# Содержание

Введение

1. Понятие и история становления здравоохранения в России

1.1 Понятие здравоохранения

1.2 История становления здравоохранения в России

2. Анализ национального проекта по совершенствованию управления в здравоохранении

2.1 Новое в Российском законодательстве в сфере здравоохранения

2.2 Актуальные вопросы правового регулирования экономических аспектов деятельности учреждений здравоохранения

2.3 Противоречивость правового регулирования сферы здравоохранения

3. Проблемы государственного управления в сфере здравоохранения и пути их решения

3.1 Проблемы совершенствования организации медицинской помощи населению

3.2 Пути решения проблем государственного управления в сфере здравоохранения

Заключение

# Введение

Актуальность темы. Анализ данных литературы позволяет констатировать, что одним из основных направлений развития здравоохранения является совершенствование организации оказания медицинской помощи населению.

В период дальнейшего перехода к рынку особенно возрастает роль стандартизации как важнейшего инструмента защиты прав пациентов. Стандартизация должна быть использована государством в качестве эффективного рычага воздействия на организации здравоохранения, обеспечивая выполнение ими требований безопасности. По-прежнему остается актуальна роль стандартизации как средства управления КМП и повышения конкурентоспособности медицинских услуг. Но для реализации в здравоохранении Закона РФ "О стандартизации" требуется не только создание единой системы здравоохранения, но и устранение ряда серьезных пробелов в законодательстве.

Так как здравоохранение представляет собой особую сферу деятельности государства по обеспечению права граждан на жизнь и здоровье, усиление роли права, в том числе медицинского, в жизни общества, тем более в условиях проведения реформ, приобретает важное значение. Сегодня следует учитывать такой факт, что по ряду вопросов об охране здоровья граждан РФ законы и другие НПА на федеральном уровне и особенно в регионах если и есть, то они во многом устарели и требуется их отмена или доработка и изменение. В международном законодательстве право человека на здоровье признано Всеобщей декларацией прав человека: "Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень..., медицинский уход..., который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого").

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В отношении населения РФ Конституция России 1993 г. закрепила право каждого на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Важнейшим нормативно-правовым актом, послужившим фундаментом для создания самостоятельного подразделения системы права - отрасли медицинского права, явились принятые в 1993 г. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Существенной проблемой в настоящее время является то, что законодательство, регулирующее медицинское право и декларирующее многоукладность здравоохранения, не формирует организационного единства всех звеньев системы здравоохранения, что не способствует установлению единых стандартов во всех направлениях деятельности по охране здоровья населения.

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения. Кризис деятельности медицинских учреждений приближается к той черте, за которой следует распад всей системы здравоохранения.

Размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств обязательного медицинского страхования не обеспечивают население бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. В отрасли растет социальная напряженность. Все более широкое распространение получает теневая сторона оплаты медицинских услуг.

В связи с этим необходима продуманная стратегия реформирования здравоохранения.

В результате реализация норм, касающихся охраны здоровья граждан, на практике в правовом поле деятельности исполнительных органов власти РФ как на федеральном, так и на региональном уровнях оставляет желать лучшего. По ряду вопросов, касающихся охраны здоровья граждан РФ, законы отсутствуют или находятся в стадии разработки, слепое же копирование элементов моделей здравоохранения зарубежных стран, реализуемое в виде экспериментов на отдельных территориях, не имеет ни системного характера, ни правовой базы, не всегда учитывает традиции отечественного здравоохранения.

Проводимые в РФ реформы здравоохранения имеют ярко выраженный фрагментарный характер в связи с нечеткостью правового регулирования здравоохранения на разных уровнях управления, неопределенностью разделения ответственности участников системы здравоохранения и координации их деятельности.

Объектом исследования являются отношения, возникающие в сфере здравоохранения.

Предметом исследования является основы управления в сфере здравоохранения.

Цель работы – исследовать нормативно-правовую базу и организацию деятельности учреждений здравоохранения и на основе полученных данных изучить основы государственного управления в сфере здравоохранения.

Задачи работы – рассмотреть понятие и историю становления здравоохранения в Российской Федерации; проанализировать национальный проект по совершенствованию управления в здравоохранении; изучить проблемы государственного управления в сфере здравоохранения, предложить пути их решения.

Методология и методы исследования. Методологическую и теоретическую основу исследования составляют диалектический метод познания, логический, сравнительно-правовой, конкретно-социологический, системно-функциональный и другие частные методы исследовательской работы.

# 1. Понятие и история становления здравоохранения в Российской Федерации

##

## 1.1 Понятие здравоохранения

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактическая деятельность медицинских работников, развитие медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни среди различных групп населения.

Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе — охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем.

Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов. Принцип единства медицинской науки и практики реализуется в виде совместной деятельности и внедрения научных разработок в учреждениях здравоохранения.

К числу важнейших теоретических проблем здравоохранения относятся: социальная обусловленность общественного здоровья, болезнь как биосоциальный феномен, основные категории здравоохранения (общественное здоровье, материально-экономическая база, кадры и т. д.), формы и пути развития здравоохранения при различных социально-экономических условиях и др.

Всемирной организацией здравоохранения определены 4 категории обобщенных показателей, которые характеризуют состояние здравоохранения в стране: 1) показатели, относящиеся к политике в области здравоохранения; 2) социальные и экономические показатели; 3) показатели обеспеченности медико-социальной помощью; 4) показатели состояния здоровья[[1]](#footnote-1).

## 1.2 История становления здравоохранения в России

Конец XVII—начало XVIII в. стали знаменательным временем в истории России. Реформы выдающегося государственного деятеля и полководца, талантливого и энергичного Петра I, позволили преодолеть культурную самоизоляцию России (которая, впрочем, никогда не была абсолютной), прорубить «окно в Европу», наладить контакты и взаимообмен, приобщиться к общеевропейской культуре и цивилизации. Петровские реформы, напряжение народных сил, труд всей России помогли во многом ликвидировать отсталость государства, сыграли огромную роль в развитии производительных сил страны, ее промышленности и сельского хозяйства, науки и культуры. Как писал об этом времени великий Пушкин, «была та смутная пора, когда Россия молодая, в бореньях силы напрягая, мужала с гением Петра»1. Мужала, набиралась сил и опыта и русская медицина.

Петр I был образованным человеком, высоко ценил науку. По словам известного историка В. О. Ключевского, он был проникнут верой «в чудодейственную силу образования» и «благоговейным культом науки»2. Что особенно характерно, к медицине царь Петр, по словам современников, испытывал подлинную страсть. Когда в 1697 г. в составе Великого посольства он, под именем урядника Петра Михайлова, побывал в Голландии и Англии, то знакомился там и с медицинскими клиниками и анатомическими лабораториями.

Рассказывают, что Петр слушал лекции профессора анатомии Рюйша, присутствовал при операциях, а увидев в его анатомическом кабинете превосходно препарированный труп ребенка, который улыбался, как живой, не удержался и поцеловал его (впоследствии Петр купил анатомическую коллекцию профессора Рюйша, она находилась в Петербурге, в Кунсткамере и Академии наук).

В Голландии состоялась встреча Петра I с известным натуралистом, одним из основоположников научного микроскопирования Антони ван Левенгуком, который по просьбе царя прибыл на его корабль. Голландский ученый «имел честь помимо других своих редких открытий показать государю, к его великому удовольствию, поразительный круговорот крови в хвосте угря при помощи своих специальных увеличительных стекол; таким образом прошло два часа в различных наблюдениях, и, уезжая, царь пожал Левенгуку руку и выразил ему особую благодарность за предоставленную ему возможность увидеть такие необычайно маленькие объекты»3.

Существует предание, что в Лейдене он заглянул и в анатомический театр к знаменитому профессору Бурхаве, медицинскому светиле того времени, видел, как профессор «разнимал» труп и «сказывал» студентам его части, а потом осматривал богатейшую коллекцию препаратов, бальзамированных и «в спиртусах». Кстати, заметив, что кое-кто из сопровождавшей его свиты высказывает отвращение к мертвому телу, Петр сильно разгневался и заставил их зубами разрывать мускулы трупа.

«Распространению медицины в нашем отечестве при Петре Великом много способствовала страсть этого монарха к анатомии и хирургии, — отмечал впоследствии историк медицины Н.Куприянов. — ...В хирургии император приобрел многие познания и даже практический навык. Обыкновенно монарх носил при себе два набора: один с математическими, другой с хирургическими инструментами и до того любил хирургию, что под руководством Термонта (этот хирург приехал в Россию еще при царе Алексее Михайловиче. — ММ) методически вскрывал трупы, делал разрезы, пускал кровь, перевязывал раны и выдергивал зубы. Царь повелел доносить о каждой более интересной операции, произведенной в госпитале или частном доме. Монарх не только следил за операциями, но и сам их делал».

Искусный мастер, Петр в совершенстве знал многие ремесла. Успехи в этом поселили в нем прочную уверенность в ловкости своих рук: он действительно считал себя и опытным хирургом, и хорошим зубным врачом. Бывало, близкие люди, страдавшие от какого-либо недуга, требовавшего хирургической помощи, приходили в ужас при мысли, что царь может узнать об их болезни и, явившись с инструментами (у Петра I были свои хирургические инструменты, в число которых входили пара ланцетов, нож, клещи для выдергивания зубов, ножницы, щуп для ран и др.), предложит свои услуги в качестве хирурга: отказать царю, конечно, было нельзя, но и довериться ему как оператору, как доктору, как лекарю, тоже было невозможно. Все-таки, как говорят, после него остался целый мешок с выдернутыми им зубами — памятник его зубоврачебной практике.

В царствование Петра I, открывшее, по сути, историю России XVIII в., отличительной особенностью организации медицинского дела в стране продолжал оставаться государственный характер. Несмотря на трудности, связанные с проведением масштабных реформ, государство стремилось проявлять заботу об охране здоровья своих граждан, прежде всего военных, расходуя на это определенные суммы из бюджета и управляя всей медициной в стране.

Известно, что в годы царствования Петра I в России были открыты большие военные госпитали — в Москве (1707), Петербурге (1716), Кронштадте (1720), Ревеле (1720), Казани (1722), Астрахани (1725) и других городах страны. Указом Петра I (1721) магистраты обязывались строить «земские иждивением гошпитали ради призрения сирых, больных и увечных и для самих престарелых людей обоего пола»: в результате еще при его жизни в стране было создано 10 госпиталей и свыше 500 лазаретов. Закладывая в 1715 г. морской (Адмиралтейский) госпиталь в Петербурге, на Выборгской стороне, Петр I сказал: «Здесь изнеможенный найдет себе помощь и успокоение, которого ему доселе недоставало; дай только Боже, чтобы никогда многие не имели нужды сюда быть привозимы!»

Следует подчеркнуть, что именно Петр I обеспечил государственную поддержку проводившимся Православной Церковью, многими ее монастырями мерам по борьбе с «подкидышами» и по призрению сирот и незаконнорожденных; особенно активно поддерживал он начинания новгородского митрополита Иова. Еще в 1706 г. митрополит Иов, используя монастырские доходы, открыл на берегу реки Волхов три больницы, а также дом для прохожих и «дом для незаконорожденных и всяких подкидных младенцев». Для этого «дома подкидных младенцев» был выделен целый монастырь в Колмове. А. Горчаков в своей книге «Монастырский приказ» (1863) сообщает, что у митрополита Иова в 1714 г. было «10 странноприимниц, 15 нищепитательниц или больниц и домик для подкидышей».

Высокополезную деятельность митрополита Иова Петр часто приводил в пример не только иерархам Церкви, но и своему ближайшему окружению: христианская благотворительность становилась важным государственным делом. Более того, в указе от 16 января 1712 г. Петр I прямо предписывал: «По всем губерниям учинить шпиталеты для увечных, а также прием незазрительный и прокормление младенцев, которые от незаконных жен рождены, по примеру новгородского архирея».

В другом царском указе подчеркивалось: «Тако же како о таких же делах бого-тщательное и душеспасительное осмотрение преосвященный Иов, митрополит Новгородский, учинил в Великом Новгороде, избрать искусных жен для сохранения зазорных младенцев, которых жены и девки рожают беззаконно... Объявить указ, чтобы таких младенцев в непристойные места не отметывали...»

Даже в записных книжках Петра I имеются заметки, свидетельствующие о том, что он уделял большое внимание этим начинаниям. Вот, например, заметка, сделанная Петром I на одном из заседаний в сенате:

«Сделано ли по указу о подъемных младенцах, как у новгородского архирея Иова было. И если не сделано — для чего».

Развивавшаяся медицина требовала расширения обеспечения населения лекарствами. Поэтому много внимания уделялось увеличению количества аптек. В Петербурге, Казани, Глухове, Риге и Ревеле в 1706 г. были открыты казенные аптеки, а в некоторых других городах — гарнизонные. В то же время были приняты меры к поощрению создания вольных (частных) аптек.

В 1701 г. последовал указ, что всякий русский или иностранец, который пожелает завести вольную аптеку с разрешения правительства, получит безденежно необходимое для сего место и жалованную грамоту на наследственную передачу своего заведения; таковым аптекарям предоставлено было право свободно выписывать все нужные материалы из-за границы. В Москве, в дополнение к двум казенным, разрешено было открыть еще восемь аптек. А с 1721 г. вольные аптеки начали открываться в Петербурге и других губернских городах. Характерно, что и разрешение на открытие аптек, и контроль над их деятельностью входили в сферу интересов государства. Государственной медицине, в первую очередь военно-медицинской службе, требовалось все больше врачей. Сначала их вербовали за границей. Например, только в 1698 г. в Амстердаме для службы в создаваемом российском флоте были наняты наряду с капитанами, комендорами, штурманами и другими специалистами и 52 лекаря: каждому полагалось жалованье в размере 12 ефимков, 13 алтын и 2 деньги в месяц10. Все эти лекари изучали медицину не в университетах, а в порядке индивидуального ученичества у других, более опытных врачей, а затем служили в войсках или на кораблях различных европейских государств.

Чтобы обрести собственных, более квалифицированных медиков, требовалось готовить в стране своих врачей, открыв с этой целью специальные учебные заведения. И в XVIII в., после первой госпитальной школы в Москве, было открыто еще несколько школ. Воспитанников госпитальных школ, которые были одинаково компетентны и в терапии, и в хирургии, направляли прежде всего в армию и на флот.

Общепризнано, что прогресс экономики и связанные с ним политические и культурные преобразования неминуемо обусловливают потребность в быстром развитии науки. Так было и в нашей стране.

Уже в начале XVIII в. в России появляются школа математических и навигационных наук (1701), артиллерийские школы (1701), инженерная школа (1713), морская академия (1713), горнозаводские ремесленные школы (1719) и ряд других: создаются Петербургская академия наук (1725), а затем и Московский университет (1755). В числе первых в России была открыта и готовившая врачей медико-хирургическая (госпитальная) школа.

Важно подчеркнуть, что эта школа представляла собой принципиально новый тип высших медицинских учебных заведений. Главное состоит в том, что, в отличие от существовавшей в XVII в. медицинской школы Аптекарского приказа, о которой шла речь выше, и первая, и все другие российские медико-хирургические школы создавались только на базе крупных лечебных учреждений — госпиталей, почему первое время они и назывались «госпитальными».

С самого же начала учреждение больших, генеральных (т.е. учебных) госпиталей преследовало двоякую цель— лечение больных и преподавание медицины. «Понеже учреждение госпиталей двоякого намерения и плода имеет, — узаконивал «Генеральный регламент о госпиталях», утвержденный в 1735 г.: первое и которое начальственное имеет быть — пользование страждущих больных, второе — произвождение и утверждение медиков и лекарей к большому искусству; того ради к сему намерению, хотя в начале, медиков и лекарей при том иметь надлежит».

Создаваемые в России госпитальные школы принципиально отличались и от существовавших в Западной Европе медицинских учебных заведений — медицинских факультетов университетов. Как известно, их выпускники — врачи терапевтического профиля — получали преимущественно теоретическое образование. В противоположность им хирурги, не имевшие университетского медицинского образования, получали практическую подготовку по методу «ремесленного ученичества» и считались медиками второго сорта. Однако жизнь показывала — и в начале XVIII в. это становилось все более очевидным, — что врачи должны быть хорошо подготовлены как по внутренней медицине, так и по хирургии.

В России, где никогда не существовало присущего Западной Европе антагонизма между врачами и хирургами, с самого начала высшего медицинского образования начали готовить лекарей, одинаково компетентных и в хирургии, и во внутренних болезнях. Начало высшему медицинскому образованию было положено в Москве.

25 мая 1706 г. был опубликован указ Петра I об организации Московского «гоф-шпиталя»: его следовало построить «за Яузой рекою, против Немецкой слободы, в пристойном месте... для лечения болящих людей». В указе подчеркивалось: «А у того лечения быть доктору Николаю Бидлоо, да двум лекарям Андрею Репкену, а другому, кто прислан будет; да из иноземцев и из русских из всяких чинов людей набрать для аптекарской (т. е. медицинской. — М.М.) науки 50 человек; а на строение и на покупку лекарств, и на всякие к тому дела принадлежащие вещи, и доктору, и лекарям, и ученикам на жалованье деньги держать в расход из сборов Монастырского приказа».

Первоначально для госпиталя были построены несколько деревянных двухэтажных флигелей — как их тогда называли, «домов со светлицами». Здания госпиталя окружал сад, в котором разводились лекарственные растения.

21 ноября 1707 г. госпиталь был открыт, сюда стали принимать больных для лечения. «Всемилостивейший государь, — писал возглавлявший госпиталь доктор Бидлоо Петру I, — вашему царскому величеству благоугодно явилось повелеть госпиталь при Яузе построить, который божиим благословением попечением же его превосходительства графа Мусина-Пушкина (в то время управляющий Монастырским приказом. — М.М.) ноября в 21 д. 1707 году в такое состояние приведен, что с оным в Божие имя начало учинено, и впервые несколько больных в том дом приведено».

В это же время начала действовать первая в стране Московская госпитальная (медико-хирургическая) школа, приступили к занятиям ее первые ученики. На содержание госпиталя и школы Монастырский приказ (а потом сменивший его Святейший Синод) тратили часть средств, получаемых духовенством от монастырских вотчин, от сборов с «венечных памятей» (их платили при вступлении в брак), от «лазаретных денег» (своеобразного налога на лекарства, собираемого со всех государственных служащих), от «штрафных денег» (за просроченную более года духовную исповедь).

Для обучения в школе требовалось знание латинского языка — преподавание велось на этом традиционном международном языке науки, поэтому в школу поступали первоначально воспитанники Московской славяно-греко-латинской академии и духовных семинарий. Это были молодые люди демократического происхождения, выходцы из низших слоев общества, прежде всего из мелкого духовенства, из посадских и мастеровых, из казаков и солдат; были среди них и лекарские дети. Большинство составляли «природные россияне», но были и дети иностранцев. Вынужденные добиваться всего собственным трудом, они и на учение смотрели как на труд и в большинстве своем занимались с большой охотой.

Впрочем, не все из поступавших в Московскую госпитальную школу проходили полный курс обучения. Так, в 1712 г. доктор Бидлоо писал Петру I: «Взял я в разных годах и числах 50 человек до науки хирургической, которых 33 осталось, 6 умерли, 8 сбежали (из школ тогда, как писал В.О.Ключевский, убегало очень много молодых людей. — ММ), 2 по указу взяты в школу, 1 за невоздержание отдан в солдаты». По возрасту, продолжительности обучения в школе и успехам в учении всех учеников разделяли на три статьи (разряда) — первую, вторую и третью. Все они учились бесплатно и находились на полном пансионе у государства, жили при госпитале в отдельных светлицах, имели общий стол, получали обмундирование и жалованье. Жалованье составляло по 1 рублю в месяц, в обмундирование выдавалось сукно на кафтан, камзол и штаны — по 7 аршин каждому на два года: качество выдаваемого сукна зависело от статьи, в которой состоял ученик.

Твердого срока обучения в Московской госпитальной школе первоначально не существовало — в зависимости от успехов ученика он колебался от 5 до 10 лет. Программа обучения предусматривала основательное знакомство с предметами, составлявшими тогда основу медико-хирургического образования. Это были, во-первых, анатомия, во-вторых, «материя медика», включавшая фармакогнозию (систематическую ботанику), фармакологию и фармацию, в-третьих, внутренние болезни и, в-четвертых, хирургия с десмургией.

Анатомию — важнейшую тогда дисциплину в медицинском образовании — преподавал сам Бидлоо.

Николай Бвдлоо, или, как называли его в Москве на русский манер, Николай Ламбертович Бидлоо, родился в Голландии, в г. Амстердаме, около 1670 г. Его отец Ламберт Бидлоо был аптекарем и ученым-ботаником, членом Амстердамского медицинского общества, а дядя Готфрид Бидлоо — анатом и хирург — одно время был лейб-медиком английского короля, а затем — профессором и ректором знаменитой «Лейденско-Батавской академии». Николай Бидлоо окончил эту академию, в 1697 г. защитил диссертацию на тему «О задержке менструаций» и до 1702 г. занимался медицинской практикой в Амстердаме. Русский посланник в Голландии граф А.А.Матвеев по приказу из Петербурга пригласил Бидлоо в Россию в качестве лейб-медика Петра I и заключил с ним соответствующий контракт. В 1702 г. Бидлоо приехал в Россию, ставшую его второй родиной: он прожил здесь более 30 лет и умер в Москве в 1735 г.

В течение нескольких лет Бидлоо был лейб-медиком Петра I: в его обязанности входило постоянно сопровождать царя в его чрезвычайно частых поездках по России. Кроме того, Бидлоо выполнял многочисленные поручения царя, который всегда интересовался медициной.

В Лейпциге в начале XVIII в. выходил журнал «Европейская молва», в котором освещались важнейшие политические события, печаталась придворная хроника и пр. В числе важных известий из Москвы «Европейская молва» поместила сообщение о том, что «в Москве построен анатомический театр, который вверен надзору доктора Бидлоо, голландца и царского медика; он часто анатомирует тела как умерших обыкновенной смертью, так и скончавшихся от ран, при чем часто присутствует сам царь с вельможами особенно, когда медики советуются о свойствах тела и причинах различных болезней».

Однако многочисленные обязанности стали тяготить Бидлоо, и он обратился к благоволившему к нему царю, который к тому же по состоянию здоровья не нуждался тогда в услугах лейб-медика, с просьбой дать ему другую службу. Так Бидлоо стал главным доктором Московского госпиталя и директором госпитальной школы, где преподавал анатомию и другие основные предметы.

Изучению анатомии в Московской госпитальной школе уделялось особенно большое внимание: знание этой науки было обязательно для хирургов. «К хирургии, — учил будущих врачей доктор Бидлоо, — относятся, дабы знал хирург: 1. Анатомия, которая есть знание целого человеческого тела снаружи и изнутри»17. Подобный анатомический (а впоследствии анатомо-физиологический) подход, получивший широкое развитие не только в Московской, но и в других госпитальных школах, стал закономерностью, отличавшей русскую хирургию и медицину XVIII—XIX вв.

Дисциплину «материя медика» (или, по-другому, аптекарскую науку) ученикам госпитальной школы преподавали аптекари госпиталя Христиан Эихлер, а потом Иван Маак. В госпитале устроен был свой сад лекарственных растений (так называемый аптекарский огород): летом и осенью ученики вместе с аптекарем отправлялись за город, в окрестности Москвы, для сбора лекарственных растений и пополнения госпитальной аптеки.

Так как в медицинской практике господствовали тогда сложные лекарства — тинктуры, эликсиры, декокты — из множества различных ингредиентов (порой из 20—30), ученикам приходилось записывать большое число длинных рецептов и хранить их долгое время. Им давалось представление и об известных тогда фармакопеях, в особенности так называемой лондонской. Наряду с лекарственными растениями учеников обучали применять для лечения такие экзотические, но бывшие в ходу лекарства, как собачье и лисье сало, волчьи зубы, олений рог, заячьи лодыжки и пр.

Внутренние болезни (или просто медицина) включали в себя частную патологию и терапию. Их изучение было введено по инициативе доктора Бидлоо.

Хирургию ученикам госпитальной школы преподавал сам Бидлоо — лишь десмургии («учреждению бандажей») обучал его помощник, лекарь Репкен, и подлекарь Федор Богданов.

Таким образом, программа обучения будущих врачей в Московской госпитальной школе была весьма насыщенной, ни в чем не уступая, а кое в чем и превосходя программы медицинских факультетов тогдашних западноевропейских университетов, в большинстве которых все еще господствовал мертвящий дух средневековой схоластики. Главное было, конечно, в практической подготовке будущих врачей, в обучении студентов у постели больного, в палате госпиталя.

Славное время реформ Петра I благотворно сказалось на российской медицине. Собственно говоря, именно Петру I российская медицина во многом обязана тем, что в XVIII в. она развивалась в основном как и медицина других стран Европы, на основе науки и продуманных рекомендаций, касалось ли это подготовки врачей, или борьбы с эпидемиями, или деятельности военно-медицинской службы. При этом отличительной чертой российской медицины продолжал оставаться ее государственный характер[[2]](#footnote-2).

Подготовка медицинских кадров осуществлялась в госпитальных школах (с 1707 г.), медико-хирургических училищах (с 1786 г.), а с 1798 г. — в Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. В 1725 г. открылась Петербургская академия наук, а в 1755 г. был создан первый в стране Московский университет с медицинским факультетом.

Выдающийся вклад в охрану здоровья внес М. В. Ломоносов, который в своем труде “Слово о размножении и сохранении российского народа” дал глубокий анализ здравоохранения и предложил ряд конкретных мер для улучшения его организации.

В первой половине XIX в. формируются первые научные медицинские школы: анатомическая (П. А. Загорский), хирургические (И. Ф. Буш, Е. О. Мухин, И. В. Буяльский), терапевтические (М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский). Н. И. Пирогов создает топографическую анатомию и военно-полевую хирургию, в которой выдвинул положение о важности организации медицинской помощи во время боевых действий, подчеркнул исключительно высокую роль предупредительной медицины. Н. И. Пирогов впервые в мире в военно-полевых условиях применил для наркоза этиловый эфир (1847 г.), разработал много методов оперативного лечения, являющихся и сегодня классическими, первым в стране использовал на войне женский труд (1853 г.).

# Анализ национального проекта по совершенствованию управления в здравоохранении

## 2.1 Новое в Российском законодательстве в сфере здравоохранения

С 01.01.05 вступит в силу Федеральный закон "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" от 22.08.04 № 122—ФЗ. В соответствии с этим законом внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан.

Основная масса поправок внесена с целью разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило всю систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения.

В соответствии со ст. 35 нового закона внесены изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1.

В статье, определяющей полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья (ст. 5), признаны утратившими силу статьи, определяющие полномочия органов государственной власти в установлении структуры, порядка организации и деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения. Также из Основ исключены полномочия по определению доли расходов на здравоохранение при формировании федерального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья. Это связано с тем, что структура и порядок организации и деятельности федеральных органов исполнительной власти регулируются Федеральным конституционным законом "О Правительстве Российской Федерации" и не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья граждан. Формирование федерального бюджета и налоговая политика определяются Бюджетным и Налоговым кодексами РФ и также не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья.

Полномочия федеральных органов государственной власти по определению номенклатуры специальностей в здравоохранении дополнены полномочиями по определению номенклатуры организаций в здравоохранении. Это связано с возможными в ближайшее время изменениями в законодательстве об организационно-правовых формах организаций, в том числе и организаций здравоохранения.

Исключены полномочия по установлению льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении. Эти и все последующие исключения из законодательства льгот различным категориям населения связаны с "приведением системы социальной защиты граждан, которые пользуются льготами и социальными гарантиями и которым предоставляются компенсации, в соответствие с принципом разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, а также принципами правового государства с социально ориентированной рыночной экономикой" (преамбула закона).

В полномочия федеральных органов государственной власти совершенно оправданно, на наш взгляд, введены полномочия по выдаче разрешений на применение на территориях субъектов Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий. Ранее эти полномочия относились к полномочиям субъектов Российской Федерации.

Признана утратившей силу часть 2 данной статьи, в связи с чем в соответствии с действующим законодательством на сегодняшний день отдельные полномочия в вопросах охраны здоровья граждан не могут быть переданы Российской Федерацией субъектам Российской Федерации и субъекты Российской Федерации не могут передавать свои полномочия Российской Федерации. Это соответствует концепции закона о жестком разграничении полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

В статье, определяющей полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации (ст. 6), ряд полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации изложен в новой редакции, что привело к изменению содержания полномочий. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации отнесены разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан; установление структуры органов управления государственной системы здравоохранения субъектов Российской Федерации, порядка их организации и деятельности; развитие учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации; их материально-техническое обеспечение; контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации; формирование расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение в части оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (за исключением федеральных специализированных медицинских организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), включая обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, обязательного медицинского страхования неработающего населения, оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи; разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования; установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении.

Таким образом, установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки (в старой терминологии — льгот) в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении по действующему законодательству теперь является полномочием субъектов Российской Федерации. В результате с 2005 г. регионы должны будут финансировать все свои обязательства, в том числе по льготным выплатам. Жестко разграничив полномочия в вопросах социальной поддержки с субъектами Федерации, ответственность за возможные социальные проблемы федеральный центр возложил на регионы.

Из полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации выведены полномочия по выдаче разрешений на применение на территориях субъектов Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий, полномочия по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности.

Признана утратившей силу часть 2 статьи по передаче полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в вопросах охраны здоровья органам государственной власти Российской Федерации.

К ведению органов местного самоуправления (ст. 8) в соответствии с внесенными изменениями относятся контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан; защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, включая обеспечение указанных медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов и скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории; охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности.

Следует обратить внимание на то, что ни в полномочия органов государственной власти субъектов РФ, ни в полномочия органов местного самоуправления не попали организация и финансирование специализированной медицинской помощи в муниципальных организациях здравоохранения.

Ряд изменений касается организационных аспектов деятельности здравоохранения в Российской Федерации.

В соответствии с новым законом к государственной системе здравоохранения (ст. 12) относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Ст. 13. Муниципальная система здравоохранения — изложена в следующей редакции.

К муниципальной системе здравоохранения могут относиться муниципальные органы управления здравоохранением, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность в пределах своей компетенции.

Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

Оказание медицинской помощи в организациях муниципальной системы здравоохранения может финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ст. 14. Частная система здравоохранения — изложена в следующей редакции.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

Ряд изменений касается прав граждан в сфере охраны здоровья.

Признана утратившей силу часть ст. 20, в соответствии с которой граждане имели право в случае болезни на 3 дня неоплачиваемого отпуска в течение года без предъявления медицинского документа. Данная часть вошла в противоречие с Трудовым кодексом РФ.

Часть 5 ст. 23. Права беременных женщин и матерей — изложена в следующей редакции.

"Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до 3 лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов РФ". Таким образом, исключено положение о государственных гарантиях предоставления беременным женщинам, кормящим матерям и детям до 3 лет полноценного питания.

В ст. 24. Права несовершеннолетних — определено, что диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах производится в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, и на условиях, определяемых органами государственной власти субъектов РФ. Исключено право на медико-социальную помощь и питание на льготных условиях. Ответственность за реализацию права на бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности перенесена на субъект РФ (несовершеннолетние имеют право на "бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов РФ). Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях социальной защиты в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов РФ (вместо "за счет средств бюджетов всех уровней")". Таким образом, за федеральными органами государственной власти не осталось полномочий по реализации прав несовершеннолетних. Вся ответственность за реализацию прав несовершеннолетних ложится на субъект РФ и зависит от наличия денег в бюджете этого субъекта РФ.

Из прав военнослужащих (ст. 25) исключено право на получение медицинской помощи в учреждениях муниципальной системы здравоохранения, что приведет к еще большей проблеме при оказании медицинской помощи этой категории граждан.

Признаны утратившими силу ст. 26. Права граждан пожилого возраста; ст. 27. Права инвалидов; ст. 28. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагополучных районах.

Предполагается, что права этих групп населения должны быть закреплены в специальных законах.

Внесены изменения в раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам.

Ст. 38. Первичная медико-санитарная помощь — изложена в следующей редакции.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование, другие мероприятия, связанные с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем и порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается законодательством в области охраны здоровья граждан.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования.

Оказание первичной медико-санитарной помощи может также финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ст. 39. Скорая медицинская помощь — изложена в следующей редакции.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и форм собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования.

Право на бесплатную скорую медицинскую помощь было исключено в законопроекте Правительства РФ, и с большим трудом удалось его отстоять и сохранить.

Ст. 40. Специализированная медицинская помощь — изложена в следующей редакции.

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях (за исключением федеральных специализированных медицинских организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации) является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством Российской Федерации.

По смыслу статьи специализированная медицинская помощь оказывается только в учреждениях государственной системы здравоохранения (федеральных специализированных медицинских организациях или специализированных медицинских организациях субъектов Федерации), что неверно. Специализированная медицинская помощь оказывается и в муниципальных организациях здравоохранения (как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных). В законе нет соответственно и пункта о финансовом обеспечении мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в муниципальных организациях здравоохранения.

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь будет оказываться только на уровне муниципального образования, а специализированная, в том числе и в муниципальных организациях здравоохранения, если таковая будет (за исключением федеральных специализированных медицинских организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), в соответствии с настоящими Основами должна быть организована и финансирована субъектом Федерации. Это соответствует принципу разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, однако создаст трудности в практическом здравоохранении при организации и финансировании специализированной медицинской помощи в муниципальных организациях здравоохранения.

Ст. 41 посвящена медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. В соответствии с новыми Основами, меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении этим гражданам устанавливаются не на федеральном уровне, а органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи этим гражданам является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Невольно возникает вопрос: существуют социально значимые заболевания в отдельно взятом регионе, и государство в целом не несет ответственности за заболевания, возникшие по социальным причинам? К тому же при разных финансовых возможностях субъектов Федерации больной с одним и тем же заболеванием будет иметь разные возможности при получении медико-социальной помощи на разных территориях.

Ст. 42 посвящена медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. В соответствии с новыми Основами исключено слово "бесплатно" при оказании медико-социальной помощи этим гражданам. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в соответствии с внесенными изменениями оказывается только в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения (исключены муниципальные организации здравоохранения) в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении этим гражданам устанавливаются не на федеральном уровне, а органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита) предоставляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, которая является составной частью Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Таким образом, чтобы получить медицинскую помощь при инфекционных заболеваниях (а именно они чаще всего представляют опасность для окружающих), надо быть застрахованным в системе медицинского страхования.

К тому же медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, не может оказываться только в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, потому что территориальные программы, разработанные в соответствии с федеральной программой, не учитывают видов и объемов медицинской помощи в условиях эпидемий и соответственно не финансируются на этой случай.

В связи с изменившейся социальной политикой, изменение претерпела и ст. 50. Медико-социальная экспертиза. Данная статья изложена в следующей редакции.

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Раздел X. Права и социальная поддержка медицинских и фармацевтических работников.

В ст. 56. Право на занятие частной медицинской практикой — признана утратившей силу часть, определяющая полномочия местной администрации по выдаче разрешения на занятие частной медицинской практикой на подведомственной территории. Частная медицинская практика осуществляется на основе лицензии, установление порядка лицензирования медицинской деятельности относится к полномочиям федеральных органов государственной власти.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере здравоохранения, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Таким образом, законодательно усилен контроль за деятельностью частной системы здравоохранения со стороны федерального органа исполнительной власти. Возникает вопрос, каким образом Министерству здравоохранения и социального развития РФ удастся организационно осуществить данный контроль во всех регионах огромной страны.

Ст. 59. Врач общей практики (семейный врач) — изложена в следующей редакции.

Врач общей практики (семейный врач) — врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Существенные изменения внесены в ст. 63. Социальная поддержка и правовая защита медицинских и фармацевтических работников.

Исключено право на первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы, предусмотренные законодательством. Исключено право врачей, провизоров, работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающих и проживающих в сельской местности и поселках городского типа, а также проживающих с ними членов их семей на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законодательством.

Данные права, несмотря на их законодательное закрепление, не были реализованы.

В данном случае четко прослеживается тенденция построения правового государства, основанного на верховенстве закона. В законах, принятых в период социализма и постсоциализма, не скупились на права, но часть прав не имела механизмов реализации. Это казалось не столь важным, так как имела место необязательность исполнения законов. Работали государственные административные механизмы как защиты гражданина, так и его подавления. С построением правового государства возросла роль закона в обществе, граждане научились в суде защищать свои права, закрепленные в законе. Учитывая это, современный законодатель идет по пути ограничения прав и соответствия законодательства существующему положению вещей, т. е. возможностям реализации права.

Данная статья дополнена следующими частями.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливаются органами местного самоуправления.

Это соответствует принципу разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, однако разделение медицинских работников в вопросах социальной поддержки по уровням — федеральному, региональному и муниципальному — приведет к неравенству прав граждан на территории государства.

Ст. 64. Обязательное страхование медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью — изложена в следующей редакции.

Для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников федеральных специализированных организаций здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются Правительством Российской Федерации. Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами государственной власти субъекта Российской Федерации.

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников муниципальных организаций здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами местного самоуправления.

В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливается Правительством Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, устанавливается органами государственной власти субъекта Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливается органами местного самоуправления.

В соответствии со ст. 15 нового закона внесены изменения в Закон Российской Федерации от 02.07.92 № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В ст. 16 организация оказания психиатрической помощи возложена на федеральные специализированные медицинские учреждения, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, и специализированные медицинские учреждения субъектов Российской Федерации. Таким образом, органы местного самоуправления не участвуют в обеспечении населения психиатрической помощью.

Решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Ст. 17. Финансирование психиатрической помощи — изложена в следующей редакции.

Финансовое обеспечение психиатрической помощи, оказываемой населению в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение оказания населению психиатрической помощи (за исключением психиатрической помощи, оказываемой в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), а также социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

При недостатке финансовых средств субъекты Федерации вряд ли будут заинтересованы в развитии психиатрической службы, эта категория больных в ряде регионов может оказаться без специализированной медицинской помощи.

Ст. 22. Гарантии врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи — изложена в следующей редакции.

1) Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2) Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Возникает вопрос, чем отличается работа с больными психическими заболеваниями в федеральных учреждениях здравоохранения от работы с больными психическими заболеваниями в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, если у работающего с ними персонала будут разные надбавки?

В ст. 45 изменен порядок контроля за деятельностью по оказанию психиатрической помощи. Контроль за деятельностью федеральных психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют уполномоченные федеральные органы исполнительной власти, контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, — уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Контроль за деятельностью федеральных психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляется в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

В соответствии со ст. 32 нового закона внесены изменения в Закон Российской Федерации от 09.06.93 № 5142-1 "О донорстве крови и ее компонентов".

В ст. 1 снято верхнее ограничение по возрасту. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте с 18 лет (в старой редакции — до 60 лет), прошедший медицинское обследование.

Исключена статья по федеральным программам развития донорства крови. Таких программ, законодательно обязательных для государства, теперь не будет.

Ст. 4. Обеспечение мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов — изложена в следующей редакции.

Финансовое обеспечение мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов, осуществляемых в целях обеспечения специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными организациями здравоохранения, является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов, осуществляемых в целях обеспечения специализированной медицинской помощи (за исключением оказываемой федеральными организациями здравоохранения), специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов, осуществляемых в целях обеспечения оказания первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов и скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), является расходным обязательством муниципальных образований.

Реализация мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов осуществляется на основе создания единой информационной базы в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

Ст. 11 определяет меры социальной поддержки для лиц, награжденных знаком "Почетный донор России". Финансовое обеспечение расходов, связанных с реализацией прав почетных доноров, остается расходным обязательством Российской Федерации, т. е. с большим трудом, но удалось отстоять финансирование мер социальной поддержки почетных доноров из федерального бюджета.

В соответствии со ст. 48 нового закона внесены изменения в Федеральный закон от 30.03.95 № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)".

В ст. 4. Гарантии государства — внесены следующие изменения.

Государство гарантирует предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Ст. 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции — изложена в следующей редакции.

Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

Ст. 21. Государственные единовременные пособия, признана утратившей силу. Таким образом, ликвидировано право работников предприятий, учреждений и организаций здравоохранения, работа которых связана с диагностикой, лечением ВИЧ-инфицированных больных и материалами, содержащими ВИЧ, на получение государственных единовременных пособий в случае заражения ВИЧ при исполнении служебных обязанностей.

Ст. 22. Гарантии в области труда — изложена в следующей редакции.

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Возникает тот же вопрос: чем отличается работа с ВИЧ-инфицированной кровью в федеральных учреждениях здравоохранения от работы с ВИЧ-инфицированной кровью в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, если у персонала будут разные надбавки?

В соответствии со ст. 135 нового закона внесены изменения в Федеральный закон от 18.06.01 № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".

В главе II из полномочий в области предупреждения распространения туберкулеза выведены полномочия органов местного самоуправления, таким образом все полномочия в этой области распределяются между Российской Федерацией и субъектами Российской Федерации.

Из полномочий Российской Федерации выведены полномочия по обеспечению экономических, социальных и правовых условий для предупреждения распространения туберкулеза.

Ст. 5. Полномочия субъектов Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза — изложена в следующей редакции.

Субъекты Российской Федерации организуют предупреждение распространения туберкулеза, включая противотуберкулезную помощь больным туберкулезом в противотуберкулезных диспансерах, других специализированных медицинских противотуберкулезных организациях и иных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Известно, что туберкулез является социально значимым заболеванием, а решать проблему социально значимых заболеваний может только государство в целом, влияя на экономические, социальные и правовые условия жизни людей,

Отказ государства влиять на социальные условия жизни людей, перераспределение ответственности за меры социальной поддержки и финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, на органы государственной власти субъектов Российской Федерации приведет к ухудшению ситуации с этими заболеваниями. И дело не только в том, что у субъектов не хватит денег в бюджетах лечить подобную патологию. Отдельно взятый субъект Федерации, как бы ни было все хорошо в этом субъекте (даже регион нефтедобывающий, богатый, являющийся донором федерального бюджета, способный обеспечить социальную поддержку жителям своего региона), не может влиять на обстановку в целом в стране. Никто не может ограничить конституционное право гражданина на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства (ст. 27 Конституции Российской Федерации), поэтому больные с социально значимыми заболеваниями могут переезжать в регионы с более финансируемой системой социальной поддержки. Приток в регионы социально неблагополучных граждан, а именно они чаще всего имеют социально значимые заболевания, вряд ли положительно отразится на развитии этих регионов.

К тому же снижение ответственности государства за социальные процессы, происходящие в этом государстве, является ударом по авторитету государства в целом, подрывает веру в социальную направленность государственной политики.

Оказание гражданам противотуберкулезной помощи в соответствии с принятыми изменениями осуществляется не на основе принципа бесплатности (в старой редакции), а в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи реализуется на территориях через территориальные программы, которые финансируются на разных территориях по-разному. Таким образом, при недостаточном финансировании территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам конкретного субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут быть ограничения по необходимому объему оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Это приведет к ухудшению и так неблагоприятной эпидемической обстановки по туберкулезу в отдельных регионах и по стране в целом.

Исключение из прав лиц, находящихся под наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом права на бесплатный проезд на транспорте общего пользования городского и пригородного сообщения при вызове или направлении на консультации в медицинские противотуберкулезные организации вряд ли будет способствовать улучшению эпидемической обстановки, особенно в сельской местности.

Права лиц, находящихся под наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом на обеспечение бесплатными лекарственными средствами для лечения туберкулеза изложены в следующей редакции.

Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обеспечиваются бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, — в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Больным заразными формами туберкулеза, проживающим в квартирах, в которых, исходя из занимаемой жилой площади и состава семьи, нельзя выделить отдельную комнату больному заразной формой туберкулеза, квартирах коммунального заселения, общежитиях, а также семьям, имеющим ребенка, больного заразной формой туберкулеза, предоставляются вне очереди отдельные жилые помещения с учетом их права на дополнительную жилую площадь в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

Ст. 15. Социальная поддержка медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи — изложена в следующей редакции.

1. Медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Тот же вопрос: чем отличается работа с туберкулезом в федеральных учреждениях здравоохранения от работы с туберкулезом в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации?

Таковы основные изменения, внесенные в российское законодательство о здравоохранении в связи с принятием нового закона. Также внесены серьезные изменения в федеральные законы в сфере охраны здоровья граждан, непосредственно связанные с законодательством о здравоохранении: "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (от 17.09.98 № 157-ФЗ); "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (от 30.03.99 № 52-ФЗ); "О лекарственных средствах" (от 22.06.98 № 86-ФЗ); "О качестве и безопасности пищевых продуктов" (от 02.01.2000 № 29-ФЗ); "Об особо охраняемых природных территориях" (от 14.03.95 № 33-ФЗ).

В целом необходимо отметить, что хотя разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, безусловно, имело целью изменить систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения, закон не упростил, а усложнил организацию и межбюджетные отношения по финансовому обеспечению медицинской помощи. Например, возникнут трудности с реализацией права граждан на медицинскую помощь при оказании скорой, первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи из-за недостаточности финансовых средств в соответствующих бюджетах. Обеспечение государственных гарантий права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции Российской Федерации) все равно потребует выделения субвенций региональным и местным бюджетам в размере, необходимом для реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи по основным видам и объемам медицинской помощи, предусмотренным в федеральной программе[[3]](#footnote-3).

## 2.2 Актуальные вопросы правового регулирования экономических аспектов деятельности учреждений здравоохранения

В современных условиях не только медицинская, но и экономическая сторона деятельности учреждений здравоохранения во многом определяются действующей нормативно-правовой базой.

Превращение медицинских учреждений из простых потребителей бюджетных ресурсов в самостоятельные хозяйствующие субъекты, введение обязательного и добровольного медицинского страхования, развитие предпринимательской деятельности и другие новшества потребовали существенного реформирования методов хозяйственной деятельности. Между тем в правовом регулировании экономических аспектов деятельности медицинских учреждений имеются серьезные проблемы, которые можно сгруппировать следующим образом: отсутствие правового регулирования отдельных аспектов деятельности медицинских учреждений; недостаточность правовой базы в определенных сферах деятельности; противоречивость правового регулирования; наличие правовых норм, имеющих спорное толкование; несоответствие правового регулирования задачам развития здравоохранения или интересам государства; недостаточная правовая грамотность руководителей медицинских учреждений; проблемы реализации законных прав медицинских учреждений в экономических вопросах[[4]](#footnote-4).

Рассмотрим эти группы проблем более детально.

Отсутствие правового регулирования отдельных аспектов деятельности медицинских учреждений. Динамичность процессов, происходящих в обществе и, в частности, в здравоохранении, приводит к тому, что правовое регулирование не успевает за темпами реформ. Поэтому в настоящее время отсутствует правовое регулирование ряда экономических вопросов деятельности учреждений здравоохранения. Это касается, например, некоторых аспектов деятельности медицинских учреждений, связанных с использованием государственной (муниципальной) собственности при осуществлении бюджетными медицинскими учреждениями предпринимательской деятельности. В частности, это касается использования зданий (помещений). Бюджетные медицинские учреждения в рамках своей основной деятельности бесплатно пользуются зданиями и сооружениями. Соответственно отсутствует как методологическая, так и нормативная основа для включения в цены на платные услуги стоимости этих ресурсов (амортизации). Однако цены на платные услуги ориентируются на рыночный уровень, формируемый в первую очередь коммерческими негосударственными медицинскими учреждениями и включающий в себя все виды затрат, в том числе и амортизацию зданий. В этой ситуации бюджетные учреждения, оказывая платные услуги по рыночной цене, получают сверхприбыль, реальной основой которой является невозмещенная в бюджет стоимость зданий (в форме амортизации или арендной платы).

В настоящее время отсутствует необходимое правовое регулирование и ряда вопросов, связанных с гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи. Всем хорошо известно, что виды и объемы медицинской помощи, предполагаемые программами государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, превышают финансовые возможности бюджета и средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Неслучайно даже в Послании Президента РФ Федеральному собранию Российской Федерации в 2001 г. отмечалось, что "...в абсолютном большинстве регионов эта программа не обеспечивается государственными средствами. Дефицит средств по этой программе — 30—40 процентов от потребности, и он покрывается ... вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг". Между тем не выполнять программу государственных гарантий медицинские учреждения не могут, а официально установленного механизма возмещения недостатка финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий за счет бюджета или средств населения нет. Отсутствует и нормативное регулирование ситуации превышения в рамках конкретного медицинского учреждения или всей территории объемов бесплатной помощи, предусмотренных программой. Совершенно ясно, что учреждение (врач) не может отказать пациенту в оказании медицинской помощи на том основании, что учреждение уже превысило плановые объемы, утвержденные программой. Это было бы нарушением ряда законов, включая Уголовный кодекс. Но может ли учреждение (хотя бы теоретически) предложить населению оплачивать медицинские услуги, оказанные сверх объемов программы? Ни постановление Правительства РФ от 11.09.98 № 1096 "Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью", ни другие нормативные акты, посвященные данной проблеме, ответа на этот вопрос не дают.

Между тем во многих странах (например, в Киргизии) применяются различные формы частичного участия населения в финансировании оказания медицинской помощи. Это так называемые соплатежи. Правовое регулирование подобной формы возмещения недостатка бюджетного финансирования или средств ОМС в настоящее время отсутствует.

Недостаточность правовой базы в определенных сферах деятельности. Десятилетний опыт работы медицинских учреждений в системе ОМС выявил потребность совершенствования законодательства в этой сфере. Приведем пример. Ныне действующее законодательство не дает четкого определения того, за счет средств бюджета конкретно какого уровня должно осуществляться ОМС (кто конкретно должен являться страхователем) неработающего населения. В ст. 2 закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" указано, что к числу страхователей неработающего населения относятся как органы государственной власти субъектов Федерации, так и местная администрация. Поэтому в различных регионах эта проблема решается по-разному: в одних регионах страхование неработающего населения осуществляется за счет средств бюджета субъекта Федерации, в других — за счет средств муниципальных (районных) бюджетов. Эту и многие другие проблемы призван разрешить разрабатываемый сейчас закон "Об обязательном медицинском страховании".

Нельзя признать достаточным и правовое регулирование отношений в сфере частной медицинской деятельности. Медицинская деятельность — это особый вид деятельности с высоким риском для жизни и здоровья. В частном же секторе здравоохранения в отличие от государственного и муниципального нет органов и структур управления, организующих эту деятельность, осуществляющих руководство и контроль. С целью восполнения этих пробелов Комитетом по охране здоровья и спорту Государственной Думы подготовлен проект Федерального закона "О регулировании частной медицинской деятельности".

Увеличение объемов предоставляемых государственными и муниципальными медицинскими учреждениями платных услуг также выявило ряд проблем, связанных с порядком их оказания. В одних случаях имеет место неуправляемое развитие предпринимательской деятельности медицинских учреждений, наносящее ущерб интересам государства и населения, в других случаях вышестоящие органы ставят препоны обоснованным направлениям оказания платных услуг. Вызвано это в первую очередь слабой разработанностью нормативной базы оказания платных услуг в здравоохранении. Вместе с тем существует достаточно четкая правовая основа предпринимательской деятельности некоммерческих организаций (к которым относятся бюджетные медицинские учреждения), налогообложения и т. д., зафиксированная в ряде принятых законов, постановлений Правительства РФ и других нормативно-правовых актах. Поэтому недостаточная разработанность нормативной базы проявляется в основном в отсутствии четкого механизма регулирования порядка оказания платных медицинских услуг, закрепленного в ведомственных нормативных актах Минздрава РФ (приказах, инструкциях и т. д.). Ведомственные нормативные акты призваны дать интерпретацию законодательных и иных правовых актов применительно к медицинским учреждениям, учитывая особенности отрасли. Между тем даже основной приказ Минздрава РФ, регулирующий порядок оказания платных услуг (от 29.03.96 № 109 "О правилах предоставления платных медицинских услуг населению"), лишь продублировал постановление Правительства РФ от 13.01.96 № 27 "Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями", не внеся ничего нового. Совершенно очевидно, что указанные правила не охватывают всего перечня вопросов, возникающих при оказании платных услуг. Не восполняют всех пробелов и другие немногочисленные приказы Минздрава РФ, затрагивающие вопросы оказания платных услуг (от 20.03.92 № 93 "Примерный перечень медицинских услуг, оказываемых за счет средств государственных, общественных организаций, учреждений, предприятий и других хозяйствующих субъектов с любыми формами собственности, а также личных средств граждан"; от 06.08.96 № 312 "Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования" и др.)[[5]](#footnote-5).

**2.3** **Противоречивость правового регулирования сферы здравоохранения**

Примером противоречивости правового регулирования является ситуация, сложившаяся с налогообложением деятельности учреждений здравоохранения в системе ОМС. Как известно, государственные внебюджетные фонды (к которым относится и фонд ОМС), входят в бюджетную систему Российской Федерации (ст. 6 Бюджетного кодекса РФ). Поэтому в соответствии со ст. 251 Налогового кодекса РФ суммы финансирования из бюджетов государственных внебюджетных фондов относятся к целевым поступлениям, т. е. к доходам, не учитываемым при определении налоговой базы налога на прибыль. Однако на практике медицинские учреждения обычно получают указанные средства не непосредственно из фондов ОМС в виде прямого финансирования, а через страховые медицинские организации по договорам гражданско-правового характера в соответствии с объемами оказанных услуг. Во многих случаях налоговые органы отказываются признавать эти доходы целевыми поступлениями и настаивают на включении их в налоговую базу.

К сожалению, во многих отношениях изменения налогового законодательства оказывают неблагоприятное воздействие также и на наполняемость бюджетов регионального и местного уровня и соответственно на финансовые возможности поддержки здравоохранения. Так, в результате налоговых изменений регионы в последние годы лишились значительной части доходов, которые ушли в федеральный бюджет. При этом основная финансовая нагрузка по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью остается за регионами — местными бюджетами и бюджетами субъектов Федерации. Более того, государственная политика, направленная на ослабление налогового бремени, будучи положительной сама по себе, во многих случаях оказывается невыгодной для региональных бюджетов (и соответственно для здравоохранения). К примеру, согласно действующему законодательству, основная часть налога на прибыль направляется в бюджеты субъектов Федерации, и уменьшение налоговой ставки налога на прибыль сильнее всего сказывается именно на региональных бюджетах. Что же касается положительных сторон снижения налогового бремени, то они проявляются прежде всего в стимулировании роста производства, логичным результатом чего является рост налоговых поступлений от налога на добавленную стоимость, который в свою очередь направляется в Федеральный бюджет.

Серьезные противоречия в правовом регулировании обнаруживает и реализация закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Выше уже отмечалась недостаточность правового регулирования в сфере ОМС. Здесь хотелось бы обратить внимание на наличие противоречий вышеуказанного закона с другими нормативными актами. Несмотря на наличие закона, устанавливающего единые принципы медицинского страхования, в каждом субъекте Федерации реализуются свои модели ОМС, причем нередко прямо противоречащие принципам, заложенным в законе (отсутствуют страховые организации или территориальные фонды ОМС; органы исполнительной власти не вносят средства на страхование неработающего населения и т. д.). Это стало результатом как несовершенства самого закона, носящего по большей части декларативный характер, так и того, что он вступил в противоречие с рядом законодательных актов, предоставляющих широкие права субъектам Федерации в регулировании финансовых и социальных вопросов в своих регионах.

Наличие правовых норм, имеющих спорное толкование. К числу правовых норм, вызывающих наибольшее число споров по экономическим вопросам, относятся вопросы оплаты труда и ценообразования при оказании медицинскими учреждениями платных услуг. Так, действующий Трудовой кодекс РФ (ст. 135) определяет, что установление заработной платы работникам организаций со смешанным финансированием (бюджетное финансирование и доходы от предпринимательской деятельности) производится в соответствии с законами, иными нормативными правовыми актами, коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами организаций. Вышестоящие органы управления здравоохранением обычно трактуют эту статью следующим образом: коллективные договоры, соглашения, локальные нормативные акты медицинских учреждений действуют в том случае, если они не противоречат действующим нормативным актам и решениям вышестоящих органов (в том числе и приказам соответствующего органа управления здравоохранением). Формально это верное толкование, однако оно не учитывает различий в источниках финансирования. Дело в том, что, как видно из предыдущей фразы этой же статьи Трудового кодекса, соответствующими законами и иными нормативными правовыми актами заработная плата устанавливается лишь для работников, чья деятельность финансируется из бюджета. Отсюда вытекает, что для работников, оказывающих платные услуги, заработная плата устанавливается коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами организаций, т. е. медицинские учреждения самостоятельно регулируют этот вопрос, тем более что в ст. 161 Бюджетного кодекса РФ указано, что "бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников".

К еще одному вопросу, имеющему различное толкование, относится применение государственного (муниципального) контракта (заказа) к услугам бюджетных медицинских учреждений. Как известно, государственный или муниципальный контракт может заключаться органом государственной власти или органом местного самоуправления, бюджетным учреждением, уполномоченным органом с физическими и юридическими лицами с целью обеспечения государственных или муниципальных нужд. Однако практика показывает, что понятие государственного (муниципального) контракта или заказа практически не используется для закупок медицинских услуг у самих бюджетных учреждений здравоохранения, хотя это вполне соответствует понятию контракта (заказа), приведенному в ст. 72 Бюджетного кодекса. Учитывая, что государственный и муниципальный контракты должны размещаться на конкурсной основе, это во многом содействовало бы решению актуальной проблемы реструктуризации сети медицинских учреждений.

Неоднозначным является и вопрос заимствования государственными и муниципальными бюджетными учреждениями здравоохранения у третьих лиц. В ст. 118 Бюджетного кодекса РФ указано, что бюджетные учреждения не имеют права получать кредиты у кредитных организаций и других физических и юридических лиц, за исключением ссуд из бюджетов и государственных внебюджетных фондов. Требование вроде бы логичное: ведь в соответствии со ст. 120 Гражданского кодекса РФ при неспособности медицинского учреждения вернуть кредит субсидиарную ответственность по его обязательствам несет собственник соответствующего имущества. Однако медицинские учреждения расширяют свою предпринимательскую деятельность, что трудно осуществить без использования заемных средств. Между тем не совсем ясно, касается ли ограничение на заимствования, вводимое Бюджетным кодексом, только бюджетной деятельности государственных (муниципальных) медицинских учреждений или распространяется и на внебюджетную деятельность.

Несоответствие правового регулирования задачам развития здравоохранения или интересам государства. В ст. 256 Налогового кодекса РФ указано, что не подлежит амортизации имущество бюджетных организаций, за исключением имущества, приобретенного в связи с осуществлением предпринимательской деятельности и используемого для осуществления такой деятельности. Это означает, что если бюджетное медицинское учреждение оказывает платные услуги с использованием имущества, приобретенного за счет бюджета или средств ОМС (а это повсеместная практика), то оно не может относить на затраты амортизацию этого имущества. В итоге государственное (муниципальное) имущество будет использоваться для оказания платных услуг безвозмездно. Эту ситуацию можно было бы рассматривать как своего рода субсидирование предоставления платных услуг населению, если бы не 2 обстоятельства. Во-первых, эти субсидии будут распространяться и на те виды услуг, которые по определению должны оказываться только за плату (сервисные, косметологические без медицинских показаний и т. д.). Во-вторых, подобные субсидии дестабилизируют рынок платных (коммерческих) медицинских услуг, поскольку частные учреждения лишены этой субсидии и вынуждены оказывать услуги по полной, более высокой цене. Все это ведет к хорошо известным издержкам, связанным с нарушением нормальных рыночных процессов. На наш взгляд, проблема должна решаться по-другому: необходимо включение в цену платной услуги амортизации любого используемого имущества, но та часть амортизации, которая начислена на государственное (муниципальное) имущество, должна возвращаться в бюджет или учитываться в составе бюджетного финансирования.

Далеко не всегда отвечает интересам общества и правовое регулирование добровольного медицинского страхования. Например, в ст. 1 закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" записано, что "добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования". Из содержания этой статьи следует, что в программе добровольного медицинского страхования работников высокодоходного предприятия, банка и т.д. не могут присутствовать виды помощи, включенные в территориальную программу ОМС. Получается, что богатые предприятия или граждане готовы полностью оплатить медицинскую помощь за счет собственных средств, не прибегая к услугам ОМС (обеспечив тем самым экономию средств ОМС для оказания бесплатной помощи менее состоятельным гражданам), а закон их ограничивает в этом желании. Очевидно, что требуется увеличение числа оснований для расширения объемов программы добровольного медицинского страхования (например, при наличии желания застрахованных и т. д.).

На наш взгляд, не отвечают задачам развития здравоохранения и многие положения законодательства в сфере налогообложения. В частности, это касается введения налога на добавленную стоимость на лекарственные средства, распространения налога с продаж на платные медицинские услуги, да и самого порядка налогообложения доходов медицинских учреждений от оказания платных услуг. Все это уменьшает и без того скудный финансовый потенциал здравоохранения, снижает доступность платных услуг и медикаментов для населения.

Недостаточная правовая грамотность руководителей медицинских учреждений. К сожалению, приходится признать, что правовая грамотность руководителей медицинских учреждений оставляет желать лучшего. Между тем знание основных нормативных документов и общих правовых принципов, касающихся деятельности медицинского учреждения, позволяет не только более эффективно осуществлять свою деятельность, но и во многих случаях отстоять свои законные права. Кроме улучшения правовой подготовки студентов медицинских вузов и слушателей курсов повышения квалификации, необходимо введение в штаты всех медицинских учреждений юрисконсультов либо заключение договоров на юридическое обслуживание деятельности медицинских учреждений.

Проблемы реализации законных прав медицинских учреждений в экономических вопросах. К сожалению, знания законодательства далеко не достаточно для использования его на практике. Медицинским учреждениям очень часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда они четко понимают правовую сторону проблемы, но не могут действовать в соответствии с существующим законодательством. В частности, это касается вопросов ценообразования на платные медицинские услуги. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 07.03.95 № 239 "О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)" не предусмотрено государственное регулирование цен на платные медицинские услуги. С целью разъяснения этого вопроса в письме Минэкономики Российской Федерации от 03.03.99 № 7-225 "О ценах на платные медицинские услуги" было сообщено, что государственное регулирование цен (тарифов) не применяется на платные услуги, перечень которых не предусмотрен постановлением Правительства Российской Федерации от 07.03.95 № 239. Тем не менее практически повсеместно органы государственной власти или органы управления здравоохранением вмешиваются в вопросы ценообразования.

К другим вопросам, по которым медицинские учреждения часто испытывают необоснованное давление со стороны вышестоящих органов, относятся уровень заработной платы, закладываемой в цены на платные услуги; использование доходов, полученных от предпринимательской деятельности; оплата труда работников за счет доходов, полученных от оказания платных услуг, и др.

Безусловно, медицинские учреждения могут прибегнуть к такой форме защиты своих законных прав, как обращение в суд. Однако практика показывает, что медицинские учреждения крайне редко пользуются этим правом, ведь, выиграв судебный процесс, руководитель учреждения может лишиться своей должности. Возможностей для этого у вышестоящих органов предостаточно. Правовая незащищенность руководителя медицинского учреждения — еще одна серьезная проблема, ограничивающая сферу правового поля в здравоохранении.

В заключение отметим, что мы коснулись лишь небольшой части вопросов, связанных с нормативно-правовым обеспечением реформирования экономики здравоохранения, но и рассмотренные вопросы свидетельствуют о наличии серьезных проблем в этой сфере. Очевидно, что совершенствование правового регулирования экономических аспектов деятельности медицинских учреждений должно не только основываться на фундаментальных принципах права, требованиях защиты прав и свобод граждан, соблюдении интересов государства и т. д., но и соответствовать экономическим законам, способствовать эффективной хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.

С целью совершенствования правового обеспечения охраны здоровья, в том числе и решения многих экономических вопросов, Комитет по охране здоровья и спорту Государственной Думы

проводит большую работу по совершенствованию законодательства в сфере здравоохранения. Она выражается не только во внесении изменений в действующие законы и разработке новых законопроектов, но и в планомерном формировании Кодекса законов об охране здоровья населения.

Вместе с тем очевидно, что большинство рассмотренных выше проблем не может быть решено только в рамках законодательства в сфере здравоохранения, поскольку требуется внесение изменений (поправок) в ряд законодательных актов более общего плана (Гражданский, Бюджетный, Налоговый кодексы и т. д.). Кроме того, большую роль в совершенствовании правового регулирования экономической сферы здравоохранения должны сыграть органы исполнительной власти (Правительство РФ, Минздрав РФ и т. д.), а также законодательные органы субъектов Федерации[[6]](#footnote-6).

# 3. Проблемы государственного управления в сфере здравоохранения и пути их решения

## 3.1 Проблемы совершенствования организации медицинской помощи населению

Организация медицинской помощи в сельской местности имеет ряд особенностей, среди которых можно выделить малое количество обслуживаемого населения, проживающего на достаточно большой территории; преобладание среди сельских жителей неработающих и пенсионеров; отсутствие у населения сельского района возможности полной реализации права выбора медицинского учреждения[[7]](#footnote-7).

Социально-экономические преобразования последних десятилетий осложнили доступность медицинской помощи сельскому населению, не улучшили качества и не повысили уровень ее организации. С начала 1990-х годов наметилось снижение ресурсного обеспечения сельского здравоохранения. Слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень развития информационных технологий — таков далеко не полный перечень современного состояния сельских лечебно-профилактических учреждений[[8]](#footnote-8). Наряду с названными трудностями одной из серьезных проблем практического здравоохранения в современных условиях является низкая эффективность использования ресурсной базы. Главная задача совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению обоснованно заключается в переориентации основных усилий с госпитального этапа на амбулаторный, т. е. реструктуризации помощи при повышении ее качества и снижении затрат[[9]](#footnote-9). Анализируя реальные изменения, произошедшие в конце прошлого и начале нового столетия, можно сделать вывод, что процессы реформирования, достаточно проработанные на теоретическом уровне и отраженные в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (1997), на практике идут медленно или почти отсутствуют, а структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в целом остается ниже ожидаемой. Необходимы повышение взаимодействия и преемственности в деятельности всех звеньев системы, приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического звена, перераспределение объемов деятельности и ресурсной обеспеченности между структурами больничной, внебольничной, медико-социальной помощи[[10]](#footnote-10).

Одним из основных направлений совершенствования организации оказания медицинской помощи является развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Особая роль при этом отводится развитию института врача общей (семейной) практики (ВОП). Всемирная организация здравоохранения, регулярно публикующая рейтинги систем здравоохранения стран мира, считает главным не их научную и материально-техническую базу, а доступность медицинского обслуживания для населения, которая во многом определяется состоянием именно ПМСП[[11]](#footnote-11). Необходим врач, способный взять на себя все первые контакты с населением, своевременно обратиться за советом к более квалифицированным, лучше оснащенным специалистам второго уровня, при необходимости направить пациента в стационар. Задержка в создании службы ВОП оказывает существенное влияние на продвижение общей реформы здравоохранения. Сдвиг во внебольничную помощь и сокращение неоправданных объемов медицинской помощи практически полностью зависят от развития службы ВОП, и это не исключает развития множества стационарзамещающих форм медицинской помощи[[12]](#footnote-12).

Основными проблемами организации внебольничной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики (ОВП) являются несовершенство нормативно-методической базы, регламентирующей роль и место ОВП в системе сельского здравоохранения, юридический статус ОВП, взаимодействие их с другими медицинскими учреждениями, механизмы финансирования ОВП; отсутствие стандартов подготовки персонала ОВП, определяющих перечень знаний и практических навыков работников ОВП; отсутствие разработанных стандартов медико-технического обеспечения ОВП, не позволяющее осуществлять их адекватное оснащение медицинским оборудованием[[13]](#footnote-13).

В условиях переходного периода от службы участковых врачей к ОВП нецелесообразно идти путем сокращения количества должностей врачей — узких специалистов. Опыт сельских муниципальных ЛПУ показывает, что таких врачей не хватает. Экономия средств на врачах — узких специалистах и перераспределение средств в пользу ВОП в настоящий момент приведут к снижению доступности специализированной бесплатной медицинской помощи населению. Сегодня наиболее выгодно вводить ОВП в удаленных малонаселенных районах, в сельской местности, а также в экономически благоприятных регионах с платежеспособным населением, например в Москве, в качестве платной медицинской деятельности по обслуживанию определенных категорий граждан.

До настоящего времени в Западной Европе остается высокой доля одиночных практик (в Нидерландах — 54%, в Великобритании — 30%), которые в основном функционируют в сельской местности с относительно низкой плотностью населения. В Великобритании ВОП посещает пациентов на дому менее интенсивно, чем в России, — в 15—20% случаев (визиты к пожилым и лицам, которые не могут прийти на прием), а в России — в 30—40%, причем существенная часть посещений в нашей стране не является обоснованной. Более того, прием ВОП в Великобритании и Нидерландах занимает в среднем до 8 мин; обстоятельная беседа с пациентом, углубленные диагностические исследования, развернутые записи в амбулаторной карте не проводятся[[14]](#footnote-14).

Внедрение института ВОП в сельской местности Чувашской Республики сопровождается значительным экономическим эффектом. Уже на начальном этапе внедрения на участке обслуживания данных специалистов отмечается снижение уровня госпитализации на 5—10%, уменьшение числа вызовов скорой медицинской помощи на 5—15%, на 10—15% снизилось число направлений к узким специалистам[[15]](#footnote-15).

Одним из наиболее экономичных способов предоставления медицинских услуг на уровне ПМСП является сестринское обслуживание, которое можно представить как резерв экономии регионального и муниципального здравоохранения. На медицинскую сестру ОВП, если она соответствующим образом подготовлена, можно возложить многие обязанности, выполняемые сегодня врачом. Именно так с успехом действует сестринский персонал в европейских странах. Основными формами самостоятельной работы медицинских сестер ОВП являются патронаж больного на дому, проведение занятий в "школах для пациентов", прием в поликлинике[[16]](#footnote-16). Медицинская помощь, оказываемая фельдшером, имеющим сертификат специалиста по лечебному делу, характеризуется проведением большого объема лечебно-профилактической работы при достаточном качестве доврачебной медицинской помощи. Сохраняются важные медицинские традиции — оказание фельдшером помощи на дому взрослым и детям, в том числе и во внерабочее время. Все это повышает роль фельдшера в системе ОВП. Амбулаторное звено может существенно укрепиться за счет усиления средним медицинским персоналом из расчета фельдшера и двух медицинских сестер на численность обслуживаемого населения от 2800 до 3200 человек[[17]](#footnote-17).

До сегодняшнего дня реальной реформы первичного звена здравоохранения не произошло. Подавляющее большинство амбулаторно-поликлинических учреждений продолжает оказывать первичную медицинскую помощь силами участкового терапевта и узких специалистов. Анализ реализации отраслевой программы "Общая врачебная (семейная) практика" показал необходимость использования системного подхода при совершенствовании нормативно-правовых, социально-экономических, финансовых, материально-технических, организационно-методических и управленческих механизмов, обусловливающих особенности организации и функционирования службы ОВП в структуре первичной медико-санитарной помощи[[18]](#footnote-18).

В рамках реструктуризации и повышения эффективности здравоохранения важным аспектом является развитие стационарзамещающих форм медицинской помощи. Так, в настоящее время удельный вес коек дневного пребывания достиг 9% всего коечного фонда муниципальных стационаров Московской области[[19]](#footnote-19). В сельской местности организационно и экономически обоснованно использовать стационарзамещающие технологии в крупных и средних населенных пунктах. Главная цель развития таких форм организации медицинской помощи — уменьшение показателей госпитализации в круглосуточные стационары и соответственно снижение расходов системы здравоохранения при сохранении качества оказания медицинской помощи и ее доступности[[20]](#footnote-20).

Рассматривая систему организации стационарной помощи сельскому населению, можно выделить ряд проблем, включая такие, как низкий показатель полноты догоспитального обследования; несвоевременность госпитализаций, особенно в областные ЛПУ; тенденция к росту числа самостоятельных обращений сельских жителей в городские и областные, в том числе специализированные, стационары; высокий и нарастающий уровень экстренных госпитализаций; значительный удельный вес необоснованных госпитализаций. Фактическое состояние сельских стационаров I и II уровней (участковых и центральных районных больниц) не соответствует предъявляемым требованиям ни по мощности, ни по материально-техническому оснащению, ни по составу и квалификации кадров и специализации коечного фонда. В участковых больницах оказывается минимальный объем лечебно-диагностической помощи, в них госпитализируются пациенты, которым необходима не столько интенсивная терапия, сколько медико-социальная помощь. Специализированная стационарная помощь все больше смещается в областные и республиканские учреждения. Проблема реструктуризации решается переводом участковых больниц в дома сестринского ухода, в отделения восстановительного лечения, реабилитации и медико-социальной помощи, во врачебные амбулатории[[21]](#footnote-21).

В рамках структурной реорганизации стационарной медицинской помощи сельскому населению необходимо ограничить специализированную помощь в Центральной районной больнице (ЦРБ), кроме межрайонных центров; закрыть маломощные (до 25 коек) участковые больницы или передать их на баланс учреждений социальной защиты; приоритет специализированной стационарной помощи отдать областным больницам и межрайонным центрам. В ЦРБ акцент должен быть сделан на стационарную помощь общего профиля (терапевтический, хирургический, педиатрический, акушерско-гинекологический) с проведением плановых операций, не требующих высокотехнологичного медицинского оборудования.

Сокращение коечного фонда и числа госпитализаций между тем не является самоцелью, это инструмент оптимизации расходов в системе здравоохранения. Так, с целью уменьшения числа необоснованных госпитализаций в ряде сельских больниц Самарской области в составе приемного отделения организованы диагностические койки для динамического наблюдения за больными, у которых нет абсолютных показаний к госпитализации. После проведения лечебно-диагностических процедур только 33% от числа поступивших в приемное отделение было госпитализировано, что обусловило экономический эффект. Схемы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений по оплате посещений, а больниц — по законченному случаю согласно стандартам не стимулируют главных врачей больниц к реструктуризации коечного фонда и расширению объемов внебольничной помощи. Предлагается система управления госпитализацией, позволяющая объединить догоспитальный и госпитальный этапы в единый организационно-технический цикл, в основе которого врачами участковой службы строго выполняется алгоритм подготовки пациентов к госпитализации. Далее следует экспертиза со стороны больницы специалистом-менеджером по плановой госпитализации, ответственным за уровень догоспитального обследования, обоснованность госпитализации, равномерное распределение потока пациентов в стационар по дням недели и времени суток.

Учитывая скромные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу и дефицит финансовых средств сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль в настоящее время отводится развитию специализированной консультативной медицинской помощи, в частности развитию передвижных форм лечебно-диагностической помощи и особенно созданию межрайонных консультативно-диагностических центров. Для повышения реальной роли межрайонных центров необходимо определить правильные формы взаимодействия и ответственности административных органов муниципальных образований, входящих в медико-санитарную зону; создать адекватную систему финансирования и соответствующую материально-техническую базу; обеспечить эффективное планирование и контроль деятельности межрайонных центров как одного из уровней системы оказания специализированной консультативной помощи жителям села. Необходимы четкое определение обслуживаемых районов с учетом территориального расположения и транспортной доступности, численности обслуживаемого населения, оптимального распределения видов и объемов помощи в системе ЦРБ — межрайонный центр — областная больница, организация и контроль потоков больных в территориальной медико-санитарной зоне.

В условиях сельской местности особенно остро встает проблема рационального взаимодействия между системой социальной помощи и здравоохранением, учитывая более значительную долю пожилых лиц, проживающих на селе. Данные литературы позволяют выделить две основные формы медико-социального обслуживания в сельской местности: стационарную и внебольничную. К основным типам стационарных учреждений относятся медико-социальные отделения на базе сельских больниц, больницы (отделения, дома) сестринского ухода, хосписы, а также стационарные учреждения органов социальной защиты населения (дома-интернаты, отделения и дома милосердия и т. д.). К внебольничным формам медико-социальной помощи сельским жителям пожилого возраста относятся отделения амбулаторной медико-социальной помощи, внебольничные службы органов социальной защиты населения, общественных организаций[[22]](#footnote-22).

Если в нашей стране медико-социальное направление в оказании помощи пожилому сельскому населению начало активно развиваться с начала 1990-х годов, то за рубежом различные формы медико-социальной помощи стали появляться еще в 1960-х годах. В настоящее время медико-социальную помощь престарелым гражданам в сельской местности развитых зарубежных стран можно отнести к одному из основных направлений медицинского обслуживания населения наряду с ОВП. В европейских странах внебольничная помощь сельским пожилым жителям акцентируется преимущественно на домашнем уходе с широким привлечением социальных работников. Как считают исследователи из Канады, в сельской местности не стоит организовывать маломощные дневные гериатрические стационары, целесообразно иметь крупные межрайонные центры, где сконцентрированы все необходимые специалисты. Несмотря на большое разнообразие стационарных учреждений медико-социального обслуживания, отмечаемое за рубежом, преимущественное положение в сельской местности занимают дома (отделения) сестринского ухода, в меньшей степени — хосписы. По данным многих авторов, большую помощь в деятельности указанных организаций оказывают добровольные помощники.

Таким образом, согласно литературным сведениям, существует целый ряд проблем и направлений в оптимизации медицинской помощи сельскому населению. Следует согласиться с точкой зрения[[23]](#footnote-23), что реорганизация структуры сельских ЛПУ, их ресурсного обеспечения допускает различные формы организации и темпы проведения преобразований, но с сохранением общих подходов. Речь здесь идет о внедрении врача (фельдшера) общей практики; развертывании специализированных служб на базе ЦРБ; организации в крупных ЦРБ межрайонных центров; приведении коечной мощности к реальным потребностям населения; организации выездного обслуживания сельских жителей в разнообразных формах.

Механизм организации медицинской помощи предполагает проведение анализа состояния здоровья населения; оценку организации медицинского обслуживания; анализ систем управления и финансирования здравоохранения субъектов Федерации и муниципальных образований; установление стратегических целей, задач и приоритетов в развитии здравоохранения и деятельности ЛПУ; определение реальной потребности в медицинских услугах на основе экспертных оценок; оптимизацию сети и структуры учреждений в условиях реализации муниципального заказа.

В настоящее время за рубежом складывается концепция интеграции служб медико-санитарной помощи на районном уровне, причем объединение усилий идет в процессе обмена информацией, планирования, совершенствования инфраструктуры, развития людских ресурсов, и не только в отношении органов здравоохранения. Делаются шаги по развитию и интеграции медико-санитарной помощи, просвещения, транспорта, средств связи, жилищного строительства, водоснабжения, мелкого предпринимательства, сельского хозяйства под контролем муниципалитетов. Участие населения в деятельности интегрированных служб повышает степень общей удовлетворенности их работой. Интеграция способствует, как правило, сглаживанию различий между географическими районами и социально-экономическими группами в отношении доступности служб и интенсивности их использования. Ключевым фактором в процессе интеграции районных служб здравоохранения является ПМСП, которая должна быть всесторонней (включать пропаганду здоровья, профилактику, контроль и реабилитацию), холистической (заниматься человеком в целом в контексте семьи и общины), непрерывной (использовать стратегию постановки на учет и регистрацию регулярных последующих наблюдений за пациентами и мониторинг медицинской помощи).

**3.2 Пути решения проблем государственного управления в сфере здравоохранения**

В действующем законодательстве, касающегося медицинской деятельности, имеют место не только существенные недостатки, но и пробелы. Так, Конституция РФ, обозначая системы здравоохранения, прямо не указывает на существование единой системы здравоохранения в РФ, составными частями которой должны являться государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения. Непризнание конституционности существования единой системы здравоохранения означает, что при отсутствии соответствующего правового регулирования, у федеральных органов, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления отсутствует прямая конституционная обязанность сохранять и развивать на своих территориях соответствующую систему здравоохранения как единое целое.

В то же время, несмотря на отсутствие прямых указаний на это в Конституции РФ, анализ соответствующих статей дает косвенные основания для того, чтобы считать систему здравоохранения в РФ конституционным институтом, поскольку социальный характер государства отнесен Конституцией к основам конституционного строя. Из содержания конституционных норм устанавливается необходимость существования единой системы здравоохранения, объединяющей на конкретной территории различные формы государственной, муниципальной и частной подсистем здравоохранения. На необходимость существования единой системы здравоохранения в РФ указывает также Концепция развития здравоохранения и медицинской науки РФ.

Обязанность государства в обеспечении социального равенства в реализации права на охрану здоровья для всех граждан РФ предполагает наличие организационного единства и системности в осуществлении профилактики заболеваний и их лечения. Данная цель может быть эффективна лишь при создании законодательной базы, направленной на формирование системы здравоохранения в РФ, обладающей единством и состоящей из трех упорядоченных уровней (подсистем):

* подсистемы федерального уровня;
* подсистемы уровня субъекта РФ;
* подсистемы уровня муниципального образования

При этом на каждом уровне должна быть законодательно закреплена и осуществляться координация соответствующих компонентов систем здравоохранения - государственной, муниципальной и частной. Для эффективного решения подобной задачи необходимо в НПА конкретизировать способы достижения указанных в Конституции целей, установив в частности: а) организационную структуру и компетенцию управляющего компонента для системы здравоохранения каждого уровня, не исключая возможности участия представителей государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; б) обязательное принятие нормативно-правовых и индивидуальных актов управляющей подсистемы более высокого уровня для своего уровня и подсистем более низкого уровня должно обеспечиваться наличием конкретных мер ответственности за неисполнение данных актов.

В первую очередь это должно относится к федеральному законодательству, которое должно найти отражение и конкретизацию в законодательстве субъектов РФ и правовых актах органов местного самоуправления.

Наряду с этим необходимо отказаться от принятой дефиниции здравоохранения как системы органов управления охраны здоровья населения и подведомственных им учреждений, и закрепить в Федеральном законе принципиально новое содержание этого понятия как систему отношений, имеющих целью охрану здоровья человека.

Во многих странах мира одной из основных тенденций является усиление роли государства в области охраны здоровья населения. Опыт разграничения полномочий (децентрализация) в сфере здравоохранения зарубежных стран свидетельствует, что, во-первых, необходимы определенные социальные и культурные условия децентрализации, складывающиеся постепенно; во-вторых, децентрализации сопутствуют как позитивные, так и негативные последствия; в-третьих, за пределами децентрализации в любом случае остаются некоторые стратегические области, в т.ч. принципы государственной политики в сфере з/о, в-четвертых, отсутствует единая оптимальная модель, которая может быть положена без особых изменений в основу строительства федеративных отношений в сфере з/о.

Основной проблемой в настоящее время является то, что законодательство, регулирующее сферу здравоохранения, не формирует организационного единства всех звеньев системы. В результате, проводимые реформы, затрагивая развитие отдельных направлений, не обеспечивают системности, динамичности и целостности процесса реформирования.

Успех реформ в здравоохранении определяется единой научно-обоснованной стратегией, содержащей пути выхода из кризиса всей социальной сферы. Очевидно, что современная социальная политика в здравоохранении, построенная на объективном знании факторов формирования здорового населения и состояния экономики страны, требует подробного исследования правового регулирования в отрасли.

Для этого, прежде всего, необходимо совершенствование законодательства, регулирующего правоотношения в здравоохранении и обеспечивающего организационное единство системы в целом, а также устанавливающего ответственность субъектов РФ на всех уровнях за состояние здоровья населения. Для функционирования единой системы здравоохранения РФ необходимо разработать ФЗ О координации вопросов здравоохранения с установлением конкретных мер по его исполнению, включая административно- и уголовно-правовые санкции. Нормы данного закона должна найти конкретизацию в законах субъектов Федерации кроме того, как в федеральном законе, так и в нормативных актах субъектов РФ, должна быть установлена граница осуществления муниципальными образованиями своих полномочий.

Еще одной важной мерой, обеспечивающей организационное единство здравоохранения, согласно п. "р" ст. 71 Конституции, должно стать установление федеральными органами минимально достаточных социальных стандартов медицинской помощи, обеспеченных надлежащим объемом финансирования. Необходимость установления минимальных социальных стандартов предусмотрена также нормой п. 6 ст. 4 Закона "Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ" от 28.8.1995 г. №154-ФЗ. В свою очередь, подсистемы здравоохранения субъектов РФ должны осуществлять нормативно-правовое воздействие на муниципальные системы здравоохранения. Реальным способом установления единства государственной системы здравоохранения должна быть такая координация действий, которая основана на организующем влиянии федеральной системы на территориальные и муниципальные системы[[24]](#footnote-24).

Наличие законодательного оформления вертикали системы управления здравоохранением, а также содержательных взаимосвязей органов управления здравоохранением субъектов РФ, является важнейшим принципом управления здравоохранением и придает государственной системе здравоохранения законченный пирамидальный вид с развитым нижним уровнем. Для государственной системы здравоохранения, по-нашему мнению, при любой экономической ситуации, должны быть присущи административные методы управления, поскольку эти методы вполне соответствуют задачам, которые призваны решать органы управления здравоохранением: обеспечивать проведение единой политики в области здравоохранения, координировать работу различных служб, контролировать качество оказания медицинской помощи, внедрять вопросы стандартизации в медицинской деятельности и т.д. В настоящее время целесообразно снижение самостоятельности медицинских организаций в экономической сфере, поскольку они обладают свободой, неадекватной их экономической ответственности. Одним из путей законодательного восстановления властного воздействия федеральной системы здравоохранения на территории при создании административной вертикали является, на наш взгляд, изменение соотношений между компетенцией государственных и муниципальных образований. Важным является закрепление в Федеральном законе оснований, по которым государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения может быть как разрешено, так и отказано в предоставлении права оказывать платные медицинские услуги. Проблема здесь в необходимости сочетания интересов как публичных, так и частных; баланс их, отраженный в законе, должен быть не только измерен экономически, но и дать это регулирование. По нашему мнению, коммерческая деятельность государственных и муниципальных организаций здравоохранения - явление нежелательное по двум соображениям. Во-первых, власть в лице комитетов будет всячески подавлять рынок медицинских услуг. Во-вторых, власть будет коррумпирована. Значит, нужно ввести эту власть в рамки: с одной стороны, дать ей возможность защитить публичный интерес, с другой - не дать возможности ущемить частную систему здравоохранения. Собственником муниципальных организаций здравоохранения является население территорий, и только на него нужно ориентироваться при решении всех вопросов. Перед здравоохранением как и перед другими отраслями социальной сферы, стоит проблема приватизации, связанная с оптимальным построением системы организации и управления. И тут, мне кажется, мы должны учесть одну, возникшую в нашем праве несообразность. Мы, по существу, отказались от разнообразия форм собственности. Знаем только государственную, муниципальную и частную, непонятно зачем отбросив коллективную собственность, А ведь большинство медицинских комплексов в частные руки не передашь. Даже если найдется такая структура, которая проглотит все это, подобный вариант нежелателен с точки зрения интересов населения. Поэтому Целесообразно возрождать коллективную собственность. И еще, согласно действующему законодательству, можно подойти к приватизации той или иной организации здравоохранения как к объекту без учета тех процессов, в который этот объект вовлечен. Мы предлагаем при приватизации рассматривать не объекты, а совсем другие сущности, состоящие из своеобразных процессов. При подготовке организации здравоохранения к приватизации необходимо рассмотреть ее деятельность в комплексе и определиться в двух аспектах:

1. Предмет приватизации - все инфраструктурные процессы остаются в государственной (муниципальной) собственности;

2. Все быстрые процессы переходят в частную систему здравоохранения.

# Заключение

Надо принять как данность тот факт, что в переходный период без жесткой регулирующей функции государства и права в построении новой системы здравоохранения не обойтись. Броситься в рынок (создавать многоукладность) без правовой базы - значит, воспроизводить условия периода первоначального накопления капитала со всеми вытекающими отсюда социально-политическими последствиями, который наша страна прошла в 1992-1995 г.г. Право не только отражает существующий общественный строй, но и выступает регулятором общественных отношений, приводя поведение людей и организаций в соответствие с интересами общества. Праву принадлежит ведущая роль в определении принципов деятельности организаций и деятельности государственных органов здравоохранения, их компетенции, формы и порядок решения ими новых задач.

Проанализировав ситуацию в здравоохранении, предлагаем следующий комплекс мер по повышению доступности и качества медицинской помощи.

1) Имея решение о поддержке первичного медицинского звена на федеральном уровне, регионы должны гораздо активнее поддержать первичное звено. Понимание и стремление к этому в регионах есть. Но нужен такой механизм, который позволит направлять средства региональных бюджетов непосредственно в муниципальные медучреждения, минуя муниципалитеты, – например, через региональные органы управления здравоохранения. В противном случае у муниципалитета будет соблазн тратить деньги на другие, не менее важные и неотложные нужды.

2) Для повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи целесообразно объединить центры высоких медицинских технологий в единые общероссийские специализированные медицинские службы с филиалами в регионах. Это позволит обеспечить выработку единых стандартов диагностики, лечения, медицинской реабилитации, единой методики подготовки высококвалифицированных медицинских кадров. Повысит координирующую роль Министерства здравоохранения и соцразвития России, что особенно важно в этих условиях перераспределения полномочий и передачи на региональные и муниципальные уровни значительной части обязательств по оказанию медицинской помощи населению.

3) Особое место должна занять профилактика. На всех уровнях должны быть уже в текущем году разработаны целевые программы предотвращения заболеваний, включая программы всеобщей диспансеризации, вакцинации населения, особенно, конечно, детей.

Наряду с этим крайне необходимо повсеместное учреждение здорового образа жизни, формирование своего рода культа здоровья, развития физической культуры и спорта. Для этого также нужны специальные программы на всех уровнях.

4) Что касается материально-технической базы, то самое неотложное, а именно оснащение первичного звена уже предусмотрено. Но очевиден упадок отечественного производства медицинской техники, современного сложного медицинского оборудования, лекарственных средств.

Поэтому необходимо разработать и реализовать федеральные целевые программы развития медицинской и фармацевтической промышленности России.

5) Ключевым звеном в системе мер по повышению доступности и качества медицинской помощи должно стать укрепление кадрового потенциала здравоохранения и кардинальное улучшение социального самочувствия медицинских работников. Сделать размер оплаты труда в здравоохранении, зависящим от качества медицинских услуг, ввести и ряд организационных мер по повышению ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг.

Кроме того, наряду с поддержкой медперсонала первичного звена мы обязаны предусмотреть меры по сохранению специалистов высшей категории.

6) Никакие системные преобразования здравоохранения не пойдут без совершенствования его законодательной базы. До сих пор не принят и базовый, системообразующий закон о здравоохранении в РФ.

Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи являются развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Первичная медико-санитарная помощь является основным звеном при оказании населению медицинской помощи.

Особая роль отводится развитию института врача общей (семейной) практики. В поликлиниках должны развиваться консультативно-диагностические службы. На их базе могут быть развернуты отделения медико-социальной реабилитации и терапии, службы ухода, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи и т.д.

Требуют государственной поддержки меры по внедрению современных технологий в подразделениях интенсивного лечения, кардиологии и кардиохирургии, онкологии, диагностики и лечения социально значимых болезней.

Необходимо укрепить службу скорой медицинской помощи, сделать ее более мобильной и оснащенной современными средствами для оказания неотложной медицинской помощи и экстренной госпитализации пациентов.

Требуется повысить роль научных центров и научно-исследовательских институтов в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий, использовании уникальных методов диагностики и лечения.

Необходимо принятие мер государственной поддержки по совершенствованию реабилитационной помощи, развитию санаторно-курортных организаций системы здравоохранения, оздоровительных учреждений и организаций.

Для улучшения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению требуется сформировать на базе центральных районных больниц лечебно-диагностические комплексы, включающие в себя муниципальные сельские медицинские учреждения, развивать передвижные формы лечебно-диагностической и консультативной помощи, создавать межрайонные клинико-диагностические центры.

Необходимо осуществить интеграцию ведомственных медицинских учреждений в общую систему здравоохранения на единой нормативно-правовой базе с учетом их отраслевых особенностей и местоположения.

При сохранении главенствующей роли государственного и муниципального здравоохранения важную роль будет играть формирующийся частный сектор.

Создание условий для его развития является важнейшим элементом структурных преобразований в здравоохранении.

Необходимо обеспечить медицинским организациям, лицам, осуществляющим частную медицинскую деятельность, государственным и муниципальным организациям равные права на работу в системе обязательного медицинского страхования и участие в реализации государственных и муниципальных целевых программ. Участие медицинских организаций различной формы собственности в реализации государственных программ здравоохранения, муниципальных заказов должно осуществляться на конкурсной основе.

Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения, выполняющие функции, не связанные рамками единой технологии оказания медицинской помощи, должны обладать широкими полномочиями в вопросах использования имущества, оплаты труда персонала.

# Список литературы

1. Конституция Российской Федерации: Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с изм. от 25 июля 2003 г.) // СЗ РФ.-2003.
2. Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».
3. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. М., 2005.
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 07.03.2005 г.
5. Белова Н.В., Суслонова Н.В. Сохранение здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 1(14). С. 7-8.
6. Галкин Р.А. Сандреева С.Х., Федосеева Л.С. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2001. № 2. С. 38-40.
7. Галкин Р.А., Гехт И.А. Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности. Самара, 2001. – 512 с.
8. Калининская А.А. Гуданова Е.Н., Матвеев Э.Н. Экономика здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 1. С. 43-46.
9. Кириллов А.В. Проблемы здравоохранения // Российский семейный врач. 2001. № 1. С. 43.
10. Кожевников В.В. Проблемы территориального здравоохранения: Сборник научных трудов. М., 2003. Вып. 5. – 112 с.
11. Лакунин К.Ю. Обеспечение медицинской помощи населения сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: Автореферат дис. … д-ра мед. Наук. М., 2001.
12. Лудяпова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзаменяющих технологий в сельской местности: Автореферат дис. … канд. Мед. Наук. СПб, 2002. С. 40.
13. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Здравоохранение // Главврач. 2004. № 9. С. 30.
14. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Управление здравоохранением // Главврач. 2002. № 6. С. 4.
15. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. – 668 с.
16. Паскаль А.В. Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению район (на примере Саратовской области): Автореферат дис. … канд. Мед. Наук. СПб, 2002. С. 44.
17. Петров П.П., Калжеков Т.К. Проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. Алма-Ата, 1990. – 328 с.
18. Семенов В.Ю., тамазян Г.В., Михневич Н.Н. и др. Управление в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2004. № 5. С. 32.
19. Степанов В.В., Финченко Е.А. Основные направления сельского здравоохранения. Новосибирск, 2003. – 228 с.
20. Татарников М.А. Реформа здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и перспективы их ршения. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 336 с.
21. Финченко Е.А., Степанов В.В. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2003. № 5 (12). С. 5-13.
22. Щипин В.О. Структурные преобразования в здраоохранении. М.: Юнити, 1997. – 448 с.
1. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Управление здравоохранением // Главврач. 2002. № 6. С. 4. [↑](#footnote-ref-1)
2. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 81. [↑](#footnote-ref-2)
3. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 90-91. [↑](#footnote-ref-3)
4. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 99. [↑](#footnote-ref-4)
5. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 103. [↑](#footnote-ref-5)
6. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 105. [↑](#footnote-ref-6)
7. Лакунин К.Ю. Обеспечение медицинской помощи населения сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: Автореферат дис. … д-ра мед. Наук. М., 2001. [↑](#footnote-ref-7)
8. Калининская А.А. Гуданова Е.Н., Матвеев Э.Н. Экономика здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 1. С. 43-46. [↑](#footnote-ref-8)
9. Щипин В.О. Структурные преобразования в здраоохранении. М.: Юнити, 1997. С. 113. [↑](#footnote-ref-9)
10. Степанов В.В., Финченко Е.А. Основные направления сельского здравоохранения. Новосибирск, 2003. С. 106. [↑](#footnote-ref-10)
11. Петров П.П., Калжеков Т.К. Проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. Алма-Ата, 1990. С. 200. [↑](#footnote-ref-11)
12. Паскаль А.В. Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению район (на примере Саратовской области): Автореферат дис. … канд. Мед. Наук. СПб, 2002. С. 44. [↑](#footnote-ref-12)
13. Финченко Е.А., Степанов В.В. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2003. № 5 (12). С. 5-13. [↑](#footnote-ref-13)
14. Кириллов А.В. Проблемы здравоохранения // Российский семейный врач. 2001. № 1. С. 43. [↑](#footnote-ref-14)
15. Белова Н.В., Суслонова Н.В. Сохранение здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 1(14). С. 7-8. [↑](#footnote-ref-15)
16. Галкин Р.А. Сандреева С.Х., Федосеева Л.С. Здравоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2001. № 2. С. 38-40. [↑](#footnote-ref-16)
17. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Управление здравоохранением // Главврач. 2002. № 6. С. 4. [↑](#footnote-ref-17)
18. Татарников М.А. Реформа здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и перспективы их ршения. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. . 105. [↑](#footnote-ref-18)
19. Семенов В.Ю., тамазян Г.В., Михневич Н.Н. и др. Управление в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2004. № 5. С. 32. [↑](#footnote-ref-19)
20. Лудяпова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзаменяющих технологий в сельской местности: Автореферат дис. … канд. Мед. Наук. СПб, 2002. С. 40. [↑](#footnote-ref-20)
21. Кожевников В.В. Проблемы территориального здравоохранения: Сборник научных трудов. М., 2003. Вып. 5. С. 66-70. [↑](#footnote-ref-21)
22. Галкин Р.А., Гехт И.А. Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности. Самара, 2001. С. 30. [↑](#footnote-ref-22)
23. См.: Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Здравоохранение // Главврач. 2004. № 9. С. 30. [↑](#footnote-ref-23)
24. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов / Под ред. Ю. П. Лисицына. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 107. [↑](#footnote-ref-24)