно обозначить:

1. Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации»²⁵.

2. Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» (вместе с «Положением об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях»)²⁶.

3. Приказ Минздравсоцразвития России № 259, РАМН № 19 от 06.04.2005 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных

²² Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/3365> (дата обращения 24.10.2023 г.)

²³ Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения 24.10.2023 г.)

²⁴ Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «О Стратегии развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.» // Информационно – правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70192396/> (дата обращения 24.10.2023 г.)

²⁵ Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 24.10.2023 г.)

²⁶ Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101282 (дата обращения 24.10.2023 г.)

медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук»²⁷.

Оговорим тот факт, что федеральными законами устанавливаются общие, базовые принципы деятельности в области охраны здоровья, дается понятийный аппарат, они носят высший иерархический характер по отношению к нормам права субъектов РФ.

Вторым уровнем в иерархической лестнице нормативно-правовых актов в области здравоохранения являются законы и подзаконные акты регионов страны. Необходимо отметить, что НПА субъектов РФ являются не только дополнительным звеном, обеспечивающим возможность реализации комплексного механизма ФЗ, но и составным элементом единого комплекса, направленного на устранение абстракционизма в национальном законодательстве, а также согласование федерального законодательства с правоприменительной региональной практикой. Нормативно-правовые акты субъектов РФ не должны идти в противоречие или же нарушать нормы права, установленные федеральным законодательством.

Очень важным моментом с практической стороны, требующим отражения в рамках изучения данной работы является тот факт, что большое значение в правоприменительной практике принимают решения судов и арбитражей. И несмотря на то, что в отличие от англосаксонской, российская система права не является прецедентной и юридическая

²⁷ Приказ Минздравсоцразвития России № 259, РАМН № 19 от 06.04.2005 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук»
// Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_53451/99e6166b9a1e8d35c108103a4131821afb18a890/ (дата обращения 24.10.2023 г.)

практика не выступает в качестве источника права, суды низшей инстанции при рассмотрении дел изучают обзоры практики.

В литературе, посвященной изучению законодательства в области охраны здоровья, можно столкнуться с мнением, что в настоящее время прослеживается негативная тенденция в области внесения и рассмотрения законопроектов в области охраны здоровья. Принимаемые законопроекты либо дублируют положения Конституции РФ, либо же реализация норм которых может осуществлена при помощи внесения изменений и дополнений в существующие законы. То есть законодатель не совершенствует существующую систему права в области охраны здоровья, а искусственно увеличивает массу принятых законов.

Экономические основы здравоохранения в Российской Федерации. Источники финансирования здравоохранения

Для международной практики характерно наличие трех форм деятельности сферы здравоохранения, в зависимости от которых дифференцируются механизмы и источники финансирования рассматриваемой сферы. Выделяют три основные модели:

1. Частная модель функционирования сферы здравоохранения.
2. Бюджетная модель функционирования здравоохранения.
3. Социально-страховая модель здравоохранения.

Остановимся на более подробном рассмотрении особенностей каждой из них.

Для частной модели финансирования здравоохранения свойственно оказание медицинской помощи за счет средств потребителя медицинских услуг. В качестве еще одной характерной особенности отметим то, что в данной модели нет централизованной системы государственного медицинского обслуживания. Удовлетворение спроса на медицинские услуги в данной модели здравоохранения происходит на рынке медицинских услуг. Но существует ниша, которая не может быть удовлетворена с помощью рынка медицинских услуг, к ней относятся незащищённые слои населения (малообеспеченные граждане, пенсионеры, малоимущие, безработные). Финансирование их потребностей в области здравоохранения берет на себя государство через разработку различных социальных программ.

В бюджетной модели финансового обеспечения здравоохранения главным поставщиком и потребителем услуг является государство, которое берет на себя обязанности и функции гаранта в удовлетворении потребностей в данном виде услуг. В отличие от частной модели в данном случае рынок выполняет второстепенную роль в оказании лечебно-профилактической помощи населению страны при строгом надзоре со

стороны профильных государственных ведомств. Главным источником финансового обеспечения нужд сферы здравоохранения является государственный бюджет.

Третьей разновидностью модели является социально-страховая модель финансирования здравоохранения, которая совмещает в себе особенности двух вышеперечисленных, когда имеется рыночный механизм функционирования в сфере медицинских услуг с одновременным надзором со стороны государственных органов и гарантий в области социальной защиты, а также возможностью получения медицинских услуг всеми слоями населения. Одной из главных отличительных особенностей данной модели является полное или почти полное обязательное страхование граждан, при этом государство берет на себя часть обязательств по формированию страховых фондов. Государство в данной модели является субъектом, гарантирующим удовлетворение потребностей в сфере здравоохранения всем слоям населения вне зависимости от дохода, при этом с соблюдением рыночных принципов оплаты услуг в данной сфере. На рынок же возлагается обязанность по удовлетворению потребностей, сверх гарантированных государством, тем самым предоставляется свобода выбора и суверенитет потребителя. Благодаря нескольким каналам финансирования формируется эластичная и стабильная финансовая основа социально-страховой медицины.

Для Российской Федерации механизм функционирования здравоохранения является неотделимым и обязательным компонентом экономической политики государства. В соответствии со статьей 41 Конституции РФ медицинская помощь предоставляется гражданам страны на безвозмездной основе, что острее актуализирует проблему формирования источников и объемов финансирования сферы здравоохранения. Средств на финансирование здравоохранения должно быть в достаточном количестве не только для осуществления

финансирования текущих мероприятий, но и для возможности финансирования реформ и повышения эффективности данной сферы. В то же время нехватка средств на субфедеральном уровне и в структуре обязательного медицинского страхования (далее ОМС) предопределяют рост личных расходов на здравоохранение, а при наличии неблагоприятных экономических условий начинает развиваться теневой сектор в данной отрасли.

На территории России Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статьей 82 определяются источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья. К ним относятся три вида источника:

1. Бюджетные средства.
2. Средства ОМС.
3. Внебюджетные средства.

Перед тем как преступить к более детальному рассмотрению каждого из них приведем графическое изображение механизма финансирования здравоохранения в РФ (рисунок 3).

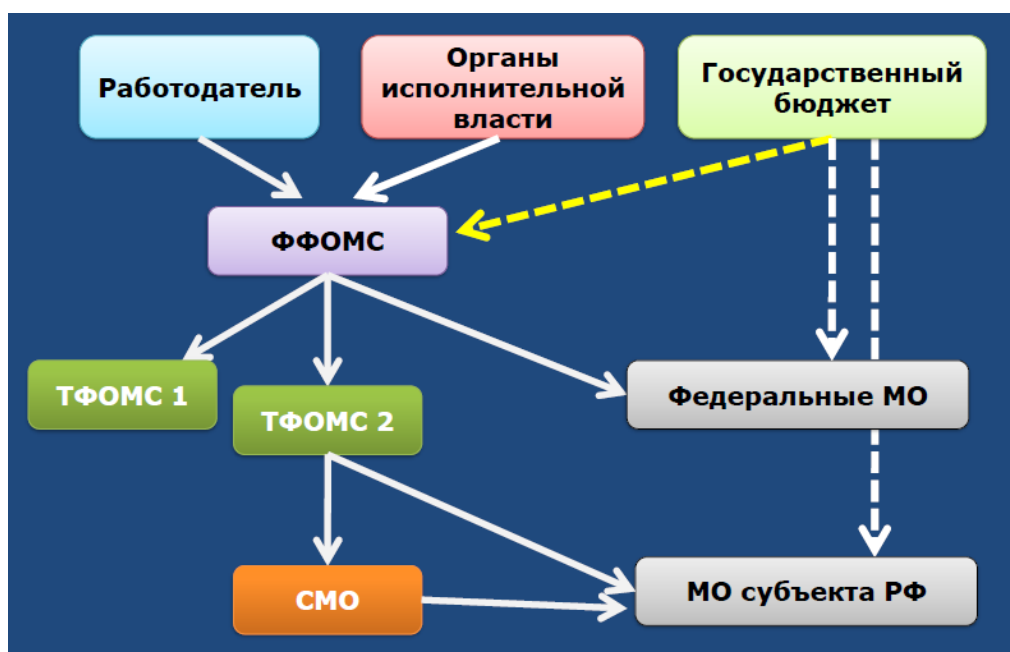


Рисунок 3. Схема финансирования здравоохранения в России

К бюджетным средствам относятся средства федерального бюджета, бюджетов субфедерального уровня.

В бюджете на соответствующий финансовый год происходит закладка нормативов по размерам финансирования, которые определяются в исчислении на:

1. Одного человека в год.
2. Лечение одного больного по профилю заболевания.
3. Оказание различных видов медицинских услуг.

Разработка данных нормативов возложена на региональные органы власти. Список учреждений и мероприятий, на которые выделяются средства из соответствующего бюджета отражены в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью»²⁸.

Преобладающее большинство медицинских учреждений на территории РФ являются бюджетными, что подразумевает собой финансирование из соответствующего бюджета. Отличительной особенностью бюджетных учреждений здравоохранения является то, что они финансируются как из бюджета соответствующего уровня, так и из бюджетов государственных внебюджетных фондов.

На федеральный бюджет возложено финансирование медицинских учреждений, реабилитационных центров федерального подчинения и научно-исследовательских центров, а также федеральных целевых программ.

Из субфедеральных бюджетов финансируются узкоспециализированные лечебно-профилактические медицинские учреждения, учреждения, занимающиеся заготовкой донорской крови, покупкой медоборудования, бесплатным лекарственным обеспечением и

²⁸ [Постановление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/) Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/ (дата обращения 24.10.2023 г.)

т.д. В качестве второго источника финансирования здравоохранения были отмечены средства ОМС. Система ОМС была предложена в РФ в 1990 г. и реально стартовала с 1993 г. как дополнение к существовавшей тогда в РФ чисто бюджетной модели финансирования здравоохранения. Те, кто стоял у ее основания, объяснили это необходимостью увеличения объемов финансирования здравоохранения. Правда, почему для этого надо было вводить такой достаточно сложный и новый для РФ инструмент управления государственными средствами — непонятно, ведь хорошо известно, что система ОМС сложнее структурно и более затратна по сравнению с бюджетной моделью. Увеличения финансирования здравоохранения РФ можно было бы добиться и другими способами, например, предусмотреть дополнительный целевой налог на здравоохранение в рамках действующей системы бюджетного финансирования. Скорее всего, это была дань активно реализуемым тогда на территории страны и не всегда продуманным реформам, в том числе инициированным Всемирным банком. Например, им же было предложено ввести институт семейного врача и упразднить педиатрическую службу. Но здесь педиатры во главе с выдающимися представителями, акад. РАН А.А. Барановым и профессором Л.М. Рошалем, смогли отстоять это достижение советского здравоохранения.

Среди медицинской общественности постоянно обсуждается вопрос о необходимости системы обязательного медицинского страхования в РФ. Он обсуждался на площадках Российского инвестиционного форума-2019 (г. Сочи), Петербургского международного экономического форума (ПМЭФ-2019).

В апреле 2019 г. было проведено исследование «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития». Авторы на основании анализа ряда собственных и трактовки зарубежных исследований делают спорный вывод о том, что наличие системы ОМС принесло пользу для здравоохранения РФ, и предлагают пути ее

дальнейшего развития. Суть их предложений сводится к формированию «рисковой» и конкурентной модели ОМС, а именно:

- установить право страховым медицинским организациям (далее СМО) самим распоряжаться сэкономленными от оказания медицинской помощи средствами, в том числе получать их в собственный доход, тем самым мотивировать СМО к экономии средств на оказание медицинской помощи;

- переложить на СМО финансовые риски за превышение объемов медицинской помощи застрахованным, разделив их совместно с ФОМС, ТФОМС и медицинскими организациями;

- ввести право для СМО самостоятельно «закупать» медицинскую помощь у медицинских организаций на конкурентной основе;

- ввести добровольное (дополнительное к действующей программе ОМС) страхование в рамках одной СМО, тем самым организовать конкуренцию за население между ними.

В настоящее время, когда перед здравоохранением РФ стоят другие важнейшие задачи (увеличение государственного финансирования и тем самым увеличение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи, восстановление и повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения, создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения), нет необходимости отвлекать дефицитные управленческие ресурсы на изменение механизма финансирования здравоохранения. Можно только предложить отдельные меры по его совершенствованию, например, устранить не приносящий дополнительной пользы и отвлекающий ресурсы отрасли институт страховых представителей, исключить заинтересованность СМО в выявлении большего числа нарушений в медицинских организациях, перейти на более оптимальные способы оплаты медицинских организаций.

Небольшая роль в финансировании здравоохранения отводится и Фонду социального страхования РФ (далее ФСС). В качестве задач, возложенных на ФСС в рамках финансирования здравоохранения в РФ, отметим:

- выплата пособий по временной нетрудоспособности;
- выплата пособий женщинам по беременности и родам;
- выплата пособий по уходу за ребенком до 1,5 лет;
- оплата санаторно-курортного лечения;
- исполнение программ по охране здоровья трудящихся граждан и др.

Начиная с 2006 года из бюджета ФСС выделяются средства на оплату родовых сертификатов, которые представляют собой дополнительный источник дохода акушерской службы, а также финансируется организация профессиональных осмотров сотрудников промышленных предприятий, чья деятельность связана с опасными или вредными условиями труда.

Третьим источником финансирования здравоохранения являются внебюджетные средства. Внебюджетными источниками финансирования деятельности учреждения здравоохранения являются средства, полученные от предприятий, организаций и физических лиц за выполнение дополнительных медицинских услуг. Обязанность по нахождению дополнительных источников доходов ложится на руководителя государственного учреждения здравоохранения.

Законодательством России допускается четыре вида внебюджетных источников поступления средств:

1. Средства, полученные в результате оказания платных услуг, а также производства и продажи медицинских товаров. Данный вид поступлений является наиболее крупным в объеме внебюджетных поступлений. По данному виду поступлений составляется смета,

которая заверяется руководителем медицинского учреждения и бухгалтером организации.

2. Депозитные средства, представляют собой средства, находящиеся у учреждения на временном хранении и обязательные к возврату. К ним относятся:

- полученные залоги;
- средства пациентов, находящихся на стационарном лечении;
- оплата труда сотрудников, находящихся в командировках и т.д.

3. Средства, полученные на безвозмездной и безвозвратной основах от физических или юридических лиц, от транснациональных организаций или иностранных правительственных организаций. В качестве детализации отметим здесь такие виды источников как благотворительную помощь, безвозмездные отчисления и стоимость переданной недвижимости.

4. Иные поступления в фонд медицинского бюджетного учреждения. В данный раздел относятся поступления, не вошедшие в предыдущие три пункта. К данному виду относятся:

- плата, за проживание в больничной гостинице, если таковая имеется;
- плата за дополнительные услуги по обслуживанию в медицинском учреждении;
- плата за размещение в платной палате.

Внебюджетные источники поступления денежных средств медицинского учреждения подвергаются строжайшему контролю и учету. Не допускается использование депозитных средств на собственные нужды учреждения.

Оказание платных услуг в сфере здравоохранения разрешается лишь при условии наличия лицензии на данный вид деятельности. Нужно отметить, что платные медицинские услуги должны

соответствовать требованиям государственных медико-экономических стандартов. Оказание платных услуг государственным медицинским учреждением должно сопровождаться заключением договора, в котором должны быть отражены права и обязанности сторон, сроки исполнения и стоимость предоставляемой услуги. Принятие средств от пациента осуществляется либо в отделении банка, с зачислением средств на счет медицинского учреждения, либо в кассе медицинского учреждения. Обязательно плательщику должен быть выдан кассовый чек, или документ, подтверждающий факт оплаты.

Направления расходования средств, полученных организацией, охватывают все сферы деятельности учреждения, а также направления по содержанию медицинского учреждения.

Все средства, полученные из разных источников, аккумулируются в едином финансовом фонде медицинского учреждения и подлежат строгому контролю и учету.

Расходование средств осуществляется согласно плану (смете) доходов и расходов медицинского учреждения, утверждаемому на очередной финансовый год.

Основными планируемыми расходными обязательствами являются:

1. Расходы на оплату труда и отчисления по заработной плате персонала.

2. Фонд материального поощрения сотрудников.

3. Фонд производственного и социального развития.

На основании статьи 41 п.2 Конституции РФ в стране принимаются меры по развитию частного здравоохранения. Важно отметить, что в медицинских учреждениях государственного уровня предоставляются платные услуги, которые согласно данным экспертов, в последнее время составляют около 30 процентов от общего объема медицинских услуг. Для последнего времени характерна тенденция к росту данного

показателя, бесплатные услуги, гарантированные государством, замещаются платными.

С целью выполнения конституционных прав граждан страны в условиях социального неравенства и расслоения, а также социально-обусловленных болезней, начиная с 1998 года на федеральном уровне ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Как следствие, возникает вопрос об оптимальном соотношении бесплатной и платной медицины с одновременным соблюдением прав и свобод, закрепленных в главном законе страны.

Процентное распределение объемов бесплатной и платной медицины носит под собой не только политическую подоплеку, но также является отражением и социально – экономического положения в стране. Если обратиться к рассмотрению опыта в области финансирования здравоохранения передовых стран, то можно отметить, что государства, реализующие социально-ориентированную экономическую политику, на государственную медицину отводят от 90 до 95 процентов общего объема, остальная же часть покрывается, за счет платных услуг. Обязательной оговоркой является, что платные услуги оказываются не взамен, а в дополнение бесплатных.

Для современной России характерна ситуация, когда объемы средств, выделяемых из бюджетов, не могут покрыть существующие потребности учреждений. В условиях развития основ медицинского страхования и рыночных отношений в медицине бюджетные средства теряют свои лидирующие позиции в качестве источника финансирования, при этом оставляя за собой главную роль в формировании основной части объема ассигнований.

Подведем итог первой главы:

1. Существует три модели функционирования сферы здравоохранения: частная, бюджетная, социально-страховая. В

Российской Федерации применяется социально-страховая модель функционирования здравоохранения.

2. Финансирование здравоохранения складывается из государственных и частных (личных) расходов. Государственные расходы на здравоохранение формируются из средств бюджетов всех уровней, а также средств обязательного медицинского страхования. Частные (личные) расходы на здравоохранение складываются из взносов населения и работодателей, уплачиваемых в систему добровольного медицинского страхования, а также личных средств населения, из которых оплачиваются медицинские и санаторно-курортные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях.

3. Основным источником финансирования здравоохранения являются средства ФОМС – 56,8%.

4. Нормативное регулирование финансирования здравоохранения осуществляется в соответствии с требованиями федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

5. Финансирование здравоохранения характеризуется различными показателями. На национальном уровне для оценки динамики, для сравнений между регионами и странами используют следующие показатели: доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте и валовом региональном продукте, подушевые расходы на здравоохранение; подушевые расходы в текущих и постоянных ценах.

Анализ расходов бюджетных средств на финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации

Бюджет здравоохранения за рассматриваемый период ориентирован на повышение доступности и качества медицинской помощи. Общий объем расходов, а также величина средств, направляемых на финансирование здравоохранения в рамках федерального бюджета за период с 2018 по 2022 года, отражены на рисунке 4.

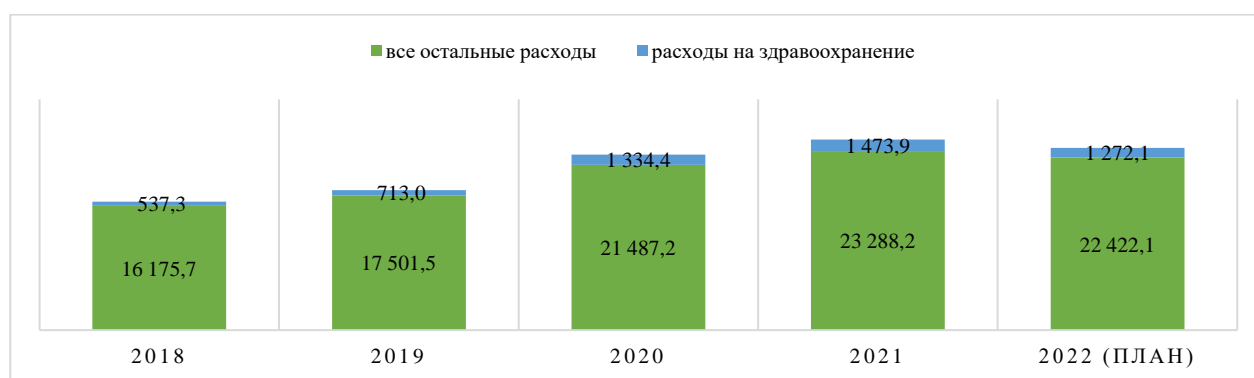


Рисунок 4. Расходы федерального бюджета Российской Федерации на здравоохранение за период с 2018 по 2022 года, млрд руб.²⁹

На основе информации, представленной на диаграмме, можно сделать вывод, что за рассматриваемый период идет стабильный рост общей величины расходов федерального бюджета за исключением 2022 года, когда наблюдается сокращение объема расходов федерального бюджета в целом и на здравоохранение в частности. В таблице 1 представлены данные по изменению общей величины расходов федерального бюджета РФ и на здравоохранение, в частности, за 2018-2022 годы.

²⁹ Источник: Информация об исполнении федерального бюджета. Официальный сайт Министерства финансов РФ. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/ru/document?id_4=80042-informatsiya_ob_ishpolnenii_federalnogo_byudzhetaz

Информация по федеральному бюджету, утвержденному на 2022 год и плановый период. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2022/03/main/Budget_2022_razvorot_web.pdf (дата обращения 05.12.2023 г)

Таблица 1. Динамика изменения величины расходов федерального бюджета и расходов на здравоохранение в 2018-2022 годы³⁰

	Годы					Изменение, млрд руб.				Темп прироста, %			
	2018	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2021 к 2018	2019	2020	2021	2021 к 2018
Всего расходов	16713,0	18214,5	22821,6	24762,1	23694,2	1501,5	4607,1	1940,5	8049,1	9,0	25,3	8,5	48,2
в т.ч. на здравоохранение	537,3	713,0	1334,4	1473,9	1272,1	175,7	621,4	139,5	936,6	32,7	87,2	10,5	174,3

В таблице 1 представлены данные по фактически исполненным расходным обязательствам, значения же за 2022 год плановые, в связи с этим автором работы не проводилось их сопоставление с величинами рассматриваемого периода. Совокупный рост расходов за период с 2018 года по 2021 год составил 8 049,1 млрд руб. или 48,2 %. Общий рост по разделу «Здравоохранение» за период с 2018 года по 2021 год составил 936,6 млрд руб. или 174,3 %. Наибольший рост как общей величины расходов, так же и расходов на здравоохранение пришелся на 2020 год, что вызвано пандемией COVID-19 и реализацией мероприятий по борьбе с ней. На графике 5 представлены данные по удельному весу расходов на здравоохранение в общей величине расходов федерального бюджета.

Как видим из представленных данных на диаграмме, наибольший удельный вес в ВВП страны приходится на 2020 год.

Уровень национальных расходов на здравоохранение — это относительная величина, которая рассчитывается как общий объем государственных и частных расходов на здравоохранение в течение календарного года, включая государственные бюджеты всех уровней, фонды медицинского страхования, внешние заимствования, гранты и

³⁰ Информация об исполнении федерального бюджета. Официальный сайт Министерства финансов РФ. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/ru/document?id_4=80042-informatsiya_ob_ispolnenii_federalnogo_byudzheta

Информация по федеральному бюджету, утвержденному на 2022 год и плановый период. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2022/03/main/Budget_2022_razvorot_web.pdf (дата обращения 05.12.2023 г)

пожертвования от международных учреждений и неправительственных организаций. Уровень расходов на здравоохранение выражается в процентах от валового внутреннего продукта (далее ВВП).

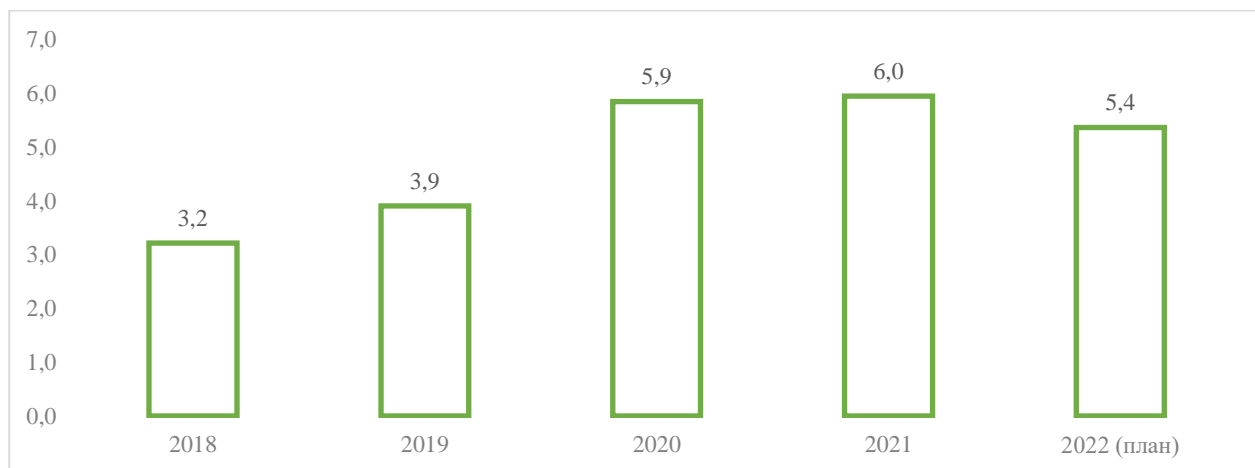


Рисунок 5. Удельный вес расходов на здравоохранение в общей величине расходов федерального бюджета за период с 2018 по 2022 годы³¹

На следующем графике представим кривую, отражающую долю расходов на здравоохранение в ВВП страны (рисунок 6).

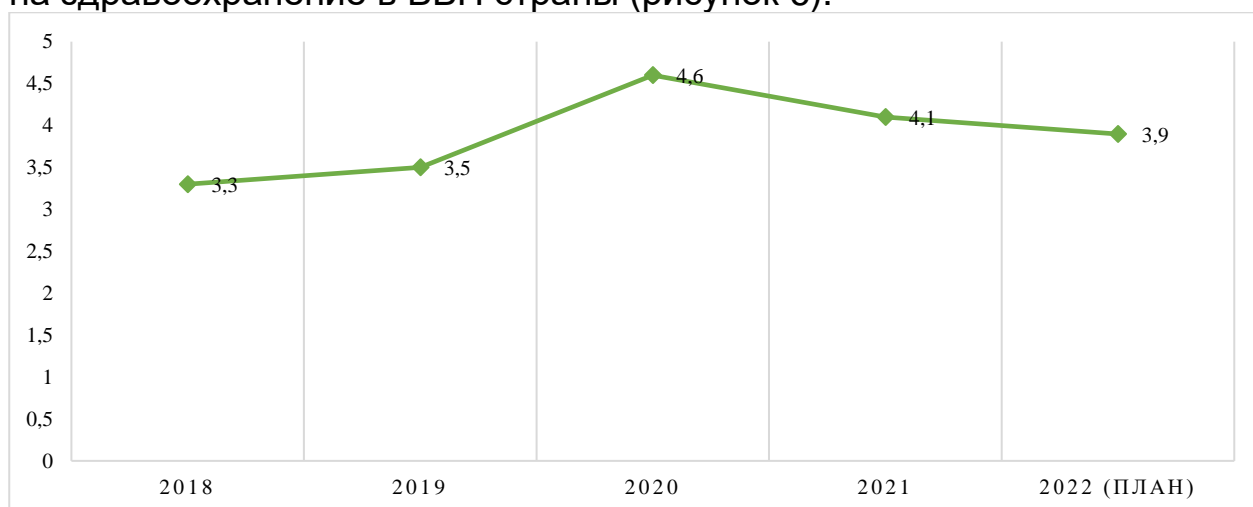


Рисунок 6. Доля расходов на здравоохранение в ВВП в 2018-2022 годы, %³²

³¹ Составлено автором на основе данных Информация об исполнении федерального бюджета. Официальный сайт Министерства финансов РФ. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/ru/document?id_4=80042-informatsiya_ob_ishpolnenii_federalnogo_byudzheta Информация по федеральному бюджету, утвержденному на 2022 год и плановый период. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2022/03/main/Budget_2022_razvorot_web.pdf (дата обращения 05.12.2023 г.)

³² Источник: СПС «Консультант плюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 19.11.2023 г.)

Расходы на здравоохранение считаются одним из ключевых показателей социального развития, так как отражают степень внимания, уделяемого государством и обществом здоровью граждан. Вместе с тем, этот показатель не учитывает, насколько равномерно или неравномерно распределяются расходы на здравоохранение по различным социальным группам внутри того или иного государства, а также связанные с этим факторы. Следует также учитывать, что относительно высокие позиции ряда слаборазвитых стран в рейтинге связаны, как правило, с программами в области общественного здравоохранения (обеспечение питьевой водой и санитарными услугами, проведение программ массовой иммунизации и так далее), а также санитарно-гигиенической и эпидемиологической безопасности, финансируемыми международными институтами и благотворительными организациями в этих государствах.

Показатель национальных расходов на здравоохранение рассчитывается на ежегодной основе исходя из данных национальных служб и международных институтов. В качестве основного источника информации о национальных расходах на здравоохранение в экономике разных государств выступают базы данных «National Health Account Statistics» и «Global Health Observatory» Всемирной Организации Здравоохранения (далее ВОЗ) — специального учреждения системы Организации Объединённых Наций (далее ООН), основная функция которого состоит в охране здоровья населения мира и решении международных проблем здравоохранения. Отчёты ВОЗ о национальных расходах на здравоохранение обновляются регулярно, однако данные, как правило, запаздывают на два-три года, так как информация от национальных статистических служб разных стран поступает нерегулярно и требует последующего международного сопоставления.

Текущие данные представлены по состоянию на 2017 год (опубликованы в 2020 году).



Рисунок 7. Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП страны, %³³

При сопоставлении величины расходов на здравоохранение в России и других развитых странах вырисовывается неблагоприятная для нашей страны картина. Затраты стран-участников «большой семерки» в два раза выше затрат РФ, их расходы на медицину колеблются в интервале от 8,8% до 17,1% ВВП.

В 2021 году объем рынка платных медицинских услуг в России составил 1 077 млрд. руб., увеличившись лишь на 1% в сопоставимых ценах по отношению к прошлому году и, тем самым, не достигнув значения доковидного 2019 года.

Несмотря на крайнюю устойчивость медицинской отрасли к кризисным явлениям наблюдается двухлетняя «просадка» объема рынка в реальном выражении.

³³ Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение / Гуманитарный портал: Исследования [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2022 (последняя редакция: 18.11.2022). URL: <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure>. (дата обращения 19.11.2023 г.)

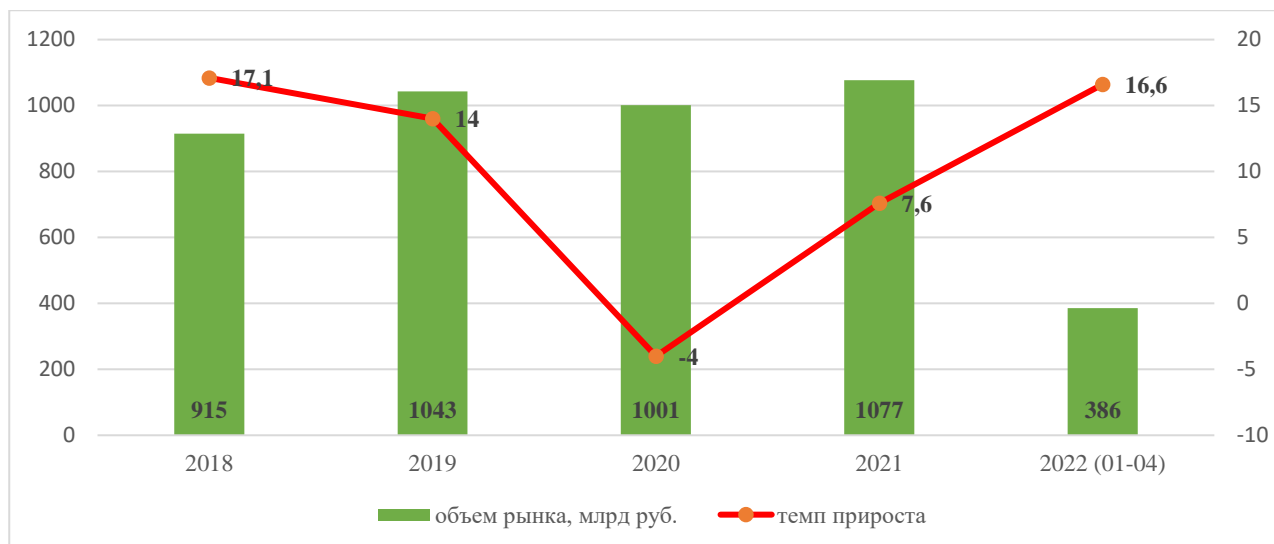


Рисунок 8. Динамика объема рынка платных медицинских услуг в России
34

В 2022 году российская экономика в целом и медицинская отрасль в частности столкнулись с новым вызовом: специальная военная операция России на Украине, начавшаяся 24 февраля 2022 года, оказала существенное влияние на политические и экономические взаимоотношения России со странами западной Европы и США, вылившееся в обострение противоречий, введение беспрецедентного списка санкций против нашей страны, а также уход с рынка международных игроков, работающих в различных секторах экономики. Одним из ключевых следствий санкционного давления выступило нарушение привычных цепочек поставок большинства импортных товаров, к которым относится в том числе медицинское оборудование и расходные материалы. Кроме того, сразу после начала спецоперации в конце февраля-начале марта наблюдалось серьезное падение курса рубля, что автоматически привело к росту цен как на импортные, так и отечественные товары. Обозначенные факторы так или иначе подталкивают игроков рынка частной медицины к увеличению стоимости своих услуг.

³⁴ Оценки РБК Исследования рынков, данные по приросту в 2022 году приведены по сравнению с аналогичным периодом 2021 года. Режим доступа: <https://marketing.rbc.ru/articles/13627/> (дата обращения 20.11.2023 г.)

Рынок частной медицины адаптируется к новым реалиям. Сбой логистических цепочек, рост цен на импортные расходные материалы, лекарственные препараты и медицинское оборудование повлияли на работу клиник, но они успешно справляются со сложностями. Спрос на медицинские услуги по-прежнему стабилен, в особенности это касается сегментов высокотехнологичной медицинской помощи и диагностики.

По данным BusinesStat в 2017-2021 годы медицинский рынок активно развивался (за 4 года его обороты выросли почти на 80% и на конец 2021г. превысили 5 трлн. руб.). Традиционно львиная доля оборотов медицинского рынка приходится на сегменты ОМС (в 2021 году этот показатель оценивался в 52%, или в 2,6 трлн. руб., и легальной частной медицины - 12-13%, или 642 млрд. руб.).

Почти на 80% выросли обороты медицинского рынка РФ в период в 2017-2021 годы.

Новый кризис пока сказался на сегменте частной медицины не так сильно, как предполагалось сначала. По данным исследования аналитической платформы «Чек Индекс» в апреле 2022г. объем продаж медицинских услуг в РФ остался практически на уровне аналогичного периода 2021г., а по сравнению с мартом 2022г. вырос на 4%.

В целом 1-я часть 2022 г. была успешной. Почти все направления эстетической медицины (косметология, пластическая хирургия, стоматология) показали рост от 10 до 20%.

В марте 2022 г. участники рынка и эксперты отмечали рост цен на многие виды медицинских услуг в пределах 20-40%. Особенно это было заметно в тех сегментах, которые сильно зависят от импортных расходных материалов. В начале весны 2022 г. ситуация на рынке менялась ежедневно, многие дистрибьюторы поднимали цены вслед за ростом курса валют.

В РФ государственное финансирование здравоохранения формируется из следующих источников: федеральных и региональных

налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также из взносов в систему ОМС. Это взносы за работающее население – 5,1% фонда оплаты труда (далее ФОТ), которые уплачивают работодатели, и взносы регионов за неработающее население. Все эти взносы аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (далее ФОМС) (рисунок 9).



Рисунок 9. Источники государственного финансирования здравоохранения РФ, 2020 г.

По итогам 2020 г. государственные расходы (расходы бюджетов бюджетной системы) на здравоохранение составили 4 964,0 млрд руб., или 4,6% ВВП (таблица 2).

Основная их часть (48%) была профинансирована за счет средств ОМС (2 360,5 млрд руб.). Доля средств федерального бюджета в финансовом обеспечении здравоохранения в 2020 г. составила 27% (1 334,4 млрд руб.). За счет средств консолидированных бюджетов РФ в 2020 г. было профинансировано 25% государственных расходов на здравоохранение (1 269,1 млрд руб.).

Рост в 2019 г. был обеспечен за счет старта национального проекта (далее НП) «Здравоохранение» (дополнительно было выделено 474 млрд руб.), а в 2020 г. – еще и за счет средств, направленных на борьбу с пандемией COVID-19 (1 150 млрд руб.).

Таблица 2. Динамика государственных расходов на здравоохранение, 2018–2020 гг.³⁵

Наименование показателя	2018 (факт)	2019 (факт)	2020 (факт)
Макроэкономические показатели			
ВВП в текущих ценах, млрд. руб.	103 862	109 242	106 968
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	4,26	3,04	4,90
Государственные расходы на здравоохранение			
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3315,9	3805,0	4964,0
Государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП, %	3,2	3,5	4,6
из них:			
расходы федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.	537,3	713,0	1334,4
расходы бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	1987,8	2186,7	2360,5
расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	790,8	905,3	1269,1

Следует учесть, что средства НП «Здравоохранение» предназначались преимущественно на обновление инфраструктуры медицинских организаций и на увеличение объемов медицинской помощи только по одному профилю – «Онкология», а дополнительные средства в 2020 г. – на оказание медицинской помощи дополнительному потоку больных с новой коронавирусной инфекцией.

На оказание медицинской помощи расходуется около 85% средств, из них 70% идут в фонд оплаты труда, 30% используются по другим статьям финансирования, в том числе на приобретение лекарств, медицинских изделий, лечебное питание, обслуживание медицинского

³⁵ Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов. Режим доступа: <https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/09/main/2022-2024.pdf>. (дата обращения 20.11.2023 г.)

О производстве и использовании валового внутреннего продукта (ВВП) за 2020 год Режим доступа: https://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/lssWWW.exe/Stg/d02/18.htm. (дата обращения 20.11.2023 г.)

Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов. Информация официального сайта Федерального казначейства: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannyj-byudzhets/> (дата обращения 20.11.2023 г.)

оборудования, содержание зданий, транспортные расходы, услуги связи, административные расходы и др. (рисунок 10). В разрезе видов медицинской помощи указанная структура расходов, однако, отличается. Так, доля расходов на оплату труда при оказании амбулаторной медицинской помощи составляет почти 80%. В структуре расходов стационарной медицинской помощи она меньше: в условиях круглосуточного стационара – 65,1%, дневного стационара – 44,3%. Расходы на медикаменты при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляют только 5%, в то время как в круглосуточном стационаре их доля достигает 14%, а в условиях дневного стационара – 37%.

В настоящее время в РФ государственные расходы на здравоохранение (ОМС и бюджеты всех уровней) в расчете на душу населения существенно разнятся по субъектам РФ. Так, в 2019 г. средневзвешенная по РФ величина государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения составила 18,8 тыс. руб. При этом в 66 регионах из 85 (80%) подушевые расходы были меньше средневзвешенных по РФ. Разница в подушевых расходах между 10 самыми обеспеченными и 10 самыми малообеспеченными регионами составила почти 2 раза (26,1 и 14,3 тыс. руб. на душу населения). Такое положение свидетельствует о значительном неравенстве в доступности медицинских услуг для граждан, проживающих в различных субъектах РФ (приложение 1).

В РФ в структуре частных расходов преобладают расходы населения на лекарственные средства в амбулаторных условиях и изделия медицинского назначения. В 2019 г. доля указанных расходов в объеме частных расходов на здравоохранение составляла 58%. Расходы на платные медицинские услуги по договорам с организациями и населением составляли 36%, расходы на платные санаторно-курортные услуги – 6% (рисунок 11).

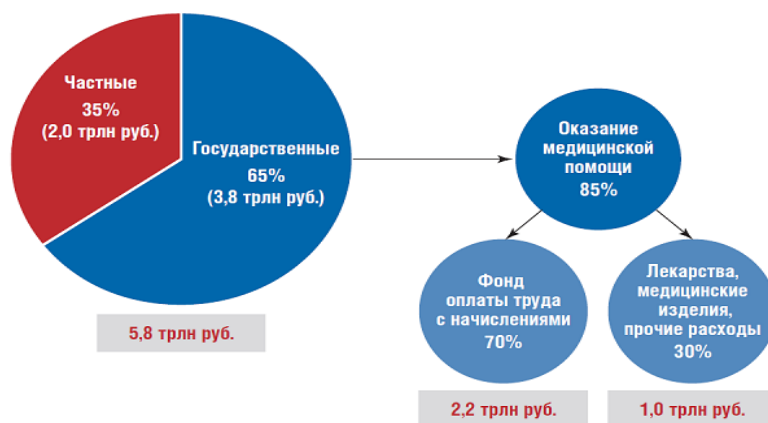


Рисунок 10. Структура государственных расходов на здравоохранение, 2019 г.

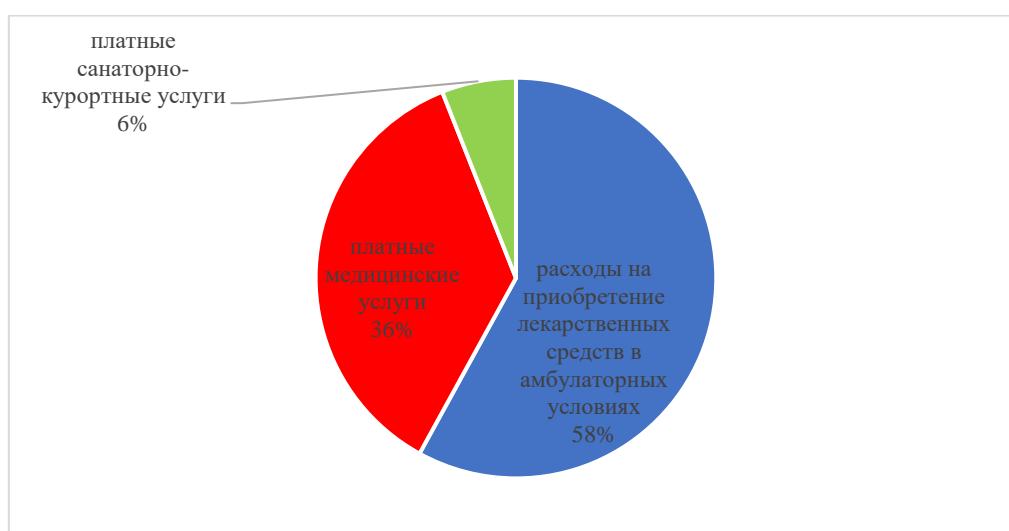


Рисунок 11. Структура частных расходов на здравоохранение в 2019 г.

Подводя итог, отметим следующее:

1. За анализируемый период в федеральном бюджете наблюдалась тенденция роста расходов на здравоохранение.
2. Совокупное увеличение по разделу «Здравоохранение» с 2018 года по 2021 год составило 936,6 млрд руб.
3. Пиком роста расходных обязательств является 2020 год, на который приходится пандемия COVID-19 и реализация мероприятий по борьбе с ней.
4. Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП РФ составляет 5,3%, что является неблагоприятным показателем для государства в сопоставлении с другими странами.

5. 2022 год для российской экономики характеризуется наличием очередных трудностей, вызванных специальной военной операцией, которая оказала свое влияние на здравоохранение страны в виде нарушения привычных цепочек поставок большинства импортных товаров, а именно медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных средств.

Анализ расходов на здравоохранение: региональный аспект (на примере исполнения бюджета Республики Северная Осетия- Алания за 2019-2022 годы)

В бюджетах субъектов РФ расходы на здравоохранение занимают существенное место, что связано с социальной направленностью использования бюджетных средств, в частности, направляемых на охрану здоровья населения.

Исследуя объемы и динамику расходов бюджета РСО-Алания, следует определить их долю, направляемую на здравоохранение в общем объеме расходов. Так как в 2014 году все муниципальные учреждения здравоохранения были переданы в ведение Министерства здравоохранения РСО-Алания, финансирование медучреждений полностью переведено на республиканский и федеральный уровень.

Расходы бюджета РСО-Алания за 2019 год фактически были осуществлены в размере 37 519,8 млн. рублей с ростом относительно показателя к предыдущему году на 33%.

Бюджетная политика в сфере расходов традиционно была направлена на реализацию социально значимых и первоочередных направлений.

Расходы республиканского бюджета в 2022 году снизятся на 4 365,6 млн рублей относительно расходов 2021 года.

Существенной расходной статьей традиционно остаются меры социальной поддержки разных категорий граждан: на социальную политику запланировано 12 557,2 млн рублей (29,3%), на образование 9 530,7 млн рублей (22,2%), на здравоохранение – 3 201,3 млн рублей (7,5%), на физическую культуру и спорт – 1 647,4 млн рублей (3,84%), что в общей сумме составляет 26 936,6 млн рублей (62,90 от всех расходов республиканского бюджета).

В таблице 3 представлены данные за период с 2019 по 2022 гг.

Таблица 3. Структура и динамика изменения расходов на здравоохранение РСО-Алания за 2019-2022 годы, млрд. руб.³⁶

Наименование	Значение, млрд руб.				Изменение, млрд руб.				Темп прироста (+)/снижения (-), %			
	2019 (факт)	2020 (факт)	2021 (факт)	2022 (план)	2020	2021	2022	2022 к 2019	2020	2021	2022	2022 к 2019
Расходы	37,5	43,6	44,8	54,7	6,1	1,2	9,9	17,2	16,3	2,8	22,1	45,9
здравоохранение	3,9	6,5	5,3	4,2	2,6	-1,2	-1,1	0,3	66,7	-18,5	-20,8	7,7
Удельный вес, %	10,5	14,8	11,8	7,7	4,5	-3,1	-4,2	-2,7	x	x	x	x

За рассматриваемый период расходы республиканского бюджета имели тенденцию к росту, общее увеличение составило 17,2 млрд руб. или 45,9 %. 2020-2022 годы характеризовались ростом по отношению к предыдущим периодам, в 2020 году рост составил 6,1 млрд руб. или 16,3%, в 2021 году рост составил 1,2 млрд руб. или 2,8%, а в 2022 году – 9,9 млрд руб. (или 22,1%).

Далее перейдем к рассмотрению расходов по разделу «Здравоохранение». Максимальная величина приходится на 2020 год, что связано с реализацией мероприятий по борьбе с пандемией. Общий объем затрат республиканского бюджета на здравоохранение составил 6,5 млрд руб., что на 2,5 млрд рублей больше расходов годом ранее. В 2021 и 2022 годах наметилась тенденция по сокращению величины финансирования здравоохранения и к 2022 году был достигнут показатель 2019 года, если в 2019 году по данному разделу было направлено средств в объеме 3,9 млрд руб., то в 2022 году 3,2 млрд руб.

Удельный вес расходов по разделу «Здравоохранение» в общем объеме расходов бюджета РСО-Алания наибольшую долю составлял в 2020 году – 14,8%, также как и абсолютную величину показателя. За

³⁶ Составлено автором на основе данных официального сайта Министерства финансов РСО-Алания. Режим доступа: http://minfin.alania.gov.ru/sites/minfin/files/media/pages/files/2019-03/BYUDZHET_DLYA_GRAZHDAN_2019.pdf (дата обращения 24.11.2023 г.)

рассматриваемый период удельный вес расходов колебался от 7,5% до 14,8%.

Структура расходов республиканского бюджета на здравоохранение в 2019-2022 годы представлена на диаграммах 12, 13.



Рисунок 12. Структура расходов бюджета РСО-Алания в 2019-2022 годы, млрд руб.



Рисунок 13. Структура расходов бюджета РСО-Алания в 2019-2022 годы, %³⁷

Как видно из представленной диаграммы, наибольший удельный вес расходов не получил детализации и представлен как финансирование других вопросов в области здравоохранения. На втором месте по объему

³⁷ Составлено автором на основе данных официального сайта Министерства финансов РСО-Алания. Режим доступа: http://minfin.alania.gov.ru/sites/minfin/files/media/pages/files/2019-03/BYUDZHET_DLYA_GRAZHDAN_2019.pdf (дата обращения 24.11.2023 г.)

находятся расходы на оказание стационарной медицинской помощи, на третьем месте, финансирование амбулаторной помощи населению. На оставшиеся статьи расходов приходится от 2 до 5 процентов в сумме.

Сеть государственных организаций здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания по состоянию на 2022 год выглядит следующим образом:

- 1) 12 больниц;
- 2) 7 поликлиник;
- 3) 2 детских санатория;
- 4) 3 родильных дома (дома ребенка, перинатальные центры);
- 5) 23 специализированных учреждения.

Вопросам развития здравоохранения В Республике Северная Осетия – Алания было посвящено заседание Правительства Республики, в рамках которого была отмечена положительная динамика по реализации национальных проектов. По данным руководителя профильного министерства Сослана Тебиева осуществляется реализация национального проекта «Здравоохранение». Строятся и капитально ремонтируются шесть объектов в рамках регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Министерством здравоохранения России принято решение о поддержке еще трех объектов. Речь о быстровозводимых модульных конструкциях в Моздокском районе. Это фельдшерско-акушерские пункты в поселке Любви Кондратенко, селе Веселое и станице Павлодольская. В рамках реализации региональной программы «Модернизация первичного звена здравоохранения» Республика получит 55 единиц медицинского оборудования. Приобретены девять автомобилей для районных медучреждений.

На повестке и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По словам Сослана Тебиева, региональный сосудистый центр РКБ получит

магнитно-резонансный томограф. Коснулись и лекарственного обеспечения в труднодоступных районах.

В качестве основных показателей, запланированных к достижению в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» на территории РСО-Алания к 2024 году, выделим следующие:

- сокращение количества смертей граждан, находящихся в трудоспособном возрасте;
- решение проблемы нехватки кадров в учреждениях здравоохранения по оказанию медико-санитарной помощи;
- проведение на регулярной основе профилактических осмотров.

Общая сумма средств, запланированных к выделению на реализацию данного национального проекта на шесть лет, составляет 1,7 трлн руб.

В 2023 году в Северной Осетии бюджет территориального Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) увеличится за счет субвенций на 1 млрд 97 млн рублей и составит 11 млрд 192 млн рублей. Об этом сообщил руководитель ведомства Алан Дзагоев. Финансирование фонда в 2024 году составит 12 млрд рублей, в 2025 – 12,660 млрд. На лечение граждан за пределами Северной Осетии планируется направить 584 млн рублей, а на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями на территории республики гражданам из других субъектов РФ – 232 млн рублей. Больше всего средств заложено на борьбу с коронавирусом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отметим, почти 680 тыс. граждан Северной Осетии застрахованы по программе обязательного медицинского страхования, из них 193,5 тыс. – работающего населения и 483 тыс. неработающих человек.

Еще одним мероприятием в рамках финансирования здравоохранения является строительство центра медицинской

реабилитации, которое начнется в городе Беслане Северной Осетии в 2023 году. В республике также ведется активная работа над созданием центра медицинской реабилитации. Параллельно с процедурой заключения договора о реализации проекта на условиях государственно-частного партнерства будет готовиться проектно-сметная документация на объект. Строительные работы начнутся в 2023 году. В 2022 году республике выделена субсидия из федерального бюджета в размере 120 млн рублей. Это позволяет осуществлять программы реабилитации на базе действующих отделений уже сейчас – до строительства и открытия профильного центра.

В Северной Осетии фармацевтический завод по производству инфузионных растворов и концентратов планируют ввести в эксплуатацию в конце 2023 года.

Далее рассмотрим основные направления развития здравоохранения на территории Республики, которые базируются на направлениях, отраженных в документе общероссийского масштаба³⁸ и нормативно-правовой базой, разрабатываемой региональным Министерством здравоохранения.

Направления совершенствования отрасли здравоохранения РСО-Алания в большей степени определяются положением в области профессиональной составляющей и уровнем подготовки кадров, которые представляют собой главный ресурс данной отрасли.

Согласно данным статистики в сфере здравоохранения трудоустроены 4 961 врач и свыше 4,5 тыс. медицинских работников. Удельный вес врачей, трудящихся в сельских районах равен 7,6

³⁸ Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 года №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/hJJb4XgcAxhafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf> (дата обращения 23.11.2023 г.)

процента, среднее значение данного показателя по России равно 7,4 процента. В расчете на каждые 10 000 населения приходится 62,5 врача, по России значение равно 44,1. Степень обеспеченности граждан, проживающих на территории РСО-Алания, средним медицинским персоналом равна 98,1 процента. Для категории врачей данное значение немного ниже в сравнении с общероссийскими значениями, так в расчете на 10 тыс. граждан приходится:

- 97 оториноларингологов или коэффициент обеспеченности -1,4 (в РФ – 1,5);
- 45 фтизиатров или 0,6 (в РФ - 1,2);
- 117 стоматологов или 1,7 (в РФ - 3,2).

Для субъекта характерна нехватка специалистов в области:

- челюстно-лицевой хирургии;
- педиатрии;
- психиатрии;
- нейрохирургии;
- неонатологии;
- травматологии;
- ортопедии;
- врачей реаниматологов и скорой помощи.

В составе лечебно-профилактических учреждений функционируют 115 амбулаторно-поликлинических учреждения, 51 фельдшерско-акушерских пункта, что является достаточным, в связи с тем, что практически в каждом населенном пункте имеется врачебный участок.

При промышленных предприятиях и учебных учреждениях функционируют 25 здравпункта. На территории Республики функционируют 2 медицинских учреждения Министерства обороны РФ, 1 медицинское учреждение Министерства внутренних дел по РСО–Алания.

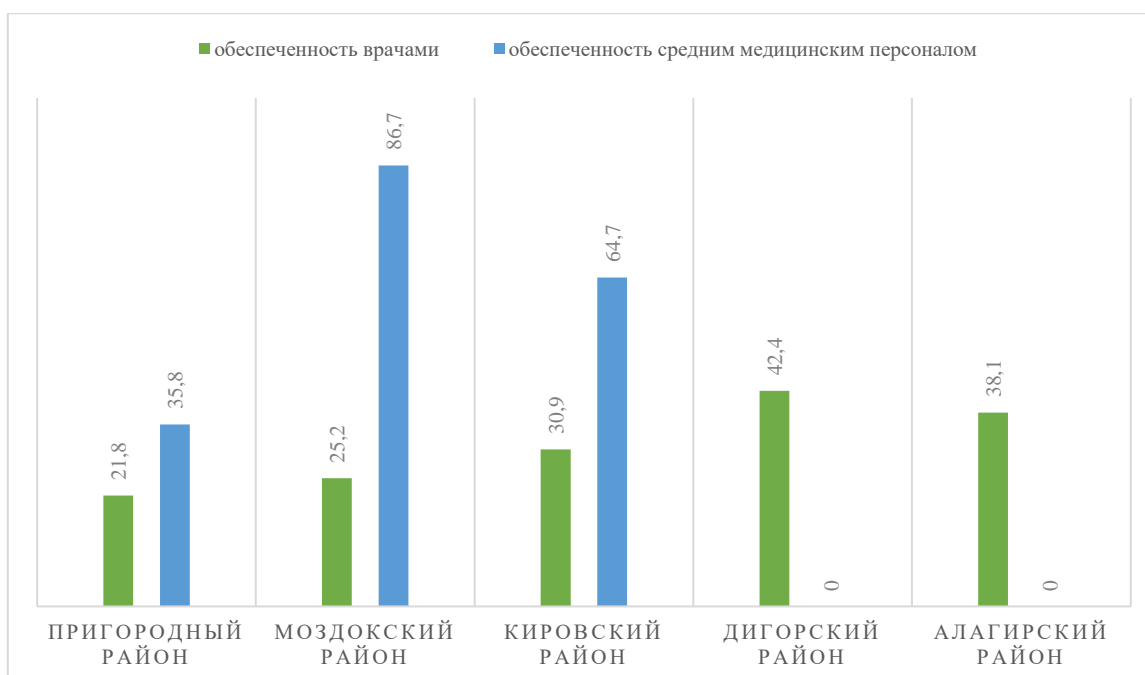


Рисунок 14. Обеспеченность медицинским персоналом по районам РСО-Алания

Для оказания медицинской помощи жителям Республики Северная Осетия-Алания сформирована сеть медицинских учреждений, представленная 52 учреждениями здравоохранения, в т.ч. 23 больничными учреждениями, 17 амбулаторно-поликлиническими учреждениями, 6 диспансерами, 2 стоматологическими поликлиниками, станцией скорой медицинской помощи, станцией переливания крови, Домом ребенка, 1 санаторно-курортным учреждением.

В составе лечебно-профилактических учреждений функционируют 66 амбулаторно-поликлинических учреждений, 51 фельдшерско-акушерский пункт.

Кроме того, в Республике функционирует 5 центров (экстренной и медицинской помощи, медицинской профилактики, профилактики и борьбы со СПИДом, репродукции и планирования семьи, реабилитации детей - инвалидов).

В РСО-Алания организована трехступенчатая система предоставления медицинской помощи, которая дает возможность

повысить легкодоступность и качество медицинской помощи - первичная медико-санитарная помощь, стационарная помощь, реабилитационная.

Для обеспечения населения стационарной помощью, в регионе развернуто 6 181 круглосуточная койка, обеспеченность койками составляет 87,9 на 10 000 населения.

Среднегодовая занятость койки - 297,6 дней (81%), в то время как по РФ-324 дня) (99%). Средняя длительность больного в круглосуточном стационаре составляет 12,8 дней.

Были сокращены высокочрезвычайно дорогостоящие круглосуточные койки педиатрического отделения в четырех районах РСО-Алания в силу (Алагирский, Дигорский, Моздокский, Правобережный) того, что степень использования коечного фонда была очень низкая.

Еще одним важным признаком, характеризующим ситуацию в сфере здравоохранения на территории РСО-Алания является то, что значительными темпами развивается предоставление медицинских услуг на платной основе. Основными направлениями являются:

- диагностическая медицина;
- услуги узкопрофильных специалистов;
- травматология;
- ортопедия;
- стоматология и т.д.

На рынке представлены различные по масштабу хозяйствующие субъекты, начиная от индивидуальных предпринимателей и представителей малого бизнеса и заканчивая крупными юридическими лицами. На территории РСО-Алания действует 624 аптеки, из них 70 процентов на территории городов, а 30 процентов в сельской местности.

В расчете на одну аптеку приходится 1 136 человек, на территории городов значение равно 750 людям, а в сельских территориях 2 046 человек

Ключевыми проблемами системы здравоохранения Республики настоящего периода считаем:

1. Дефицитное финансирование системы здравоохранения, как за счет средств бюджета, так и, что наиболее важно, за счет средств ОМС, по причине профицита коечного фонда и, соответственно, численности медицинских работников медицинских организаций, ведущих к формированию кредиторской задолженности в 4 учреждениях, и, как следствие, нарушениям конституционных прав граждан на бесплатное оказание медицинской, в том числе лекарственной, помощи.

2. Недостаточная эффективность имеющихся медицинских служб, требующая обеспечения системности развития отрасли (необходимости обеспечения первенства предупреждение заболеваний и совершенствования первичной медико-санитарной помощи; необходимости повышения эффективности оказания скорой медицинской помощи; необходимости повышения эффективности службы родовспоможения и детства; необходимости развития сферы реабилитации населения).

3. Изношенность ресурсной базы государственных медицинских организаций РСО-Алания.

Выход из кризиса сферы здравоохранения РСО-Алания Министерство здравоохранения видит в реализации следующих тактических направлений развития:

1. Устранение дисбаланса между финансовыми потребностями (затратами) медицинских организаций и соответствующими финансовыми возможностями системы обязательного медицинского страхования (повышение финансовой эффективности медицинских организаций государственной системы здравоохранения), а также уменьшение кадрового дисбаланса в медицинских организациях государственной системы здравоохранения посредством проведения:

1. Структурных (реорганизационно-модернизационных) преобразований системы здравоохранения РСО-Алания с учетом ресурсного и кадрового ее состояния для формирования эффективной рациональной структуры здравоохранения Республики посредством концентрации имеющихся материальных и профессиональных ресурсов.

2. Разработки и реализации отдельных Проектов, направленных на снижение смертности, увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения региона в основе распоряжений Главы государства, повышение качества и доступности всех видов медицинской помощи населению.

3. Формирования инвестиционного имиджа здравоохранения РСО-Алания.

4. Реализации мероприятий, направленных на повышение финансовой эффективности расходов отрасли «Здравоохранение» в РСО-Алания в условиях ограниченных ресурсов.

II. Мероприятия, направленные на формирование результативного механизма управления оказанием медицинской помощи в учреждениях здравоохранения РСО-Алания

III. Мероприятия, направленные на информатизацию системы здравоохранения РСО-Алания.

IV. Мероприятия, направленные на укрепление материально-технической базы государственных медицинских организаций РСО-Алания.

В заключении анализа расходов бюджета РСО-Алания на здравоохранение отметим следующее:

1. Бюджетная политика Республики Северная Осетия – Алания в сфере расходов традиционно была направлена на реализацию социально значимых и первоочередных направлений.

2. Существенной расходной статьей традиционно остаются меры социальной поддержки разных категорий граждан: на социальную

политику запланировано 12 557,2 млн рублей (29,3%), на образование 9 530,7 млн рублей (22,2%), на здравоохранение—3 201,3 млн рублей (7,5%), на физическую культуру и спорт—1 647,4 млн рублей (3,84%), что в общей сумме составляет 26 936,6 млн рублей (62,90% от всех расходов республиканского бюджета).

3. Максимальная величина расходов на здравоохранение приходится на 2020 год, что связано с реализацией мероприятий по борьбе с пандемией. Общий объем затрат республиканского бюджета на здравоохранение составил 6,5 млрд руб.

Подводя итог второй главы исследования, отметим следующее:

1. Бюджет РФ за 2018-2022 годы ориентирован на повышение доступности и качества медицинской помощи. Общий рост по разделу «Здравоохранение» за период с 2018 года по 2021 год составил 936,6 млрд руб. или 174,3 %.

2. Наибольший рост как общей величины расходов, так же и расходов на здравоохранение пришелся на 2020 год, что вызвано пандемией COVID-19 и реализацией мероприятий по борьбе с ней.

3. При сопоставлении величины расходов на здравоохранение в России и других развитых странах вырисовывается неблагоприятная для нашей страны картина. Затраты стран-участников «большой семерки» в два раза выше затрат РФ, их расходы на медицину колеблются в интервале от 8,8% до 17,1% ВВП.

4. Основная доля расходов на здравоохранение (48%) была профинансирована за счет средств ОМС (2 360,5 млрд руб.). Доля средств федерального бюджета в финансовом обеспечении здравоохранения в 2020 г. составила 27% (1 334,4 млрд руб.). За счет средств консолидированных бюджетов РФ в 2020 г. было профинансировано 25% государственных расходов на здравоохранение (1 269,1 млрд руб.).

5. Обстоятельством, оказавшим значительное влияние на рассматриваемую отрасль, является начавшаяся в 2022 году специальная военная операция. После ее начала в отношении РФ были приняты беспрецедентные санкционные мероприятия, которые в области здравоохранения проявились в виде нарушения цепочек поставки и значительным ростом цен на медицинское оборудование, расходные обязательства и лекарственные средства.

6. Удельный вес расходов по разделу «Здравоохранение» в общем объеме расходов бюджета РСО-Алания наибольшую долю составлял в 2020 году – 14,8%, также как и абсолютную величину показателя. За рассматриваемый период удельный вес расходов колебался от 7,5% до 14,8%.

Проблемы развития управления в сфере здравоохранения

В России реформируется практически все, что хоть как-то относится к сфере социального обеспечения и социальной защиты. В настоящее время вся социальная сфера претерпевает оптимизацию, что фактически означает сокращение бюджетных расходов, не относящихся к разряду инвестиций и поддержке финансовых спекуляций банковского капитала. Это изначальная установка МВФ и западных партнеров-конкурентов РФ, озвучиваемая при желании у любого государства вступить в мировую рыночную экономику.

Правительство РФ сосредоточило свое внимание на «улучшении инвестиционного климата», которое реализуется в призыве не притеснять бизнес и не затруднять его ведомственными проверками.

В последнее десятилетие российское здравоохранение начало выходить из кризиса, в котором оно оказалось в 1990-е гг. По данным Росстата, ожидаемая при рождении продолжительность жизни (ОПЖ) неуклонно растет начиная с 2003 г., в котором был достигнут локальный минимум (64,8 года), и к 2016 г. ОПЖ увеличилась до 71,9 года.

Улучшаются и другие показатели, характеризующие здоровье населения. Так, на- пример, ожидаемая при рождении продолжительность здоровой жизни, по данным ВОЗ, за период 2000–2015 гг. в России увеличилась с 58,3 до 63,4 года; по данным Росстата, смертность от заболеваний органов кровообращения за 2003–2014 гг. уменьшилась с 801,6 до 646,7 (для мужчин) и с 885,0 до 660,2 (для женщин) на 100 тыс. населения. Кроме того, в России наблюдается снижение неравенства в продолжительности жизни: если в 1995–2000 гг. коэффициент Джини для продолжительности жизни составлял 0,16, то в 2010–2015 гг. — 0,14 (расчет на основе статистики ООН).

Хотя на здоровье населения влияет множество показателей (социально-экономические условия, экология, поведенческие факторы,

стресс и другие), улучшение показателей здоровья не в последнюю очередь обуславливается увеличением финансирования здравоохранения. Так, по данным ВОЗ за период 2000–2014 гг., общие (государственные и частные) расходы на здравоохранение в России в расчете на одного человека увеличились в 2,3 раза в неизменных ценах.

Между тем, наблюдаемый прогресс в здравоохранении не позволяет говорить о достижении уровня как развитых, так и ряда развивающихся, в том числе постсоциалистических стран. Рост ОПЖ и снижение ее неравенства, снижение смертности оказались недостаточными и несопоставимыми с увеличением финансирования. При сопоставимых расходах на здравоохранение ОПЖ в России существенно меньше, чем в других странах: 71 год против 74–76 лет. Аналогичный разрыв также наблюдается и в ожидаемой продолжительности здоровой жизни, смертности по основным классам болезней, неравенству в продолжительности жизни. Все это потенциально указывает на низкую эффективность расходов на здравоохранение, что предопределяет необходимость разработки мер по ее повышению.

В России с давних времен сложилось так, что врач и учитель относятся к людям особой профессии, требующей высокой нравственной, духовной чистоты и даже душевности. Их нельзя унижать ни морально, ни материально, иначе они не смогут выполнить свою наиважнейшую миссию. Пациент должен верить лечащему врачу, а ученик — своему учителю. Но именно системы образования и здравоохранения подверглись унижительной со стороны государства «оптимизации» по американскому образцу.

Министерство здравоохранения РФ устанавливало различные ограничения и квоты для медучреждений, разрабатывало методики лечения и диагностики заболеваний для поликлиник и больниц, чтобы не переплачивать по ОМС из бюджета. В результате было сокращено число

штатных специалистов в поликлиниках и уплотнился рабочий день не только врачей общей практики, но и специалистов.

В 2019 году, обсуждая проблемы здравоохранения в России, Президент Владимир Путин высказался за преобразование Министерства здравоохранения РФ в государственную корпорацию, как это было сделано с Министерством Российской Федерации по атомной энергетике.

Государственная корпорация — это отраслевое объединение различных родственных предприятий, строящее свою экономику на собственной прибыли от коммерческой деятельности или хотя бы в рамках самоокупаемости. Пациент неизбежно превратится в клиента — потребителя медицинских услуг, которые станут платными. Бесплатные квоты будут незначительными, как это уже практикуется. На дорогое лечение по ценам корпорации деньги продолжают собирать через СМИ, освобождая бедное «социальное» государство от подобных забот.

К этому нелишне добавить «цифровую медицину». В оптимизированной перспективе население страны будет лечить компьютер, а консультации будут предоставляться через Интернет.

Советский нарком здравоохранения Н. А. Семашко выстраивал медицинскую отрасль социалистического государства таким образом, чтобы приблизить врача и фельдшера к населению, обеспечить к ним гарантированный доступ простых людей. Земского врача и земских больниц было недостаточно для решения этой задачи, так как земствам не хватало собственных средств на их содержание. Поэтому советское государство взяло все расходы этой наиважнейшей социальной отрасли на себя.

Переход к капитализму и рыночной экономике поменял всю стратегию здравоохранения. Теперь за свое здоровье отвечает каждый сам и только за себя. Здоровье надо покупать вопреки известной

поговорке. Медицинские услуги оплачиваются либо наличными в кассу, либо по медицинской страховке.

Но в реальности ОМС не всегда гарантирует врачебную помощь при обращении в медучреждение. С врача по каким-то правилам могут взыскать расходы на такую помощь, если она оказывалась клиенту без приписки медицинского полиса к данному учреждению или не по утвержденной методике. Да и без этой приписки талон на прием к врачу компьютер не выдаст. А без талона врачу принимать больного нельзя.

Представляет сложность объяснение причин отказа от системы Семашко. Результатов, приведших к улучшению положения пациентов, не наблюдается, даже наоборот ухудшается, если нет денег на лечение.

Объективные показатели качества медицинской помощи, принятые в развитых странах, в РФ на постоянной основе в динамике не измеряются. Однако показатель внутрибольничной летальности, который можно проследить с 1990 по 2018 г., увеличился в 1,7 раза (с 1,13 до 1,90). Всего в 2020 г. в больницах умерло 780,9 тыс. пациентов, что на 262,5 тыс. человек больше, чем в 2015 г. Уровень общебольничной летальности в 2020 г. в среднем по всем профилям коечного фонда составил 3,14%, что в 1,8 раза больше, чем в 2015 г. Рост общебольничной летальности в 2020 г. отмечен по всем профилям коечного фонда, за исключением ожоговых, психиатрических (психоневрологических), наркологических, офтальмологических, гематологических, фтизиатрических, геронтологических, педиатрических, онкологических, для беременных и рожениц, дерматовенерологических. По указанным профилям показатели общебольничной летальности с 2015 по 2020 г. либо не изменились, либо снизились.

Наиболее существенно за 6 последних лет выросла общебольничная летальность на койках инфекционного профиля (в 9,2 раза - с 0,26 до 2,37%), скорой медицинской помощи (в 4,1 раза - с 0,14 до 0,58%), пульмонологического (в 1,9 раза - с 1,47 до 2,83%) и

эндокринологического профиля (в 1,8 раза - с 0,45 до 0,81%), а также на паллиативных койках (в 1,8 раза - с 12,99 до 22,82%)³⁹. Что касается сроков ожидания медицинской помощи, то они в принципе не могут зависеть от наличия или отсутствия системы ОМС, поскольку определяются другими показателями, а именно установленными нормативами объемов медицинской помощи, имеющимися мощностями системы здравоохранения (обеспеченностью кадрами, стационарными койками и их производительностью), правильной организацией труда.

После распада СССР мощности круглосуточных стационаров в России стали ежегодно сокращаться примерно на 20-25 тыс. коек. Среднеарифметический показатель обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров снизился со 118,2 на 10 тыс. населения в 1994 г. до 70,3 в 2020 г. (рисунок 15).

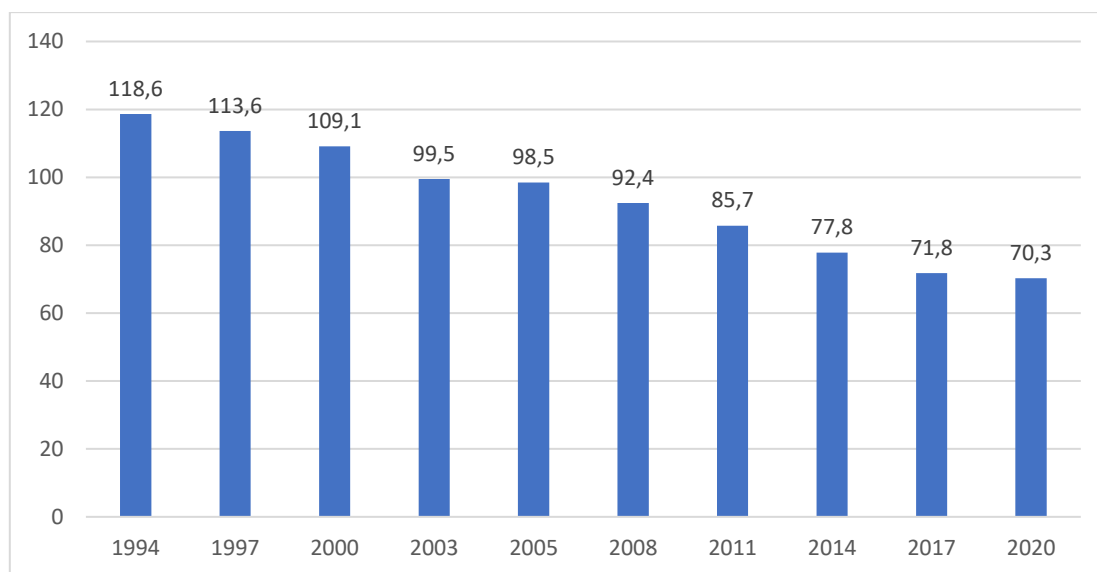


Рисунок 15. Динамика обеспеченности населения Российской Федерации койками круглосуточных стационаров (на 10 тыс. населения)⁴⁰

³⁹ Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России // Вестник ВШОУЗ, Том 7, № 4 (26), 2021. Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/dinamika-osnovnykh-pokazateley-raboty-bolnichnogo-sektora-sistemy-zdravookhraneniya-rossii/> (дата обращения 08.12.2023 г.)

⁴⁰ Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России // Вестник ВШОУЗ, Том 7, № 4 (26), 2021. Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/dinamika-osnovnykh-pokazateley-raboty-bolnichnogo-sektora-sistemy-zdravookhraneniya-rossii/> (дата обращения 08.02.2023 г.)

Следует также отметить, что сокращение коечного фонда в РФ, которое не сопровождается одновременным увеличением доступности первичного звена здравоохранения (то есть увеличением числа медицинских кадров и качества их работы), опасно, поскольку снижает доступность медицинской помощи и вызывает недовольство населения. Именно это и произошло в рамках «оптимизации» здравоохранения с 2013 по 2017 г., которая была установлена в «дорожных картах»⁴¹.

В результате этой непродуманной реформы с 2012 по 2017 г. на фоне увеличения числа больных людей и не увеличения объемов первичной медико-санитарной помощи обеспеченность стационарным коечным фондом в РФ сократилась на 14% (с 84,0 до 71,8 на 10 тыс. населения), как следствие, сократились объемы этого вида медицинской помощи на 13% (с 21,0 до 18,3 госпитализации на 100 человек). Для лечения COVID-19 в 2020 г. в России было задействовано 259,1 тыс. коек, или 25,1% суммарных мощностей коечного фонда круглосуточных стационаров страны. Среднегодовая занятость коечного фонда в целом по Российской Федерации за этот же период снизилась с $317,7 \pm 21,3$ в 2015 г. до $255,1 \pm 20,3$ дня в 2020 г., что составляет 77% от оптимального показателя (330 дней в году).

Следует отметить, что обеспеченность коечным фондом в РФ сегодня достигла критического уровня и ниже, чем в таких странах, как Германия, Австрия, Венгрия, Чехия. При этом потребность в стационарных койках в РФ выше, чем в этих странах, поскольку наши граждане менее здоровы и население проживает менее плотно. А вместо проведения этой «оптимизации» нужно было просто обосновать

⁴¹ Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р «Мероприятия «дорожной карты» направлены на структурные преобразования в здравоохранении, обеспечивающие повышение эффективности и качества предоставляемой населению медицинской помощи, а также установление механизмов зависимости уровня оплаты труда медицинских работников от объёма и качества предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг» // Официальный сайт Правительства РФ. Режим доступа: <http://government.ru/docs/3393/> (дата обращения 08.12.2023 г.)

дополнительные объемы финансирования для повышения оплаты труда медицинских работников и поэтапно приводить инфраструктуру системы здравоохранения в соответствие с современными технологиями оказания медицинской помощи, просчитанными потребностями населения в ее объемах и фактической транспортной доступностью медицинских организаций.

При этом при расчетах пропускной способности системы здравоохранения надо было учесть научно обоснованные нормативы труда медицинских работников (не более 48 рабочих часов в неделю) и использования коечного фонда (не более 310 дней в год). Все названные меры могут быть реализованы и при модели ОМС, и при бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Прием бюджетного врача нормирован по времени — 10-12 минут на одного пациента. Врачебная помощь оказывается строго по методике Министерства здравоохранения РФ и только по предварительной записи, если это не острый случай. Специалистов в поликлиниках сократили, а сами поликлиники объединили в кусты. Чтобы попасть к специалисту, надо сначала записаться к врачу общей практики и получить у него направление к кустовому специалисту на консультацию. Хождение по поликлиникам такого куста может отнять от нескольких дней до нескольких месяцев. Такая вот оптимизация произошла на медицинском рынке.

Все это привело к росту жалоб населения на врачей, которые редко обоснованы фактами. Государство отреагировало ростом уголовных дел против врачей, допустивших врачебную ошибку, хотя этот термин юридического определения не имеет ни в РФ, ни в других странах мира. Поэтому судьбу обвиняемого решает формальное заключение медэкспертизы и следователь, который не имеет медицинской подготовки.

По данным Следственного комитета РФ, в 2016 году против медиков было возбуждено 878 уголовных дел. В 2017-м — 1 791, а в 2018 — 2 229. Увеличилось и количество жалоб и обращений, связанных с врачебными ошибками. Два года назад их было около 4,9 тыс., а в 2018-м — 6,6 тыс. В 2021 году в Следственный комитет России (далее СКР) поступило 6 248 заявлений от граждан о ятрогенных преступлениях, принято 2 095 решений о возбуждении уголовных дел. В 2021 году из 3 722 уголовных дел, находящихся в производстве, было окончено 1 636. Из них направлено в суд с обвинительным заключением 176 материалов. В 2020 году в СКР поступило 5 452 сообщений о ятрогенных преступлениях, по которым было возбуждено 1 639 уголовных дел. В суд с обвинительным заключением были переданы материалы по 202 эпизодам⁴².

Все в целом заставляет врачей менять специализацию и даже профессию на менее рискованную и более доходную. Возник дефицит медицинских кадров, а вместе с ним стала падать квалификация специалистов. Интернатура и ординатура стали платными и не гарантируют повышение штатного оклада.

Руководство страны поставило задачу о разработке системы справедливой оплаты труда врачей низового звена. Иначе проблему нехватки медицинских кадров в регионах России не решить. Основными критериям, от которых должна зависеть величина заработной платы, являются результативность труда и уровень его квалификации. Как вести подсчет данных показателей не известно. Для чиновников собираются ввести некий индекс деловой активности. Он будет отражать объем доходов в денежном выражении, который чиновник обеспечивает своему ведомству, и экономией бюджетных расходов. Для сферы здравоохранения данная методика является весьма сомнительной. Тогда

⁴² Бескаравайная Т. СК привел новые данные о количестве обвиняемых в ятрогенных преступлениях медработников. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/SK-privel-novye-dannye-o-kolichestve-obvinyaemyh-v-yatrogennyh-prestupleniyah-medrabotnikov.html> (дата обращения 08.12.2023 г.)

врачи будут заинтересованы в обслуживании «выгодных» клиентов и в диагнозе хронических заболеваний. Рост доходов корпорации здравоохранения будет зависеть от числа нездоровых клиентов, что и станет ее целью. Снизить дефицит медицинских кадров было предложено за счет врачей мигрантов.

Проблемы здравоохранения порождаются не этическими переменами в профессии врача, а общей экономической стратегией и политической ориентацией государственной власти. Идет демонтаж остатков социалистического государства и советской ментальности.

Экономика — это производство денег ради денег. Именно для такой экономики придуман критерий ВВП, при расчете которого социальные расходы являются отрицательным или не профильным фактором. А без роста ВВП нет прогресса. В этом кроется причина пенсионной реформы, реформы здравоохранения, образования, РАН.

Преобладание «формы над содержанием» в проведении преобразований (как правило, в этом и состоит суть «бухгалтерских» реформ, которые, кстати, помимо здравоохранения идут и в образовании) подтверждает то, как в настоящее время региональные чиновники после многократных президентских указов приступили к активной деятельности в вопросе сбора информации о состоянии дел с первичной медицинской помощью в своих регионах. Оказалось, что никто не обладает полной информацией о том, что нужно жителям конкретного региона, какова структура заболеваемости, сколько зарабатывают врачи, какова доступность медицинской помощи и т. п.

Все предыдущие реформы и огромные денежные вливания осуществлялись без учета пациентских запросов. Безусловно, в отрасли был совершен гигантский качественный скачок — были построены федеральные высокотехнологичные медицинские центры — перинатальные, хирургические, кардиологические и т. д., и сегодня для того, чтобы сделать сложную операцию, жителям регионов не

обязательно лететь в Москву. Однако огромные инвестиционные вливания совпали с так называемой оптимизацией здравоохранения, которая привела к сокращению вдвое лечебных учреждений и уменьшению числа врачей в полтора раза. Последние шесть лет отрасль представляет собой некое зазеркалье: с одной стороны, новые, оснащенные по последнему слову техники медицинские центры в региональных центрах, а с другой — огромное количество закупленного ненужного оборудования в региональных больницах, на котором некому работать и которое очень быстро превращается в металлолом. С одной стороны, открытие новых фельдшерско-акушерских пунктов, а с другой — массовое закрытие больниц и поликлиник в малых населенных пунктах и полная недоступность медицинской помощи в ряде городов и сел.

Сейчас Правительство и чиновники делают очередную попытку в реализации мероприятий реформирования. Выделяются существенные деньги на строительство поликлиник и больниц. Однако, по оценкам экспертов отрасли, этих денежных вливаний будет недостаточно. Совокупные расходы на здравоохранение в России надо удвоить, чтобы достичь реальных, а не результатов на бумаге.

Однако, ясной позиции по необходимым объемам финансирования для того, чтобы достичь вполне определенных, восточноевропейских показателей по здоровью населения и продолжительности жизни, пока нет. В то время как денежные резервы для этого у государства есть, если учитывать наличие долгового рынка. Тем не менее на эту новую реформу есть надежда. Во-первых, потому, что, может быть, наконец-то соберут статистику и регионы увидят своего пациента, и все проблемы не останутся в кабинетах высокопоставленных чиновников, а дойдут до Министерства здравоохранения. И во-вторых, похоже, все-таки удастся добиться принудительного коллегиального взаимодействия между Министерством здравоохранения, главами регионов и их министрами здравоохранения — отсутствие продуктивных взаимоотношений

негативно сказывается на проведении реформ. Иначе не останется никакого другого варианта, кроме как создавать госкорпорацию в здравоохранении для реализации нацпроекта, которая будет осуществлять финансирование и контроль за инвестициями.

Заметим, что у отрасли образования меньше шансов: если в медицине факт плохого здоровья людей и растущей смертности быстро становится явным, то издержки плохо образованного населения будут видны намного позже и не в явном виде. Но от этого они будут не менее трагическими.

Как было отмечено ранее в работе, основной объем финансирования возлагается на фонд обязательного медицинского страхования. Главными источниками финансирования деятельности ФОМС являются:

1. Ежемесячные страховые взносы предприятий и организаций.
2. Взносы ТФОМС, которые были получены от программ по договорным основам.
3. Бюджетные ассигнования.
4. Взносы физических и юридических лиц на добровольной основе.
5. Доходы от размещения временно свободных денежных средств.

Основное предназначение фонда – это реализация прав граждан на охрану здоровья и получение бесплатной и высококвалифицированной помощи медицинского персонала.

За последнее время произошли изменения в законодательстве в области обязательного медицинского страхования, здравоохранения. Были созданы и введены в действие программы по модернизации здравоохранения. Основными проблемами является нехватка средств финансирования, улучшение качества, доступности и эффективности медицинских услуг.

Финансирование оказания медицинской помощи в основном перекладывается на граждан и работодателей. Затраты населения на лекарственные средства и услуги, предоставляемые медицинскими

центрами, возрастают. И, несмотря, на увеличение финансирования со стороны государства, происходит удорожание медицинских услуг, снижение качества бесплатной медицинской помощи.

Основными причинами, сложившейся ситуации, являются:

1. Ограниченная мотивация медицинских работников.
2. Недостаточно квалифицированный персонал.
3. Отсутствие необходимого количества оборудования и высокая степень износа медицинского оборудования.

По словам Вероники Скворцовой, одной из ключевых проблем здравоохранения является изношенность фондов.

В первичном звене здравоохранения в настоящее время 7 тыс. 915 зданий из более чем 72 тыс. находятся в аварийном состоянии, требуют сноса, реконструкции или капремонта. На сегодняшний день капитальному ремонту в первичном звене подлежат более 7 млн кв. м объектов здравоохранения.

Также все плохо с оборудованием, которое либо устарело, либо почти пришло в негодность, либо просто требует замены.

Наряду с этим, существует проблема дефицита в кадровом составе.

Проблема неполной загруженности поликлиник связана с недостаточным объемом финансирования. Несбалансированный бюджет системы здравоохранения приводит к дополнительным затратам населения на лечение и покупку медицинских препаратов.

В связи с ростом разрыва между ресурсами, которые имеет государство и потребностями населения, важную роль играет разработка приоритетных направлений здравоохранения или альтернативность между вариантами управленческих решений по распределению финансовых ресурсов. Ресурсы ограничены в сфере здравоохранения и не всегда способны удовлетворить потребности населения в медицинской помощи, что и заставляет делать выбор и отдавать

предпочтение первостепенным задачам для поиска приемлемого решения.

В РФ здравоохранение представляет отрасль, которая имеет динамично развивающийся характер. Разрыв между денежными ресурсами и потребностями населения приводит к повышению цен на услуги медицинских учреждений, и как следствие увеличение расходов на систему здравоохранения.

Система финансирования здравоохранения в РФ неидеальна. С одной стороны, имеется остаточный принцип финансирования, главным недостатком которого считается отсутствие надлежащего объема денежных ресурсов на ее развитие. С другой стороны, при ограниченном количестве финансовых ресурсов, создается затратная инфраструктура здравоохранения.

Сложившаяся ситуация в РФ, когда сфера здравоохранения не получает достаточного объема денежных ресурсов, отчасти обусловлена неспособностью собирать страховые взносы вовремя.

В настоящее время, становится насущной потребностью во введении системы разделения финансовых рисков между ТФОМС и страховыми организациями, которая призвана мотивировать страховщиков к эффективному управлению затратами на оказание медицинской помощи застрахованным лицам.

Еще одной проблемой можно назвать распределение объемов медицинской помощи между организациями. В случае их необоснованного занижения или завышения, есть риск получения дополнительных средств. Для устранения такой ситуации требуется повысить эффективность финансового контроля над деятельностью как организаций, так и, ревизионных комиссий.

Все вышеизложенные мероприятия, направлены на увеличение ресурсов и достижение финансовой стабильности системы ОМС, что

является фундаментом качества и доступности услуг медицинских учреждений.

Для решения проблем можно предложить следующие направления:

1) увеличение государственного финансирования здравоохранения через систему ОМС;

2) введение механизма привлечения частных медицинских клиник в систему ОМС;

3) разработка стабильной финансовой основы для предоставления населению бесплатной и квалифицированной медицинской помощи в рамках ОМС.

Таким образом, ОМС предполагает структурную, инвестиционно-инновационную перестройку здравоохранения, направленную на повышение экономической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинских услуг и обеспечение конституционных прав граждан РФ в сфере охраны здоровья.

Также на основании данных Всемирной организации здравоохранения существует ряд причин неэффективности:

1. Сфера лекарственных средств.

1) недостаточное использование более дешевых аналогов дорогостоящих лекарственных средств и установление цен на лекарства на уровень выше необходимого. Для устранения данной проблемы необходимо улучшить рекомендации по выписке лекарств, контролировать высокое повышение цен и снизить налоги и пошлины;

2) использование лекарств недостаточного качества. Чтобы устранить данную проблему необходимо повысить контроль над стандартами качества в производстве лекарств, осуществлять тестирование качества лекарственных средств.

2. Недостаточно квалифицированные работники медицинских учреждений. Необходимо проводить оценку уровня профессиональной подготовки сотрудников. Министр здравоохранения высказала

обеспокоенность кадровой проблемой, которая носит уже хронический характер. Согласно озвученным ею данным, первичному сектору недостает примерно 25 тысяч врачей. А со средним медицинским персоналом в стране просто ужас – нехватка составляет примерно 130 тысяч человек. Ситуацию не спасают усилия последних лет, в том числе некогда широко разрекламированная программа «Земский доктор».

Замечательные инициативы, в том числе и президентские, об увеличении средней оплаты труда медиков до уровня в 200% от средней по промышленности в регионе, либо успешно саботируются региональными властями, либо и вовсе становятся причиной дальнейших «оптимизаций». Так, распоряжение Путина об упомянутом уровне в 200%, по данным на 2019 год, выполняют лишь 4 региона по всей стране. Но очень часто его «выполнения» добиваются именно с помощью пресловутой оптимизации – количество выделяемых средств не увеличивается, региональные власти банально сокращают некоторое количество медработников и высвободившиеся деньги делят между оставшимися.

3. Беспричинная госпитализация и продолжительность нахождения в стационаре. Для устранения данной проблемы необходимо обеспечить оказание внебольничной помощи, например дневной стационар.

4. Коррупция и мошенничество в сфере здравоохранения. Частые причины неэффективности этого источника: неточные рекомендации по назначению ресурсов; недостаточно сильная система подотчетности; маленькие зарплаты. Для устранения этих проблем необходимо проводить проверку государственных расходов; усовершенствовать регулирование, в том числе действенные механизмы наказания; оценивать незащищенность к коррупции, а также стимулировать применение кодексов поведения.

5. Неэффективное и дорогостоящее лечение. Для решения этой проблемы необходимо проводить оценку стоимости и показателей

ожидаемого результата используемых технологий и лекарственных средств.

6. Медицинские услуги: врачебные погрешности и низкого качества предоставление помощи. Чтобы устранить данную проблему нужно: повысить стандарты гигиены в медицинских учреждениях; предоставить постоянную медицинскую помощь; чаще осуществлять клинический аудит; проводить мониторинг результатов функционирования больницы.

7. Продукция и услуги здравоохранения: избыточное применение или снабжение оборудования, исследований и процедур. Необходимо преобразовать систему стимулирования и оплаты; создавать или вводить клинические рекомендации.

Ключевыми проблемами системы здравоохранения⁴³ жители российских городов считают недостаточную компенсацию расходов на лечение людей с редкими болезнями, недофинансирование научных разработок в области создания лекарств и вакцин и низкую доступность медицинских услуг – прежде всего для маломобильных групп граждан. Благотворительные организации, по их мнению, важны, но недостаточно влиятельны для решения фундаментальных проблем здравоохранения. Таковы результаты совместного исследования АГО «Форум Доноров» и Аналитического центра НАФИ*.

Исследование является частью проекта «Социальный вектор: развитие и инфраструктурная поддержка ключевых направлений благотворительной деятельности», который реализует АГО «Форум Доноров» при поддержке Фонда президентских грантов, компании «Металлоинвест», компании СИБУР и БФ «В ответе за будущее».

Почти треть жителей российских городов (29%) обращаются в медицинские учреждения в среднем раз в полгода. Равные доли (по 20%)

⁴³ Результаты совместного исследования АГО «Форум Доноров» и Аналитического центра НАФИ. Электронный ресурс, режим доступа: <https://nafi.ru/analytics/bolshie-raskhody-rossiyan-na-lekarstva-odna-iz-glavnykh-problem-sistemy-zdravookhraneniya/>, дата обращения: 15.12.2023 г.

посещают врачей ежеквартально или раз в год. Таким образом, большинство россиян на собственном опыте знакомы с трудностями, с которыми сталкиваются люди, нуждающиеся в медицинской помощи.

Говоря о проблемах здравоохранения, 84% городских жителей отмечают необходимость компенсации расходов на лечение и медицинскую помощь людям с редкими болезнями, а 74% считают принципиально важным увеличение финансирования научных разработок в области создания лекарств и вакцин.

Одна из самых серьезных проблем сферы здравоохранения – низкая доступность медицинских услуг. Так, 70% опрошенных указывают на трудности, с которыми сталкиваются маломобильные граждане, пытаюсь получить медицинскую помощь. 66% отмечают барьеры, которые встречают люди при попытке получить квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь, а 58% подчеркивают, что часто нуждающиеся в реабилитационных программах не могут получить направление на них.

Россияне называют различные причины низкой доступности медицинских услуг: если проживающие в городах-миллионниках в первую очередь связывают эту проблему с некомпетентностью медицинских работников, то жители городов с населением до 500 тысяч прежде всего объясняют ее трудностями, связанными с лечением редких болезней в целом, и тем, что сфера здравоохранения не адаптирована к потребностям маломобильных граждан. Одно из решений проблемы недоступности медицинских услуг они видят в развитии телемедицины.

Более половины городского населения России знают о деятельности благотворительных организаций в сфере здравоохранения (57%). Большинство владеют только частичной информацией. 22% могут без подсказок перечислить благотворительные акции и организации, поддерживающие граждан в вопросах получения медицинской помощи.

56% респондентов считают, что благотворительные организации играют важную роль в решении проблем в сфере здравоохранения.

Однако только 10% подразумевают при этом общие, системные проблемы. Гораздо чаще опрошенные имеют в виду адресную помощь и работу с затруднениями частного характера (46%). Не видят особого смысла в деятельности благотворительных организаций в сфере здравоохранения чуть менее трети горожан (31%).

Главное слабое место в российской системе здравоохранения, из которого вытекают все остальные проблемы, — длительное недофинансирование из государственных источников.

Долгие годы на систему здравоохранения в России государство тратило максимум 3,1% ВВП, а «новые» страны Евросоюза, которые близки к РФ по уровню ВВП на душу населения, расходовали около 5% ВВП. «Старые» страны Евросоюза тратят на бесплатную медицину еще больше — 7—8%, некоторые страны — до 10% ВВП.

В результате длительного недофинансирования российского здравоохранения сформировались серьезные проблемы: недостаточное обеспечение населения бесплатными лекарствами, дефицит медицинских кадров, особенно выраженный в первичном звене здравоохранения, низкие тарифы на оплату медицинской помощи.

В сопоставимых деньгах Россия тратит на лекарства по рецепту врача в 2,8 раза меньше, чем «новые» страны Евросоюза, и в шесть раз меньше, чем «старые» страны Евросоюза в расчете на душу населения.

Еще одна проблема тоже связана с недостатком финансирования — тарифы ОМС не всегда позволяют оказать бесплатную медицинскую помощь в соответствии с современными клиническими рекомендациями⁴⁴.

Нехватка финансов приводит к низкой оплате труда медицинских работников, и, как следствие, их дефициту. Также есть существенные различия в уровне оплаты труда врачей и медсестер между регионами

⁴⁴ Как санкции скажутся на медицине. Г. Улумбекова. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://journal.tinkoff.ru/list/sanctions-medicine/>, дата обращения: 12,12,2023 г.

РФ, что приводит к их оттоку из регионов с невысокими зарплатами туда, где платят больше, например в Москву и Санкт-Петербург.

Особенно тяжелая ситуация сложилась в РФ в сельской местности, в малых и средних городах. А также в первичном звене здравоохранения, где врачей в 1,5 раза меньше необходимого — на 36 000 человек; средних медицинских работников — в 1,8 раза меньше, то есть на 66 000 человек, в том числе фельдшеров — в 1,9 раза меньше, или на 20 000 человек⁴⁵

Кроме недостаточного финансирования, есть еще одна немаловажная проблема — неэффективное управление.

Во-первых, в России система здравоохранения децентрализована. Это означает, что несмотря на наличие рамочных законов и единых требований — например, единые клинические рекомендации и порядки оказания медицинской помощи, — у региональной власти все равно остается много свободы в принятии управленческих решений. В ряде случаев они неверные. Например, так было в Москве в 2014—2015 годах во время значительного сокращения коечного фонда больниц.

Во-вторых, в системе здравоохранения есть излишние звенья. Например, система ОМС, которая по большому счету — один из кошельков здравоохранения, на содержание которого затрачиваются немалые ресурсы.

В-третьих, мы не регулируем цены на все медицинские изделия для государственных нужд. Сегодня ограничение цен касается только медизделий, имплантируемых в организм человека.

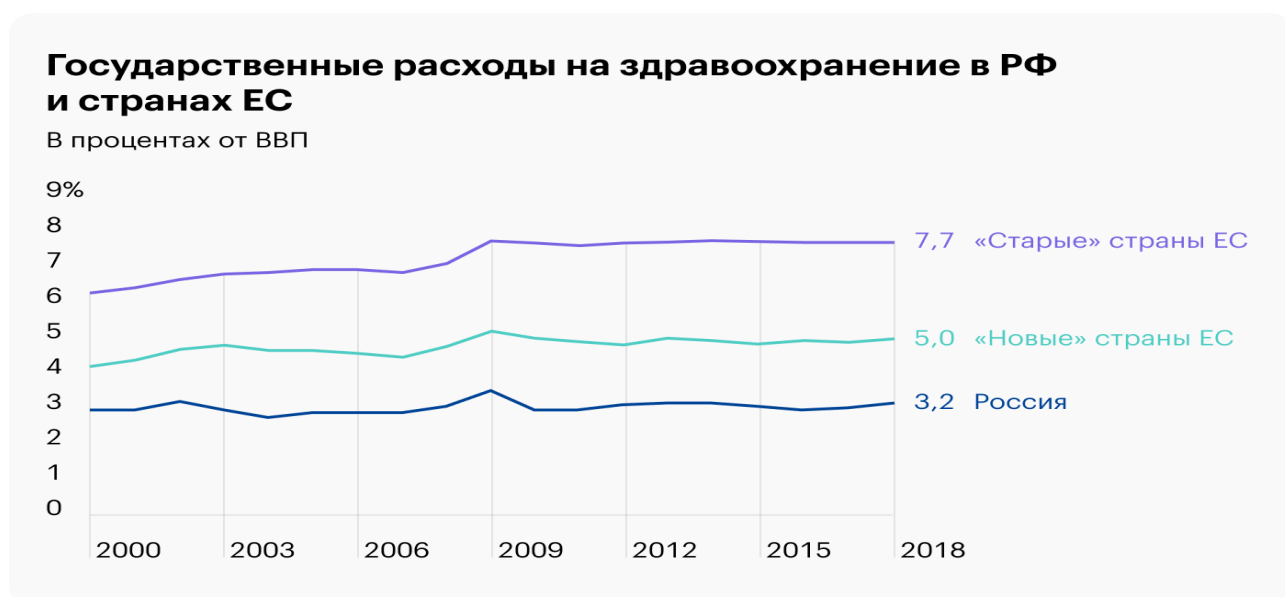
Во время пандемии COVID-19 системы здравоохранения всех стран перенесли стресс, но для нашей системы он был особенно тяжелым из-за проблем, перечисленных выше.

⁴⁵ Как санкции скажутся на медицине. Г. Улумбекова. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://journal.tinkoff.ru/list/sanctions-medicine/>, дата обращения: 12,12,2023 г.

На всех медицинских работников, которым долгие годы недоплачивали, легла огромная нагрузка по борьбе с коронавирусной инфекцией. Например, в 2019 году, по данным профсоюзов медицинских работников, базовый оклад врачей в регионах без учета Москвы и Санкт-Петербурга составлял от 12 000 до 35 000 ₽, а медицинских сестер — от 10 000 до 20 000 ₽.

Для медиков были «ковидные» выплаты, которые несколько облегчили их финансовое положение, но сейчас в большинстве регионов они прекращаются, так как эпидемия пошла на спад. А стресс, усталость и выгорание после двух лет пандемии сохраняются среди 80% медработников. Также усугубилась проблема с их дефицитом⁴⁶.

Систему здравоохранения надо рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны — это безопасность страны и спокойствие граждан. Люди должны знать, что в момент, когда на карту будет поставлено главное — их здоровье и жизнь, — государство обеспечит их медицинской помощью. Это гарантия социального спокойствия в стране.



⁴⁶ Как санкции скажутся на медицине. Г. Улумбекова. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://journal.tinkoff.ru/list/sanctions-medicine/>, дата обращения: 12,12,2023 г.

С другой стороны, здравоохранение, сохраняя жизни и здоровье граждан, не только тратит общественные деньги, но и вносит огромный вклад в ВВП страны. По нашим расчетам, на каждый дополнительно вложенный в медицину рубль государство получает дополнительный доход в 5—7 Р. Именно поэтому во всех странах государство покрывает основные расходы на бесплатную медицинскую помощь.

Система ОМС — по сути, это один из кошельков здравоохранения, из которого оплачивается большая часть бесплатной медицинской помощи.

Во-первых, на содержание этого кошелька, вместе со всеми государственными фондами и частными страховыми медицинскими организациями, уходит много денег.

Во-вторых, в системе ОМС заложен совершенно ложный, на мой взгляд, принцип: медицинские организации должны получать деньги исходя из того, сколько заболевших к ним пришло.

Пришли пациенты, значит, больница будет существовать, не пришли — ресурсов на существование у нее не останется. Другими словами, чем больше больных людей, тем лучше. А если больных людей мало, да и тарифы по оплате помощи невысокие, что же учреждению делать? Прикажете закрываться?

Такой подход в первую очередь ударил по сельским и районным больницам в регионах, где проживает мало людей. Правильно так: если по нормативам Минздрава в районе или селе должна стоять больница, значит, она там должна быть.

Государство обязано обеспечить ее базовые издержки: содержание здания, оплату труда персонала, расходы на лекарства, чтобы люди, живущие рядом, могли получить нужную помощь. Из-за недофинансирования здравоохранения и неверных принципов оплаты медицинских учреждений мы практически загубили здравоохранение в малых городах и сельской местности.

Точно таким же образом мы потеряли инфекционную службу — инфекций нет, люди не обращаются. Из-за таких рассуждений сократили коечный фонд инфекционных больниц и врачей-инфекционистов. В итоге пришли к пандемии обезоруженными.

Так, с 1990 по 2018 обеспеченность инфекционными койками — якобы неэффективными и невостребованными в рыночной экономике — сократилась в 2,6 раза, обеспеченность врачами-инфекционистами с 2010 по 2018 — на 18%.

Надо понимать, что современная система здравоохранения — очень дорогостоящая. Во-первых, врача надо учить не менее 7—8 лет, во-вторых, инновационные лекарства и высокотехнологичное оборудование стоят очень недешево.

А раз так, то любые дополнительные мощности в здравоохранении, которые необходимы для рыночной конкуренции, — это непозволительная роскошь для государства. Никто же не будет строить две больницы, если достаточно одной для того, чтобы обеспечить граждан медицинской помощью, неважно при этом, какой она формы собственности — государственная или частная.

В связи с этим конкуренция возможна только тогда, когда речь идет о медицинской помощи, оплачиваемой из личных денег граждан, по ДМС в частных медицинских организациях. А когда речь идет о бесплатной медицинской помощи, то в стране должно быть ровно столько мощностей системы здравоохранения — кадров, стационарных коек, медицинского оборудования, — чтобы обеспечивать нужный объем медицинской помощи. Это называется бережливым расходованием денег налогоплательщиков.

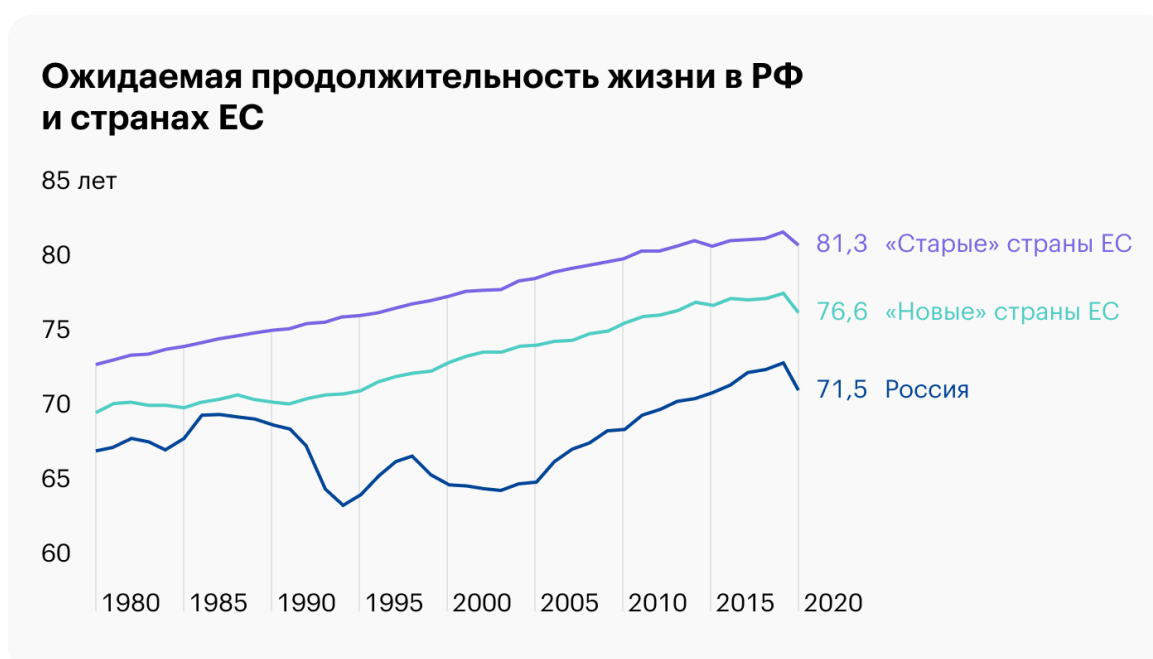
Один из международно принятых критериев оценки результативности системы здравоохранения — показатель ожидаемой продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни

в России и до пандемии была ниже на пять лет, чем в «новых» странах ЕС, и на десять лет ниже, чем в «старых» странах ЕС.

Конечно, этот показатель зависит не только от системы здравоохранения: на него влияют и образ жизни, и уровень доходов населения. Например, когда с доступностью бесплатной медицинской помощи есть проблемы, то если у человека есть деньги, он может обратиться в частную клинику, а если денег нет, то он отказывается от помощи.

Роль здравоохранения в снижении смертности и увеличении продолжительности жизни можно оценить примерно в 30%. Это серьезный вклад.

Когда говорят об эффективности системы здравоохранения, то подразумевают получение лучшего результата за те же или меньшие деньги. Для нашей страны этот аргумент не совсем подходит, потому что денег в системе настолько мало, что об этом не приходится рассуждать. Даже если поменять систему управления, дополнительных денег будет недостаточно, чтобы решить проблемы отрасли и обеспечить доступность бесплатной помощи.



Москва по уровню жизни приближается к крупным городам Европы, здесь сконцентрирована большая часть доходов страны. Валовой региональный продукт Москвы примерно в 2,1 раза выше, чем в РФ в среднем. Конечно, здесь на здравоохранение тратят больше — примерно в 1,5—2 раза в пересчете на душу населения, развита частная медицина, которую люди могут себе позволить. Еще обеспеченными можно назвать Санкт-Петербург, Ямальский и Ханты-Мансийский автономные округа.

В ближайшей перспективе вырастут цены на лекарства и медицинские изделия импортного и частично российского производства из-за изменения курса доллара и логистических проблем. На российские препараты и медизделия цены возрастут, так как многие из них производятся из импортного сырья.

А раз вырастут цены, то здравоохранению потребуется еще больше ресурсов, чтобы оказывать тот же объем медицинской помощи. Например, на лекарства государство в 2020 году без учета расходов на лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией тратило около 500 млрд рублей. Если цены возрастут на 20%, то дополнительно потребуется около 100 млрд рублей. Аналогичная ситуация с медицинскими изделиями. Вопрос увеличения государственного финансирования стоит остро.

Дефицита лекарств из перечня жизненно важных препаратов, или ЖНВЛП, я думаю, не будет. Этот перечень важен: с одной стороны, в него включены препараты, которые нужны людям, с другой стороны — цены на них регулирует государство, они вырастут не резко.

Зарубежные компании не отказываются от поставок на российский рынок. Пока только Eli Lilly прекратила поставки некоторых лекарств, но и то оставила самые важные. То есть импортные препараты не исчезнут, только станут дороже, особенно не из списка ЖНВЛП, на которые цены не регулируются.

Сейчас государству надо сконцентрироваться на обеспечении доступности препаратов из перечня ЖНВЛП. Примерно 50% препаратов из этого списка производят в России, 50% импортируют. Государство сегодня уже установило жесткий контроль за тем, чтобы не возникали дефектура или дефицит лекарств. Оно также рассматривает вопрос о субсидиях производителям, что частично позволит сдержать рост цен.

Представляется, что в ближайшее время будет преодолена проблема с дефектурой отдельных лекарств, связанная с ажиотажным спросом, когда люди закупали их на год вперед. Производители обещали ликвидировать эту проблему, перестроив производственные планы.

С расходными материалами проблемы более серьезные. Только 26% из их номенклатуры производят на территории РФ, добавок зачастую из импортных комплектующих. Здесь также пока никто не отказался поставлять медицинские изделия из-за рубежа, но цены на них будут расти, соответственно, государству придется или субсидировать российских производителей, или еще увеличивать расходы на здравоохранение, чтобы больницы могли закупить все необходимое.

Проблемы, которые были в России до пандемии, — дефицит кадров, низкая оплата труда, недостаток финансирования, неэффективная система управления, — усугубились после нее. Сейчас они дополнились новыми рисками, в частности, ростом стоимости лекарств и расходных материалов.

Еще одна дополнительная проблема — людей, нуждающихся в бесплатной медицинской помощи, стало больше. К тем пациентам, которые нуждались в медицинской помощи в 2019 году, прибавились люди с отдаленными последствиями коронавирусной инфекции и те, которым помощь отложили в предыдущие годы.

Например, у тех, кто перенес коронавирусную болезнь, чаще возникает сахарный диабет, инфаркты и инсульты. Это означает, что

нагрузка на систему здравоохранения увеличится, соответственно, нужно больше медицинских кадров, больше лекарств, больше расходных материалов.

В такой ситуации надо просчитать, насколько потребуется увеличить государственное финансирование здравоохранения. По предварительным расчетам, чтобы обеспечить отрасль кадрами, поднять оплату труда, закупить лекарства, потребуется увеличить расходы на 500—600 млрд рублей.

Также нужно изменить систему управления здравоохранением: сделать ее централизованной под руководством Минздрава России, справедливо распределять ресурсы и жестко нормировать все расходы. Что это означает?

Во-первых, все региональные системы здравоохранения должны действовать по единым правилам и подчиняться федеральному Минздраву. Это не исключает поправок на региональные особенности, связанные, например, с труднодоступными территориями или, напротив, с густонаселенными территориями.

Во-вторых, деньги, выделенные на медицинскую помощь, должны быть справедливо распределены между всеми группами пациентов, например, больными сердечно-сосудистыми заболеваниями и онкологией, и видами медицинской помощи — первичной медико-санитарной, скорой, стационарной, высокотехнологичной.

Нельзя отдать все ресурсы на высокотехнологичную помощь и тем самым «обескровить» первичное звено или отнять деньги у кардиологических больных и отдать их на онкологию. Организаторы здравоохранения должны справедливо распределить ограниченные и дорогостоящие ресурсы между всеми направлениями. Научным языком это называется «рационализация». От этого зависят справедливость и доступность медицинской помощи для всех граждан.

В-третьих, необходимо жесткое нормирование и регулирование цен. Как было отмечено выше, на половину лекарств цены регулируются. Надо посмотреть, есть ли необходимость регулировать цены на другие лекарства, закупаемые для государственных нужд. Цены на все медицинские изделия также должны жестко регулироваться и быть прозрачными.

Базовые оклады медицинских работников тоже должны быть едиными по стране, чтобы не было перетока кадров из одного региона в другой.

Наверное, потребуется заморозить строительство ряда объектов здравоохранения. А те стройки, которые продолжатся, должны быть под жестким надзором государственных контрольных органов, чтобы народные деньги расходовались жестко по установленным нормативам.

Все предложенное не исключает существование частной медицины — частные клиники могут продолжать оказывать услуги тем, кто может себе их позволить, и участвовать в программе госгарантий в тех случаях, когда государственная инфраструктура не может обеспечить населению необходимые объемы помощи.

Главное в новой реальности — это немедленное восстановление первичного звена здравоохранения. Именно туда обращается большинство граждан за медицинской помощью — около 1 млрд посещений в год, и именно от эффективности его деятельности зависит здоровье наших людей.

Итак:

1. Главные проблемы российского здравоохранения — недостаток государственного финансирования и неэффективное управление.

2. Система ОМС, работающая по принципу оплаты учреждения «за пролеченного больного», привела к разрушению медицины в малых городах и сельской местности.

3. Результаты деятельности системы здравоохранения оценивают по ожидаемой продолжительности жизни. В России она на 5—10 лет меньше, чем в Европе.

4. В большинстве регионов России почти одинаковые проблемы с доступностью медицинской помощи, за исключением Москвы, где сконцентрирована значительная часть доходов страны и больше тратится на медицину.

5. Дефицита жизненно важных и необходимых лекарств и медицинских изделий не будет, но цены на них вырастут.

6. Система здравоохранения нуждается в увеличении государственного финансирования — минимум 500 млрд рублей дополнительно ежегодно.

7. Для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения в новой реальности или в условиях ограниченных ресурсов потребуется централизованное управление, справедливое распределение ресурсов между различными группами пациентов, жесткое нормирование расходов и приоритетное восстановление первичного звена здравоохранения.

В условиях функционирования рыночной экономики одним из важнейших источников финансирования здравоохранения Министерство финансов РФ видит в привлечении внебюджетных источников финансирования иными способами средств, полученных от предоставления медицинских услуг на возмездной основе.

В качестве мероприятий для устранения имеющихся проблем оно предлагает следующее:

1. Реализация мероприятий по дальнейшему развитию сегмента платной медицины. Согласно Конституции гарантировано предоставление бесплатной помощи, но как отмечено ранее средств ФОМС недостаточно и не хватает на всех нуждающихся. Согласно данным доклада ООН, население России тратит до 30 процентов от своих

личных средств на сферу медицины, в связи с неэффективностью лекарственного обеспечения.

Согласно программе по усилению роста рынка платной медицины, подготовленной главным финансовым органом страны, выделялось пять главных признаков:

1. Медицинские.
2. Социальные критерии.
3. Нуждаемость.
4. Стоимость услуг.
5. Объем услуг.

Таким образом, бесплатная медицинская помощь будет предоставляться только при определенных видах заболеваний, а также некоторым социальным группам населения, например, пенсионеры и люди с ограниченными возможностями. Либо бесплатно медицинская помощь будет оказываться только временно и в ограниченном объеме, а свыше – только за деньги. На данный момент возможность введения этих ограничений в РФ только обсуждается и каждый из этих критериев требует дополнительной оценки.

2. В качестве второй предлагаемой меры можно выделить рост эффективности от использования бюджетных средств. В настоящее время использование средств можно охарактеризовать как неэффективное и нерациональное, что в свою очередь влечет невозможность предоставления качественной и в полном объеме медицинской услуги гражданину, гарантированную Конституцией РФ. По данным Счетной палаты РФ, отраженным в их итоговом докладе, было отмечено, что величина средств с наличием признаков нецелевого использования составляла 4,7 млрд руб., а объем неэффективно использованных средств достиг 34,8 млрд руб.

Путин вынужден был констатировать, что в соответствии с нацпроектом «Здравоохранение» на отрасль выделено 1,367 трлн.

рублей. «Деньги огромные, результаты сомнительные» - констатировал он. Еще одним немаловажным признаком, характеризующим состояние медицины в России, является тот факт, что по данным ООН РФ находится на 130 месте в градации стран по поддержанию системы здравоохранения в стране. Это означает, что наша страна в настоящее время не может удовлетворить потребность населения в качественных медицинских услугах.

На основе проведенного анализа представляется возможным сказать, что сфера здравоохранения на территории РФ остается недофинансированной, что влечет за собой снижение качества предоставляемых услуг. Это является свидетельством в пользу необходимости переработки системы финансирования здравоохранения, функционирующей в настоящее время, а также разработке мероприятий обеспечивающий рост эффективности расходов.

Стратегии развития здравоохранения: международный опыт

С середины XX века развитие здравоохранения в мире происходило под знаком интенсивной реорганизации. Несмотря на существенные различия в ресурсной обеспеченности национальных систем здравоохранения, их организации, эффективности функционирования, причины, приведшие к необходимости перемен, были обусловлены, прежде всего, нехваткой финансирования.

В здравоохранении богатейших странах постоянного пересмотра стратегий требовали такие объективные факторы, как технологическое развитие медицины, постарение населения, организационные издержки и т.д. Низкий уровень жизни населения, низкие показатели здоровья, повышенная смертность, угрозы распространения инфекционных заболеваний стали основной причиной для перемен в здравоохранении бедных стран. Политические трансформации в Восточной Европе, социально-экономические потрясения на территориях стран бывшего СССР, негативным образом отразившиеся на уровне здоровья населения, состоянии систем здравоохранения, обусловили необходимость экстренного проведения реформ.

Последним фактором, сказавшимся на состоянии здравоохранения, стал глобальный финансово-экономический кризис (2007-2010 гг.), способствующий во многих странах сокращению социальных программ. Таким образом, различные по природе возникновения кризисы в общественно-политической жизни приводили к пересмотру основных направлений развития здравоохранения и поиску наиболее оптимальных стратегий.

Вместе с тем, характер организационных трансформаций систем здравоохранения определялся не только спецификой возникающих проблем, но также состоянием накопленных теоретических знаний в области проведения реформ и сложившейся общемировой практикой. Во

главе процесса реформирования здравоохранения все это время стояли международные организации, претворяющие в жизнь разработанные ими стратегии, которые и обусловили направления развития здравоохранения в мире на длительный период и продолжают реализовываться по настоящее время.

В соответствии с директивными направлениями развитие здравоохранения от экстенсивного периода наращивания кадров, коек, свойственного первой половине XX века, последовательно осуществлялось в направлении введения дополнительных источников финансирования в виде систем социального страхования, привлечения средств потребителей медицинских услуг, государственной поддержки наименее обеспеченных социальных групп, повышения экономической эффективности здравоохранения на основе организационных изменений системы оказания медицинской помощи.

Введение современных управленческих механизмов, развитие рыночных технологий, усиление регулирующих функций государства, прежде всего, направленных на борьбу с бедностью и преодоление неравенства в доступности медицинской помощи, а также преимущественное стимулирование мер по охране здоровья в области межсекторального сотрудничества, оздоровления образа жизни (в т. ч. в отношении вредных привычек), обеспечения целевого подхода к снижению распространения социально значимых заболеваний – все эти подходы составляли суть проводимых преобразований, начиная со второй половине XX века. На их основе в разные периоды времени формировались конкретные стратегии, которые реализовывались в разных странах с различным успехом. Ключевым требованием международных организаций при выборе национальных стратегий было получение максимальной отдачи от систем здравоохранения в отношении обеспечения здоровья населения при ограниченных ресурсах.

Основополагающим документом, определившим развитие здравоохранения на многие годы стала принятая мировым сообществом в мае 1998 г. политика достижения здоровья для всех в двадцать первом столетии, явившаяся продолжением развития концептуальных положений программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для всех», одобренной в 1984 г. большинством государств мира и послужившей фундаментальной базой для построения национальных программ развития здравоохранения. Странам было предложено решать вопрос справедливого и эффективного распределения медицинских услуг. Было признано, что страны, использующие свои ресурсы наиболее эффективным образом, смогут лучше обеспечить справедливый доступ к медицинской помощи.

Экономическая эффективность и справедливость признаны не противостоящими друг другу понятиями; напротив, экономическая эффективность становится необходимым условием обеспечения справедливости в здоровье. Основной целью политики «Здоровье – 21»⁴⁷ признано достижение полной реализации всеми людьми их потенциала здоровья на протяжении всего жизненного цикла.

Условия жизни в постиндустриальном мире, общественное неравенство, либерализация государственной политики, степень демократизации социальной жизни оказали влияние на выбор национальных моделей реформирования здравоохранения. Стратегии, реализуемые сегодня в мире, можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня, направленные на сохранения здоровья в целом и стратегии, связанные с модернизацией самой системы здравоохранения (внутриотраслевые), включающие изменение

⁴⁷ Европейская база данных «Здоровье для всех» [Интернет]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. URL: (<http://www.euro.who.int/hfadb? language=Russian>) (Дата обращения 10.12.2023)

механизмов финансирования, управления и подходов к лечению пациентов.

Среди стратегий общегосударственного уровня, направленных на сохранение здоровья населения, особое место занимает стратегия учета интересов здоровья в политике всех секторов экономики и социальной сферы, направленная на усиление взаимодействия между государственной политикой в области здравоохранения и политикой, проводимой другими секторами в целях сохранения и улучшения здоровья населения. При этом рассматривается воздействие на здоровье, например, сельского хозяйства, образования, охраны окружающей среды, государственной финансовой политики, жилищного строительства, транспорта и пр.

Основным элементом данной стратегии является развитие всех сфер общественной жизни с учетом возможности их позитивного влияния на здоровье, что реализуется на основе межсекторальных механизмов и единстве целей в области охраны здоровья.

Наиболее яркое выражение механизм межсекторального подхода получил в разработанной ВОЗ стратегии профилактики алкоголизма. Конкретный опыт осуществления «антиалкогольной политики» в европейских странах строится на двух основных положениях: регулировании предложения алкоголя с помощью административных и экономических рычагов; и мерах, направленных на ограничение спроса и оказание соответствующей медико- санитарной помощи лицам с алкогольными проблемами. Мероприятия в этой области включают:

- регулирование и контроль за рекламой алкогольной продукции (в том числе и непрямой);
- санитарное просвещение населения о вреде алкоголя для здоровья;
- содействие умеренному и малому потреблению алкогольных напитков и потреблению слабоалкогольных напитков;

- контроль за качеством алкогольной продукции;
- проведение пропагандистских кампаний с привлечением СМИ на национальном и региональном уровне по сокращению употребления алкоголя, особенно среди беременных женщин и молодежи, а также специальные информационные антиалкогольные кампании в школах и армии;
- широкое привлечение врачей общей практики к профилактической и лечебной антиалкогольной работе среди пьющего населения;
- мониторинг и регулирование продажи алкогольных напитков в местах отдыха, особенно во время спортивных и культурных мероприятий, а также на автостоянках и автозаправках;
- контроль за ценами на алкогольные напитки;
- контроль за содержанием чистого алкоголя в алкогольных напитках и содействие производству слабоалкогольных напитков;
- контроль за водителями автомобилей, профилактика вождения в нетрезвом виде.

В Российской практике также есть попытки решения этой проблемы с привлечением специалистов из различных секторов государственной деятельности. В качестве примера, можно привести успешное обсуждение и выработку предложений по алкогольной политике, осуществленную мастерской стратегического планирования, работа которой инициирована Экспертным советом по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению. В результате целенаправленной работы удалось преодолеть серьезные разногласия в позициях заинтересованных сторон, имевшие место на протяжении 20 лет в отношении производства

и продажи алкоголя, разработать согласованные подходы и конкретные шаги к решению алкогольной проблемы в России⁴⁸.

На национальном уровне большинство европейских стран уже на протяжении последних тридцати лет реализуют принцип обеспечения равной доступности здравоохранения независимо от возможностей и способностей людей оплачивать услуги. Так, возрастает доля населения, чьи медико-санитарные расходы оплачиваются за счет государственного финансирования.

Системы преимущественного финансирования здравоохранения из бюджета действуют в Дании, Финляндии, Ирландии, Италии, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции, Великобритании, на основе социального медицинского страхования – во Франции, Германии, Люксембурге, Нидерландах.

Социальное страхование здоровья носит обязательный характер. Размер взносов при этом страховании не связан с учетом рисков, а сами взносы, как правило, отделены от других обязательных налогов. В разных странах обязательным медицинским страхованием охвачены или все население, или значительная его часть. Для лиц, не охваченных системой социального медицинского страхования, предусмотрены другие механизмы покрытия расходов на здравоохранение: параллельная система финансирования из бюджета или заключение договоров медицинского страхования⁴⁹.

В Западной Европе широко используется система соучастия потребителей в оплате медицинских услуг. Эта система используется для увеличения инвестиций, когда система финансирования

⁴⁸ Вараваикова Е.А. Антикризисные стратегии в национальных системах здравоохранения //Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2010. №3 Том 15. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/214/30/lang,ru/> (Дата обращения -10.12.2023) .

⁴⁹ Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Европейское региональное бюро ВОЗ. Изд-во "Весь Мир". 2002. 333 с.

здравоохранения не может покрыть все затраты за счет налогообложения или социального страхования, а также в целях ограничения чрезмерного использования медицинских услуг. При этом необходимо отметить, что частичное возмещение издержек за счет потребителей используется в отдельных случаях, т.к. может нарушить принцип справедливого доступа к медицинскому обслуживанию разных слоев населения. От прямых платежей освобождаются социально уязвимые группы населения (лица с низким доходом, безработные, пенсионеры), а также хронические больные (например, лица с сахарным диабетом и др.), беременные женщины.

Проблема территориальной несправедливости в доступе к медицинскому обслуживанию решается многими странами на протяжении почти полувекового периода, однако достичь положительных результатов и выровнять уровни медицинского обслуживания городского и сельского населения удалось только отдельным из них. ВОЗ подчеркивает, что каждой из стран необходимо провести оценку характера и масштабов различий в доступности медицинской помощи различных социальных групп населения, как с точки зрения географической составляющей, так и с учетом экономических и культурных аспектов.

Наиболее перспективной стратегией развития здравоохранения, стоящей вне конкуренции с другими подходами, по-прежнему, остается укрепление первичной медицинской помощи. Высокая социальная и экономическая эффективность применения этой стратегии доказана мировой практикой.

В большинстве стран Европейского региона приоритетом развития системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) стал принцип общеврачебной/семейной практики. Оказание медицинской помощи семейными врачами получило в мире широкое распространение и охватило такие страны, как Канада, Великобритания, Австралия, Новая

Зеландия, Скандинавские государства, Греция, Испания, Португалия, Израиль, Индия, Сингапур.

Высокий интерес к семейному принципу оказания первичной медицинской помощи отмечается в Китае и Японии. На Кубе за счет внедрения общеврачебной практики на фоне затянувшегося социально-экономического кризиса была существенно снижена смертность населения⁵⁰.

Вместе с тем, дальнейшее развитие принципа общеврачебной практики в Западной Европе происходило в направлении формирования врачебных объединений (центров), что имело место в Дании, Нидерландах, отдельных регионах Соединенного Королевства, Финляндии и Швеции. В Германии были созданы крупные лечебно-профилактические учреждения, в которых объединены первичная помощь, диагностические службы и специализированные виды помощи. То есть вектор развития был направлен от общеврачебных практик к формированию поликлинических учреждений.

На этом фоне ситуация, сложившаяся в отдельных странах Центральной и Восточной Европы, например, в Венгрии, Эстонии, которые, начиная с середины 1990-х годов, стремились перепрофилировать значительное число поликлинических специалистов в индивидуально работающих врачей общей практики, резко контрастировала с общими тенденциями. В ряде стран пошли по пути создания, так называемых, «дневных» клиник, в которых пациенты с общими симптомами проходят полное обследование за один день.

В отечественном здравоохранении, начиная с 90-х годов, так же стремились перенести акцент на первичную медицинскую помощь, однако, попытки увеличения количества общеврачебных практик не

⁵⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико- санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева. ВОЗ 2018. URL: (<http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html> (Дата обращения 10.02.2023).

привели к масштабному внедрению данной технологии, а, несмотря на развитие дневных стационаров, коечный фонд уменьшался медленно, большая часть финансирования по - прежнему уходила на стационарную помощь.

Все более широкое распространение в мире получает стратегия институциональных преобразований систем здравоохранения на основе использования различных форм собственности. В зарубежных странах в последнее время четко просматривается тенденция увеличения доли частного сектора в оказании стационарной помощи, который достаточно активно конкурирует с государственными больницами, предоставляя качественные услуги и более комфортные условия пребывания.

Использование различных форм собственности способствует внедрению рыночных стимулов, повышению качества и эффективности управления ими. Причем характер государственно - частного взаимодействия существенно различается. На сегодняшний день по видам права собственности на больницы и особенностям управления они подразделяются на больницы, находящиеся в собственности государства и управляемые им (Центральная и Восточная Европа); автономные больницы государственного сектора (Великобритания, Центральная и Восточная Европа); коммерческие предприятия, находящиеся в собственности государства (Казахстан); государственные некоммерческие больницы; больницы, находящиеся в собственности благотворительных групп (религиозных организаций, профсоюзов и др.); акционерные больницы (Грузия), частные коммерческие больницы (США, Франция, Португалия, Испания). Выделяется частное управление больницами, находящимися в государственной собственности (Португалия), государственное управление больницами, находящимися в частной собственности (Великобритания) ⁵¹.

⁵¹ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2019. /Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ. 2019. 205 с.

Сдерживающим фактором расширения приватизации стационарных учреждений становится ослабление социальной роли здравоохранения особенно в отношении наиболее уязвимых групп населения. Примеры такого негативного опыта имеются в Израиле, Чешской Республике, Венгрии, Нидерландах, США, Швеции и др. странах.

По-прежнему не теряет актуальности реализация стратегии структурной реорганизации системы медицинской помощи, предусматривающая реструктуризацию стационарной помощи, которая интенсивно проводилась в Италии, Израиле, Канаде, Дании, Испании, Великобритании, Финляндии, Швеции, США, Японии и др., и уже принесла существенные результаты.

За период с 1996 года число больничных коек на душу населения по всему Европейскому региону заметно сократилось, что было обусловлено переходом от стационарных услуг к амбулаторным, интенсификацией использования коечного фонда, а также в ряде специальностей, например, психиатрии - переходом в от стационарного лечения значительной части больных к оказанию помощи на базе местных сообществ. Вместе с тем, успех реструктуризации в значительной степени определялся широким использованием технологических и клинических инноваций, способствующих интенсификации лечебно-диагностического процесса. Наряду со структурными преобразованиями сети учреждений, реструктуризация предусматривала расширение возможностей выбора для пациентов видов медицинского обслуживания и повышение их личного участия в профилактике и лечении.

До настоящего времени не потеряла актуальности стратегия повышения качества и экономической эффективности медицинских услуг, провозглашенная Люблянской хартией еще в 1996 г. и получившая развитие в обеспечении безопасности медицинского обслуживания, повышении внимания к потребностям пациентов, повышении

отзывчивости систем здравоохранения к нуждам больных. Последнее положение нашло отражение в новых подходах к лечению пациентов.

В связи с растущей распространенностью хронических заболеваний разрабатываются и внедряются стратегии по изменению подходов к лечению пациентов. Одна из популярных стратегий в организации предоставления услуг связана с разработкой и внедрением, так называемых, «программ ведения болезней», которые в настоящее время в той или иной форме используются в большинстве стран. Ключевая задача этой стратегии заключается в содействии рациональному процессу лечения больных с хроническими состояниями в наиболее подходящих условиях как с клинической точки зрения, так и с позиции экономической эффективности. Для российского здравоохранения этот принцип обеспечения этапности в оказании медицинской помощи стал основополагающим еще со времен Н.И. Пирогова и составил основу формирования многоуровневой сети медицинских учреждений.

Другая стратегия «медицинской помощи, ориентированной на человека» (по терминологии ВОЗ), реализуется в Европейском регионе. Комплексный характер помощи обеспечивается всесторонним набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, либо непосредственно предоставляемых врачом первичного звена, либо специально организуемых в других учреждениях.

На Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2008 году были представлены отличительные черты «медицинской помощи, ориентированной на человека» в сравнении с традиционными моделями ее оказания (таб. 3).

В этом плане также заслуживает внимания реализация «гуманитарной модели» здравоохранения. Сущностными компонентами движения к гуманитарному здравоохранению стали: кризисное вмешательство, проведение краткосрочной терапии, использование креативных методов терапии групповой ориентации и др. Частным

примером эффективного взаимодействия основных участников в процессе оказания медицинской помощи в интересах пациента, можно также считать стратегию, получившую название «терапевтического сообщества» (Англия), применяемую в психиатрической практике. Деятельность терапевтического сообщества основывается на принципах нравственного лечения.

Таблица 3. Характеристика различных моделей оказания медицинской помощи*

Традиционное оказание помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	Программа борьбы с болезнями	Первичная ориентированная помощь, на человека
<p>Первоочередное внимание уделяется болезни и её лечению</p> <p>Взаимоотношения ограничиваются моментом посещения</p> <p>Эпизодическое оказание лечебной помощи</p> <p>Ответственность ограничивается предоставлением эффективных и безопасных медицинских назначений и рекомендаций во время посещения</p> <p>Пациенты выступают в качестве потребителей приобретенных ими услуг</p>	<p>Акцент на приоритетную болезнь</p> <p>Взаимоотношения ограничиваются рамками реализации программы</p> <p>Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием</p> <p>Ответственность за достижение целевых показателей по контролю болезни в целевой группе населения</p> <p>Группы населения являются целевым объектом, на который направлены меры по борьбе с болезнями</p>	<p>Акцент на нужды в отношении здоровья</p> <p>Длительные индивидуальные взаимоотношения</p> <p>Комплексное и непрерывное оказание помощи в соответствии с индивидуальными нуждами</p> <p>Ответственность за состояние здоровья всех членов сообщества на протяжении жизни; ответственность за воздействие на детерминанты нарушений здоровья</p> <p>Люди участвуют на правах партнеров в решении вопросов здоровья – как собственного, так и здоровья местного сообщества</p>

*Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2018 г. Первичная медико- санитарная помощь-сегодня актуальнее, чем когда-либо.

Основной задачей больницы становится предоставление опоры пациентам. В первую очередь, это относится к формированию благоприятной терапевтической среды в результате совместной работы пациентов, персонала, врачей-психиатров.

Необходимыми компонентами терапевтического сообщества являются:

а) понимание больным своей значимости в терапии заболевания; открытое,

б) честное общение между всеми членами коллектива, персоналом и пациентами.

Персонал, в свою очередь, непрерывно анализирует конфликты, переживания, эмоциональное восстановление больных. Пациент не рассматривается как воплощение беспомощности и болезни. Ключевым является сохранение человеческого достоинства больного. Роль персонала состоит в оказании помощи в сохранении пациентом независимости и самостоятельности. Такой подход к пациенту увеличивает возможность его ресоциализации.

В настоящее время терапевтическое сообщество рассматривается как способ управления учреждением в котором менеджмент используется в качестве терапевтического инструмента.

Суть этой группы используемых стратегий сводится, в конечном счете, к таким направлениям как:

а) формирование рынка медицинских услуг и передача ему основных регулирующих функций с постепенным уходом государства из управления деятельностью учреждений здравоохранения;

б) усиление регулирующих функций государства в условиях развития рыночных механизмов, что особенно важно с целью ограничения негативных влияний рынка на доступность медицинской помощи;

в) формирование интегрированных структур, способствующих росту экономического эффекта.

Подобные стратегии в основном применяются в странах, осуществляющих рыночно ориентированные реформы социальной сферы в целом, что имеет место и в современной России. В этих условиях чрезвычайно важным становится возрастание регулирующей роли

государства как основного гаранта доступности и безопасности медицинской помощи. В то время как обеспечение качества остается ключевой задачей учреждений здравоохранения и индикатором их конкурентоспособности.

Роль органов управления в отношении качества сводится к обеспечению условий для формирования и рационального использования соответствующего ресурсного потенциала (материально-технического, кадрового и пр.), а также к стимулированию внедрения систем управления качеством. Потребность в усилении государственного регулирования в области медицинского обслуживания населения послужила основой для реализации следующих конкретных стратегий, к которым относится введение «регулируемой конкуренции» как между медицинскими учреждениями, так и между страховщиками. В этой стратегии широко используются конкурентные механизмы повышения эффективности за счет снижения затрат. В данном контексте весьма интересны такие стратегии, как создание конкурентных отношений между производителями услуг государственного сектора; установление глобальных бюджетов.

В связи с этим подходом возникли серьезные опасения по поводу дублирования в конкурирующих учреждениях оборудования и дорогостоящих установок. С целью снижения негативных влияний рынка, например, органы управления здравоохранением Великобритании оставили за собой оценку потребностей населения в медицинских услугах, заключение соответствующих договоров, наблюдение за выполнением этих договоров и принятие других мер, направленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Стратегия регулирования также включает поощрение плательщиков или даже давление на них с целью осуществления избирательного подхода к заключению договоров с поставщиками медицинских услуг, согласными применять определенный набор обязательных правил и

процедур (ранее контракты заключались со всеми через соответствующие институты). В большинстве стран Европы избирательная контрактация сталкивается со значительным противодействием со стороны медицинских работников, т.к. служит инструментом ограничения их интересов.

Стратегия «распределения ресурсов» предусматривает использование механизмов заключения договоров между страховщиками и медицинскими учреждениями, на основании которых осуществляется оплата услуг, предоставляемых специалистами и учреждениями, реализуются механизмы закупки фармацевтических препаратов и происходит распределение капитала, инвестируемого в здравоохранение.

В рамках этой стратегии покупатели медицинских услуг не только обеспечивают распределение ресурсов, но и осуществляют контроль за их использованием и результативностью деятельности учреждений. Таким образом, переход на договорные отношения рассматривается как координирующий механизм, способствующий распределению ресурсов с ориентацией на потребности рынка. Оказание медицинской помощи на договорной основе возлагает на страховщиков и поставщиков медицинских услуг четкие обязательства и создает экономические стимулы для выполнения этих обязательств.

Эффективность национальных систем здравоохранения во многом определяется не только внешними управленческими воздействиями, но и эффективностью работы самих учреждений здравоохранения. В течение длительного времени в странах Западной Европы проблемы экономической эффективности здравоохранения концентрировались преимущественно на общественном уровне, функционированию учреждений здравоохранения уделялось недостаточное внимание.

Это послужило причиной распространения некоторых негативных тенденций, связанных с плохой координацией деятельности отдельных

учреждений и секторов здравоохранения, нехваткой адекватной информации о стоимости и качестве услуг, неудовлетворительным управлением капитальными ресурсами, недостаточным и неудовлетворительным управлением текущими средствами.

Результатом исправления создавшегося положения стало введение в некоторых странах финансовых стимулов для медицинских учреждений и пациентов, направленных на повышение экономической эффективности деятельности учреждений. В ходе реализации этой стратегии определенная часть или все средства больничного сектора передавались в распоряжение структур первичной помощи, и они решали не только клинические, но и бюджетные вопросы. Это наглядно показывают примеры деятельности фондов первичной помощи в Англии, муниципальных советов по здравоохранению и социальным вопросам в Финляндии, районных советов здравоохранения в Швеции. Введенная в Англии практика оформления «заказов» на предоставление услуг способствовала передаче бюджета врачам общей практики.

Целью такого нововведения (фактически фондодержания) стало смещение акцентов со стационарной помощи пациенту на первичную, а также улучшение координации между уровнями. Вместе с тем, отношение к этой стратегии остается неоднозначным. Заслуживает внимание мнение отдельных зарубежных экспертов, высказывающих сомнение в оптимальности применения данной технологии. В ряде стран, например, отказались от концепции фондодержания не только из-за проблем в обеспечении равенства доступа к медицинским услугам, но и из-за значительных управленческих издержек. По этому же пути после 10-летней практики использования пошли в республиках Средней Азии, что было связано с тем, что фондодержание увеличивало административные нагрузки особенно на подверженную нестабильности систему.

В соответствии с положениями неинституциональной экономической теории в мировой практике все большее внимание

уделяется стратегиям интеграционного взаимодействия различных структур, задействованных в обеспечении населения медицинской помощью. Сотрудничество между поставщиками медицинских услуг предусматривает объединение учреждений здравоохранения в наиболее выгодную экономическую систему, позволяющую более полно удовлетворять потребности обслуживаемого района и избегать негативных последствий нарастающей конкуренции.

Основным консолидирующим фактором становятся больницы, расположенные в районах. В этом плане особого внимания заслуживает опыт США. Процесс горизонтальной интеграции, получивший широкое распространение в США, проводился в несколько этапов (фаз).

Сначала рост мультибольничных сетей происходил главным образом на национальном уровне на основе объединения региональных и национальных католических систем. Затем, с середины 80-х годов получили развитие сравнительно небольшие местные больничные сети.

Их формирование осуществлялось в основном за счет присоединения районных больниц к некоммерческим системам путем передачи во владение, в аренду или спонсирования родительской холдинговой компанией. В это же время формировались вертикально интегрированные сети, создаваемые врачебно-больничными организациями (ВБО).

Управление ВБО включало заключение контрактов, а также разработку и использование механизмов регулирования через систему стандартов оказания помощи. Если говорить в целом о региональной интеграции, то Американская ассоциация больниц (ААБ) и другие авторы идеи создания интегрированных региональных сетей уверены, что практически все больницы заинтересованы во вхождении в региональные сети. Лишь отдельные крупные специализированные больницы, например детские, получали бы пациентов от нескольких сетей сразу, формально оставаясь за рамками интегрированных систем. ААБ,

призывая к формированию региональных медицинских сетей, указывает на необходимость учреждения независимого органа, который устанавливал бы нормативы подушевого финансирования медицинских сетей.

Опыт функционирования интегрированных сетей в США, медицинских трастов в Великобритании рассматривается экспертами как попытка самоорганизации в системе здравоохранения. Вместе с тем этот подход требует взвешенного отношения, т.к. уже практикой доказано, что крупные сети часто сложны в управлении и чем более высоко организована система, тем больше она стремится к разрушению и требует повышенных затрат для обеспечения стабильности.

Помимо основных форм медицинской интеграции значительное место в научных публикациях отводится структурам, объединяющим страховщиков и поставщиков медицинских услуг. Так, в США по предложению ААБ, страховщики становятся партнерами медицинским сетям. Страховщики привносят в сеть ценные навыки, особенно в управление рисками, в обеспечение повторного страхования, анализ и использование данных о затратах и результатах. Работая вместе, страховщик и поставщик создают систему параллельных стимулов, которая подогревает заинтересованность в оказании качественной и рентабельной помощи.

Для нашей страны проблема интеграции учреждений со страховыми организациями не является актуальной из-за ограниченности развития страхового бизнеса и фактического отсутствия конкуренции на рынке медицинских услуг.

Для России в области региональной политики наиболее важен опыт формирования региональных кластеров, наиболее эффективно используемых в целях инновационного развития отрасли. Согласно

оценкам Майкла Портера⁵², кластер – это группа географически взаимосвязанных организаций (поставщики, производители, посредники) и связанных с ними образовательных заведений, органов государственного управления, инфраструктурных компаний и т.д., действующих в определенной сфере и взаимодополняющих друг друга.

Направления кластерной политики широко реализуются в отдельных странах. В этом плане особый интерес представляют Финляндия, Норвегия и Нидерланды. В Баварии среди 19 сформированных кластеров как наиболее успешные выделены «Биотехнологии», «Медицинская техника». Необходимость использования кластерного подхода в медицине обусловлена усиливающейся децентрализацией управления практической медициной, системами подготовки медицинских кадров и научных исследований.

Основой развития медицинского кластера чаще всего становится комплексная структура, включающая представителей науки, медицинского образования, органов власти, практического здравоохранения и бизнеса.

Кластеры в системе здравоохранения формируются при наличии в регионе как минимум медицинского университета или высокотехнологичного медицинского центра. Но какими бы глубокими не были структурные преобразования в здравоохранении, в конечном итоге, качество помощи и удовлетворенность пациентов зависят от человеческого фактора.

Что касается одного из самых значимых направлений развития здравоохранения – кадровой политики, то в программах реформирования здравоохранения Европейских стран акцент делается на разработке и реализации стратегий оценки потребности в кадрах, качестве их подготовки, проблеме повышения статуса медицинских сестер.

⁵² Портер М. Международная конкуренция (пер. с англ.). Москва: Издательский дом "Вильямс". 2005. 608 с.

Особое внимание по-прежнему уделяется подготовке ВОП, потребность в которых значительно выше, чем в других специалистах, а также подготовке медицинских сестер. Показатель численности медицинских сестер на 1000 населения колеблется от 0,9 в Турции до 13,7 в Норвегии. Самое низкое соотношение врачей и медицинских сестер отмечается в Греции, Турции, Португалии, Испании. В Албании, Греции, Болгарии, Польше, Румынии, где медицинские сестры рассматриваются как ассистенты врачей, и их роль определяется врачами. В Венгрии, Словакии, Чешской Республике они являются самостоятельной независимой категорией медицинских работников.

Не теряет актуальности проблема информационного обеспечения управления. В ряде стран Западной Европы значительные инвестиции осуществляются в разработку информационных систем, в повышение общего уровня компетенции управленческого персонала, а также в разработку более эффективных информационных систем для улучшения процесса принятия решений, касающихся экономической и социальной эффективности.

В Великобритании, Греции, Дании, Испании и Швеции были внедрены информационные системы поощрения управленческого персонала и предоставления им права реинвестировать сэкономленные средства в случае принятия оптимального управленческого решения.

Таким образом, на сегодняшний день накоплен большой международный опыт проведения реформ в здравоохранении. Традиционно сложившиеся формы управления здравоохранением в какой-то период перестали отвечать запросам времени. На протяжении многих лет широко используемые в мире экономические модели систем здравоохранения (Бисмарка, Бевериджа и Семашко), в разные временные периоды оказались в кризисе. Существующие системы финансирования и организации здравоохранения не обеспечивали максимальной отдачи в плане улучшения состояния здоровья населения.

Дальнейшее развитие здравоохранения помимо активизации роли государства и обеспечения межсекторального подхода к решению проблем здоровья населения, акцентировало внимание на системе медицинской помощи. Предоставление услуг в сфере здравоохранения – это возможно наиболее заметная и широко обсуждаемая функция, которой было уделено значительное внимание в ходе реформ здравоохранения в течение последнего десятилетия, что нашло отражение в приоритете развития первичной медицинской помощи, увеличении инвестиций, повышении экономической эффективности функционирования учреждений здравоохранения и формировании интеграционных структур, способствующих повышению качества медицинской помощи при рациональном расходовании ресурсов.

В процесс эволюционного развития систем здравоохранения порой вклинивались обстоятельства, вынуждающие принимать экстренные меры и вносить существенные коррективы, иногда противоречащие социальной направленности реформ. Так, в условиях последнего кризиса специфика антикризисных стратегий правительств многих стран проявилась в преимущественной поддержке первичной медицинской помощи, в контроле над состоянием рынка фармацевтической продукции, введении ограничений для коррупции, усилении контроля доступа к специализированной помощи, а также обеспечении за счет государственной помощи наиболее нуждающейся части населения.

Оценивая результаты проводимых реформ (особенно это касается стран Восточной Европы и СНГ), многие зарубежные эксперты сделали вывод о недоучете специфики этих стран, их собственного многолетнего опыта, построенного на сложившихся традициях и выработанном менталитете населения. Своевременным звучит признание экспертов, высказанное ими в отношении России: «Возможно, самая крупная неудача международных организаций связана с непониманием советской

системы здравоохранения и того, как ее нужно перестроить, чтобы внедрить новые взгляды на профилактику и лечение».

Россия вступает в полосу нового, витка реформирования здравоохранения, и у отечественных организаторов здравоохранения есть возможность опереться на отработанный опыт международного сообщества, учесть преимущества и подводные камни планируемых преобразований.

Проведённый анализ отдельных стратегий развития систем здравоохранения в мире показал, что в мире идет интенсивный поиск наиболее эффективных способов управления. Исторический опыт реформирования здравоохранения свидетельствует о том, что развитие происходит преимущественно в двух направлениях: укрепления механизмов централизации управления на всех уровнях и укрепления пациентоцентрической модели оказания помощи.

На правительственном уровне приоритет получают стратегии государственного регулирования различных секторов экономики и социальной сферы в целях учета их влияния на здоровье населения, объединения интересов общественного сектора и личных интересов граждан в следовании принципам здорового образа жизни, создания условий для обеспечения справедливости в обеспечении населения медицинской помощью.

В области управления медицинской помощью усиливаются тенденции регулирования (государственного и саморегулирования) на рынке медицинских услуг на основе использования механизмов «регулируемой конкуренции», стратегии «распределения ресурсов», в том числе с повышением роли первичного звена в финансировании последующих этапов медицинской помощи, а также распространения договорных обязательств, широкого использования различных форм самоорганизации интегрированных структур. Усиление индивидуального подхода к лечению больных реализуется в стратегиях внедрения

«программ ведения болезней», «первичной помощи, ориентированной на пациента», «гуманитарной модели здравоохранения», формирования «терапевтических сообществ». Приведенные данные свидетельствуют о том, что в мире произошло изменение вектора управления развитием здравоохранения от классической либеральной (приоритета рыночных механизмов) в сторону дирижистской модели - усиления государственных механизмов регулирования.

Перспективы развития управления здравоохранением

По прогнозным оценкам, динамика показателей здоровья населения в 2021 году по-прежнему остается негативной. Общий уровень рождаемости останется весьма низким, общий коэффициент смертности – довольно высоким, что, в том числе, вызвано пандемией коронавируса.

Миграционный приток не сможет компенсировать потери от естественной убыли и сокращения численности населения России.

Отмечаются недостатки в профилактической работе, в работе по выявлению групп риска населения по инфекционным заболеваниям, особенно ВИЧ-инфекции, в диспансеризации населения.

Вместе с тем в условиях поликлиники стала более доступной лекарственная помощь. Впервые еще в 2006 г. наиболее уязвимые категории граждан бесплатно получили современные эффективные лекарства. Сейчас это делается постоянно.

Увеличение доступности и улучшение качества медицинской помощи населению определены как основные цели предстоящей модернизации здравоохранения. Актуальность решения данных проблем обусловлена сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамикой показателей общественного здоровья населения России и ухудшением ресурсного обеспечения здравоохранения страны. Процессы формирования здоровья населения отражают общие тенденции социально-экономического развития Российской Федерации.

Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»⁵³ является точкой отсчета в принятии и реализации

⁵³ Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 08.02.2023 г.)

национальных проектов в России, в том числе национального проекта «Здравоохранение».

Это национальный межведомственный проект, в его реализации принимают участие 10 федеральных органов исполнительной власти, Российский экспортный центр и все 85 регионов страны. Главная задача, которая стоит перед данным проектом, – исполнить те цели, которые были сформулированы Президентом Российской Федерации в Указе № 204 от 07.05.2018. Структура национального проекта представлена на рисунке 16.

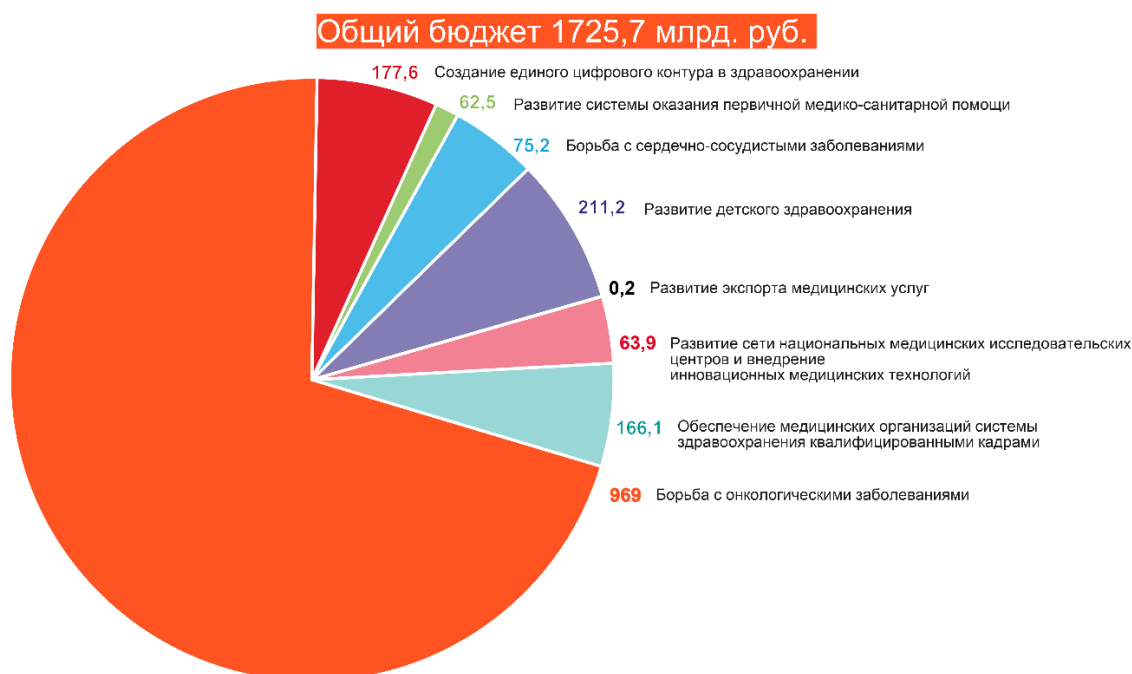


Рисунок 16. Федеральные проекты национального проекта «Здравоохранения» как стратегические направления развития системы здравоохранения⁵⁴

Рассмотрим подробнее данные проекты. Это снижение смертности трудоспособного населения от двух основных причин – сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также уменьшение

⁵⁴ Национальный проект «Здравоохранение». Режим доступа: <https://strategy24.ru/rf/health/projects/natsionalnyy-proekt-zdravookhranenie> (дата обращения 08.02.2023 г.)

младенческой смертности. Речь идёт о повышении качества и доступности медицинской помощи и в целом жизни, поскольку от здравоохранения напрямую зависит качество жизни людей.

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» посвящён улучшению доступности, качества и комфортности первичной медико-санитарной помощи. Для этого запланировано завершение формирования сети медицинских организаций в первичном звене, включая труднодоступные районы страны и сельскую местность. До 2024 г. запланировано строительство более 360 новых объектов сельского здравоохранения – ФАПов, врачебных сельских амбулаторий; обновление более 1,2 тыс. объектов и закупка мобильных медицинских комплексов для населённых пунктов, где проживают менее 100 человек. Всё это делается для того, чтобы в населённых пунктах с численностью жителей более 100 человек первичная медицинская помощь была в шаговой доступности, то есть не более 6 км от места нахождения человека — это примерно час пешком или 15 минут на общественном транспорте. Важно, чтобы при этом более чем в два раза увеличился охват населения профилактическими осмотрами. Задача, поставленная Президентом, — чтобы каждый россиянин мог раз в год пройти профилактический осмотр. Это осмотры должны быть не формальными, количественный рост не должен формализовать профилактические осмотры и диспансеризации.

Следующий момент — внедрение так называемых бережливых технологий, то есть создание комфортной среды в поликлиниках – и детских, и взрослых. Более семи тысяч поликлиник и поликлинических отделений до 2024 года войдут в этот проект. Здесь должна быть удобно работающая регистратура, отсутствие очередей при записи на приём и у кабинетов врача, беспрепятственное прохождение диспансеризации, разделение потоков здоровых и больных пациентов и т.д. – всё, что отработано в пилотном режиме в первых 300 объектах по проекту

«Бережливая поликлиника». Кроме того, будет завершена региональная централизация диспетчерской службы скорой медицинской помощи, что очень важно для правильной маршрутизации пациентов, если случается какое-то острое состояние или заболевание. Должно произойти наращивание объёмов санитарной авиации – это очень важно для удалённых труднодоступных районов страны.

Проект сопряжён с проектом по улучшению кадровой ситуации в российском здравоохранении, поэтому отдельный блок в нём посвящён доукомплектованию врачебных должностей, должностей среднего медицинского персонала в первичном звене. Целевой показатель установлен достичь 95% укомплектования. Это очень высокий показатель и по врачам (ликвидация дефицита более 22 тыс. врачей), и по среднему медицинскому персоналу.

Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» посвящён снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и повышению качества и доступности помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, начиная от профилактики, включая популяционную, развитие здорового образа жизни и индивидуальную профилактику. Безусловно, эти программы также тесно связаны с первой задачей – с прохождением профосмотров, диспансеризацией и коррекцией выявляемых факторов риска. В этом направлении Министерство здравоохранения РФ ставит перед собой задачу внедрения современных клинических рекомендаций и протоколов лечения всех пациентов и переоснастки всей сети первичных сосудистых отделений и региональных центров. Параллельно стоит задача перевести часть первичных сосудистых отделений – около 30 – на уровень региональных сосудистых центров, дооснастив их дополнительно ангиографами. Это позволит примерно в два раза увеличить объём рентгеноэндоваскулярных вмешательств,

стентирований, ангиопластик при остром коронарном синдроме, которые часто становятся жизнеспасаящими операциями.

При переоснащении особое внимание будет уделено и оснащению ранней реабилитационной службы в рамках работы данных сосудистых подразделений. Планируется снизить смертность от болезней системы кровообращения с 587 до 450, то есть более чем на 130 тыс. Это значит, что в 2024 г. более чем на 200 тыс. сократится число смертей по сосудистым причинам. Это очень амбициозная задача. И решить её можно только комплексно – от профилактики до реабилитации.

Далее – задача по борьбе с онкологическими заболеваниями. Это федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Задача комплексная и сложная. Суть её заключается в том, что формируется тотальная настороженность к онкологическим заболеваниям в первичном звене, для чего специальному обучению подлежат не только все участковые врачи, но и узкие специалисты, работающие в амбулаторных учреждениях. Разработана специальная иллюстрированная программа, информационная, дистанционная, которая позволяет пройти первичное тестирование и после этого повысить уровень своей квалификации по усвоению этого материала. В настоящее время уже 80% участковых терапевтов прошли эту программу и получили соответствующий сертификат. Необходимо подключить к ней и участковых педиатров, узких специалистов и врачей общей практики, семейных врачей.

Второй момент – это формирование амбулаторных онкологических служб на межрайонном, межмуниципальном уровне. Третий момент – это переоснащение более 100 региональных учреждений, оказывающих помощь онкологическим больным. Соответственно, произойдёт повышение уровня, дальнейшее развитие федеральных онкологических центров с формированием сети протонных центров — наиболее инновационной части ядерной медицины. Параллельно создаётся сеть

референс-центров по таким самым сложным диагностическим методам как морфология, иммуногистохимия, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Планируется создать 18 таких центров.

Отдельная часть программы – это не просто устранение дефицита кадров в онкологической службе, а создание новой генерации кадров, включая не только медицинские кадры, но и инженерный персонал. Эта подготовка будет осуществляться в сотрудничестве с Министерством науки и высшего образования РФ. Совместно будут формироваться кластеры по подготовке радиохимиков, медицинских физиков, радиофизиков – тех специалистов, без которых не может развиваться радиология.

Четвёртое стратегическое направление – совершенствование медицинской помощи детям, в том числе развитие детской инфраструктуры (Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»). Оно включает развитие профилактического движения и внедрение новых профилактических технологий. Исполнение поручения Президента по модернизации детских поликлиник и поликлинических отделов детских стационаров – это 3,8 тыс. объектов.

Кроме того, это строительство и реконструкция корпусов детских стационаров. В настоящее время вместе с субъектами РФ по отработанным критериям определяется перечень необходимых к строительству объектов.

Подобное направление должно позволить не просто снизить младенческую смертность до лучших мировых показателей (до 4,5 на 1000 родившихся живыми), но параллельно снизить детскую смертность. И, естественно, улучшить в целом состояние здоровья детского населения.

Пятое направление посвящено кадровой политике в здравоохранении (Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»). Прежде всего должен быть устранён дефицит кадров в первичном звене, об этом уже шла речь.

Следующее стратегическое направление – это развитие цифровой медицины (Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)»). К 2024 г. в каждом регионе должна быть создана полноценная информационная система, соответствующая жёстким единым критериям, с подключением всех медицинских организаций к этой региональной информационной системе.

Для этого внедряются единые централизованные серверы, цифровой архив изображений, лабораторных исследований, централизованные региональные диспетчерские скорой помощи, причём не только автодорожной, но и санитарно-авиационной, то есть те системы, которые позволяют обеспечивать преемственность оказания медицинской помощи и мониторировать её качество, маршрутизацию пациентов и т.д.

До конца 2021 года планировалось завершить формирование вертикально интегрированной телемедицины – между отечественными ведущими национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям, за которые они отвечают, и региональными организациями третьего уровня. В течение ближайшего периода времени будет обеспечено под методологическим руководством национальных медицинских центров внедрение современных технологий, клинических рекомендаций, протоколов лечения во всех 750 региональных организациях третьего уровня. Развитие второй опции телемедицины — «врач-пациент» — осуществляется поэтапно, начиная с 2019 года.

Следующее стратегическое направление – это экспорт медицинских услуг (Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»). Он поднимает имидж российской медицины, привлекает дополнительные ресурсы для развития клиник. Здесь потенциал очень большой – за последние два года серьёзно возросло число иностранных пациентов в больницах нашей страны – с 20 тыс. до более 110 тыс. Это направление позволило только в прошлом году лечебным учреждениям заработать около 250 млн долл. Задача, поставленная Президентом, увеличить объём поступлений в четыре раза, до миллиарда долларов в год. Для этого будет разрабатываться специальная коммуникационная кампания.

В настоящее время все эти проекты покрыты финансово, и это тот случай, когда у Минздрава России практически нет разногласий с финансово-экономическим блоком. Общая сумма средств, которые потребуются для реализации вышеназванных направлений, достаточно велика, она превышает 1,3 трлн руб.

Безусловно, сложность реализации национального проекта связана с тем, что основные полномочия по реализации оказания медицинской помощи отданы субъектам РФ. Задача заключается в том, чтобы так построить управление этим нацпроектом, чтобы не было искажений при его реализации в регионах. Для этого на основе в целом одобренного национального проекта созданы 85 региональных проектов. Они индивидуализированы по конкретным потребностям конкретного региона, в них понятны все показатели, выстроенные по годам. Минздрав России будет не просто контролировать, но и очень активно помогать регионам, для того чтобы можно было добиться поставленных целей. Если это все будет осуществлено так, как запланировано, российская медицина перейдёт на другой качественный уровень. Каждый человек в нашей стране почувствует произошедшие изменения.

Что касается телемедицины, согласно п. 1 ст. 36.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, т.е. Минздравом РФ, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий утвержден Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Следует отметить, что оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий не является отдельным видом медицинской деятельности: телемедицинские технологии используются лишь как ее технологическая составляющая.

В этой связи оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется исключительно в соответствии с лицензионными требованиями, определенными в Постановлении Правительства РФ от 01 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации». Поэтому телемедицинская помощь может быть оказана только по тем видам работ (услуг), которые указаны в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

В свете последних инициатив Президента и Правительства Российской Федерации в сфере здравоохранения представляются наиболее значимыми мероприятия и направления работы, которые способствуют максимально быстрому получению положительных

результатов в первичном здравоохранении и преимущественно в амбулаторно поликлиническом его звене.

Повышение приоритетности первичной медико- санитарной помощи, усиление профилактической направленности работы, формирование у населения культуры здоровья, углубленная диспансеризация, формирование паспорта здоровья для каждого жителя страны названы одними из главнейших задач отрасли на ближайшие годы.

В заключении третьей главы проведенного исследования обозначим основные проблемы в области финансирования здравоохранения:

1. Объемы финансирования не соответствуют потребностям отрасли.
2. Ограниченная мотивация медицинских работников.
3. Недостаточно квалифицированный персонал.
4. Отсутствие необходимого количества оборудования и высокая степень износа медицинского оборудования.

В качестве решения проблем автором предлагается:

1. Увеличение государственного финансирования здравоохранения через систему ОМС.
2. Введение механизма привлечения частных медицинских клиник в систему ОМС;
3. Разработка стабильной финансовой основы для предоставления населению бесплатной и квалифицированной медицинской помощи в рамках ОМС.

В настоящее время активно ведется работа в направлении реализации инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» (далее - Инициатива)⁵⁵. Данная инициатива признает связь между здоровьем и миром и призвана укрепить эту связь. В частности, целью

⁵⁵ Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира». 2023. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/health-and-peace/231220_7_ghpi_roadmap_v4_cleared_3may2023_r.pdf?sfvrsn=5adbc073_10&download=true

Инициативы является усиление роли ВОЗ и сектора здравоохранения как факторов, способствующих достижению результатов в области миростроительства, таких как социальная сплоченность, укрепление диалога и усиление устойчивости к последствиям вооруженного конфликта или насилия, при одновременном расширении прав и возможностей сообществ в рамках мандата ВОЗ. Конечной целью является более эффективная охрана здоровья населения в условиях нестабильности, конфликтов и повышенной уязвимости, а также в более широком глобальном контексте.

ВОЗ считает, что «условия нестабильности, конфликтов и повышенной уязвимости» — это широкий термин, описывающий целый ряд ситуаций, включая гуманитарные кризисы, затяжные чрезвычайные ситуации и вооруженные конфликты. В этих условиях предоставление качественных медико-санитарных услуг осложняется серьезными проблемами, включая нарушение организации повседневного оказания медико-санитарных услуг и нормального функционирования систем здравоохранения, возросшие потребности в охране здоровья, сложные и непредсказуемые проблемы в плане обеспечения ресурсами и/или уязвимость от множества кризисов в области общественного здравоохранения.

В то время как Инициатива направлена на укрепление связи между здоровьем и миром, результаты в области здравоохранения будут иметь приоритетное значение при планировании ВОЗ мероприятий в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира». Кроме того, вклад ВОЗ в достижение результатов в области миростроительства всегда будет основываться на ее компетентности в технических вопросах, эффективности ее работы и сравнительных преимуществах в области здравоохранения.

Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира» преследует свою цель путем разработки и реализации программ в

области здравоохранения, учитывающих динамику мирного процесса и конфликтов и, при необходимости, направленных на достижение результатов в области миростроительства и осуществляемых в сотрудничестве с национальными и международными заинтересованными сторонами под руководством национальных органов здравоохранения.

Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира» основывается на концепции «позитивного мира» и направлена на то, чтобы способствовать созданию такого мира, то есть установок, институтов и структур, на которых основываются мирные общества (а не просто отсутствие конфликтов или насилия, известное как «негативный мир»). Иными словами, основное внимание в рамках Инициативы уделяется тому, как разрабатывать и осуществлять мероприятия в области здравоохранения таким образом, чтобы они в большей степени способствовали достижению таких результатов, как усиление социальной сплоченности и укрепление доверия, уменьшение социальной изоляции и маргинализации, а также повышение устойчивости к воздействию вооруженных конфликтов и последствиям насилия.

Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира» не предусматривает сосредоточение внимания на политических мирных процессах или мирных переговорах. Во многих случаях в чрезвычайных ситуациях в несоразмерно большей степени страдают уязвимые группы населения, и в некоторых условиях эти проблемы усугубляются слабостью системы здравоохранения.

Устойчивость — это способность отдельных людей и групп населения эффективно восстанавливаться после негативных событий, опасных ситуаций и серьезных угроз и поддерживать хорошие показатели здоровья и благополучия, несмотря на эти события. Создание более устойчивых систем здравоохранения и содействие в повышении устойчивости группы населения или всего общества могут сыграть

ключевую роль в предотвращении возникновения конфликтов или их повторения путем смягчения последствий негативных событий, устранения причин недовольства и укрепления способности людей и групп населения объединять усилия и предпринимать действия для восстановления после негативных событий. Поэтому одной из главных целей осуществления программ, разрабатываемых на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира», является повышение устойчивости к последствиям вооруженных конфликтов и насилия.

Таким образом, целями Инициативы являются содействие предотвращению или смягчению потенциальных факторов, являющихся причинами вооруженных конфликтов или социальной напряженности, а также построению устойчивого мира.

В этой связи в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» основное внимание уделяется деятельности в условиях нестабильности, конфликтов и повышенной уязвимости, но она столь же актуальна в любых условиях, когда необходимо способствовать созданию, поддержанию и укреплению социальной сплоченности, устойчивости и укреплению доверия.

Как продемонстрировала пандемия COVID-19, недостаточная социальная сплоченность или низкий уровень доверия населения к правительству и работникам здравоохранения может свести на нет положительные результаты, достигнутые в области здравоохранения, и поставить под угрозу доступ к услугам здравоохранения во всем мире.

Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира» актуальна в следующих ситуациях:

1. в условиях продолжающегося конфликта;
2. до или после вооруженного конфликта или в условиях нестабильности, характеризующихся высокой степенью социальной напряженности;

3. когда целые группы населения маргинализированы или когда отсутствует справедливый доступ к услугам здравоохранения;

4. когда недоверие населения к местным властям, медицинскому персоналу или взаимное недоверие между группами населения препятствует доступу к услугам здравоохранения;

5. когда слухи или дезинформация ставят под угрозу достижение целей в области общественного здравоохранения; и/или

6. когда медико-санитарные работники подвергаются риску насилия.

Как уже было кратко упомянуто в предыдущем разделе, концепция «Здравоохранение в интересах мира» состоит из двух компонентов:

1. программы в области здравоохранения должны «учитывать аспекты миростроительства и проблематику конфликтов». Это означает, что они разрабатываются и осуществляются таким образом, чтобы предусмотрительно снизить риски непреднамеренного обострения социальной напряженности, порождающей конфликт, или ослабления факторов, способствующих социальной сплоченности среди определенной группы населения или в обществе в целом (что известно также как принцип «не навреди»);

2. в зависимости от контекста, возможностей и факторов риска программы в области здравоохранения должны быть направлены на достижение мира, то есть на достижение результатов в области миростроительства, таких как усиление социальной сплоченности, обеспечение справедливости, инклюзивности, диалога между гражданами и государством, а также повышение устойчивости общества к последствиям вооруженных конфликтов или насилия.

Оба компонента концепции «Здравоохранение в интересах мира» требуют тщательного анализа/глубокого понимания контекста; структур, практики и моделей поведения, определяющих динамику мирного

процесса и конфликта, а также того, как все это взаимосвязано с программами в области здравоохранения.

Первый компонент этой концепции, (а) учет аспектов миростроительства и проблематики конфликтов, является главным необходимым условием разработки и осуществления Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» и применяется в любых условиях и при разработке и реализации любых программ. Программы в области здравоохранения всегда должны учитывать аспекты миростроительства и проблематику конфликтов во избежание непреднамеренного обострения или возникновения новых причин недовольства, усиливающего социальную напряженность и разобщенность или иным образом ставящего под угрозу структуры или модели поведения, способствующие поддержанию мира в обществе.

Если сотрудники, которые разрабатывают, осуществляют или руководят реализацией программ в области здравоохранения, хорошо понимают местный контекст, а также динамику факторов, способствующих укреплению мира или порождающих конфликт, на местном уровне, это позволяет им действовать более беспристрастно (то есть исходя из потребностей и без какой-либо дискриминации) и непредвзято.

Существуют различные способы концептуализации принципа учета проблематики конфликтов. Согласно некоторым моделям, считается, что учет проблематики конфликтов означает как (1) применение принципа «не навреди» (то есть действия во избежание обостряющих конфликт факторов) — и это является изначальным (и наиболее часто применяемым) определением «учета проблематики конфликтов»; так и (2) позитивное влияние на мир (то есть усиление факторов, способствующих укреплению мира).

Однако поскольку достижение этих двух целей требует разных подходов и связано с разными факторами риска, мы проводим различие

между ними в концепции «Здравоохранение в интересах мира» и определили два различных компонента этой концепции: (1) учет проблематики конфликтов, что ограничивается принципом «не навреди», – компонентом, который систематически выходит на первый план в концепции; и (2) учет аспектов миростроительства, то есть действия, направленные на достижение определенных результатов в области миростроительства, которые в концепции «Здравоохранение в интересах мира» рекомендуются только «в соответствующих случаях».

Анализ местного контекста и динамики мирного процесса и конфликтов также может помочь выявить и устранить некоторые из основных факторов, которые могут быть причинами недоверия, страха, недовольства и, в некоторых случаях, плохого отношения общества к медико-санитарным работникам на местном уровне, что может воспрепятствовать доступу к услугам здравоохранения, а в некоторых случаях даже подвергнуть медико-санитарных работников риску нападения и поставить под угрозу ресурсы здравоохранения. Если программы в области здравоохранения учитывают проблематику конфликтов и общество вовлечено в процесс их разработки и реализации, это может способствовать улучшению отношения населения к системе здравоохранения и формирования у населения чувства ответственности и сопричастности. Это, в свою очередь, может способствовать активным действиям по защите ресурсов здравоохранения, предпринимаемым обществом, что поможет обеспечить безопасный доступ к медико-санитарным услугам для тех, кто в них нуждается.

Хотя идея учета проблематики конфликтов и принцип «не навреди» не новы, Инициатива «Глобальное здравоохранение в интересах мира» призвана закрепить их и систематизировать их применение, в том числе путем пополнения знаний и наращивания ресурсов для последовательной и эффективной интеграции подхода к разработке программ в области здравоохранения с учетом проблематики

конфликтов. При этом инициатива будет опираться на существующие руководящие принципы и ресурсы, которые уже способствуют применению принципа «не навреди» на индивидуальном уровне и на уровне сообщества, например в контексте предотвращения сексуальной эксплуатации и сексуальных домогательств, а также для обеспечения подотчетности перед пострадавшим населением.

Второй компонент концепции «Здравоохранение в интересах мира», (b) программирование с учетом аспектов миростроительства, должен применяться строго в зависимости от контекста, не будучи предназначенным для применения на систематической основе.

Страновым бюро ВОЗ следует, консультируясь с национальными министерствами здравоохранения, в каждом конкретном случае рассматривать вопрос о том, существует ли возможность интегрировать результаты в области миростроительства в процесс разработки программ здравоохранения, а затем уже применять концепцию «Здравоохранение в интересах мира».

Программы должны разрабатываться с учетом аспектов миростроительства только тогда, когда приняты во внимание такие факторы, как окружающая среда, возможности, риски (включая безопасность персонала; любой риск политизации здравоохранения и т.д.), когда позволяют сравнительные преимущества ВОЗ, и, по возможности, в консультации с местным населением.

Разработку программ с учетом аспектов миротворчества иногда называют ориентированной на достижение мира программной деятельностью, обозначая стремление оказать позитивное влияние на результаты в области миростроительства.

Разработка программ в сфере здравоохранения с учетом аспектов миростроительства возможна на нескольких уровнях:

1. совместно с членами сообщества для обеспечения социальной сплоченности, укрепления доверия и устойчивости;

2. совместно с известными и/или влиятельными членами общества, что может способствовать ослаблению социальной напряженности, решению проблемы маргинализации или распространения слухов;

3. совместно с политическими лидерами, участвующими в разработке инклюзивной и справедливой политики в области здравоохранения; поддерживая диалог по вопросам здравоохранения и дипломатические отношения.

Результаты разработки программ в области здравоохранения с учетом аспектов миростроительства могут существенно различаться в зависимости от контекста. Ниже приведены примеры возможных результатов и мероприятий в процессе разработки программ на основе такого подхода, при этом нужно понимать, что такие результаты и мероприятия в значительной степени зависят от контекста, и то, что осуществимо в одном месте, может оказаться неосуществимым в другом. Подход к разработке программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира» может преследовать следующие цели:

4. способствовать примирению на уровне общин и повышению устойчивости к последствиям насилия путем адаптации программ охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки (ПЗПСР) на местном уровне с учетом местных условий;

5. укреплять социальную сплоченность между группами населения и внутри них посредством основанного на широком участии и инклюзивного управления здравоохранением. Для этого может потребоваться использовать руководство здравоохранением в качестве отправной точки для налаживания и поддержания диалога, с помощью которого могут быть выявлены причины недовольства, связанные с социальным отчуждением или дискриминацией. Организации-партнеры, вероятно, могли бы способствовать поддержанию диалога, в то время как ВОЗ, национальные органы здравоохранения и/или медико-санитарные

работники могли бы извлекать пользу из получаемых результатов, чтобы сделать свои программы или характер своей работы более инклюзивными и справедливыми;

6. способствовать налаживанию отношений и сотрудничеству между различными группами населения в странах, пострадавших от конфликтов и чрезвычайных ситуаций, в том числе обеспечивая защиту системы здравоохранения и медико- санитарных работников. Эта деятельность может включать содействие обучению работников здравоохранения с обеих «сторон» конфликта или использование сотрудничества в области здравоохранения в качестве механизма укрепления доверия между конфликтующими сторонами, если/там, где это возможно;

7. способствовать предотвращению насилия или снижению уровня насилия в обществе путем разработки мероприятий в области здравоохранения для групп, подверженных риску насилия, тем самым содействуя их социальной и экономической интеграции в общество. Это может включать работу по охране здоровья населения; создание инфраструктуры; эпиднадзор за заболеваниями и т.д.;

Рассмотрим принципы, лежащие в основе концепции «Здравоохранение в интересах мира».

Концепция «Здравоохранение в интересах мира» и, более конкретно, разработка программ с учетом аспектов миростроительства основаны на принципах, которые актуальны как для успешной реализации программ в области здравоохранения, так и для достижения результатов в области миростроительства. Этими принципами являются учет специфики контекста, участие, справедливость, инклюзивность, а также ведущая роль национальных учреждений и инициативность на местном уровне.

Кроме того, все программы ВОЗ будут по-прежнему соответствовать применимым стандартам, принципам и политике, которые могут включать, помимо прочего, медицинскую этику, гуманитарные принципы

(в соответствующих условиях), применимые международные правовые стандарты и внутреннюю политику ВОЗ.

Учет специфики контекста. Один из основополагающих принципов Инициативы заключается в том, что, согласно концепции «Здравоохранение в интересах мира», программы должны разрабатываться по-разному в разных условиях, в зависимости от того, какие медицинские учреждения задействованы, и от социального, экономического и культурного контекста. Поэтому страновые бюро ВОЗ имеют наилучшие возможности для принятия решений в отношении оптимального подхода, который следует взять на вооружение в их условиях, в ходе обсуждения соответствующих вопросов с правительствами, населением и партнерами в стране.

Следует отметить, что задача достижения результатов в области миростроительства не должна ставиться автоматически или в любых условиях. Необходимо оценивать ситуацию в стране и принимать решение исходя из этой ситуации.

Участие. Участие означает стимулирование и поддержку взаимодействия, сопричастности, расширения прав и возможностей, самостоятельности различных групп населения и учет их мнений и потребностей при разработке планов и программ и в процессе мониторинга их осуществления, и часто оно находит отражение в политике в отношении подотчетности перед пострадавшим населением.

Участие населения является эффективным инструментом повышения качества государственных услуг и может способствовать расширению возможностей местного населения для участия в деятельности более инклюзивных институтов. Кроме того, важным аспектом учета проблематики конфликтов (и аспектов миростроительства) является осмысленное и целенаправленное взаимодействие с местным населением, с тем чтобы люди имели возможность влиять на то, какую помощь или услуги они получают, как

эти услуги оказываются и на их качество, и чтобы понимать, как люди воспринимают программы в области здравоохранения и взаимодействуют с ними в процессе разработки этих программ. Участие включает в себя конструктивное взаимодействие с группами населения, которые традиционно исключались из процессов принятия решений на различных уровнях, в том числе с молодежью и женщинами.

Справедливость и инклюзивность. ВОЗ определяет справедливость как отсутствие неправомерных, предотвратимых или устранимых различий между группами населения, определяемых социальными, экономическими, демографическими или географическими характеристиками или другими аспектами неравенства (например, по признаку пола, гендерной принадлежности, этнической принадлежности, инвалидности или сексуальной

ориентации), и справедливость в отношении здоровья считается достигнутой тогда, когда каждый может полностью раскрыть свой потенциал в плане здоровья и благополучия.

Инклюзивность означает, что участие различных групп населения имеет жизненно важное значение и должно быть значимым для всех. Речь идет о наиболее уязвимых и маргинализированных группах, таких как люди с ограниченными возможностями, женщины и девочки, а также молодежь. Равный доступ к медицинским услугам и их инклюзивность имеют жизненно важное значение для всеобщего охвата услугами здравоохранения и играют центральную роль в предотвращении конфликтов и поддержании мира. Общества, для которых характерен крайне неравный доступ к правам и услугам, гораздо более склонны к насильственному конфликту.

Руководящая роль национальных учреждений и инициативность на местном уровне. Программы, основанные на концепции «Здравоохранение в интересах мира», должны разрабатываться по инициативе и при активном участии национальных учреждений всех

уровней — от центральных органов государственной власти до местных учреждений — и осуществляться под их руководством, причем это касается всех аспектов разработки и осуществления программ — от определения приоритетов и урегулирования местных конфликтов до обеспечения взаимодействия между местным населением и органами государственного управления разных уровней. Это включает разработку программ при активном участии национальных и местных субъектов и принятие мер по оказанию государствам поддержки в виде обеспечения их техническими, людскими и финансовыми ресурсами, необходимыми для того, чтобы они могли полностью контролировать эту Инициативу и руководить ее реализацией в стране. В то время как руководящая роль национальных учреждений является одним из важнейших принципов этой Инициативы, столь же важна разработка программ на основе широкого участия (то есть с привлечением местного населения).

Как указано в 13-й Программе работы ВОЗ, «Организация принимает на себя обязательство на всех уровнях способствовать применению подходов к здравоохранению, ориентированных на обеспечение гендерного равенства и равноправия, а также на защиту прав человека. Речь идет о подходах, которые стимулируют участие, способствуют устойчивости и расширению прав и возможностей общин. ВОЗ серьезно относится к всестороннему учету гендерной проблематики, что подразумевает не только дезагрегирование данных по полу, но и учет гендерных аспектов при анализе потребностей и разработке программ.

В своей работе Организация будет отстаивать права инвалидов и маргинализированных или уязвимых групп населения (таких как мигранты, внутренне перемещенные лица и беженцы), а также выступать за свободу от дискриминации»

Медицинская этика и гуманитарные принципы. Кроме того, любые программы в области здравоохранения, а также поведение и обязанности медико-санитарного персонала должны соответствовать нормам

медицинской этики, и существующие рекомендации и стандарты ВОЗ в отношении медицинской этики остаются крайне важными (например, «Красная книга» ВОЗ).

Программы в области здравоохранения в условиях гуманитарного кризиса должны соответствовать принципам гуманизма, беспристрастности, нейтралитета и независимости, а также международным правовым стандартам.

Применение подхода к разработке программ в области здравоохранения с учетом проблематики конфликтов призвано обеспечить способность медико-санитарных работников (а также сотрудников учреждений, управляющих реализацией программ) работать беспристрастно (то есть исходя из потребностей и без какой-либо дискриминации) и непредвзято (то есть не отдавая непреднамеренного предпочтения одной группе за счет другой), поскольку они могут лучше разбираться в сложной динамике мира и конфликтов на местном уровне.

Решающее значение для успешного применения подхода к разработке программ, основанного на концепции «Здравоохранение в интересах мира» имеют сотрудничество и координация. Национальные правительства или министерства здравоохранения, другие учреждения ООН и негосударственные субъекты могут сыграть ключевую роль в осуществлении Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира», в частности в применении на практике подхода к разработке программ, основанного на концепции «Здравоохранение в интересах мира», если они пожелают принять участие в осуществлении Инициативы и в зависимости от контекста.

Сотрудничество и координация особенно важны, учитывая, что ВОЗ работает в рамках своего мандата и пользуется определенными сравнительными преимуществами; и возможны ситуации, когда при разработке программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира» можно будет воспользоваться сравнительными

преимуществами других учреждений ООН или негосударственных субъектов, обладающих знаниями и опытом в областях, специфичных для разработки программ с учетом аспектов миростроительства.

Национальные органы власти могут иметь разные предпочтения в отношении масштабов и содержания программ, разрабатываемых на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира», и в разных условиях возможны разные формы сотрудничества. Кроме того, учет проблематики конфликтов на основе концепции

«Здравоохранение в интересах мира» означает, что в одних условиях ВОЗ может играть определенную роль в оказании содействия или разрабатывать определенные программы, а в других — нет.

Тем не менее, хотя невозможно точно предписать, какую роль должен играть каждый из участников на страновом уровне и эти роли не могут быть одинаковыми в разных условиях, для того, чтобы получить более четкое представление о том, как разработка программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира» может выглядеть на практике, в настоящем разделе описаны различные типы ролей, которые могут играть участники Инициативы, если они решат участвовать в ней. Этот список не является исчерпывающим или предписывающим в том смысле, что организации могут играть различные роли в зависимости от контекста и предпочтений различных заинтересованных сторон, начиная с национальных органов власти и странового бюро ВОЗ.

Группа сотрудников Секретариата ВОЗ в штаб-квартире, координирующая работу в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира», будет работать в тесном сотрудничестве с региональными бюро и будет играть ведущую роль в глобальных исследованиях и оценке/обучении; в глобальной информационно-разъяснительной работе и повышении осведомленности в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира»; в разработке Рамочной программы действий по реализации Инициативы

«Глобальное здравоохранение в интересах мира» на страновом уровне; в обеспечении техническими ресурсами, в том числе учебными материалами и материалами по вопросам наращивания потенциала, а также в оказании специализированной технической помощи региональным или страновым бюро; в повсеместной интеграции концепции «Здравоохранение в интересах мира» во все программы и проекты ВОЗ — все это означает, что эта группа сотрудников будет оказывать техническую поддержку на всех уровнях организационной структуры ВОЗ с целью систематического применения важнейших принципов, таких как учет проблематики конфликтов и, в соответствующих случаях, учет аспектов миростроительства при разработке и реализации программ, и способствовать налаживанию партнерских отношений на глобальном уровне.

Региональные бюро будут играть ключевую роль в содействии работе штаб-квартиры ВОЗ на глобальном уровне, определяя различные направления работы в рамках Инициативы с учетом регионального контекста. Они также могут сыграть ведущую роль в разработке планов действий по реализации Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» в своих регионах, работая в тесном сотрудничестве с государствами-членами и страновыми бюро ВОЗ.

Работа по интеграции подхода, предусматривающего учет проблематики конфликтов, во все программы, разработка, реализация, мониторинг и оценка результатов реализации программ в области здравоохранения с учетом аспектов миростроительства — все это будет осуществляться на страновом уровне, и каждая страна будет самостоятельно принимать решение об участии в разработке таких программ. Конкретные функции, выполняемые на страновом уровне, будут зависеть от контекста, от того, какого рода учреждения будут участвовать в этой работе, от характера отношений сотрудничества

между ВОЗ и правительством каждой из стран, а также от предпочтений или приоритетов властей страны.

В некоторых случаях ведущую роль в разработке и осуществлении программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира» при поддержке страновых бюро ВОЗ и во взаимодействии с ними могут взять на себя министерства здравоохранения. В других ситуациях власти страны могут предпочесть ограничиться содействием работе странового бюро ВОЗ по разработке и реализации программ в области здравоохранения с учётом проблематики конфликтов и, если они сочтут это необходимым, программ, учитывающих аспекты миростроительства.

Министерства здравоохранения будут играть ключевую роль в разработке планов действий на страновом или региональном уровне, если они сочтут это необходимым, смогут воспользоваться помощью региональных и страновых бюро ВОЗ. В этих планах действий могут быть установлены приоритетные задачи, последовательность действий и потребности в ресурсах для осуществления Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира», а также четко определены функции и обязанности каждого из участников в стране/регионе. Если министерства здравоохранения не видят необходимости в Инициативе в их контексте, они могут принять решение не участвовать в ней.

По запросу министерства здравоохранения страновые бюро ВОЗ готовы оказать техническую и иную поддержку или взять на себя ведущую роль в процессе повсеместной интеграции концепции «Здравоохранение в интересах мира». Страновые бюро ВОЗ могут также играть ключевую роль в разработке планов действий на страновом или региональном уровне в сотрудничестве с национальными органами власти и региональными бюро ВОЗ.

Другие учреждения ООН и негосударственные субъекты могут решить сотрудничать с ВОЗ или координировать с ней действия в

процессе разработки программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира», путем налаживания партнерских отношений.

Взаимодействие с общесистемными механизмами координации, действующими на страновом уровне (например, со страновыми группами по гуманитарным вопросам, страновыми группами ООН, отделом координатора-резидента и/или миссией ООН), национальными органами власти и платформами ОГО имеет решающее значение для обеспечения эффективного сотрудничества и/или координации с различными заинтересованными сторонами в гуманитарной сфере, в области развития и укрепления мира. В контексте гуманитарных операций для обеспечения взаимодополняемости с планами гуманитарного реагирования необходимо будет тесное взаимодействие с системой кластеров (в первую очередь с кластером здравоохранения).

На уровне реализации программ работники здравоохранения (в том числе местные медико-санитарные работники), участвующие в разработке и реализации программ на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира», не должны выполнять обязанности, выходящие за рамки их существующих полномочий, и программы в рамках Инициативы «Здравоохранение в интересах мира» всегда должны соответствовать нормам медицинской этики.

Работники здравоохранения не должны выполнять функции миротворцев или посредников в установлении мира в рамках Инициативы. Цель концепции «Здравоохранение в интересах мира» заключается в содействии достижению результатов в области миростроительства на уровне разработки программ или политики; это означает, что медицинская деятельность лишь косвенно должна способствовать достижению таких результатов (например, путем обеспечения справедливого доступа к услугам здравоохранения).

В рамках программ, разрабатываемых и реализуемых на основе концепции «Здравоохранение в интересах мира», наряду с медицинской

деятельностью в большинстве случаев будут проводиться дополнительные мероприятия в зависимости от местных условий и потребностей (например, диалог по вопросам инклюзивности медико-санитарных услуг; обучение местных медико-санитарных работников, представляющих разные стороны конфликта, или мероприятия по предотвращению насилия в рамках программ ПЗПСП). Такие мероприятия должны проводиться в основном силами специализированного и квалифицированного персонала учреждений, участвующих в реализации проектов (это могут быть сотрудники медицинского учреждения / учреждения общественного здравоохранения или другой организации-партнера, обладающей опытом проведения таких мероприятий; главное, чтобы они обладали необходимыми для этого способностями и квалификацией). Главное, что требуется от работников здравоохранения

(как и от сотрудников любых других учреждений, участвующих в проектах) в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» — это уметь работать в сложных условиях, в которых необходимо учитывать динамику конфликтов и их мирного урегулирования.

Перечисленные выше приоритеты установлены прежде всего для того, чтобы обеспечить повсеместную интеграцию концепции «Здравоохранение в интересах мира» в программы на страновом уровне и политику и/или руководящие документы ВОЗ на глобальном уровне в соответствии с направлением работы No5 в рамках Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира».

Цели и мероприятия, указанные в Инициативе, имеют отношение главным образом к обязанностям и работе Секретариата ВОЗ на глобальном уровне / уровне штаб-квартиры, который работает в тесном сотрудничестве с региональными и страновыми бюро. Однако Секретариат будет взаимодействовать с национальными

министерствами здравоохранения, а также с другими учреждениями ООН и негосударственными субъектами, которые готовы внести свой вклад в реализацию Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира».

Практическая реализация Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» на страновом уровне будет рассмотрена в ином будущем документе («Программа действий по реализации Инициативы «Глобальное здравоохранение в интересах мира» на страновом уровне»), который будет основан на Дорожной карте и который государства-члены смогут адаптировать к своим условиям при разработке национальных планов действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение последнего десятилетия вопросам качества оказания медицинских услуг в России уделяется особое внимание. Повышение эффективности здравоохранения во многом определено качеством государственного управления данной сферой. Именно государство, являясь гарантом социальной защиты населения, принимает на себя обязательства и обязанности по охране здоровья.

Несмотря на единство основных задач, стоящих перед органами управления здравоохранением в разных странах и направленных на сдерживание расходов на медицинские услуги и поиск новых подходов к улучшению здоровья населения, выбор конкретных стратегий в значительной степени обусловлен национальными условиями, среди которых доминируют ситуация со здоровьем населения, финансовые возможности государства и активность общества, степень развития рыночных отношений.

Стратегии, реализуемые сегодня в мире, можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня, направленные на сохранения здоровья в целом и стратегии, обусловленные модернизацией самой системы здравоохранения (внутриотраслевые) и связанные с изменением механизмов финансирования, управления и подходов к лечению пациентов. При этом все эти стратегии преследуют цель повышения эффективности системы здравоохранения как средства улучшения состояния здоровья населения.

Среди стратегий общегосударственного уровня особое место занимает стратегия учета интересов здоровья населения в деятельности всех секторов экономики и социальной сферы, направленная на усиление их взаимодействия с государством в целях реализации ключевой социальной задачи государства – охраны здоровья.

Среди стратегий развития здравоохранения внутриведомственного плана наиболее перспективной, стоящей вне конкуренции с другими подходами по-прежнему остается укрепление первичной медицинской помощи как на основе развития семейной практики, так и формирования лечебно-диагностических центров.

Все более широкое распространение в мире получает стратегия увеличения доли частного сектора в оказании стационарной помощи, который становится достойным конкурентом государственным больницам. В области организации лечебно-диагностического процесса разрабатывается и внедряется «программа ведения болезней», предусматривающая оказание медицинской помощи в учреждениях разного уровня, в наибольшей степени соответствующих состоянию больного и интересам здравоохранения.

Стратегия ВОЗ, провозгласившая «развитие помощи, ориентированной на человека», отличается сочетанием комплексного подхода к оказанию помощи и ее индивидуальной направленности, что обеспечивается необходимым набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, предоставляемых врачом первичного звена, или специально организуемых в других учреждениях. Функционирование здравоохранения в условиях рынка медицинских и страховых услуг способствовало введению «регулируемой конкуренции», с помощью которой органы управления здравоохранением осуществляют внедрение в деятельность учреждений здравоохранения нормативных и регламентирующих инструментов (стандартов, систем управления качеством и пр.).

Проведенное исследование показало, что государственное управление в сфере здравоохранения, как основа развития национальной системы здравоохранения, пока сложно квалифицировать как эффективное, несмотря на значительный объем средств, направляемых в эту сферу.

Оценка зарубежного опыта показала, что существуют три вида государственного управления системой здравоохранения:

1. Государственная система здравоохранения, которая финансируется преимущественно (до 90%) из бюджетных источников (Великобритания, Дания).

2. Страховая система здравоохранения, которая финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государств (Германия, Франция).

3. Частно-предпринимательская система здравоохранения, которая формируется за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населения (США).

С 2015 года произошли организационные изменения как в структуре управления здравоохранением, так и в системе организации медицинской помощи пациентам. Положено начало формированию трехуровневой системы здравоохранения.

Первый уровень — это первичная скорая и неотложная медицинская помощь и амбулаторно-поликлиническое обслуживание.

Второй уровень - специализированная медицинская помощь, включающая эндокринологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, гематологию, детские инфекционные отделения, травматологию, детскую и взрослую хирургии, психиатрию, наркологию, фтизиатрию, а также межмуниципальные сосудистые центры и отделения терапевтического профиля.

Третий уровень - высокотехнологичная медицинская помощь: сердечно-сосудистая хирургия, программный гемодиализ, онкологическая помощь и уход за ожоговыми больными.

В рамках данного исследования получены результаты, согласно которым можно говорить о наметившейся тенденции роста расходов на здравоохранение.

Совокупное увеличение по разделу «Здравоохранение» в бюджете Российской Федерации с 2018 года по 2021 год составило 936,6 млрд руб.

Пиком роста расходных обязательств является 2020 год, на который приходится пандемия COVID-19 и реализация мероприятий по борьбе с ней.

Удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП РФ составляет 5,3%, что является неблагоприятным показателем для государства в сопоставлении с другими странами.

2022 год для российской экономики характеризуется наличием очередных трудностей, вызванных специальной военной операцией, которая оказала свое влияние на здравоохранение страны в виде нарушения привычных цепочек поставок большинства импортных товаров, а именно медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных средств.

Бюджетная политика Республики Северная Осетия – Алания в сфере расходов традиционно была направлена на реализацию социально значимых и первоочередных направлений.

Существенной расходной статьей бюджета РСО – Алания традиционно остаются меры социальной поддержки разных категорий граждан: на социальную политику запланировано 12 557,2 млн рублей (29,3%), на образование 9 530,7 млн рублей (22,2%), на здравоохранение – 3 201,3 млн рублей (7,5%), на физическую культуру и спорт – 1 647,4 млн рублей (3,84%), что в общей сумме составляет 26 936,6 млн рублей (62,90 от всех расходов республиканского бюджета).

Максимальная величина расходов на здравоохранение в РСО – Алания приходится на 2020 год, что связано с реализацией мероприятий по борьбе с пандемией. Общий объем затрат республиканского бюджета на здравоохранение составил 6,5 млрд руб.

Сфера здравоохранения на территории РФ остается недофинансированной, что влечет за собой снижение качества

предоставляемых услуг. Это является свидетельством в пользу необходимости переработки системы финансирования здравоохранения, функционирующей в настоящее время, а также разработки мероприятий, обеспечивающих рост эффективности расходов.

В сфере здравоохранения представляются наиболее значимыми мероприятия и направления работы, которые способствуют максимально быстрому получению положительных результатов в первичном здравоохранении и преимущественно в амбулаторно поликлиническом его звене. Повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности работы, формирование у населения культуры здоровья, углубленная диспансеризация, формирование паспорта здоровья для каждого жителя страны названы одними из главнейших задач отрасли на ближайшие годы.

В настоящее время в России сформирована достаточно подробная законодательная база, которая регулирует основные вопросы развития здравоохранения. Это касается и законодательства по здравоохранению, и нормативно-правовых актов, которые регулируют другие сферы деятельности, но содержат положения, имеющие отношение к вопросам здоровья и здравоохранения.

Политика в области здравоохранения, очевидно, направлена на стабилизацию сложившейся системы, что на текущем этапе не предусматривает её существенных изменений. У политических сил отсутствует четкое видение другой модели здравоохранения, она не сформирована на политическом уровне.

Общие цели, выдвигаемые на политическом уровне, вполне соответствуют современным реалиям и мировой практике. Вместе с тем, в ряде случаев, выбор приоритетов, конкретные механизмы, которые применяются для этого, не обеспечивают наилучшее решение

поставленных задач. Поэтому отмечаются расхождения между целями и задачами и теми методами, которыми предлагается их достигать.

В этих условиях представляется целесообразным принять меры, которые бы максимально способствовали решению общих задач, стоящих перед российским здравоохранением, хотя вопрос о необходимости новой модели остается открытым.

В этом контексте следует подчеркнуть, что здравоохранительная политика выступает как важнейший детерминант развития современных систем здравоохранения. Для обеспечения здоровья граждан нужны целенаправленные усилия, а качество собственно политики, реализации политического цикла во многом определяют состояние и успехи развития системы здравоохранения. При этом государство по-прежнему рассматривается как лидер в вопросе формирования здравоохранительной политики.

Проблемы российской системы здравоохранения связаны, в том числе, с недооценкой её роли в развитии здравоохранения, что выражается в нарушении политического цикла и т. д.

Важно, что усиление социального неравенства в России ведет к необходимости осознанной стратегии интеграции в рамках рыночной экономики. Экономический рост и развитие непосредственно связываются с социальной справедливостью. В этих условиях система здравоохранения может выступить основой социального консенсуса и преодоления социальной разобщенности современного российского общества.

Очевидно, что государственные решения в системе здравоохранения должны приниматься на основе общественного договора населения (в т. ч. пациентских организаций, представляющих больных), медицинского сообщества (в перспективе саморегулируемого), предпринимателей и органов власти (представительной и исполнительной) с учетом мнения и прогнозов политологов и экономистов.

К сожалению, такой общественный договор в России пока не сформировался и решения в сфере здравоохранения носят либо вынужденный, либо спонтанный характер с последующим обоснованием уже принятых решений. В то же время наиболее правильный подход – это прогнозирование и социальное конструирование возможных социальных последствий принимаемых решений. Это тем более важно, поскольку предстоящие десятилетия будут проходить при интерференции различных новых и старых законов, резко усложняющих взаимоотношения общества и государственных институтов.

Необходимо открыто включить в обсуждение социальную составляющую здравоохранения, прежде всего неравенства в состоянии здоровья и доступа к системе здравоохранения, подчеркнуть важность подхода к охране здоровья как целостной системы с учетом широкого спектра факторов здоровья, в рамках которого отрасль оказания медицинских услуг (система здравоохранения) является лишь частью.

Исследования не оставляют повода для сомнений в том, что социально-экономические факторы являются мощными детерминантами здоровья. И поэтому реально проблема преодоления неравенства в состоянии здоровья находится во введении многих министерств и ведомств, которые не могут непосредственно предотвратить смертность и обеспечить здоровье, но могут воздействовать на лежащие в их основе причины.

В этом контексте представляются важными следующие направления деятельности:

- Разработка новой концепции развития системы здравоохранения с учетом реалий текущей ситуации, ресурсного обеспечения и перспективного видения её целей и задач.

Концепция должна содержать реальную оценку ситуации, сложившейся в отрасли, и на основе научного анализа предложить программу эффективных действий. Только так можно остановить

истощение «запасов прочности» здравоохранения и понизить градус напряжения в обществе.

Необходимо преодолеть узковедомственный подход, так как охрана здоровья требует межсекторных решений, не связанных напрямую с оказанием медицинской помощи населению. Главные из них: смягчение бедности и экономического неравенства, обеспечение доступности образования, адекватного жилья, занятости, улучшение условий труда, содействие выбору здорового образа жизни, наращиванию социального капитала.

Необходимо отметить, что концепция здравоохранения, в основе которой лежит межсекторный подход, соответствует статье 7 Конституции Российской Федерации, которая гласит, что «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

➤ Кодификация законов о здоровье и его охране.

Кодификация предусматривает деятельность, направленную на создание объединенного и упорядоченного свода законов, который бы заменял все предшествующие законодательные нормы, содержащиеся в российском законодательстве и содержание положения о здоровье и здравоохранении в систематической и усовершенствованной форме. При этом важно, что кодификация – это не просто механическое объединение законов, она связана с их упорядочением, что важно в настоящее время для российского законодательства об охране здоровья.

Разработка кодекса может способствовать систематизации и даже переоценке существующего законодательства. Однако важное условие для успеха такого начинания – четкий запрос политического уровня, определяющий контуры модели здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 04.10.2023 г.).

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (дата обращения 24.10.2023 г.).

3. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/ (дата обращения 24.10.2023 г.).

4. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения 24.10.2023 г.).

5. Федеральный закон «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» от 10.01.2002 № 2-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34825/ (дата обращения 24.10.2023 г.).

6. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 25.10.2023 г.).

7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Справочно-правовая система Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 04.10.2023 г.).

8. Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/3365> (дата обращения 24.10.2023 г.).

9. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 08.12.2023 г.).

10. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Официальный сайт Президента РФ. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения 24.10.2023).

11. Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/ (дата обращения 24.10.2023 г.).

12. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 года №1640 «Об утверждении государственной программы

Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/hJJb4XgcAxxhafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf> (дата обращения 23.11.2023 г.).

13. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «О Стратегии развития медицинской науки в РФ на период до 2025 г.» // Информационно – правовой портал Гарант.ру. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70192396/> (дата обращения 24.10.2023).

14. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р «Мероприятия «дорожной карты» направлены на структурные преобразования в здравоохранении, обеспечивающие повышение эффективности и качества предоставляемой населению медицинской помощи, а также установление механизмов зависимости уровня оплаты труда медицинских работников от объёма и качества предоставляемых населению бесплатных медицинских услуг» // Официальный сайт Правительства РФ. Режим доступа: <http://government.ru/docs/3393/> (дата обращения 08.12.2023 г.).

15. Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 24.11.2023 г.).

16. Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101282 (дата обращения 24.11.2022 г.).

17. Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов. Режим доступа:

<https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/09/main/2022-2024.pdf>. (дата обращения 20.11.2023 г.).

18. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб./Росстат. - М., 2021. – 171 с.

19. Мельков С.А. Государственное и муниципальное управление. Введение в специальность. Конспект лекций: Учебное пособие / С.А. Мельков, А.Н. Перенджиев, О.Н. Забузов. – Москва: КноРус, 2018. – 294 с.

20. Миронова С., Перова Ю., Цветкова В., Ястребова В. «Кремлевская медицина» (от истоков до наших дней), Москва, 1997 год.

21. Общественное здоровье и здравоохранение. Часть 2. Основные принципы организации здравоохранения: электронное учебное пособие для системы подготовки обучающихся по образовательным программам высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации (ординатуры). – 2-е изд.– Иваново, ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022. – 86 с.

22. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. – М: Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.

23. Столяров С. А. Менеджмент в здравоохранении: учебник / С. А. Столяров. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Юрайт, 2021. - 764 с.

24. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 44 с.

25. Алексеенко В.Ю. Проблемы и перспективы инновационного развития учреждений здравоохранения в современных условиях / В.Ю. Алексеенко // Современные вопросы экономики и управления: сборник научных трудов II Региональной научно-практической конференции; Самарский государственный аграрный университет. – Самара: СКинель, 2020. – С. 109-114.

26. Баева А.А. Проблемы регионального управления в системе здравоохранения / А.А. Баева // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. – 2017. – № 6. – С. 80-85.

27. Галстян Т.С. Развитие правового регулирования подготовки и контроля кадров в сфере здравоохранения в России / Т.С. Галстян // Синергия Наук. – 2020. – № 47. – С. 261-266.

28. Губайдуллина А.Р. Организация взаимодействия органов государственной власти в управлении здравоохранением: основные проблемы / А.Р. Губайдуллина // Наука через призму времени. – 2018. – № 1 (10). – С. 221-224.

29. Дашибылов С. В. Особенности финансирования здравоохранения в Российской Федерации / С. В. Дашибылов.// Молодой ученый. – 2020. – № 29 (319). – С. 218-222.

30. Перхов В.И., Люцко В.В. Макроэкономические расходы на здравоохранение в России и зарубежом. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2019, №2, с. 334-344.

31. Сергеева Н. М. Инвестиции в основной капитал как фактор развития здравоохранения и роста качества медицинских услуг// Вестник НГИЭИ. 2020. № 2 (105). С. 67-76.

32. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Научно-практический рецензируемый журнал. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. №4, 2019. С 4-19.

33. Фадеева Е.Ю. Перспективы стратегического развития здравоохранения в России / Е.Ю. Фадеева // Экономика и предпринимательство. – 2020. – № 4 (117). – С. 194-198.

34. Христенко Д.Н. Национальные системы здравоохранения в борьбе с пандемией коронавируса / Д.Н. Христенко, А.Л. Хохлов // Глобалистика-2020: Глобальные проблемы и будущее человечества.

Сборник статей Международного научного конгресса. – Москва, 2020. – С. 371-376.

35. Абулханова Г. А. Искусственный интеллект в медицине как инструмент повышения качества и инновационности медицинских услуг / Г. А. Абулханова, А. М. Зинатуллин // Научные исследования: фундаментальные и прикладные аспекты - 2021: сб. науч. тр. - Казань, 2021. - С. 33-36. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_45820697_10407540.pdf (дата обращения: 02.11.2023 г.).

36. Аксенова Е. И. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. Д. Хараз // Московская медицина. - 2021. - № 2. - С. 6-25. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46202503_75144479.pdf (дата обращения: 02.11.2023 г.).

37. Алеева В. Р. Направления развития регионального здравоохранения в современных условиях / В. Р. Алеева // Эффективное государственное и муниципальное управление как фактор социально-экономического развития территорий : сб. науч. ст. II Всерос. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов, молодых ученых (Севастополь, 20 апр. 2021 г.). - Севастополь, 2021. - С. 3-5. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46163369_66457040.pdf (дата обращения: 02.10.2023 г.).

38. Александрова О. А. Экспертные оценки проблем профессиональной подготовки врачей / О. А. Александрова, А. В. Ярашева // Здоровье мегаполиса. - 2020. - Т. 1, № 1. - С. 31-37. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44621034_91614358.pdf (дата обращения: 02.11.2023 г.).

39. Алсынбаева Э. М. Проблемы оказания платных медицинских услуг государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения / Э. М. Алсынбаева, А. М. Задина // Международный

журнал гуманитарных и естественных наук. - 2020. - № 11. - С. 9-12. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44391078_35762612.pdf (дата обращения: 02.11.2023 г.).

40. Бегун, Т. В. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении / Т. В. Бегун, Д. Н. Бегун. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — № 22 (156). — С. 416-418. — URL: <https://moluch.ru/archive/156/44144/> (дата обращения: 08.12.2023 г.).

41. Бескаравайная Т. СК привел новые данные о количестве обвиняемых в ятрогенных преступлениях медработников. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/SK-privel-novye-dannye-o-kolichestve-obvinyaemyh-v-yatrogennyh-prestupleniyah-medrabotnikov.html> (дата обращения 08.12.2023 г.).

42. Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2016. Том 6. № 1 Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aptekarskiy-prikaz-istoriya-sozdaniya-i-razvitiya> (дата обращения 26.11.2023 г.).

43. Глянцев С.П., Сточик А.А. Академия медицинских наук СССР: на пороге создания (апрель-июнь 1944 г.) <https://cyberleninka.ru/article/n/akademiya-meditsinskih-nauk-sssr-na-poroge-sozdaniya-aprel-iyun-1944-g> (дата обращения 26.11.2023 г.).

44. Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. Режим доступа: <http://government.ru/news/35168/> (дата обращения 25.10.2023 г.).

45. Информация об исполнении федерального бюджета. Официальный сайт Министерства финансов РФ. – Режим доступа: https://minfin.gov.ru/ru/document?id_4=80042-informatsiya_ob_ispolnenii_federalnogo_byudzheta(дата обращения 05.12.2023 г.).

46. Информация по федеральному бюджету, утвержденному на 2022 год и плановый период. – Режим доступа:

https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2022/03/main/Budget_2022_razvorot_web.pdf (дата обращения 05.12.2023 г.).

47. Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов. Информация официального сайта Федерального казначейства: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannyj-byudzhets/> (дата обращения 20.11.2023 г.).

48. Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России // Вестник ВШОУЗ, Том 7, № 4 (26), 2021. Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/dinamika-osnovnykh-pokazateley-raboty-bolnichnogo-sektora-sistemy-zdravookhraneniya-rossii/> (дата обращения 08.12.2023 г.).

49. Левашкина, Н. Ю. Особенности государственного управления в области здравоохранения / Н. Ю. Левашкина. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 47 (389). — С. 100-102. — URL: <https://moluch.ru/archive/389/85682/> (дата обращения: 27.11.2023 г.).

50. Министерства финансов РСО-Алания. Режим доступа: http://minfin.alania.gov.ru/sites/minfin/files/media/pages/files/2019-03/BYUDZHET_DLYA_GRAZHDAN_2019.pdf (дата обращения 24.11.2023г.).

51. Моссиалос Э. Обзор глобальных тенденций в развитии здравоохранения. Часть 1. Проблемы глобального здравоохранения. Ветник Высшей школы организации и управления здравоохранением. - № 2. – 2019. Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/obzor-globalnykh-tendentsiy-v-razvitii-zdravookhraneniya/> (дата обращения 10.10.2023 г.).

52. Национальный проект «Здравоохранение». Режим доступа: <https://strategy24.ru/rf/health/projects/natsionalnyy-proekt-zdravookhranenie> (дата обращения 08.12.2023 г.).

53. Новоселов С.В. Теоретические аспекты развития системы здравоохранения // Современные научные исследования и инновации.

2022. № 1. Режим доступа: <https://web.snauka.ru/issues/2022/01/97536> (дата обращения: 27.11.2023г.).

54. Нурлыбаев А.М. Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность. Режим доступа: <https://global.hse.ru/data/2014/08/03/1314322000/%D0%9D%D1%83%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BE%D0%B8%D0%B2%D0%B5.pdf> (дата обращения 26.12.2022 г.).

55. О производстве и использовании валового внутреннего продукта (ВВП) за 2020 год Режим доступа: https://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/lssWWW.exe/Stg/d02/18.htm. (дата обращения 20.11.2023 г.).

56. Основные принципы управления в системе здравоохранения Российской Федерации, медицинских организациях и их структурных подразделениях. Режим доступа: <https://ivgma.ru/attachments/49414> (дата обращения 09.12.2023 г.).

57. Оценки РБК Исследования рынков, данные по приросту в 2022 году приведены по сравнению с аналогичным периодом 2021 года. Режим доступа: <https://marketing.rbc.ru/articles/13627/> (дата обращения 20.11.2023 г.).

58. Подготовка аптечных работников в XVIII веке. Режим доступа <https://con-pharm.ru/articles/razvlekatelno-poznavatelnoe/podgotovka-aptechnykh-rabotnikov-v-khviii-veke/> (дата обращения 26.11.2023 г.).

59. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение / Гуманитарный портал: Исследования // Центр гуманитарных технологий, 2006–2022 (последняя редакция: 18.11.2022). URL: <https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure>. (дата обращения 09.12.2023 г.).

60. Скодило, В. К. Понятие и содержание государственного управления в области здравоохранения / В. К. Скодило. — Текст :

непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 50 (392). — С. 331-333. — URL: <https://moluch.ru/archive/392/86782/> (дата обращения: 09.12.2023 г.).

61. Страны. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения на русском языке. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/countries> (дата обращения 20.10.2023 г.).

62. Тынгишева, А. М. Сущность и инструменты государственного управления системой здравоохранения / А. М. Тынгишева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 49 (287). — С. 133-136. — Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/287/64698/> (дата обращения: 27.09.2023 г.).

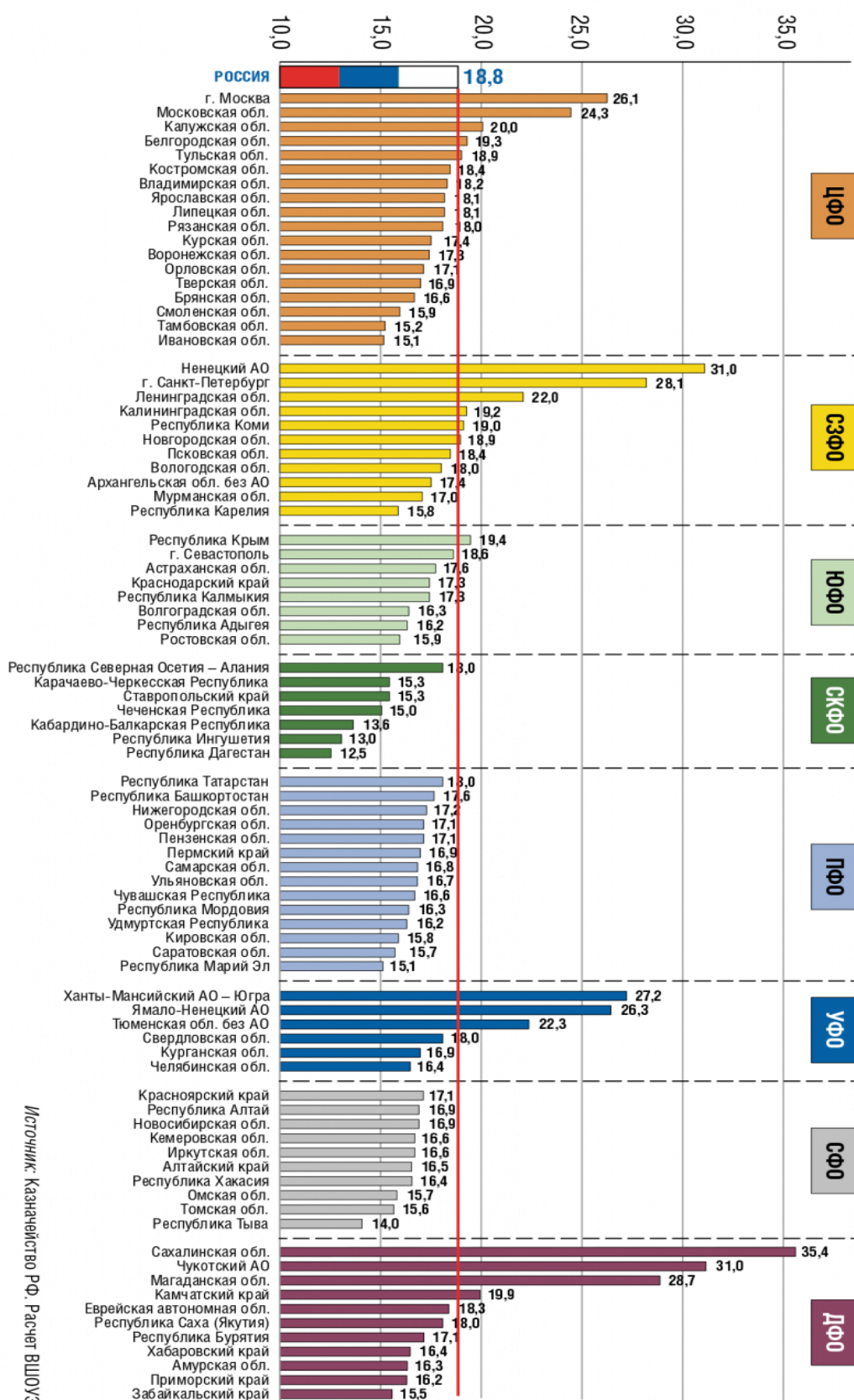
63. Фармзавод в РСО-Алания планируют ввести в эксплуатацию в конце 2023 года. Режим доступа: <https://kavkaz.rbc.ru/kavkaz/freenews/62f50c8c9a7947e154889f2a> (дата обращения 15.11.2023 г.).

64. Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Разделение компетенций между государственной властью и местным самоуправлением в сфере здравоохранения // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2020. — № 5. — С. 10-15. Режим доступа: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1137> (дата обращения: 09.12.2023 г.).

65. Шелигова А. Анализ государственного регулирования в сфере здравоохранения / А. Шелигова, В. Наумик // Мировой опыт и экономика регионов России: материалы XVIII Всерос. студ. науч. конф. с междунар. участием (Курск, 15 мая 2020 г.). - Курск, 2020. - С. 406-410. Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42972135_16694466.pdf (дата обращения: 05.10.2023 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Подушевые расходы субъектов РФ в 2019 г. за счет средств ОМС и средств консолидированных бюджетов субъектов РФ



Источник: Казначейство РФ. Расчет ВШОУЗ.

Учебное издание

**Кантемирова Мира Аслангериевна
Беркаева Альбина Константиновна
Натапова Наталья Валерьевна
Ачабаева Айшат Борисовна
Архестова Диана Руслановна
Караева Альбина Маирбековна
Моргоева Аза Георгиевна
Кутешат Султан Абдулла Ибрагим
Узденова Залина Мухтаровна**

**УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Коллективная монография

Подписано в печать 28.12.2023г. Формат 60x90/16.

Печать: цифровая. Гарнитура: Arial

Усл. печ. л. 10,20. Тираж 500. Заказ 1998



**Отпечатано в редакционно-издательском отделе
НАУЧНО-ИЗДАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА «АЭТЕРНА»**

450076, г. Уфа, ул. Пушкина 120

<https://aeterna-ufa.ru>

info@aeterna-ufa.ru

+7 (347) 266 60 68