ВВЕДЕНИЕ

Особенности функционирования учреждения здравоохранения обуславливаются, прежде всего, состоянием современной системы здравоохранения как индустрии, сектора экономики в рамках общенациональной экономической системы. При проведении экономической оценки необходимо осознавать, что эта сфера деятельности имеет исключительную особенность: эффективная работа учреждений здравоохранения находит свое отражение не только в самой системе здравоохранения, но в других сферах народного хозяйства. Общество несёт не только социальные, но и прямые экономические потери от заболеваний и преждевременной смертности трудоспособного населения. Данная особенность предопределяет стремление социально ориентированных государств, общественных объединений и частных лиц в рамках макроэкономической корпорации осуществлять инвестиции в развитие здравоохранения. В настоящее время в России на различных уровнях реализуется ряд целевых программ по приоритетным направлениям развития здравоохранения.

В этой связи рассматриваются особенности функционирования учреждений здравоохранения как субъекта экономических отношений в условиях становления в России цивилизованного рынка, проблемы социальной ответственности и экономической целесообразности в поведении учреждения здравоохранения, которое заключается в рациональном использовании ограниченных ресурсов для производства медицинских услуг с целью охраны здоровья населения. В данном контексте, особое значение приобретает вопрос перехода от административного к преимущественно экономическому механизму управления учреждениями здравоохранения. Последний представляет собой взаимодействие между всеми участниками лечебно-хозяйственного процесса на основе интеграции структур управления, эффективного использования собственности, поддержания соответствия объёма реализации медицинских услуг объёму финансовых ресурсов, правового, методического, информационного обеспечения систем управления, непрерывного образования персонала. Он включает в себя применение финансовых, кредитно-денежных рычагов, прогнозирование и программирование деятельности медицинских учреждений, использование результатов экономического анализа эффективности в целях повышения эффективности деятельности ЛПУ.

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности.В ходе проводимой реформы, современная система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для реформы здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения.

Несмотря на это, функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями: снижением качества медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли. Кроме того, на состояние системы здравоохранения оказывает влияние отсутствие четкой и последовательной, должным образом подкрепленной в правовом, организационном и финансовом отношении государственной политики в области охраны здоровья граждан, в то время как от правильно определенных направлений здравоохранительной политики и результатов работы органов государственного управления зависит эффективность системы здравоохранения в целом, а, следовательно, здоровье всего многонационального народа России. Правовое обеспечение отстает от развития общественных отношений, складывающихся в области здравоохранения. Более того, несовершенное законодательство в ряде случаев сдерживает позитивные процессы в рассматриваемой отрасли.

Проблемы, возникающие в отрасли здравоохранения, должны быть урегулированы соответствующими органами управления. Однако национальная система управления здравоохранением в настоящее время находится в критическом состоянии, а ее деятельность - одна из самых наболевших проблем российского государства. Длительный период в стране не были определены приоритетные цели в области здравоохранения, стала разрушаться система профилактической медицины, а важнейшие преобразования в отрасли здравоохранения осуществляются без консультаций со специалистами. Таким образом, объективные социально-экономические и политические причины пока не позволили создать систему управления, которая бы обеспечивала стабильное и полноценное развитие здравоохранения в России.

I. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

1.1 Теоретические особенности сферы здравоохранения

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера. Целями здравоохранения являются сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

) доступность медико-социальной помощи;

) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

В РФ охрана здоровья населения обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Органами управления на федеральном уровне является:

. Федеральное Собрание Российской Федерации;

. Президент Российской Федерации;

. Правительство Российской Федерации;

. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

На уровне субъекта Российской Федерации - орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. На муниципальном уровне - орган управления здравоохранением муниципального образования.

В настоящие время система здравоохранения в РФ базируется на обязательном медицинском страховании. Обязательное медицинское страхование является своеобразной разновидностью государственного социального страхования: оно гарантирует равные возможности предоставления минимального объёма медицинской помощи неограниченному кругу лиц - все работающие граждане получают полисы ОМС через работодателя, а неработающие - через орган исполнительной власти.

В дополнение к обязательной (государственной) системе медицинского страхования действует дополнительная система добровольного медицинского страхования. Функционирует она на коммерческих принципах, на которых построены страховые тарифы.

1.2 Нормативно-правовая база, регулирующая государственное воздействие на сферу здравоохранение в РФ

Система действующего в настоящее время российского законодательства о здравоохранении включает в себя следующие нормативные правовые документы:

) Конституция РФ является основным законом нашей страны. Поэтому среди нормативных правовых актов, регулирующих охрану здоровья, она занимает особое главенствующее положение. В области охраны здоровья Конституция исходит из положений «Всеобщей декларации прав человека» Генеральной Ассамблеи ООН, «Конвенции о защите основных прав человека и основных свобод», «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» и др.

Основной закон страны в соответствии с нормами международного права включает в обязанность государства охрану труда и здоровья людей (ст.7, ч.1). Пункт 2 ст. 41 Конституции РФ устанавливает право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь.

) Федеральный закон «Закон об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 №323-ФЗ.

Закон является базовым нормативным актом, определяющим взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан России. В частности, в них определены основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации права граждан на охрану здоровья; организационные начала государственного, муниципального и частного здравоохранения, решаются вопросы его финансирования; содержится раздел о правах граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, медицинской экспертизы; выделены разделы о правовой и социальной защите медицинских и фармацевтических работников, об ответственности за причинение вреда здоровью граждан, за сохранение врачебной тайны и т. д.

) Федеральный закон от 28 июня 1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» с принятием которого с 1 января 1993 г. была введена система страховой медицины как формы социальной защиты граждан РФ. Благодаря этому Закону здравоохранение как система получило один из основных источников финансирования (помимо бюджетов всех уровней) - средства обязательного и добровольного медицинского страхования. Он определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения, которое, согласно ст. 1, обязано гарантировать гражданам в случае необходимости получение медицинской помощи, включая и профилактическую, за счет накопленных средств.

) Федеральный закон от 30 марта 1999 г. «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения» регулирующий правоотношения по осуществлению государственного (ведомственного) санитарного - эпидемиологического надзора; организации госсанэпидслужбы; предусматривает ответственность за нарушение санитарного законодательства.

) Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», до введения которого Россия не имела законодательных актов в сфере обращения лекарственных средств, устанавливает приоритет государственного регулирования в вопросах контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, систему государственных органов контроля, а также правовые нормы по возмещению вреда здоровью, нанесенного гражданину в связи с применением ненадлежащих лекарственных средств.

) Федеральный закон от 08 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах» закрепивший на уровне правовых норм обязательство нашего государства по исполнению международных актов (конвенций) по наркотикам и создавший предпосылки для получения финансовой помощи ООН на противодействие незаконному обороту наркотиков

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

) Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38- ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ- инфекции)» предусмотрел в ст.4 гарантии государства по нераспространению среди населения одного из самых опасных заболеваний. Обеспечение осуществления указанных гарантий Закон возложил непосредственно на органы исполнительной власти и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

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

) Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 г. "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь. А также постановление предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно.

) Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений"

) Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Обзор основных Федеральных законов, принятых в области здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время очень неоднородна по своему составу, что обусловлено спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, а также уровнем законодательной разработанности этой области. При этом любой нормативный акт в сфере здравоохранения не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу обособленно от других. Следовательно, возникает необходимость объединения нормативных актов, посвященным вопросам охраны здоровья граждан, в единый законодательный комплекс, например, путем принятия «Кодекса законов об охране здоровья населения».

## 1.3 Современное состояние сферы здравоохранения в РФ

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой. По настоящее время демографическая ситуация пока еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Однако темпы уменьшения численности населения в последние годы существенно снизились. Снижение темпов сокращения численности населения обеспечено главным образом увеличением рождаемости и снижением смертности. В 2010 году родились 1762 тыс. детей, что на 50 тысяч больше чем в предыдущем. Коэффициент смертности (на 1000 населения) в 2010 году по сравнению с предыдущего годом существенно не изменялся.

Но ситуация с демографией по-прежнему вызывает опасение: если в нашей стране за одну минуту рождается три человека и умирает четыре, то в Китае за ту же минуту рождается 38, умирает 16, в США, соответственно, 8 и 4, в Африке 8 и 3. В Индии в минуту фиксируется 48 рождений и 17 смертей, в Пакистане - 10 и 3. Правда, в Европе и Японии прирост населения нулевой: рождается столько же, сколько и умирает.

После распада СССР здоровье населения России стремительно ухудшается. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 200 млн. различных заболеваний; основными из них являются болезни органов дыхания (26%), болезни системы кровообращения (14%), органов пищеварения (8%). В последние годы в результате активной политики государства наметилась устойчивая тенденция к снижению осложнений и смертности от социально значимых заболеваний. Так, в 2010 году по сравнению с 2009 годом, смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 4,7%; от болезней органов дыхания - на 12%; от внешних причин смерти - на 10,3%, в том числе от случайных отравлений алкоголем - на 19,7%, от транспортных травм - на 6,3%.

Исходя из данных о количестве населения России в 2010г. - 142млн. человек - в табл. 1 приведены абсолютные показатели заболеваемости социально опасными заболеваниями.

Таблица 1

Социально значимые заболевания населения России в 2010 г

|  |  |
| --- | --- |
| Социально значимые заболевания | Абсолютные показатели, чел. |
| Туберкулез | 289015 |
| ВИЧ-инфекция | 41549 |
| Злокачественные новообразования | 475432 |
| Психические расстройства | 92253 |
| Алкогольные психозы, хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания | 221822 |
| Венерические заболевания | 93136 |
| Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 12945113 |
| Отравление лекарственными средствами | 105550 |
| сложнения хирургических и терапевтических вмешательств | 20240 |

Показатели здоровья населения в целом отрицательно сказываются на ожидаемой продолжительности жизни. Рисунок 1 отражает продолжительность жизни мужчин и женщин в РСФСР и РФ.



Рис. 1 Продолжительность жизни в РСФСР и РФ

По средней продолжительности жизни мужчин - 62 лет - Россия занимает 134-е место в мире, по тому же показателю у женщин - 74 лет - 100-е.

Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья населения также можно выделить алкоголь, насилие в обществе, дорожно-транспортные происшествия, плохая экологическая обстановка, несчастные случаи, самоубийства, отравления.

Таким образом, на сегодня показатели здоровья населения России достигли катастрофического уровня, и за последние 5 лет их резко отрицательная динамика сохраняется (за исключением некоторой стабилизации показателей здоровья матери и ребенка). В сложившейся ситуации в первую очередь требуется, чтобы главным приоритетом государственной политики в области здравоохранения стало сокращение тех видов заболеваний, которые дают наиболее высокие показатели инвалидности и смертности населения, а также заболеваний, имеющих особую социальную значимость в связи с кризисной демографической ситуацией в стране. Это, прежде всего, болезни, угрожающие репродуктивному здоровью и состоянию здоровья матерей и новорожденных; социально значимые заболевания, представляющие особую угрозу для здоровья нации в целом: СПИД/ВИЧ, алкоголизм и наркомания.

Главной целью развития здравоохранения в России является преодоление депопуляции населения путем стабилизации и снижения показателей смертности граждан от наиболее значимых видов заболеваний и рисков.

сестринский дело здравоохранение финансы

II. Формы и методы воздействия государственных финансов на здравоохранение в РФ

Государственное финансовое воздействие на экономику - это одна из форм участия государства в экономике, состоящая в его воздействии на распределение ресурсов и доходов, на уровень, темпы развития и благосостояние населения страны. Это воздействие, направленное на предотвращение развития возможных или устранение имеющихся диспропорций, обеспечение развития передовых технологий и социальной стабильности, путем концентрации финансовых ресурсов в одних сегментах рынка и ограничения роста объема финансовых ресурсов в других.

Все формы государственного регулирования, несмотря на их определенное разнообразие, как показывает анализ мирового экономического опыта, можно разбить на следующие группы:

· экономическое регулирование(прямое и косвенное)

· административное регулирование

К административным методам относится разнообразные меры, которые основываются не на экономических интересах и реализующих их стимулах, а опираются на «силу» приказа. Такие как: лицензирование, стандартизация, сертификация субъектов и аттестации специалистов; контроль новых технологий, медицинских манипуляций; разработка и установление стандартов качества по отдельным направлениям, контроль за их соблюдением; разработка, внедрение и контроль санитарных правил, норм и нормативов; другие.

К прямому экономическому регулированию относят многообразные формы безвозвратного целевого финансирования: субвенции, субсидии, дотации, пособия

К косвенным формам экономического регулирования сферы здравоохранения можно отнести налоговую политику.

С 2010 года отменён единый социальный налог, вместо него нынешние плательщики налога уплачивают страховые взносы в ПФР, ФСС, федеральный и территориальные ФОМС, согласно закону № 212-ФЗ от 24.07.2009

Таким образом, государство, используя различные финансовые формы и методы, призвано решить одну из важнейших задач - обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами системы здравоохранения.

Методы государственного финансового управления в здравоохранении многообразны. Основными из них являются: ценообразование, субсидирование, страхование, финансирование.

Контроль цен на лекарственные средства осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 ноября 2001 года №782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» (далее Положение №782).Согласно данному документу государство регулирует цены на лекарственные средства, которые включены в перечень важнейших и жизненно необходимых лекарственных средств. Государственной регистрации подлежат цены на лекарственные средства как отечественного, так и импортного производства. Государственное регулирование цен на лекарственные средства осуществляется путем государственной регистрации предельных отпускных цен российских и иностранных организаций-производителей на лекарственные средства и установления предельных оптовых и предельных розничных надбавок к ценам на эти лекарственные средства.

Субсидия - пособие в денежной или натуральной форме, предоставляемое из средств государственного бюджета, местных бюджетов или из специальных фондов физическим и юридическим лицам, местным органам, другим государствам. Адресные субсидии в виде непосредственно предоставляемых средств называют прямыми, тогда как установление налоговых или других льгот именуют косвенными субсидиями.

В 2010 году Правительство РФ определило следующий перечень субсидий:

) на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации по профилю: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология (экстракорпоральное оплодотворение), комбустиология, нейрохирургия, онкология, офтальмология, педиатрия, сердечно сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, трансплантация. В общем объеме 4000000 тыс. руб.

) на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)

3)федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям субсидий федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям, оказывающим в соответствии с законодательством Российской Федерации услуги по протезированию инвалидам, а также лицам, не имеющим группы инвалидности, но по медицинским показаниям нуждающимся в протезно-ортопедических изделиях.

) отдельным общественным организациям, уставная деятельность которых направлена на решение социальных проблем, и некоммерческим объединениям, созданным и действующим в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей (далее - получатели субсидий). В общем объеме 774 293,3 (тыс. руб.)

В настоящее время модель финансового обеспечения здравоохранения включает бюджетные ресурсы, ресурсы фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), фондов медицинских страховых организаций и другие источники (рис. 2).

Расходы на здравоохранение осуществляются из всех звеньев бюджетной системы. Предоставление бюджетных средств на здравоохранение осуществляется в следующих формах:

1. Ассигнований на содержание ЛПУ;

2. Трансферты населению для финансирования льготного лекарственного обеспечения, протезирования, других социальных выплат и компенсаций в области охраны здоровья населения, установленных законодательством РФ;

. Платежей на ОМС неработающего населения.



Рис.2 Структурная схема финансирования здравоохранения Российской Федерации

Расходы на здравоохранение по своему экономическому содержанию объединяются в три основные группы:

§ расходы на лечебно-профилактические учреждения и мероприятия;

§ санитарно-профилактические учреждения и мероприятия;

§ прочие учреждения и мероприятия.

Основная доля финансовых ресурсов здравоохранения направляется на содержание лечебно-профилактических учреждений, к которым относятся больницы, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, станции скорой помощи, дома ребенка, санатории, детские ясли и некоторые другие учреждения. К санитарно-профилактическим учреждениям относятся санитарно-эпидемиологические станции, дезинфекционные станции, дома санитарного просвещения. К третьей группе учреждений относятся бюро судебно-медицинской экспертизы и некоторые другие учреждения.

В 2012г. продолжается реализация приоритетного национального проекта "Здоровье", направленного на повышение доступности и качества медицинской помощи, прежде всего, в первичном звене здравоохранения, усиление профилактической направленности здравоохранения. Средства, выделяемые из федерального бюджета на его реализацию (включая межбюджетные трансферты) составят в 2009-2011 годах 286,2 млрд. руб.

III. Страхование

В настоящие время система здравоохранения в РФ базируется на обязательном медицинском страховании. Обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социального страхования. В основе системы обязательного медицинского страхования лежат следующие экономические и правовые принципы:

1. Обязательное медицинское страхование распространяется на всех граждан страны независимо от возраста, пола, состояния здоровья, места жительства и доходов. Все граждане страны имеют право на получение бесплатных медицинских услуг включенных в программу обязательного медицинского страхования.

2. Программа обязательного медицинского страхования финансируется государством.

. Страховые взносы перечисляются на всех граждан, однако использование перечисленных ресурсов осуществляется только при обращении за медицинской помощью - принцип "здоровый платит за больного". Граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковое право на получение медицинских услуг.

Участниками программы обязательного медицинского страхования являются

. Застрахованные лица:

Ш Для неработающих граждан страхователем является государство в лице местных органов исполнительной власти.

Ш Для работающих граждан страхователями являются предприятия и организации.

. Учреждения осуществляющие программу обязательного медицинского страхования

. Государственные и территориальные фонды реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования

. Страховые медицинские организации, а также медицинские учреждения имеющие лицензию на право деятельности в области обязательного медицинского страхования и оказания медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования.

Принят новый Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ
"Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", который вступил в силу с 1 января 2011 года. Этот закон должен обеспечить доступность и реальную бесплатность для населения гарантированного объема медицинской помощи, повысить ее качество. Пациент станет активным участником правоотношений по обязательному медицинскому страхованию. Речь идет, в частности, о праве граждан на информацию, выбор страховой организации и ее замену, выбор медицинской организации и врача, получение медицинской помощи на основе федеральных стандартов и возмещение причиненного вреда.

Новый Федеральный закон предоставляет индивидуальное право выбора страховщика. Это заставит страховые компании «повернуться лицом» к пациентам, активизировать свою работу по защите их прав, информированию. На этом рынке должны будут остаться только те из них, кто имеет наиболее устойчивую финансовую основу (предусмотрено увеличение уставного капитала страховых компаний) и наиболее активно взаимодействует с застрахованными. Кроме того, на фонды ОМС возлагается обязанность размещать объективную информацию о деятельности страховых компаний, их рейтингах в доступных для граждан источниках СМИ.

Объем медицинской помощи предусмотренный программой обязательного медицинского страхования:

Ш Обеспечение первичной и скорой медицинской помощи в неотложных ситуациях: роды, травмы, отравления;

Ш Лечение в амбулаторных условиях больных с хроническими заболеваниями;

Ш Лечение в стационарных условиях больных с острыми заболеваниями, травмами, медицинская помощь при родах и абортах;

Ш Оказание медицинской помощи на дому гражданам, которые не могут самостоятельно посетить больницу;

Ш Организация профилактических мероприятий которые включают детей, инвалидов, ветеранов войны, беременных женщин, больных туберкулезом и онкологическими заболеваниями, больных с психическими расстройствами, а также больных с инсультом и инфарктом миокарда;

Ш Оказание стоматологической помощи в полном объеме детям, учащимся и студентам, беременным женщинам, матерям, имеющих детей до 3 лет, ветеранам войны;

Ш Выдача медикаментов на льготных условиях (для больных с заболеваниями включенными в программу льготного обслуживания);

Таким образом, государство, используя различные финансовые формы и методы, призвано решить одну из важнейших задач - обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами системы здравоохранения.

IV. Проблемы и перспективы развития здравоохранения в РФ

## 4.1 Проблемы развития здравоохранения в РФ

В первой половине 1990-х гг. была предпринята попытка реформировать систему финансирования российского здравоохранения. Она заключалась во внедрении системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которая должна была заменить систему бюджетного финансирования, содействовать повышению экономической стабильности работы отрасли и росту эффективности использования ее ресурсного потенциала.

Но на деле старую бюджетную систему лишь частично заменили на страховую. В результате стало еще хуже: эклектическое сочетание бюджетной и страховой систем породило новую «болезнь» системы здравоохранения России - снижающийся уровень ответственности за ее финансирование.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превратились в пустые декларации. Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2009 году позволил установить дефицит их финансирования в 60 субъектах РФ. Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги.

Частота направлений больного участковыми врачами к специалистам у нас превышает 30% от числа первых посещений, в то время как в западных странах 4-10%. Уровень госпитализации и особенно длительность пребывания больных в стационаре в российском здравоохранении заметно выше, чем в европейских странах. Интегрированный показатель объемов госпитализации - число койко-дней на 1 жителя - почти в 2 раза выше, чем в среднем по Европейскому Союзу.

Проблемы функционирования современной системы ОМС могут быть условно разделены на финансовые и организационные.

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие:

. Острейшая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли. Доказано, что недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью. Так, по результатам аудита Счетной палаты РФ выявлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность).

Расходы на здравоохранение в России по итогам 2010 г. составляли 3,7% что несколько ниже, чем в соседней Беларуси (3,9%). Для примера, во Франции этот показатель равен 8,9%, в Великобритании 7,2%, в Австралии 6,5%.

. Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

. Дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС.

Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

. Многоканальность финансирования медицинских организаций.

Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

. Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

. Низкие тарифы оплаты медицинских услуг. Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

. Отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем.

. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС.

. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО).

## 4.2 Перспективы развития здравоохранения в РФ

В настоящий период времени проводится интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования.

Для решения проблем повышения качества медицинской помощи в 2005 году В.В. Путиным был объявлен Национальный проект «Здоровье». Проект был призван поправить ситуацию в наиболее нуждающихся в реорганизации и финансировании подотраслях здравоохранения и улучшить демографическую ситуацию в стране. К основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения относятся:

1) Развитие первичной медико-санитарной помощи, которое предусматривает следующие мероприятия:

§ подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;

§ увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи»;

§ укрепление материально-технической базы диагностической службы амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, женских консультаций;

§ профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение ВИЧ-инфицированных;

§ дополнительная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;

§ введение новых программ обследования новорожденных детей;

§ дополнительная диспансеризация работающего населения;

2) Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью:

§ увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

§ строительство новых центров высоких медицинских технологий, подготовка для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала.

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в состоянии здоровья населения наметился ряд положительных тенденций. На начало июля 2009 года подготовку и переподготовку прошли 5834 врача. В регионы на начало июля 2009 года было поставлено 3267 единиц диагностического оборудования. По итогам 2009 года продолжительность жизни в России увеличилась до 69 лет.

Еще одним важным шагом правительства в области охраны здоровья граждан стало внесение поправок в закон о социальном страховании, согласно которым уплата страховых взносов с 2011 года будет повышена.



На рисунке наглядно видно, что главной задачей реформирования российского здравоохранения является обеспечение хорошего качества лечебных услуг на основе выбора пациентами врачей и лечебных учреждений, а также внедрения эффективных методов медицинской помощи

V. Перспективы развития сестринского дела в России

Качественные преобразования в сестринском деле в России планировались с конца 80-х годов прошлого столетия, но уровень реформирования сестринской практики значительно отстает от развития науки, умения эффективно управлять сестринской деятельностью. К началу 90-х годов в большинстве стран Европы существовало высшее сестринское образование, позволившее Международным организациям и советам - ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), Международному совету медсестер, позитивно влиять на развитие научных методов организации сестринского дела в России.

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды. Роль и задачи медсестры определяются историческими, социальными и культурными факторами, а так же общим уровнем состояния здоровья того или иного общества. Как наука сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике. На протяжении нескольких десятилетий в России вопросам сестринского дела не уделялось должного внимания.

Сегодня формируются рынки медицинских услуг, создаются лечебно-профилактические учреждения с различными формами собственности, стационары одного дня, хосписы - учреждения паллиативной медицины, т.е. такие учреждения, где лекарственными средствами помочь нельзя, где помощь оказывается безнадежно больным и умирающим. Такую помощь может оказать медицинская сестра, умеющая аналитически мыслить, умело подготовить к различным исследованиям, научно обосновать свои действия при выполнении процедур, планов сестринского ухода, выполнить манипуляции в точном соответствии с протоколом, стандартом. Государственной организационной структурой, занимающейся вопросами сестринского дела, является Министерство здравоохранения РФ.

К 1994 году в России сформировалась многоуровневая система сестринского образования. Каждому уровню соответствует свой Государственный образовательный стандарт. Девяностые годы положили начало реформе здравоохранения РФ, ядром которой стал переход к модели обязательного медицинского страхования. Происходящие социально-экономические и политические преобразования выдвинули новые требования и к кадровой политике в отрасли.

Государственная политика в области российского здравоохранения ориентирована на получение максимального эффекта от имеющихся ресурсов и, в частности, сестринского персонала, работа которого рассматривается как наиболее ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи. Однако отсутствие правовой основы деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров оставляют потребность практического здравоохранения в использовании имеющегося сестринского потенциала декларированной, но до настоящего времени так и не реализованной.

В последние годы Минздравом России совместно с территориальными органами управления здравоохранением проводится значительная работа, способствующая возрождению, повышению социальной значимости и престижа сестринской профессии. Подтверждением тому является внедрение государственной программы "Развитие сестринского дела", исполнение решений коллегий Минздрава РФ от 20.04.94 "О состоянии и перспективах сестринского дела в РФ", от 04.06.97 "О развитии медицинского и фармацевтического образования в РФ", ряд международных семинаров "Новые сестры для новой России".

Это означает фундаментальную перестройку концепции традиционной роли медсестры как лица, обслуживающего врача, и "девочки на побегушках". Сестра должна быть хорошо образованным профессионалом, чем уникальный и значительный вклад в здравоохранение приветствуется всеми коллегами, и кого считают равным партнером в медицинской бригаде. Основой ее практической деятельности является непосредственно работа с пациентом или группой населения, а именно работа, направленная на улучшение здоровья людей. Таким образом, реформирование здравоохранения, приведение его организационной структуры в соответствие с современными требованиями невозможно без совершенствования и изменения существующих подходов в организации работы медсестры.

Постановлением Правительства РФ от 05.11.97 г. № 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ" предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населения в условиях формирования рыночных отношений. Сущность реформы заключается в осуществлении необходимых изменений в кадровой политике на основе научно-обоснованных подходов к планированию, подготовке и использованию сестринских кадров, обеспечения рационального соотношения и партнерства между врачами и сестринским персоналом, возрождению категории младшего медицинского персонала, организации новых видов помощи, связанных не только с болезнями или патологическими состояниями, но и с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья.

В настоящее время в нашей стране изучается международный опыт, проводится его анализ, коррекция и адаптация к социально-экономическим условиям с учетом традиций народов Российской Федерации. Приказом Министерства здравоохранения РФ № 4 от 9 января 2001 года утверждена отраслевая программа развития сестринского дела в РФ, отражающая сущность реформы сестринского дела. В этой связи в контексте Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации разработана Государственная программа развития сестринского дела. Программа была разработана в соответствии с приказом Минздрава РФ от 31 декабря 1997 года № 390 "О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации". Определены следующие направления развития и совершенствования деятельности сестринского персонала: первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую работу; лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного стационарного лечения и ухода; реабилитационная помощи и медико-социальная помощь хроническим больным, старикам и инвалидам; медико-социальная помощь инкурабельным больным и умирающим.

Сестринское дело располагает значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями. Сегодня в России около 1,5 млн. средних медицинских работников. Это самая массовая медицинская профессия.

Сделаны первые шаги в совершенствовании управления сестринскими службами. Введена новая номенклатурная единица - главный специалист по сестринскому делу органа управления здравоохранения субъектов Федерации. Вводится должность заместителя главного врача по работе с сестринскими кадрами, в крупных ЛПУ - несколько должностей главных сестер, а также такая новая единица, как сестра-преподаватель.

Принятые в последние годы законы и постановления Правительства Российской Федерации, указы Президента России по вопросам здравоохранения и образования выдвигают требования повышения качества базовой и последипломной подготовки кадров. Профессиональное образование. Профессиональный рост специалистов со средним медицинским образованием может способствовать подъему престижа в обществе. Отсюда особое место в условиях реформы здравоохранения занимает система дополнительного профессионального образования. Минздраву России, одному из немногих ведомств, удалось не только сохранить систему повышения квалификации, но и дать определенный импульс для ее развития. В связи с выходом приказа Минздрава России от 19.08.97 № 249 "О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала" был пересмотрен перечень направлений дополнительного профессионального образования, новый перечень был утвержден приказом Минздрава России от 05.06.98 № 186 "О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием". Перед системой профессионального образования стоит задача обеспечить дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей населения и рынка услуг.

Важным шагом совершенствования профессионального образования и необходимым условием обеспечения качества сестринской помощи населению является развитие государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров. Система включает четыре профессионально-образовательных уровня, каждому из которых соответствует обязательный минимум содержания и продолжительности подготовки по специальности: базовый уровень в колледжах и училищах; повышенный уровень в колледжах; высшее сестринское образование в вузах; послевузовское образование (интернатура, ординатура и аспирантура). Высшее образование. Особое место в условиях реформы здравоохранения и повышения престижа сестринской специальности как в отрасли, так и в обществе в целом занимает высшее сестринское образование.

Решение всех вопросов по реформированию системы подготовки сестринских кадров осуществлялось на основе предложений практического здравоохранения. В 1995 г. впервые в России двухмиллионное звено медицинских работников пополнилось новыми молодыми специалистами - медицинскими сестрами с высшим образованием. В том же году в России защищена первая докторская диссертация по проблемам подготовки сестринских кадров, эту работу выполнила декан факультета высшего сестринского образования Медицинской академии им. И.М. Сеченова Г.М. Перфильева.

Однако потребность практического здравоохранения в использовании сестринского потенциала реализуется не полностью, так как остается несовершенной правовая основа деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты. В качестве приоритетного направления развития медицинской науки Министерство здравоохранения Российской Федерации рассматривает развитие научных исследований в области сестринского дела и смежных с ним дисциплинах. Научные исследования призваны обеспечить практику новейшими разработками и идеями. Отсутствие системных научных исследований в области сестринского дела не позволяет, в частности, дать обоснованных рекомендаций по рациональному использованию кадровых ресурсов.

Таким образом, можно заключить, что среди направлений реформирования сестринского дела в России четко наметились те моменты, которые были предложены ВОЗ еще в 70-е годы и по неизвестным причинам не приняты в нашей стране, а именно: сестринский процесс, многоуровневая подготовка специалистов, менеджмент, сестринские исследования

## VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главным и бесспорным итогом государственной политики в здравоохранении за последние десять лет стало усиление внимания власти к проблемам охраны здоровья и весомое увеличение государственных расходов на здравоохранение. В процентном выражении к валовому внутреннему продукту эти затраты выросли с 2,7% в 1999 году до 3,5% в 2011-м, или на 76% в реальном выражении. Но эффективность этих затрат, похоже, невелика. Изменения в доступности бесплатной медицинской помощи и ее качестве мало ощутимы. В последние два года стала сокращаться смертность населения, но ее общий уровень в полтора раза выше, чем в европейских странах. А показатели общей заболеваемости продолжают расти.

Начиная с 2005 года, государство заметно активизировало политику в сфере здравоохранения, но принимаемых мер, очевидно, недостаточно для решения накопившихся здесь проблем. Плохие показатели уровня здоровья населения, плохая его защита от рисков, связанных с затратами на лечение в случае заболеваний, неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения в целом - решение этих проблем невозможно без масштабных преобразований в организации и финансировании отрасли.

Все последние годы вопросам доступности и качества медицинских услуг уделяется самое пристальное внимание. Среди проводимых здесь мер прежде всего хочется отметить последовательную реализацию национального проекта «Здоровье». Национальный проект свою миссию выполнил. Он ещё больше обострили некоторые проблемы в здравоохранении, что дало толчок к развитию тех направлений, по которым надо двигаться. Настало время делать единую программу развития здравоохранения, соединив нацпроекты с другими направлениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. Аверин, А. Б. Козлов, Л. Г. Ронжина // Мед. сестра. - 2007. - № 1.

2. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2004. № 5-6. С. 10.

. Андреева О.В., Флек В.О., Соковникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации. Анализ и результаты. - М., ООО Издательская группа - ГЭОТАР-Медиа, 2006, стр162

4. Вишневский А., Кузьминов Я., Шейман И., Шевский В, Шишкин С., Якобсон Л.,Ясин Е. Журнал "Отечественные записки " 2009. № 2.

. Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений // Журнал российского права. - 2006. - № 4. С. 18.

6. Демографический ежегодник России 2010. Статистический сборник.,М., Росстат 2010г. стр 127

. Коренев А.П. Административное право России. Часть I / А.П. Коренев. - М:. Теис, 2001. - С. 144.

. Кучеренко В.З. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования / В.З. Кучеренко. - М.: Статут, 2000. - С.14.

9. Постановление Правительства от 9 ноября 2001 г. N 782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства»

. Райзберг Б.А., Лозовский Л.М., Стародубцева Е.Б. «Современный экономический словарь», Инфра-М, Москва, 2000г.

. Романюк В.П. История сестринского дела в России. - СПб., 2008.

. Стародубов В.И., Флек В.О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению РФ - М.: Менеджер здравоохранения, 2006г. стр87

13. Трушкина Л.Ю Экономика и управление здравоохранением: учебник. - Изд. 5-е, перераб. и доп..-Ростов, Феникс,2007 г. стр93

. Федеральный закон «Закон об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 №323-ФЗ.

15. Чернявский В.Е. Сестринское дело. - М.. 2009.

16. Яровинский М.Я. Медицинский работник и общество //Мед. помощь. - 2006. - № 2.