

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.04.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Правовое обеспечение государственного управления и местного
самоуправления

(направленность (профиль)/специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)**

на тему «Организационно-правовая система управления здравоохранения»

Обучающийся

Ю.В. Митюрина

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

к.ю.н. К.П. Федякин

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии) , Инициалы Фамилия)

Тольятти 2022

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Организационно-правовые основы системы управления здравоохранением	6
1.1 Понятие и основы организации управления здравоохранением	6
1.2 Проблемы нормативно-правового обеспечения отрасли здравоохранения.....	11
Глава 2. Понятие и система государственного управления здравоохранением в Российской Федерации	20
2.1 Понятие и сущность государственного управления здравоохранением	21
2.2 Понятие и система органов управления здравоохранением	28
Глава 3. Правовое регулирование организации и деятельности объектов государственного управления здравоохранением	49
3.1 Административно-правовой статус медицинского учреждения	49
3.2 Основные направления реформирования статуса учреждений здравоохранения в современных условиях	67
Заключение	80
Список используемой литературы и используемых источников.....	Ошибка!
Закладка не определена.	

Введение

Актуальность темы исследования. Отрасль здравоохранения является приоритетной для достижения высоких показателей качества жизни граждан. Статья 41 Конституции РФ гласит, что всем гражданам гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также содержит такие элементы содержания права на охрану здоровья, как сохранение здоровья и восстановление здоровья путем оказание медицинской помощи. Основными проблемами в реализации этого права являются отсутствие современного медицинского оборудования и недостаточное финансирование отрасли, а также сокращение количества стационаров, увеличение количества амбулаторно-поликлинических учреждений. К сожалению, то, что провозглашается Конституцией Российской Федерации, а именно бесплатное медицинское обслуживание, на самом деле противоречит тому, что в действительности гражданам Российской Федерации зачастую приходится платить за бесплатные услуги.

Перспективы дальнейшего развития, формирование законодательства в области охраны здоровья и медицинской помощи являются обязательными, но на сегодняшний день у государства нет четкой позиции по совершенствованию механизма медицины. Согласно ст. 41 Конституции никто и никогда не вправе брать деньги с граждан России за медицинскую помощь, если они обратились в государственные или муниципальные учреждения здравоохранения. Однако в бюджетном государственном или муниципальном учреждении здравоохранения такие медицинские услуги, как томография, МРТ, КТ и др., оказываются на платной основе пациентам этого же учреждения. Больница, предоставляющая эти услуги, является государственной больницей, однако устройства являются частными. Проблема, возникшая перед Минздравом РФ, не может быть полностью решена даже сейчас. Для субъектов Российской Федерации ситуация остается прежней. Нет четкого ответа, что бесплатно для гражданина, а что нет.

Для обеспечения оказания доступной своевременной квалифицированной медицинской помощи населению создана система государственного управления здравоохранением, которая постоянно совершенствуется. Модернизация системы управления здравоохранением является приоритетным направлением реализации социальной политики государства. В настоящее время прослеживается стремительное развитие сферы медицинских услуг: стоматологических, косметологических, пластической хирургии, по репродукции человека и других. При этом значительный объем услуг в сфере здравоохранения оказывают частные медицинские организации.

Анализируя статистику Росстата в отчете «Социально-экономическое положение России» за январь-июль 2021 г., можно сделать вывод, что объем оказанных платных медицинских услуг в 2011 г. составил 186 млрд руб., а только в июле 2021 г. – объем достиг 77 млрд руб. Это ВВПК «Государственное регулирование общественных отношений в регионе: социально-экономические, правовые и историко-культурные аспекты» 108 может свидетельствовать о том, что большинство граждан выбирают платные услуги для своего удобства. Так, например, граждане России обращаются за платными медицинскими услугами, избегая длинных очередей, сначала к своему терапевту, а затем в той же очереди к нужному специалисту. Если говорить о сельской местности, то в тех учреждениях здравоохранения, которые там имеются, просто нет необходимых специалистов, в этом случае сельчанам приходится выезжать в город, где им оказывают платные медицинские услуги.

Степень научной разработанности темы. Специфику внедрения проектного менеджмента в сферу здравоохранения рассматривали авторы: И.В. Багаутдинова, Н.А. Казанский, Л.И. Мошкович, К.Н. Царанов, М.Н. Руденко. Необходимость государственной поддержки субъектов предпринимательства в сфере охраны здоровья обосновывалась различными

авторами, среди которых А.Б. Зудин, Ф.Н. Кадыров, И.С. Николаев, В.П. Попков, Е.В. Евстафьев и др.

Объектом исследования является система управления сферой здравоохранения.

Предмет исследования – особенности правового регулирования сферы здравоохранения.

Целью настоящей работы является исследование направлений совершенствования управления и правового регулирования сферой здравоохранения.

Задачи исследования:

- рассмотреть понятие и основы организации управления здравоохранением;
- исследовать проблемы нормативно-правового обеспечения отрасли здравоохранения;
- раскрыть понятие и сущность государственного управления здравоохранением;
- охарактеризовать понятие и сущность органов управления здравоохранением;
- определить административно-правовой статус медицинского учреждения;
- исследовать направления реформирования статуса медицинских учреждений.

Структура исследования включает в себя введение, три главы, разделенные на параграфы, заключение и список используемой литературы и используемых источников.

Глава 1. Организационно-правовые основы системы управления здравоохранением

1.1 Понятие и основы организации управления здравоохранением

В соответствии с п. 1 статьи 1 Конституции, Российская Федерация определена как федеративное государство с республиканской формой правления. Все субъекты Российской Федерации равноправны и имеют свое законодательство [1, с. 268].

В настоящее время многие государства обладают мощнейшим научными и производственными возможностями в биотехнологической, микробиологической, генно-инженерной сфере, и в том числе обладают коллекциями всевозможных патогенов и биоагентов. Научные успехи в сферах генетики, вирусологии, биотехнологии могут быть направлены не только для улучшения жизни населения, но и быть использованы в террористических целях для причинения смерти и завершений [2]. Необходимо отметить, что случаи биотерроризма еще в прошлом столетии стали реальностью. Наиболее нашумевшим фактом применения биологического оружия, стало рассылка в США в 2001 г. почтовых конвертов, зараженных возбудителями сибирской язвы. Информация о возбудителях сибирской язвы рассылаемых при помощи почтовой корреспонденции послужила основанием для беспокойства и тревоги у многих американских граждан [3, с. 306].

Современные угрозы, связанные с возможными биотеррористическими атаками, диктуют необходимость более активного обучения населения Российской Федерации основам борьбы с особо опасными инфекциями. Существующие проблемы в сфере национальной биобезопасности представляют собой сложную научно-практическую проблему, которая не имеет простого разрешения. Во многом обозначенные сложности обусловлены наличием различных биологических агентов, которые обладают

способностью быстрого эволюционирования, вызывая тем самым тяжелые инфекционные заболевания, которые специалисты практической медицины порою не имеют возможности быстро победить при помощи традиционных методов [4].

Функционирование любой сферы жизнеобеспечения предусматривает определенную систему целей, функций, принципов, методов, средств и способов, приемов и технологий управления, которые взаимодействуют между собой и обеспечивают эффективное функционирование организации [5].

В настоящее время активно проводится в жизнь реформа здравоохранения, в том числе и ориентированная на совершенствование механизма управления на всех уровнях власти [6]. В мировой практике активно внедряются новые методы управления, являющиеся неотъемлемым и особенно важным элементом структуры механизма управления в целом. Ключевыми факторами управления выступают при этом оптимизация бюджетных расходов и обеспечение доступности услуг здравоохранения с учетом обеспечения их надлежащего качества [7, с. 3].

Учитывая нарастающие кризисные явления в экономической и социальной сферах жизни общества, наблюдающиеся в последнее время, данный аспект выступает наиболее значимым с точки зрения субъектов государственных и муниципальных органов власти, несущих ответственность за обеспечение эффективного руководства системой здравоохранения на современном этапе. Именно изучение современного состояния механизма управления здравоохранением на местах позволит выявить проблемные моменты и обеспечить своевременную выработку управленческих решений, направленных на их устранение.

Согласно законодательству Российской Федерации система по охране здоровья граждан страны подразделяется на три составляющие:

- государственная система;
- муниципальная система;

- частная система [8].

При этом, платные услуги начинают повсеместно навязываться гражданину. На данный момент в поликлинике по месту жительства нет записи к нужному специалисту, так как запись идет на месяц вперед, но он все же может принять гражданина в тот же день, но только на платной основе. Врач направляет своего пациента в другое медицинское учреждение для консультации, но направление не дает. Можно отметить, что сокращение больничных баз и рост амбулаторно-поликлинических учреждений влияет на реализацию права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Только за 4 года количество больничных организаций уменьшилось на 6,4%. Но количество клиник при этом увеличилось на 12,6%, что можно считать положительной стороной. Известно, что многие врачи предпочитают работать в стационаре, что приводит к снижению уровня доступности медицинской помощи в поликлиниках. Сокращение больниц в России с 2000 г. произошло в 2 раза, по данным Центра экономических и политических реформ, с 10,7 тыс. до 5,4 тыс.

Многие граждане России в силу вышеперечисленных факторов не могут позволить себе ни долгосрочные платные медицинские услуги, ни государственную бесплатную медицину, а что касается работы учреждений здравоохранения, то количество жалоб и обращений граждан РФ о наличии и качестве этих медицинских услуг постоянно растет. При этом гражданин РФ платит не за свое здоровье, а за платные медицинские услуги. Кажется, что сама жизнь и здоровье гражданина - бесценны. Следовательно, цена, которую пациент готов заплатить, и реальная цена оказанных ему медицинских услуг никак не связаны друг с другом, поскольку человек готов заплатить за свою жизнь и здоровье все, что у него есть.

Платные медицинские услуги приводят и к другому явлению - лечению человека, когда в нем нет необходимости. В платной медицине это неизбежно, так как целью любого ООО, АО или ИП является не здоровье пациентов, а извлечение прибыли из пациента. Для этого иногда достаточно поставить

диагноз, провести лечение, даже когда заболевания не было. Клиент счастлив, что его вылечили, но он не заболел. Кроме того, под платной медицинской помощью понимается деятельность предпринимателей, которая осуществляется с помощью органов общественной безопасности, в связи с чем муниципальные и государственные учреждения, оказывающие платные медицинские услуги, уже являются элементом не государственной, а частной системы здравоохранения.

Уровень здравоохранения в государстве играет особую роль, так как имеет прямую связь с качеством жизни населения. В свою очередь качество и уровень жизни населения в совокупности сказываются на безопасности нации как важнейшего условия суверенитета государства, успешного осуществления его внутренней и внешней политики [51, с. 45]. Эти приоритеты в полной мере осознаются органами государственной власти, поэтому проблемы в сфере здравоохранения и пути их решения находятся под пристальным вниманием на протяжении длительного периода времени.

Государственная политика включает в себя на первом этапе определение целей и направлений развития общества, на втором этапе – разработку конкретных мер, направленных на реализацию поставленных задач, на третьем – анализ альтернатив, их стоимостную оценку, обсуждение и консультирование, на четвертом – выбор, принятие и осуществление государственных решений, и, наконец, на пятом – оценку эффективности осуществления государственной политики и мониторинг результатов. Как и все управленческие процессы, государственная политика в сфере здравоохранения должна включать в себя такой элемент, как обратная связь, так как государство не является здесь единственным субъектом отношений. Также необходим такой этап, как создание нормативно-правовой базы, которая будет регламентировать действия органов государственной власти и медицинских организаций.

Стоит отметить, что Федеральные законы и целевые программы, принимаемые центром, как правило, затрагивают и региональный, и

муниципальный уровень власти. Для успешной реализации государственной политики в сфере здравоохранения при составлении и разработке программных документов исследуется современное состояние системы здравоохранения, учитываются ошибки прошлых реформ. В последнее время система здравоохранения модернизируется и реформируется, данные процессы осуществляются комплексно.

Индикатором социального эффекта при реализации государственной политики в сфере здравоохранения является повышение доверия к государственным медицинским организациям, высокий уровень удовлетворенности медицинской помощью и профилактикой, а также положительные тенденции в демографии [52].

Современная управленческая деятельность государства показывает, что происходит все большее развитие программ, которые разрабатываются и реализуются на межотраслевом и межтерриториальном уровнях. Данные обстоятельства требуют внедрения и разработки технологий в области управления, которые смогли бы снабдить управленческую деятельность должной организованностью, необходимой регламентацией и эффективностью. Одной из таких программ является Национальный проект «Здравоохранение» и его региональные ответвления.

Проектный подход, по мнению многих ученых, является ключевым фактором устойчивого развития регионов, а также эффективной технологией государственного управления. Переход к проектному управлению в Российской Федерации показал, что этот подход дает свои результаты. На сегодняшний день примерно 45% социально-ориентированной деятельности государства (в сферах образования, здравоохранения, культуры) осуществляется с применением проектного подхода. Адекватно подобранные под этот подход методы управления и современные технологии, в том числе и информационные, приведут к стабильному развитию и росту экономических показателей регионов.

Концепция проектов в сфере здравоохранения построена исходя из задач, стоящих перед ними. В ходе их разработки было необходимо:

- ориентировать проект на запросы конкретного субъекта федерации, чтобы поставить максимально конкретные и достижимые цели;
- ориентироваться не только на повышение благосостояния общества в целом, но и на учет интересов малых групп населения, а при работе с узкопрофильными проектами – заинтересованных лиц;
- принимать во внимание культурно-этическую сторону вопроса, так как данный аспект является особенно важным в отрасли здравоохранения.

Можно сделать вывод, что национальный проект направлен не только на борьбу с различными заболеваниями, но и, в конечном итоге, на переоборудование учреждений, оптимизацию рабочего процесса, что создаст более благоприятные условия для работы специалистов.

Таким образом, национальные и региональные проекты в области здравоохранения призваны решить проблемы, которые являются системными. Также они, являясь элементом реализации государственной политики, направлены на повышение благосостояния граждан, на повышение удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг. Формирование национальных и региональных проектов в сфере здравоохранения происходит на основе задач, стоящих перед ними.

1.2 Проблемы нормативно-правового обеспечения отрасли здравоохранения

Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета и страховых взносов.

Регламентируется здравоохранение Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Самым значимым нормативно-правовым актом, регламентирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

Министерство здравоохранения Российской Федерации, путем утверждения номенклатуры медицинских учреждений и правил лицензирования, регулирует организационное построение государственной системы здравоохранения. В свою очередь, в каждый блок включаются учреждения определенных видов и типов.

Целью государственной стратегии модернизации здравоохранения является создание условий, способствующих обеспечению доступности и качества оказания медицинской помощи населению, а также соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья [9].

В ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 года в Конституцию Российской Федерации внесены положения об обеспечении оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранении и укреплении общественного здоровья для населения страны. Ответственность за реализацию данного конституционного положения возложена на все уровни власти: федеральные, региональные органы государственного управления и местного самоуправления [10].

Выступая 15 января 2020 года с традиционным ежегодным Посланием Федеральному Собранию, Президент Российской Федерации Владимир Путин определил стратегические задачи государственной политики в сфере здравоохранения [11]. В 2020 году в полном объёме должна была быть развёрнута сеть фельдшерско-акушерских пунктов. С 1 июля 2020 года была запланирована модернизация первичного звена здравоохранения, на это выделено 550 млрд. рублей, 90% из федерального бюджета. Была поставлена задача решения жилищной проблемы медицинских работников, особенно на селе. Особое внимание Президентом РФ было уделено вопросам

профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников. Было запланировано, что с 1 сентября 2020 года должно было быть обеспечено проведение целевой подготовки 70% лечебников, 75% педиатров, 100%-в ординатуре, все по гарантированным заявкам регионов. Поэтапно с 2020 года вводится новая система оплаты в здравоохранении и др. [12].

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин объявил о начале реализации программы по повышению качества медицинской помощи и укреплению здоровья граждан, реализации Национального проекта «Здоровье» [13]. Данный проект направлен на укрепление материально технической базы здравоохранения, строительства новых центров медицинских высоких технологий, повышения уровня оплаты труда врачей терапевтов, врачей педиатров. В настоящее время здравоохранение - есть важнейшая система социальной отрасли.

В последние годы в Российской Федерации были приняты другие фундаментальные нормативные акты: Концепция демографической политики до 2025 года, Концепция долгосрочного социально – экономического развития до 2020 года, федеральные законы «Об обращении лекарственных средств», «Об основах здоровья граждан». Данные документы определили основные приоритеты в развитии здравоохранения.

Национальный проект здравоохранение, презентация которого была представлена в 2018 году, включает в себя 8 отдельных проектов согласно следующим направлениям работы: устранение кадрового дефицита в медицине; развитие экспорта медуслуг; борьба с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями; создание национальных исследовательских центров, объединенных в единую сеть; развитие инфраструктуры для оказания качественной медпомощи детям; развитие медуслуг в организациях первичного звена; создание единого цифрового контура в здравоохранении. Действует национальный проект здравоохранения до 2024 года включительно.

Новый нормативный документ № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» от 06.08.2013 внес существенные изменения в систему медицинского обслуживания РФ. Объединение некоторых первичных звеньев привели к необходимости изменить прежнюю общепринятую номенклатуру.

Медицинская терминология регулируется по новым положениям в законодательстве РФ, что необходимо учитывать в теперешнем наименовании медицинских организаций. Пакет основополагающих нормативных документов, по которому теперь регламентируется вопросы государственной медпомощи, привел к тенденции исчезновения термина «лечебно-профилактическое учреждение». Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в тексте не использует понятие ЛПУ. Однако, определение медицинской организации также приведено.

К медицинским организациям согласно законодательным нормам, также приравниваются занимающиеся медицинской деятельностью индивидуальные предприниматели.

Таким образом, термин «ЛПУ» был полностью изъят и заменен на название «медицинская организация» со всех текстов ранее принятых и действующих документов.

Термин «учреждение социального обслуживания» заменен на новую формулировку «организация социального обслуживания». Ознакомиться подробнее с ними можно, изучив подробнее законодательную документацию.

Использование термина «медицинских организаций» с каждым днем встречается все чаще. При этом тенденция наблюдается не только в документах, но и в средствах массовой информации. Кроме клиник под эту формулировку попадают также аптечные пункты, частные медцентры, санаторно-курортные учреждения и различные профилактические организации.

Что касается печатных периодических изданий и профессиональной медицинской среды использование ЛПУ все же еще используется. Это обусловлено его распространенностью и тем, что термин общепринят уже очень давно. Термин ЛПО – это «лечебно-профилактическая организация». Он был принят позже и не так часто применялся.

Например, Фонд социального страхования РФ вынужден был ввести 19.02.2016 новую версию 2.0.4.17 программы для медучреждений под названием «Лечебно-профилактические учреждения».

Все медицинские организации классифицируются по месту расположения на несколько уровней:

- Федеральный;
- Краевой, областной, окружной и республиканский;
- Межрайонный;
- Муниципальный;
- Районный;
- Городской.

Кроме этого вопроса, приказ № 529н оказал существенные изменения на перечень наименований некоторых организаций медпрофиля. Таким образом, в номенклатуру МО были введены новые наименования:

- Бюро медико-социальной экспертизы;
- Центр судебно-медицинской экспертизы;
- Центр военно-врачебной экспертизы;
- Медицинский отряд (включая отряды специального назначения).

Были сформированы новые медицинские центры здравоохранения. Это касается центров вспомогательных репродуктивных и высоких медицинских технологий. Также возникли гериатрический, лечебно-профилактический, генетический центр. Медицинский центр реабилитации, а также медицинские организации для реабилитации инвалидов и детей-инвалидов с последствиями церебрального паралича. К отдельной сфере можно отнести центры реабилитации для наркоманов. Сегодня также существуют медико-

хирургический, паллиативной медпомощи и серологический центры. Есть многопрофильные и специализированные учреждения. Также сформированы организации охраны материнства и детства.

Министерство здравоохранения России, являясь отраслевым органом государственного управления, проводит сложную и многообразную деятельность в области выработки, принятия и практического осуществления решений по самым различным вопросам охраны здоровья населения.

Акты и указания представительных органов, принимаемые на основе и во исполнение законов, а также по собственной инициативе, направлены на успешное решение стоящих перед здравоохранением задач, повышение эффективности и качества медицинского обслуживания населения.

Эти акты принимаются в форме приказов министра или приказов по министерству, решений коллегии или ученого медицинского указаний, письменных и устных распоряжений.

По большому кругу проблем охраны здоровья населения выносятся управленческие решения областными, городскими и районными отделами здравоохранения и многочисленными руководителями учреждений здравоохранения. Наиболее часто в управлении здравоохранением используются статистические, социологические, экономические, математические и другие методы. В связи с большим разнообразием методов управления важным является правильный выбор метода, наиболее полно соответствующего той проблеме, которую надлежит решать [14].

Безусловно, в рамках дополнительного медицинского страхования, которое зачастую обеспечивается предприятиями, учреждениями (работодателем) за счет их средств, могут быть предусмотрены иные возможности получения специализированной медицинской помощи (специальные программы в рамках такого страхования) [15].

К правомочиям также относится право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от такового. Свое развитие информированное согласие получило после рассмотрения дел

Международным военным трибуналом о незаконно проводимых медицинских экспериментах без согласия заключенных в концентрационных лагерях Второй мировой войны [16]. Это право является необходимым условием медицинского вмешательства, которое не может быть осуществлено без согласия гражданина (пациента).

Кроме того, важным критерием здесь является получение пациентом доступной полной информации о характере заболевания, методах вмешательства в целях лечения и возможном результате, прогнозе (в том числе, о рисках и вероятности возникновения осложнений). Такую информацию пациенту должен предоставить врач, осуществляющий его лечение. Вместе с тем, имеются исключения, когда медицинское вмешательство возможно без получения согласия гражданина, например, в случае угрозы жизни человека при условии, что он не в состоянии выразить свое согласие или несогласие, также такое вмешательство применимо по отношению к лицам, страдающим общественно опасными заболеваниями (чума, туберкулез, вирус иммунодефицита человека и др.) [17], и в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

В том числе, в соответствии со статьей 97 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ, возможно принятие принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии невменяемости и т.п. Важно отметить, что в случае, если пациент не достиг 15-летнего возраста, согласие на медицинское вмешательство будет давать его законный представитель (родитель или опекун). Обращаясь за помощью в медицинское учреждение, лицо обладает правом выбора врача в медицинской организации, а также имеет право требовать от медицинских работников предоставления ему качественных услуг соответствующего характера. Формирование критериев оценки качества медицинской помощи происходит с учетом порядка оказания такой помощи, стандартов, протоколов лечения, которые разрабатываются в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона Федеральный закон от 21.11.2011 №

323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [18]. Сама оценка качества проводится с помощью экспертизы, реализуемой согласно статье 64 вышеуказанного федерального закона. Что касается права выбора врача, то при его реализации имеются особенности при получении медицинских услуг в закрытых административно-территориальных образованиях [19].

Не менее важно обеспечение права на получение информации о состоянии своего здоровья (о результатах медицинского обследования, диагнозе, порядке лечения, всех возможных рисков и последствий). Непредоставление этой информации или предоставление ее в искаженном, недоступном для пациента виде может привести к отказу больного от необходимого ему лечения, либо же к материальным убыткам.

Такая информация может быть получена несколькими способами, например, устно в ходе консультации с врачом, или же по официальному запросу в письменном виде (копии оригиналов документов, выписки из них). Обычно информация о здоровье пациента содержится в медицинских картах пациента, где отражаются как характер заболевания (диагноз), так и результаты диагностических процедур, лечебных мероприятий. Кроме того, за получением информации о состоянии здоровья пациента, ему не обязательно обращаться в медицинскую организацию лично, он может сделать это через своих законных представителей. Очень часто на практике пациенты сталкиваются с трудностями в получении сведений о состоянии здоровья даже посредством ознакомления с содержанием своей медицинской карты. Вопросы предоставления такой информации более подробно регулируются положениями Приказа Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», а также Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» [20].

Ранее было отмечено, что непосредственное влияние на здоровье человека оказывает и окружающая его обстановка. В связи с чем, уместно включить в ряд основополагающих правомочий в области здравоохранения, право получать достоверную и актуальную информации о факторах, влияющих на здоровье. К этой информации относится текущее положение окружающей среды в целом – ее санитарно-эпидемиологическое состояние, прогнозы и потенциальные риски для здоровья человека от различных источников.

На человеческое здоровье воздействуют как биологические (вирусы и др.), так и химические, физические (различные виды излучений), социальные (условия труда, отдыха, качество питания) элементы среды обитания. Несмотря на то, что право на благоприятную окружающую среду является отдельным конституционным правом, от его реализации зависит здоровье человека и общества в целом. Без сомнения, правомочия человека в области охраны здоровья пересекаются и с другими конституционными правами, такими как право на отдых, на благоприятные условия труда [53].

Одним из важнейших правомочий является также право на сохранение врачебной тайны со стороны медицинского персонала (медсестер, врачей, иных сотрудников, которым стала известна информация о здоровье пациента в ходе осуществления ими своих трудовых обязанностей). К сведениям, охраняющимся врачебной тайной, относится сам факт обращения в медицинскую организацию, диагноз пациента, а также результаты обследований пациента и сведения о лечении.

Безусловно, в качестве исключения в определенных ситуациях разглашение такой информации возможно: пациент может сам дать согласие на ее предоставление. Кроме того, иногда раскрытие таких сведения становится необходимым, например, в условиях угрозы распространения инфекционного заболевания, в некоторых случаях – по запросу органов государственной власти, при расследовании несчастных случаев на производстве, во время нахождения в образовательной организации и пр.

Кроме того, в рамках отечественного законодательства гарантируются: право на возмещение ущерба в случае, если был причинен вред здоровью со стороны медицинского персонала в процессе оказания медицинской помощи; право воспользоваться услугами адвоката для защиты прав пациента (либо с помощью другого законного представителя); право на выбор страховой медицинской организации, право на получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

Таким образом, источники правового регулирования финансирования сферы здравоохранения в современной России многочисленны и разнообразны. Кроме того, в целях повышения эффективности финансирования сферы здравоохранения законодательство в указанной сфере постоянно совершенствуется, дополняется, уточняется. В настоящее время делается акцент на развитии государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, в связи с чем нормативное правовое регулирование в этой части также претерпевает изменения.

Глава 2. Понятие и система государственного управления здравоохранением в Российской Федерации

2.1 Понятие и сущность государственного управления здравоохранением

Государственное управление представляет собой процесс постоянной и безостановочной реализации функций государства. Исполнительно - распорядительную деятельность реализуют органы государственного управления и должностные лица, которые относятся к исполнительной ветви власти.

Охранять здоровье людей, управляя развитием здравоохранения, означает не просто предотвращать болезни граждан, это значит вносить весомый вклад в экономическое развитие страны. В наиболее развитых странах Европы и Америки, после проведения повсеместных административных реформ, был осуществлен переход от государственного администрирования к государственному менеджменту в сфере публичной медицины. В РФ управление развитием сферы здравоохранения идет в этом же направлении [21].

Огромная ответственность лежит на органах государственной власти в сфере здравоохранения. В современных условиях перед ними стоят задачи не только распределять бюджетные средства, но и эффективно их расходовать. Менеджмент в здравоохранении предполагает управление трудовыми, финансовыми и материальными ресурсами. Более того, от менеджмента в государственном здравоохранении требуют практически того же, что и в частных медицинских центрах – сокращать расходы повышая качество услуг. Повышать эффективность здравоохранения – крайне сложная задача, умение ее решить является показателем эффективности работы управляющих кадров.

Сфера государственного управления имеет исключительное значение для любого государства, в том числе и для Российской Федерации. Грамотная и эффективная организация государственного управления является существенным фактором для развития современного общества. В условиях современной действительности к государственному управлению,

должностным лицам предъявляются достаточно серьезные требования, например, определенный уровень и квалификация образования уполномоченного лица. А также законодатель на федеральном уровне определяет правовые основы управления во многих сферах, в том числе и здравоохранения. Сфера здравоохранения является одной из важнейших сфер государственного управления, что обусловлено целями и задачами указанной сферы. При отсутствии эффективной системы государственного управления в анализируемой сфере подвергается опасности здоровье населения, их конституционных прав и гарантий. Российская Федерация является правовым и социальным государством, соответственно политика Российской Федерации имеет социальную ориентированность.

Вместе с тем, нельзя не отметить и влекущие особенности рыночной экономики, что, в свою очередь, позволяет сделать вывод о системообразующем факторе в виде потребности в здоровье. Так, вопрос укрепления индивидуального здоровья имеет место в современной действительности[54]. Актуальность исследования вопроса правового регулирования государственного управления в Российской Федерации обосновано следующим фактом. В первую очередь – это непосредственно положение административно-государственного управления. Сфера административного управления в области здравоохранения представляется также значимой, исходя из задач, стоящих перед сферой здравоохранения. Также следует отметить, что произошедшие изменения в стране с быстрым темпом – экономическая реформа и политическая демократизация. Эффективное осуществление государственного управления, в том числе и в сфере здравоохранения, оказывает непосредственное влияния на восприятие государства, в данном случае, Российской Федерации, как современного, успешного, правового государства как на национальном уровне, так и на уровне международных отношений.

Представляется, что перечисленному способствует оптимизация системы государственного управления с учетом всего ряда необходимых

факторов и возможность её грамотного построения в масштабе страны с целью обеспечения конституционных прав граждан на обеспечение гарантий в рассматриваемой сфере - здравоохранения. В данном случае существенным обстоятельством выступают масштабы страны, поскольку Российская Федерация характеризуется наличием достаточно большой территории. Масштабы территории государства усложняют процедуру осуществления эффективного государственного управления в целом, включая и анализируемую сферу здравоохранения. Кроме того, административно-государственное управление должно быть восприимчивым к прогрессивным технологическим и коммуникационным решениям, отвечать потребностям общества в открытом демократическом государстве. Перечисленное с большей уверенностью дает основание для положительной оценки функционирующего государственного управления. В этом проявляется новизна и актуальность выбранной темы выпускной квалификационной работы.

Полномочия в сфере государственного управления здравоохранением присущи органам как исполнительной, так и законодательной власти. Так, в Федеральном собрании существуют два комитета, чья деятельность непосредственно связана с рассматриваемой областью: Совет Федерации включает в свою структуру Комитет по социальной политике, в состав Государственной Думы входит Комитет по охране здоровья.

Медицинское страхование в России имеет довольно давнюю историю своего зарождения, уходя корнями во вторую половину XIX века.

Развитие медицинского страхования в нашей стране происходило достаточно неравномерно, не отличалось определенной стабильностью. За время своего существования страховая медицина претерпела ряд значительных изменений. Они и обусловили современное состояние медицинского страхования в России [22].

Функционирование любой сферы жизнеобеспечения предусматривает определенную систему целей, функций, принципов, методов, средств и

способов, приемов и технологий управления, которые взаимодействуют между собой и обеспечивают эффективное функционирования организации [23].

Из средств федерального бюджета финансируются крупнейшие медицинские центры, клиники, больницы федерального значения, научные учреждения, а также оплачиваются: высокотехнологичная медицинская помощь, лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, целевые программы, международная деятельность и т.д.

В свою очередь, из региональных бюджетов выделяются средства на обслуживание республиканских, краевых, областных медицинских учреждений и противоэпидемиологические мероприятия.

Помимо этого, осуществляется косвенное финансирование медицинских учреждений. Это означает, что учреждения здравоохранения частично или полностью освобождены от налогов или получают дотации, налоговые льготы.

Важно помнить, что в некоторых случаях учреждения здравоохранения финансируются юридическими лицами путем заключения договора о добровольном медицинском страховании сотрудников или прямого договора об оказании медицинских услуг.

В настоящее время активно проводится в жизнь реформа здравоохранения, в том числе и ориентированная на совершенствование механизма управления на всех уровнях власти. В мировой практике активно внедряются новые методы управления, являющиеся неотъемлемым и особенно важным элементом структуры механизма управления в целом. Ключевыми факторами управления выступают при этом оптимизация бюджетных расходов и обеспечение доступности услуг здравоохранения с учетом обеспечения их надлежащего качества [24].

Реформа Роспотребнадзора предполагает оптимизацию работы всего аппарата учреждения. Реорганизация Роспотребнадзора в предыдущие годы планировалась с целью разделения контроля и надзора, а также объединения

или упразднения ведомств, которые осуществляют эти функции.

Необходимость в этом назрела в декабре 2014 года после указаний Президента РФ о снятии тотального контроля за предприятиями и бизнесом, оптимизации работы государственных предприятий, обоснованных экономическим кризисом в стране.

Изначально с целью экономии расходования бюджетных средств планировалось сокращение существующих министерств с 21 до 15, а также упразднение 11 агентств и создание новых 9 надзорных органов.

Для исполнения этого поручения предполагалось слияние следующих структур:

- Роспотребнадзора;
- Росздравнадзора;
- Россельхознадзора.

Результатом такого слияния должен был стать новый мощный орган, который будет контролировать безопасность пищевых продуктов и лекарственных средств. Такая необходимость возникла из-за того, что некоторые задачи этих учреждений дублируют друг друга.

Оба этих ведомства проверяют продукцию. Россельхознадзор – товары сельскохозяйственного назначения, не прошедшие обработку (термическую и другие виды). Таким образом, допускается проверка как ферм, так и магазинов, поскольку сырые фрукты и овощи есть и там, и там. То есть ведомство следит:

- за сырьем животного происхождения без обработки, таким как мясо, яйцо, молоко, сливки и т. д.;
- в растениеводстве — за сырыми овощами, фруктами, зерновой продукцией, бобовыми и т. д.

Роспотребнадзор проверяет товары, уже прошедшие промышленную или другую обработку, то есть продукцию, которая не попала под ответственность Россельхознадзора. Помимо этого, указанное ведомство обладает правами по контролю и наблюдению за санитарно-

эпидемиологическим состоянием населения.

В качестве основных требований, предъявляемых к работникам, являются: обязательное наличие профильного образования по занимаемой специальности. Требование касается руководителей, заместителей, специалистов. Эта категория служащих будет обязана иметь уровень образования выше, чем бакалавр. Для остальных работников обязательно наличие среднего специального образования.

В рамках осуществления основных направлений деятельности организаций и учреждений Управления Роспотребнадзора на 2018-2022 годы большое внимание уделялось вопросам профилактики инфекционных заболеваний, снижения факторов риска здоровью населения в связи с неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды, условиям отдыха и оздоровления детей и подростков, их воспитания и обучения, проблемам гигиены труда, сохранения здоровья работающего населения, радиационной безопасности, обеспечения безопасности пищевых продуктов.

В результате проведённых мероприятий сохранена стабильная санитарно-эпидемиологическая обстановка. В целом, достигнуто снижение инфекционной заболеваемости по 25 нозологическим формам, а также по кишечным инфекциям установленной этиологии – на 8%, энтеровирусной инфекцией – на 45,5%, острым вирусным гепатитом – на 10,4%, скарлатиной – на 20%, ветряной оспой – на 36,1%, менингококковой инфекцией – на 20,5%, клещевым боррелиозом – в 2,1 раза.

В рамках национального графика профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям, достигнут высокий уровень успеха в снижении заболеваемости инфекциями путем поддержания высокого уровня иммунизации населения. Также достигнут и поддерживается высокий охват профилактическими прививками детского и взрослого населения (98,0-99,0%).

При подготовке к эпидсезону был достигнут охват вакцинацией населения против гриппа 45,4% (560 тыс. чел.) от численности населения. Ряд проведённых мероприятий не допустил завоз и распространение на

территории страны опасных инфекционных заболеваний, которые требуют процедур по санитарной охране территории.

В рамках обеспечения взаимодействия Территориальных отделов Роспотребнадзора с другими службами необходимо реализовывать соглашения о взаимодействии при осуществлении функции по государственному контролю (надзору), порядке и форме такового взаимодействия: с прокуратурой, УМВД, Ростехнадзором, Росздравнадзором и с Министерствами здравоохранения регионов.

Актуально для Территориальных отделов и внедрение инновационных технологий администрирования, позволяющих повысить объективность и прозрачность нормотворческих и управленческих процессов, обеспечить эффективное взаимодействие с гражданами и организациями в рамках оказания государственных услуг.

Применение современных информационных технологий позволит реализовать услугу эффективного консультирования граждан посредством сети Интернет. В рамках реализации данного подхода необходимо организовать работу по созданию и информационному наполнению и повышению функциональности официального сайта Территориального отдела в сети Интернет.

Своевременное размещение всей необходимой информации на официальном сайте, предоставление государственных услуг в электронном виде повышают доступность и оперативность предоставления государственных услуг, способствует снижению административных барьеров, минимизирует сроки предоставления услуг.

Учитывая нарастающие кризисные явления в экономической и социальной сферах жизни общества, наблюдающиеся в последнее время, данный аспект выступает наиболее значимым с точки зрения субъектов государственных и муниципальных органов власти, несущих ответственность за обеспечение эффективного руководства системой здравоохранения на современном этапе.

Именно изучение современного состояния механизма управления здравоохранением на местах позволит выявить проблемные моменты и обеспечить своевременную выработку управленческих решений, направленных на их устранение.

2.2 Понятие и система органов управления здравоохранением

В Российской Федерации вопрос государственной системы здравоохранения регулируется на федеральном уровне и этому вопросу уделяется должное внимание. Особенность системы государственного управления здравоохранения также раскрывается за счет реализации Министерством здравоохранения Российской Федерации определенного ряда функций.

Министерство здравоохранения Российской Федерации является центральным исполнительным органом руководства здравоохранением в составе Правительства РФ и возглавляемое министром здравоохранения.

Данные обстоятельства свидетельствуют об организации вопроса государственного управления в сфере здравоохранения на уровне высших органов исполнительной власти.

Деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации находится в прямой взаимосвязи с Правительством Российской Федерации. Данный вывод подтверждается тем, что Министерство здравоохранения Российской Федерации организует свою работу в соответствии с утверждаемыми Правительством Российской Федерации планами и показателями деятельности. Реформирование системы государственного управления здравоохранения также обуславливает особенности ее функционирования.

Непосредственно реформированию подвергались уполномоченные органы государственной власти, а именно их структура и возложенные обязанности. В настоящее время оптимизация исследуемой сферы

государственного управления является исключительной, важнейшей частью социально-экономической политики государства. При таких условиях невозможно переоценить роль эффективного государственного управления в сфере здравоохранения.

Элементы системы здравоохранения представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Структура системы здравоохранения Российской Федерации

На сегодняшний день в Российской Федерации на уровне федерального законодательства закреплены три системы здравоохранения:

- 1) государственная;
- 2) муниципальная;
- 3) частная.

Следует отметить, что входит в государственную систему здравоохранения:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее РФ);

- министерства здравоохранения субъектов РФ, например Министерство здравоохранения Республики Карелия;
- государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора,
- Российская академия медицинских наук.

Каждый их перечисленных элементов в своей деятельности реализует тот комплекс мер, который обусловлен полномочиями. Единственное, что деятельность всех их направлена на реализацию государственной политики, выполнение программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки [25].

В отношении частной системы здравоохранения следует отметить лечебно-профилактические и аптечные учреждения. Главный признак в данном случае – это нахождение имущества в частной собственности. Кроме того, в данную систему входят и лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Например, проведя анализ формирования финансовых результатов ЧУЗ «РЖД-Медицина», можно отметить, что огромная часть дохода формируется за счет проведения операций с лазерным оборудованием, так же большая часть дохода формируется за оказание клиенту платных услуг. Однако лазерные операции проводятся очень редко (1-2 раза в пару месяцев). Врачи, средний и младший медицинский персонал просиживают то время, за которое они могут оказать лазерную оперативную помощь, или тратят это время на менее прибыльные для клиники услуги. Так же лазерное оборудование, которое уже имеется в ЧУЗ «РЖД-Медицина», простаивает большую часть времени невостребованным.

В то же время ЧУЗ «РЖД-Медицина» не может организовать большее количество таких операций, так как они в большинстве своем предоставляются на возмездной основе, и стоимость их слишком велика для обычного пациента. Цена на такой вид услуги может достигать 41000 рублей согласно прейскуранту цен клиники.

В данном случае проблему может решить финансирование на оказание медицинской помощи из фонда ОМС. Необходимо включить в перечень медицинских услуг, оказываемых клиникой по программе ОМС, операцию с использованием лазерного оборудования. Учитывая, что из своего кармана пациент не будет вынужден ничего платить, образуется большой поток клиентов на данный вид услуги.

В силу статьи 6 Бюджетного кодекса Российской Федерации Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве (далее – ТПГГ) является основанием для возникновения расходных обязательств субъекта Российской Федерации по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Финансовое обеспечение расходов Департамента здравоохранения города Москвы (далее – Департамент здравоохранения), связанных с реализацией ТПГГ, осуществляется за счет средств, предусмотренных в бюджете города Москвы на реализацию мероприятий государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы «Столичное здравоохранение» (далее – госпрограмма «Столичное здравоохранение»).

Вместе с тем соответствующие расходы бюджета города Москвы в госпрограмме «Развитие здравоохранения» не дифференцированы, их прозрачность в условиях программного бюджетирования не обеспечена. Одновременно с указанным существуют обусловленные требованиями нормативных правовых актов отличия между отдельными показателями реализации ТПГГ и госпрограммы «Развитие здравоохранения».

Отсутствие преемственности программ создает риски ненадежности формируемых итоговых показателей, служащих основой для принятия управленческих решений в плановом периоде. Одновременно с ростом стоимости ТПГГ увеличилась доля расходов на оказание специализированной медицинской помощи, являющейся наиболее затратной. При этом

специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и высокотехнологичная медицинская помощь оказаны в больших объемах относительно установленных ТПГГ, первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в связи с заболеванием – в меньших объемах.

Изменение структуры ТПГГ при ее исполнении в сторону более дорогостоящих видов медицинской помощи не способствовало экономической эффективности использования средств бюджета города Москвы и средств бюджета Московского городского фонда обязательного медицинского страхования.

Сдерживающими факторами для повышения экономической эффективности использования средств ТПГГ являлись:

- сокращение показателей профилактической работы с населением;
- отсутствие нормативных документов, обеспечивающих организацию оказания медицинской реабилитации.

Нормативное правовое регулирование организации государственной системы здравоохранения города Москвы не позволило обеспечить формирование экономически обоснованных нормативов финансовых затрат на предоставление паллиативной медицинской помощи на дому и в стационаре. Так, отсутствовали стандарты паллиативной медицинской помощи, устанавливающие состав медицинских услуг, применяемые лекарственные средства, виды лечебного питания.

Отсутствие системы учета нуждающихся в предоставлении паллиативной медицинской помощи не способствовало формированию обоснованных нормативов объема оказания указанного вида медицинской помощи и, соответственно, расходов бюджета города Москвы.

Результаты контроля показали необходимость разработки методики планирования расходов бюджета города Москвы на финансовое обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и обеспечить обособление соответствующих расходов бюджета в госпрограмме «Столичное здравоохранение»; в области активной политики

занятости – принять меры по обеспечению прав граждан города Москвы на получение государственных услуг в сфере занятости в многофункциональных центрах, в электронной форме и рассмотреть вопрос оптимизации расходов на обеспечение деятельности подведомственных учреждений, рассмотреть возможность модернизации механизмов государственной поддержки на создание и сохранение рабочих мест, например, посредством субсидирования системы наставничества [55].

В условиях современной действительности отчетливо прослеживается следующая динамика: увеличение объемов оказываемых населению медико-профилактических услуг, возрастание значимости анализируемой системы как крупной отрасли экономического пространства. Таким образом, система здравоохранения обладает множественными связями и отношениями в общей производственно-социальной структуре государства.

Кроме того, фундамент любой системы – это принципы, определяющие ряд факторов, а именно:

- структуру;
- цели и задачи;
- оценка результата работы.

Касаемо системы здравоохранения – фундаментальный принцип заключается в доступности медицинской помощи.

Одна из особенностей государственной системы здравоохранения в Российской Федерации заключается в вопросе материально-технического обеспечения. Так, государственная система здравоохранения получает не менее 70% источников финансирования из государственного бюджета.

Так, в основу государственной системы здравоохранения положены следующие принципы:

- централизация управления
- финансирование из государственного бюджета
- жесткие рамки контроля [26].

В качестве особенностей государственной системы здравоохранения в Российской Федерации следует отметить и такие как: налоги как основополагающий источник деятельности, а также бюджеты соответствующего уровня, аккумулирующие финансовые ресурсы здравоохранения; внутрифинансовая политика, строящаяся на компенсации расходов в целом, а не оказанных отдельных услуг; государственный некоммерческий статус медицинских учреждений; централизованное планирование и управление государственной системой здравоохранения; тарифный способ оплаты врачей; определение на государственном уровне правил найма и оплаты труда; административный контроль качества оказания медицинской помощи.

Без сомнения, политика государства в сфере здравоохранения представляется одним из наиболее приоритетных направлений деятельности, которое должно осуществляться с учетом актуальных потребностей человека и общества в целом. Нормотворчество в Российской Федерации осуществляется Министерством здравоохранения, а Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения исполняет надзорные функции, однако, последняя довольно часто вносит предложения и рекомендации по изменению законодательства в рамках своей компетенции. Анализ правовой базы в сфере охраны здоровья показывает, что существует множество норм права, регулирующих вопросы, возникающие при осуществлении прав и обязанностей в рассматриваемой области. Несмотря на это, можно сделать вывод о том, что соответствующие нормативно-правовые акты неоднородны, хотя их исполнение должно осуществляться в строгом взаимодействии друг с другом.

В связи с чем, представляется целесообразным проведение систематизации законодательства в сфере здравоохранения в виде его объединения в полноценный блок, а также его дополнение с учетом появления и внедрения новых технологий. Квалифицированная медицинская помощь, оказываемая пациентам, доступность получения и высокое качество

медицинских услуг обеспечиваются системой правовых норм, которые и представляют собой основополагающие начала права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Статистические данные, многочисленные социальные опросы населения, проведенный сотрудниками информационного ресурса «b-report.com», а также количество жалоб показывают, что больше половины граждан России абсолютно не удовлетворены качеством работы врачей и персонала больниц и поликлиник, указывают на то, что многие из лечебных учреждений находятся в плохом состоянии и требуют не только косметического, а и капитального ремонта, что не хватает оборудования, а в сельской местности нет и самих врачей, у которых хватает квалификации для работы на имеющейся аппаратуре [27].

Нередки случаи резонансного обсуждения в обществе и СМИ фактов неисполнения законодательства о реализации национальных проектов или условий получения помощи в рамках указанных проектов, простоя высокотехнологичного медицинского оборудования по причине отсутствия специалистов, обладающих соответствующим уровнем подготовки и навыками работы с данным оборудованием, а также преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения. Также вызывают серьезные затруднения вопросы выявления нарушений в сфере охраны здоровья несовершеннолетних и привлечения к ответственности лиц, виновных в совершении данных правонарушений [28].

При осуществлении прокурорского надзора работники прокуратуры сталкиваются с широчайшим спектром нарушений законодательства, регулирующего здравоохранение. Наиболее актуальными в данной области являются вопросы защиты прав пациентов. Особенно сложными для разрешения являются ситуации, когда в связи с невыполнением профессиональных обязанностей медицинским персоналом не удается в полной мере реализовать права пациента, либо качество оказания медицинской помощи и услуг вызывает серьезные замечания, когда

вследствие ненадлежащей оценки информации о состоянии здоровья и тяжести заболевания наступают неблагоприятные последствия в виде полной утраты здоровья пациента или даже смертельный исход.

Основными целями деятельности любой системы здравоохранения являются сохранение и улучшение здоровья населения, удовлетворение потребностей людей в оказываемой медицинской помощи и защита от финансовых потерь, возникающих в связи со случаями временной и стойкой утраты трудоспособности. Несмотря на достигнутые в последние годы серьезные успехи в фармакотерапии многих социально значимых заболеваний, прежде всего ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инсульта, сахарного диабета, метаболического синдрома, гепатитов, туберкулеза и ВИЧ-инфекции, заболеваемость, распространенность и смертность от данных заболеваний в нашей стране остается по-прежнему выше среднеевропейских показателей. Переход в хроническое течение процессов, сочетание периодов ремиссии и обострения указанных заболеваний, дополнительные факторы риска, нерациональное питания и вредные привычки приводят суммарно к экспоненциальному росту нагрузки на все уровни оказания медицинской помощи, включая первичное звено здравоохранения и служб скорой медицинской помощи (СПМ).

На сегодняшний день, учитывая возросшее количество природных и техногенных катастроф, а также продолжающийся рост обращаемости населения за медицинской помощью, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), перед всеми государствами как никогда встали задачи совершенствования и укрепления системы управления СПМ.

В настоящее время в мире выделяют три наиболее известные организационные модели СПМ: американо-британскую, европейскую (франко-германскую) и российскую. Каждая из представленных моделей предполагает оказание как экстренной, так и неотложной медицинской помощи. Экстренная медицинская помощь оказывается пациенту в случае

развития угрожающего жизни состояния, неотложная – при развитии неопасных для жизни ситуаций.

Американо-британская модель применяется в большинстве стран «западного» мира: Великобритании, США, Ирландии, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Гонконге, Сингапуре, Тайване и др. Региональные различия в топографических, демографических, социальных и иных условиях потребовали создания служб СМП разных типов: наземной, воздушной, водной.

Наиболее часто для перевозки специалистов, оказывающих медицинские услуги, используются наземные виды транспорта: первый – машины СМП, второй – машины быстрого реагирования (мотоциклы): в случае перегруженности дорожных путей или вызова медицинских работников в отдаленную сельскую местность.

Отличительной чертой данной модели является принцип «хватай и беги», ее цель – доставить пациента как можно быстрее в медицинскую организацию (МО) с наименьшим числом произведенных медицинских манипуляций. Если для оказания экстренной медицинской помощи требуется вызов бригады СМП, то для осуществления неотложной помощи существуют специальные центры неотложной помощи, большинство из которых работает по круглосуточному семидневному графику. При этом время ожидания приема к врачу составляет менее 30 минут. В некоторых случаях пациенту доступна опция записи на прием через сеть «Интернет».

Большую часть экстренных вызовов обслуживают медицинские техники, которые проведя до одного года под наблюдением врача СМП и пройдя сертификационный экзамен, могут работать самостоятельно. После года работы в качестве медицинского техника, данные специалисты имеют право обучиться на парамедика по требованию работодателя. В этом случае кандидат в течение двух месяцев углубленно изучает анатомию и физиологию человека, стандарты оказания помощи при экстренных медицинских ситуациях и травмах, дополнительно совершенствует навыки сердечно-

легочной реанимации. Прежде чем получить сертификат, парамедики участвуют в 6-месячной стажировке на рабочем месте (Великобритания).

В США действует 4-уровневая система квалификации медицинских техников:

1 уровень – обучение оказанию первой медицинской помощи: первой помощи при ранениях и неосложненных родах, сердечно-легочной реанимации, иммобилизации переломов. Подготовка данных специалистов занимает от 40 до 50 учебных часов.

2 уровень – обучение оказанию базового уровня СМП: дополнительно к навыкам 1 уровня специалисты должны уметь проводить оксигенотерапию, извлечение и перемещение пострадавших, сортировку пациентов. Помимо этого, медицинские техники проходят циклы повышения квалификации по восстановлению проходимости дыхательных путей. Подготовка занимает около 110 часов.

3 уровень – продвинутый уровень подготовки. Сроки и объем обучения варьируют в зависимости от штата. Медицинские техники должны в обязательном порядке владеть навыками мониторинга работы сердца, внутривенных инфузий, дефибриляции, интубации трахеи. Обучение занимает 200-400 часов.

4 уровень – парамедики. Продолжительность обучения превышает 1000 часов: около 250-500 часов составляет теоретическая подготовка, оставшиеся 250-500 часов отводятся на стажировку в госпитале. Помимо всех манипуляций предыдущих 3 уровней, парамедики имеют право назначения лекарственных средств и интерпретации лабораторных и инструментальных методов исследования.

Вторая модель СМП – европейская или франко-германская – помимо стран Европы используется также в Израиле. Ее особенностью является отсутствие единых требований, устанавливаемых на территории страны для сортировки пациентов с целью оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

Предоставлением экстренной медицинских услуг на догоспитальном этапе занимаются как парамедицинские, так и врачебные бригады. Вызов совершается по единому для всех экстренных служб (СМП, полиция, пожарная служба) номеру «112».

Диспетчер СМП – человек с медицинским образованием, выслушав пациента, принимает решение о том, какую бригаду необходимо отправить на вызов и сортирует случай по срочности. Чаще всего главной целью данной модели, как и в американо-британской, является максимально быстрая доставка пациента в больницу. В этом случае на место происшествия направляют машины СМП с парамедиками, так как их значительно больше, и скорость прибытия выше, чем у врачебных бригад: не более 10 минут в 80% случаев, 15 минут – в 95% вызовов. Парамедикам разрешается проводить лишь определенный перечень медицинских манипуляций в отсутствие врача: введение ограниченного количества лекарственных препаратов, проведение дефибриляции, интубации и внутривенной инфузии кристаллоидных растворов.

Врачебные бригады на вызов направляются лишь в том случае, если пациенту необходимо обеспечить квалифицированную медицинскую помощь на месте или по дороге в медицинское учреждение. Существует 2 способа доставки врача к больному: на машине СМП и на автомобиле экстренного реагирования с необходимым комплектом для оказания первой помощи. В последнем случае, это позволяет специалисту быстрее доехать до больного, затем вместе с ним дожидаться прибытия машины СМП с необходимой аппаратурой для оказания неотложной помощи. В большинстве случаев врачи не транспортируют пациента в больницу без серьезных показаний, но они могут оказать необходимую помощь на месте. Это позволяет оптимизировать расходы за счет сокращения использования большого количества высокооплачиваемых специалистов и необоснованных случаев госпитализации.

В европейской организационной модели существуют определенные недостатки. Первый из них – низкая дифференциация бригад, при этом во врачебный штат входят лишь специалисты в области анестезиологии и реаниматологии; второй – не всегда диспетчер может точно сказать заранее, нужна ли пациенту помощь на месте или нет, а значит, не исключены и ошибки в сортировке больных.

В случае необходимости оказания неотложной помощи, пациента доставляют в отделение неотложной помощи, обычно располагающееся в стационаре больницы.

Первым этапом, как и при реализации американо-британской модели СМП, проводится анкетирование с целью сбора первичной информации о больном и экономии времени работников экстренной службы, также медицинской сестрой осуществляется доврачебный осмотр.

Далее пациент направляется в общую очередь для ожидания приема у дежурного врача. В случае изменения срочности повода обращения, скорость обслуживания больного может быть скорректирована в меньшую или большую сторону.

Вторым этапом является прием пациента профильным специалистом.

Третий этап объединяет 3-5 этапы американо-британской модели и включает в себя постановку врачом диагноза, направление больного на дополнительные диагностические процедуры и консультацию к узким специалистам, выписку рецептов и больничных листов.

В случае возникающих трудностей при постановке диагноза и отсутствии необходимого оборудования для проведения обследования, врач имеет право перенаправить больного в другое медицинское учреждение. Из третьего этапа вытекает следующий недостаток данной модели – отсутствие контроля перемещения пациентов. В связи с этим в некоторых больницах работают люди, осуществляющие сопровождение больных на лечебно-диагностическом этапе, но такие случаи редки.

Зарубежный опыт показывает, что на большинство вызовов, где нет состояния угрожающего жизни пациента, больному предлагают обратиться к врачу общей практики или в приемное отделение МО. Предоставление неотложной помощи на дому не предусмотрено, кроме лиц, имеющих инвалидность или онкологическое заболевание. В этом случае пациент может позвонить по единому номеру «112», где ему сообщат необходимую контактную информацию дежурных врачей, либо напрямую связаться с врачом, график дежурств которого можно найти на местных новостных порталах.

Стоимость медицинского страхования в европейских странах составляет 14-17% стандартного взноса. Значит ли это, что страховая компания покрывает все расходы и медикаменты? Нет. Страховка покрывает часть оказываемых услуг и лекарственных препаратов, выписываемых врачом. В случае необоснованного вызова бригады СМП, на человека накладывается штраф в размере от 200 до 800 €.

Кроме того, эффективным методом противодействия распространению социально значимых заболеваний считается вакцинация. Например, вакцинация от COVID-19 – это комплекс мероприятий, направленный на введение антиген-специфичных компонентов в составе вакцины. Вакцина – это медицинский биологический препарат, который направлен на формирование приобретенного искусственного активного иммунитета против коронавирусной инфекции COVID-19, вызываемой коронавирусом SARS-CoV-2.

Иммунитет – это способ защиты макроорганизма от генетически чужеродных организмов и веществ. Иммунитет делится на врожденный и приобретенный. Приобретенный в свою очередь делится на естественный и искусственный (активный и пассивный). Активные (поствакцинальный) – возникает в результате введения в организм препаратов, содержащих антигены возбудителей. Формируется через 7-10 дней сохраняется в течение нескольких лет, а пассивный иммунитет – возникает в результате введения в

организм препараты, содержащие готовые антитела (сыворотки и иммуноглобулины).

Вакцинация не исключает риск заболевания, поэтому для более высокой эффективности вакцины важно соблюдать и другие правила защиты, а именно, социальную дистанцию, ношение масок, избегание массовых скоплений людей, соблюдением правил гигиены и иммунизации. Вакцина безусловно вносит огромный вклад в предотвращение пандемии, но каждый сам решает, использовать эту меру защиты или нет.

Рациональным при оценке эффективности механизма реализации региональных проектов является использование системы сбалансированных показателей. Система сбалансированных показателей является стратегическим инструментом, с помощью нее можно производить не только оперативный и тактический анализ, но и измерять эффективность работы всех участников процесса реализации регионального проекта, дает возможность скорректировать действия на перспективу.

Следует отметить недостатки, проявляющиеся при реализации национального проекта «Здравоохранение». Первым недостатком механизма реализации национальных проектов, является несовершенство нормативно-правовой базы, ее внутренняя несогласованность и неопределенное место региональных проектов в системе стратегического планирования страны.

Второй недостаток – это наличие дотационных регионов, которые не имеют собственных средств для привлечения к реализации регионального проекта, а средства, выделяемые из федерального бюджета, направлены полностью на приобретение оборудования и модернизацию лечебных учреждений. Нерешенными и нефинансируемыми остаются вопросы профилактики заболеваний и лекарственного обеспечения, что играет немалую роль в достижении целей регионального проекта.

Следующий недостаток – система госзаказа, неприменимая для вопросов здравоохранения. Здравоохранение – это отрасль государственного управления, к которой не всегда могут применяться критерии финансовой

эффективности. Искусственное занижение цены компаниями, поставляющими оборудование или осуществляющими строительство и ремонт, может привести к нерациональному расходованию средств.

При составлении отчетности остаются неучтенными пациенты, наблюдающиеся в частных медицинских организациях, а также их материально-техническая база, расходы и кадры. Все это в совокупности дает искаженное представление о ситуации в регионе, что в последующем может привести к неверно определенным целевым показателям.

Недостатком является и приоритетность экстренной помощи при болезнях системы кровообращения, в то время как диагностике и профилактике заболеваний отводится второстепенная роль. Это может быть вызвано низкой квалификацией кадров, нечетким пониманием руководителей регионального проекта важности этих вопросов, недостаточностью финансирования.

Необходимо реформировать систему государственного заказа таким образом, чтобы она отвечала сегодняшним запросам системы здравоохранения. Подход ориентации на минимальную цену, когда речь идет о благосостоянии и здоровье граждан, видится нецелесообразным.

Также свое отражение в нормативно-правовых актах должно получить финансирование региональных проектов, должна быть закреплена приоритетность этого вопроса. Финансирование региональных проектов должно стать широкоцелевым, основываться на статистике региона, регулярной инвентаризации имеющейся материально-технической базы, мониторинге квалификации сотрудников.

В этом случае удастся избежать исполнения бюджета только в рамках закупки единиц оборудования. Бюджет может быть дифференцирован следующим образом: закупка единиц оборудования, закупка лекарственных средств, повышение квалификации медицинских работников, первичная профилактика заболеваний. Такой подход позволит в долгосрочной

перспективе решить большое количество задач, стоящих перед органами власти субъектов на сегодняшний день.

Острым вопросом является профилактика сердечнососудистых заболеваний. В этом направлении может быть предложено несколько рекомендаций:

- Активная пропаганда здорового образа жизни среди населения (поддержка различных сообществ, социальная реклама, реклама у блогеров).
- Модернизация первичного звена здравоохранения, повышение доступности средств профилактики. Так как чаще всего граждане обращаются в поликлиники, необходимо постоянно повышать квалификацию сотрудников. Также необходимо регулярно проводить инвентаризацию материально-технической базы, обновляя ее по необходимости.
- Необходимо восстановить ответственность работодателей за здоровье своих сотрудников. Например, можно рассмотреть идею создания на крупных предприятиях медико-санитарных частей.

Еще одной рекомендацией является увеличение количества целевых направлений в медицинские высшие учебные заведения. Это позволит привлечь специалистов медицинского профиля, укомплектовать врачами медицинские учреждения.

Немаловажную роль в достижении целей регионального проекта играет квалификация кадров. Для обеспечения непрерывного и качественного процесса борьбы с сердечнососудистыми необходимо не только проводить постоянную аккредитацию сотрудников, но и предоставлять сотрудникам как минимум один свободный день в месяц для самостоятельного улучшения своих знаний, направлять средства в том числе на командировки на различные обучающие семинары и форумы. Денежные средства на эти цели можно будет выделить из средств, направленных на реализацию регионального проекта, если бюджет будет дифференцирован по целям.

Немаловажное значение в противодействии ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям имеет международное сотрудничество. Так, например, между странами – участниками СНГ подписан ряд стратегий, концепций и документов в сфере здравоохранения.

Плодотворными результатами деятельности Содружества Независимых Государств пользуются миллионы людей, хотя и не всегда это очевидно. Созданное, в частности, с целью осуществления сотрудничества между государствами в различных областях, СНГ имеет и несомненные достижения, и нереализованный потенциал в некоторых областях, одной из которых является область укрепления здоровья населения. Содружество Независимых Государств, имеющее статус региональной организации, создавалось, в частности, в стремлении государств-участников обеспечить общими усилиями экономический и социальный прогресс своих народов. Здоровье наций способствует экономическим и социальным достижениям, в свою очередь экономическая безопасность и социальная сплоченность – две ключевых детерминанты здоровья.

Система здравоохранения Российской Федерации как объект государственной политики представлена в виде системы ценностей и целей, определенных в нормативно-правовых актах. Все цели и ценности исходят из приоритета интересов пациента, ориентируются на повышение благосостояния граждан. Государство через свои властные функции рационально и последовательно реализует государственную политику в сфере здравоохранения.

Важным элементом реализации государственной политики в области здравоохранения является национальный проект «Здравоохранение» с его региональными ответвлениями. В процессе формирования проектов учитываются не только целевые показатели, относящиеся к проценту смертности, рождаемости, заболеваемости, но и такие задачи, как учет интересов малых групп населения, учет запросов регионов, повышение удовлетворенности населения медицинскими услугами. Проект

дифференцируется по различным группам заболеваний, а также по направлениям деятельности государства в сфере здравоохранения.

Механизм реализации региональных проектов, как один из компонентов реализации государственной политики, - это совокупность методов и ресурсов для достижения в регионах поставленных в национальном проекте «Здравоохранение» целей. Помимо властных и экономических методов управления, материальных и технических ресурсов, к компонентам механизма реализации региональных проектов относятся нормативно-правовое обеспечение, а также отношения, возникающие между объектом и субъектом управления.

В современных условиях при глобальном распространении коронавирусной инфекции COVID-19 обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности является ведущим приоритетом правозащитной деятельности.

Рациональным при оценке эффективности механизма реализации региональных проектов является использование системы сбалансированных показателей. Система сбалансированных показателей является стратегическим инструментом, с помощью нее можно производить не только оперативный и тактический анализ, но и измерять эффективность работы всех участников процесса реализации регионального проекта, дает возможность скорректировать действия на перспективу.

Следует отметить недостатки, проявляющиеся при реализации национального проекта «Здравоохранение». Первым недостатком механизма реализации национальных проектов, является несовершенство нормативно-правовой базы, ее внутренняя несогласованность и неопределенное место региональных проектов в системе стратегического планирования страны.

Второй недостаток – это наличие дотационных регионов, которые не имеют собственных средств для привлечения к реализации регионального проекта, а средства, выделяемые из федерального бюджета, направлены полностью на приобретение оборудования и модернизацию лечебных

учреждений. Нерешенными и нефинансируемыми остаются вопросы профилактики заболеваний и лекарственного обеспечения, что играет немалую роль в достижении целей регионального проекта.

Следующий недостаток – система госзаказа, неприменимая для вопросов здравоохранения. Здравоохранение – это отрасль государственного управления, к которой не всегда могут применяться критерии финансовой эффективности. Искусственное занижение цены компаниями, поставляющими оборудование или осуществляющими строительство и ремонт, может привести к нерациональному расходованию средств.

При составлении отчетности остаются неучтенными пациенты, наблюдающиеся в частных медицинских организациях, а также их материально-техническая база, расходы и кадры. Все это в совокупности дает искаженное представление о ситуации в регионе, что в последующем может привести к неверно определенным целевым показателям.

Недостатком является и приоритетность экстренной помощи при болезнях системы кровообращения, в то время как диагностике и профилактике заболеваний отводится второстепенная роль. Это может быть вызвано низкой квалификацией кадров, нечетким пониманием руководителей регионального проекта важности этих вопросов, недостаточностью финансирования.

Необходимо реформировать систему государственного заказа таким образом, чтобы она отвечала сегодняшним запросам системы здравоохранения. Подход ориентации на минимальную цену, когда речь идет о благосостоянии и здоровье граждан, видится нецелесообразным.

Также свое отражение в нормативно-правовых актах должно получить финансирование региональных проектов, должна быть закреплена приоритетность этого вопроса. Финансирование региональных проектов должно стать широкоцелевым, основываться на статистике региона, регулярной инвентаризации имеющейся материально-технической базы, мониторинге квалификации сотрудников.

В этом случае удастся избежать исполнения бюджета только в рамках закупки единиц оборудования. Бюджет может быть дифференцирован следующим образом: закупка единиц оборудования, закупка лекарственных средств, повышение квалификации медицинских работников, первичная профилактика заболеваний. Такой подход позволит в долгосрочной перспективе решить большое количество задач, стоящих перед органами власти субъектов на сегодняшний день.

С учетом изложенного необходимо отразить, что государственная система здравоохранения Российской Федерации представляет собой систему здравоохранения, включающую в себя медицинскую помощь, поскольку именно оказание медицинской помощи остается основой данной системы. С учетом реформирования, которое проводится в последнее время в государственной системе здравоохранения, по данному вопросу имеется достаточное количество исследований, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности, в связи с развитием новых технологий, значительно увеличились.

Глава 3. Правовое регулирование организации и деятельности объектов государственного управления здравоохранением

3.1 Административно-правовой статус медицинского учреждения

Правовое регулирование государственного управления в сфере здравоохранения на протяжении длительного периода времени реформируется, что дает возможность разрешить ряд проблем, однако на момент исследования поставленного вопроса имеют место некоторые не разрешенные вопросы. Так, еще в 1991 г. были предприняты первые попытки реформирования государственного управления в исследуемой сфере. Ключевыми изменениями в данной сфере являются следующие:

- функционирование бюджетно-страховой модели финансирования учреждений здравоохранения;
- разработка и реализация программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- разработка и введение в действие механизма дополнительного лекарственного обеспечения [29].

Вопросу наличия проблем в сфере государственного управления здравоохранением уделяется внимание в научных исследованиях. Общий вывод таких исследований сводится к тому, что анализируемая сфера пребывает в кризисном положении. Также имеется указание на необходимость проведения изменений, направленных на медицинское страхование. Данное предложение неразрывно связано с процессом повышения эффективности нормативно-правовых актов, изменения соответствующей инфраструктуры медицинских и страховых организаций, совершенствования государственных гарантий в сфере реализации бесплатной медицинской помощи и изменения системы их финансирования.

Важно отметить, что исследуемая система, однозначно, является сложной, характеризующейся признаками социального института. Указанное

позволяет сделать вывод о сложности объекта анализа. Имеющийся опыт реформирования государственного управления в сфере здравоохранения свидетельствует о том, что не учет мнения и отсутствие поддержки со стороны медицинских работников и пациентов. Указанное приводит к тому, что объект модернизации становится весьма аморфным и мало готовым к изменениям.

В системе здравоохранения Российской Федерации О.А. Фирсова выделяет две самостоятельных системы – государственные и негосударственные учреждения здравоохранения. Среди государственных учреждений вертикальную систему можно представить как федеральные государственные учреждения, государственные учреждения здравоохранения уровня субъекта РФ и муниципальные учреждения здравоохранения. Организация здравоохранения на негосударственной (частной) основе осуществляется без существенной государственной помощи и основаны на простых законах рыночных отношений. Их объем медицинской деятельности формируется путем саморегулирования платежеспособного спроса и предложения.

В уставе отражаются организационно-правовая форма организации, ее наименование, место нахождения, размер уставного капитала, ответственность участников за нарушение обязанностей по оплате уставного капитала, структура органов управления и их компетенция и другие сведения. В случае принятия документа, для получения лицензии на медицинскую деятельность заявителю нужно будет направлять в Росздравнадзор или региональный лицензирующий орган копии документов, подтверждающих структуру и штатное расписание медучреждения. По данным Минздрава, в отрасли действуют 69 тысяч частных медорганизаций. Примерно 10–15% всех частных организаций полностью самодостаточны, они самостоятельны, имеют собственный медицинский штат и так далее.

Ранее Федеральная антимонопольная служба России (ФАС) вынесла в отношении Минздрава определение в связи с отсутствием единой системы

лицензионных требований к медорганизациям. Соответствующий документ ведомство должно было подготовить еще в феврале 2018 года.

Помимо обновления лицензионных требований, в подготовленном Минздравом документе содержится предложение по изменению «Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность». Среди прочего, например, ведомство намерено исключить из перечня услуги по вирусологии, спортивной медицине и наркологии. При этом в перечень добавляют услуги по медицинской микробиологии, медицинскому освидетельствованию авиационного персонала и другим видам деятельности.

В октябре 2016 г. в рамках пересмотра и улучшения системы здравоохранения, в России стартовал пилотный проект «Бережливая поликлиника». Главной целью указанного проекта стало усовершенствование системы предоставления первичной медико-санитарной помощи населению. Сказанное предполагает повышение качества предоставляемой населению медицинской помощи, уменьшение времени ожидания пациентов в поликлиниках, оптимизацию нагрузки на медицинский персонал.

Идея «Бережливой поликлиники» сама по себе не нова. В ее основу заложена методология так называемого «Бережливого производства», созданная японским инженером предпринимателем Оно Тайити и его помощником Синго Сигэо вскоре после завершения Второй мировой войны. Система «Бережливого производства» сводится к снижению стоимости конечного продукта посредством подбора станков с необходимой производительностью, выстраиванию производственного процесса таким образом, чтобы минимизировать время на настройку и ремонт оборудования, а также уменьшению времени на поставки необходимых деталей и т. д.

Внедренный в японской компании «Тойота» метод «бережливого производства» позволил ей занять позиции лидера на автомобильном рынке не только в Японии, но и других странах. Со временем вышеописанная методика была взята на вооружение японскими и многими зарубежными компаниями, и предприятиями, причем не только из автомобильной отрасли.

Последнее неудивительно, поскольку методы организации производства, предложенные Оно Тайити, оказались применимы и во многих других сферах, став своего рода философией «грамотной» организации рабочего процесса. В данном случае медицина не стала исключением.

Практическая реализация проекта «Бережливая поликлиника» предполагает устранение неравномерного распределения нагрузки среди медицинского персонала, повышение эргономики рабочего места врачей и медицинских сестер, переход на электронный документооборот, сокращение времени ожидания пациентов в очереди посредством организация эффективной логистики. Таким образом, проект рассчитан как на персонал медицинских и фармацевтических, так и на пациентов.

Основу проекта составляет идея минимизации нижеследующих производственных потерь:

- «перепроизводство» (назначение ненужных анализов и ненужной медицинской диагностики и т. д.);
- «лишние движения» (неправильная организация рабочего процесса, выполнение врачом действий, не связанных с врачебной практикой);
- «ненужная транспортировка» (непродуманность диагностического процесса и как следствие – многократное посещение поликлиники в разные дни);
- «излишние запасы» (это запасы, потребность в которых отсутствует. Такие запасы считаются неликвидными, вследствие непродуманной внутренней логистики медучреждения);
- «избыточная обработка» (выход врача за стандарты и регламент оказания первичной медико-санитарной помощи);
- «ожидание» (бесполезная трата времени на ожидание результатов анализов, справок, закрытия больничного листа и т.д.);
- «брак и переделка» (врачебные ошибки, нарушение правил забора биоматериалов, нарушение правил их транспортировки).

Необходимым условием перехода к «Бережливой поликлинике» представляется проведение предварительного мониторинга организации рабочего процесса в определенной поликлинике, анализ объема выполняемых работ и составление на основе проведенного мониторинга дорожной карты. В частности, в рамках мониторинга организации работы поликлиники следует проанализировать нижеследующие виды деятельности: непосредственная работа с пациентами (доврачебный осмотр, забор биоматериалов), сопутствующая работа (документация, подготовка специального оборудования), периодическая работа (дезинфекция и уборка помещений, транспортировка биоматериалов).

Как правило, реализация проекта «Бережливая поликлиника» может быть сведена к нижеследующим мероприятиям:

- оптимизация работы регистратуры (создание многоканальных call-центров, переход к «электронной регистратуре», позволяющей записываться на прием к врачу дистанционно; 90 % пациентов должно иметь возможность записаться на прием к врачу дистанционно);

- улучшение внутренней логистики медицинского учреждения (разработка индивидуального маршрутного листа для пациентов, создание интуитивно понятной системы указателей; поиск информации о расположении нужного кабинета должен занимать не более 30 секунд);

- сокращение времени ожидания в очереди (электронные рецепты онлайн, получение электронного больничного листа, переход на электронные амбулаторные карты);

- оптимизации работы кабинетов вакцинопрофилактики (проведение вакцинации населения по предварительной записи, выравнивание нагрузки медсестер) и т. д.

Министерством здравоохранения РФ разработаны 22 критерия новой модели поликлиники, претендующей на получение статуса «бережливой». В соответствии с критериями, будет оцениваться работа регистратуры, процедурных кабинетов, диагностических кабинетов, а также отделения

медицинской профилактики. В зависимости от того, как организована работа медицинского учреждения, ему может быть присвоен один из трех уровней – «Базовый», «Прогрессивный», «Лидерский».

На рассмотрении содержания критериев следует остановиться более подробно. Все 22 критерия могут быть условно разделены на 9 подгрупп-блоков, в зависимости от планируемых показателей результативности – «Потоки пациентов», «Доступность медицинской помощи», «Эффективность использования оборудования», «Качество пространства», «Стандартизация процессов», «Качество медицинской помощи», «Вовлеченность персонала в улучшение процессов», «Формирование системы управления», «Управление запасами».

Блок-подгруппа «Потоки пациентов» включает в себя организацию внутренней логистики поликлиники и управление потоками пациентов. «Умная» внутренняя логистика потоков пациентов предполагает разделение на два потока – обратившихся к врачу по предварительной записи, и людей, которые обратились к специалистам самостоятельно (в том числе, пациенты, проходящие диспансеризацию). Для того, чтобы организовать два вышеуказанных потока, поликлинике следует предусмотреть создание кабинета диспансеризации и кабинета диагностики факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Экономия времени посещения поликлиники достигается, в том числе, за счет непосредственного направления пациентов к врачу по предварительной записи, минуя регистратуру. Следует максимально сократить пересечение пациентов, проходящих диспансеризацию с остальными посетителями. С этой целью поликлиникой организуется отдельный блок кабинетов с соответствующими видами осмотра (флюорография, забор биологического материала, маммография и т. д.).

Блок «Доступность медицинской помощи» характеризуется возможностью посещения пациентами поликлиники по предварительной записи, в соответствии с отведенным временем (не менее 90 % всех посетителей). Не менее половины записей к врачам должно осуществляться

дистанционно, через Портал государственных услуг, Интернет, колл-центры поликлиники. В понятие доступности также входит выполнение профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации за минимальное количество посещений (не более трех).

«Эффективность использования оборудования». Реализация данного блока преследует своей целью достижение использования не менее 80 % медицинского оборудования. Заявленная эффективность предполагает оптимальное размещение оборудования на рабочих местах, замену ресурсных запасных частей, замену устаревшего и списание неиспользуемого оборудования. Для осуществления вышеуказанных задач создается реестр оборудования (медицинское, немедицинское), в котором указываются: степень изношенности, срок эксплуатации, алгоритм использования в работе. В том случае, если оборудование является изношенным, устаревшим, либо его простой превышает 20 %, необходимо принятие управленческого решения по его замене, списанию, изменению алгоритма эксплуатации и т. д.

Блок «Качество пространства» включает в себя рациональную организацию рабочих мест по так называемой «Системе 5С». Указанная система построена на пяти принципах – «сортировка», «соблюдение порядка», «содержание в чистоте», «стандартизация», «совершенствование». Применительно к работе поликлиники использование вышеперечисленных принципов подразумевает: сортировку используемых в ежедневной работе материалов и медицинских инструментов на необходимые и ненужные (последние подлежат удалению из рабочего пространства); обеспечение порядка и безопасности на работе; содержание в чистоте рабочей зоны посредством установления оптимального времени для ее уборки; закрепление правил содержания рабочего места врача и вспомогательного медицинского персонала с формированием стандартов «операционных» процессов; совершенствование своей рабочей зоны по результатам выработки у сотрудников привычки придерживаться перечисленных принципов «Системы 5С» и проведения внутреннего аудита рабочего пространства. Кроме того, в

блок входит создание для пациентов мест комфортного ожидания, а также построение интуитивно понятной системы навигации поликлиники.

Блок «Стандартизация процессов» рассчитан на выработку эффективной схемы работы поликлиники. Обновление стандартов осуществляется в соответствии с внедренными современными методиками. Реализация данного критерия предполагает выделение не менее 50 % от общего времени, затрачиваемого специалистом на прием пациента, в пользу получения и картирования всей необходимой информации (данные об условиях жизни пациента, перенесенных им заболеваниях, операциях, травмах и т. д.). В течение приема также осуществляется осмотр, сбор анамнеза, составление профилактических рекомендаций.

Блок «Качество медицинской помощи» включает в себя обеспечение сотрудниками поликлиники и медицинским персоналом внутреннего контроля над качеством работы учреждения и безопасностью оказываемой медицинской помощи. Деятельность персонала осуществляется на принципах медицинской этики и деонтологии (поведение медицинского персонала, направленное на максимальное повышение эффективности лечения). Кроме того, при предоставлении медицинской помощи соблюдаются требования законодательства РФ относительно предоставления пациентами персональных данных. Персонал поликлиники проходит обязательную подготовку по бесконфликтному поведению и умению устанавливать контакт с пациентами. Определенное внимание необходимо уделить организации условий посещения поликлиники лицами с нарушениями слуха и зрения.

С этой целью информационные стенды поликлиники и указатели должны быть с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, специальными устройствами, позволяющими усиливать звук.

«Вовлеченность персонала в улучшение процессов». Реализация данного критерия предполагает разработку медицинским учреждением системы по получению от персонала и руководящего звена предложений по устранению недостатков и улучшению работы поликлиники. На практике

сказанное, как правило, означает наличие / создание типового положения о подаче и реализации предложений по улучшению качества работы учреждения, проектной комнаты, либо информационного центра. В рамках проекта «Бережливая поликлиника» доля реализованных на практике предложений по улучшению должна составлять не менее 30 % от их общего числа. При этом ежегодное увеличение реализованных улучшений должно увеличиваться на 5 % ежегодно.

Блок «Формирование системы управления» включает в себя создание инфоцентра, осуществляющего мониторинг показателей текущей деятельности поликлиники, которые необходимы руководящему звену для оперативного принятия грамотных решений в отношении безопасности медицинского обслуживания, качества оказываемых медицинских услуг, выполнения медучреждением плановых показателей, финансовых расходов и выработки персоналом общей корпоративной культуры.

«Управление запасами». Данный критерий очень важен для любой поликлиники с точки зрения создания необходимого объема запасов материальных средств и поддержания их в актуальном состоянии. Реализация критерия сводится к разработке отлаженного механизма по обеспечению смотровых и процедурных кабинетов лекарственными средствами, медицинскими изделиями, расходными материалами.

При этом, проект «Бережливая поликлиника» подразумевает обеспечение необходимыми материалами по принципу «точно вовремя». Другими словами, количество запасов медикаментов и расходных медицинских материалов не должно превышать недельную норму, а в случае необходимости должно оперативно пополняться со склада. Практическая реализация включает в себя оборудование кабинетов стеллажами / шкафами с запасами, имеющими маркировку, позволяющую составить представление о наличии, либо отсутствии необходимости их пополнения.

Восемь из вышеназванных 22 критериев предполагается сделать обязательными для всех поликлиник, участвующих в реализации пилотного

проекта. В том случае, если медучреждение соответствует уровню «Базовый», оно может попытаться перейти на следующий уровень – «Прогрессивный». На данном этапе от поликлиники потребуются оптимизация и улучшение внутренней логистики, а также проведение реорганизации рабочих мест медперсонала по системе 5С. При достижении поликлиникой как минимум 19 из 22 требуемых показателей, ей может быть присвоен третий высший уровень «Лидерский».

Анализ научных и практико-ориентированных работ, посвященных реализации проекта «Бережливая поликлиника», показывает, что приведенная выше оптимизация работы поликлиники позволяет добиться заметных результатов в повышении результативности оказания первичной медико-санитарной помощи. В частности, отмечено сокращение времени оформления записи на прием к врачу в 3,5-5 раз. Кроме того, сократилось время ожидания очереди от 1,5 до 12 раз (время ожидания в очереди в процедурный кабинет сократилось в шесть раз), тогда как время работы врача непосредственно с пациентом увеличилось в два раза.

С одной стороны, реализация пилотного проекта «Бережливая поликлиника» сопряжена с рядом объективных трудностей. К их числу относится, в первую очередь, нехватка кадров на местах. В то же время, реализация пилотного проекта «Бережливая поликлиника» сопряжена с рядом трудностей, и в первую очередь – нехватка кадров на местах. В ряде случаев остается открытым вопрос ресурсного обеспечения реализации рассматриваемого проекта.

Представляется, что его успешная реализация на местах во многом зависит от возможности региональных бюджетов и готовности руководителей здравоохранения оказывать финансовую помощь поликлиникам в деле организации обучения медицинского персонала, закупки необходимого медицинского оборудования. В соответствии с задачами по реорганизации отечественного здравоохранения за шесть лет число организаций, участвующих в создании и распространении новой модели медицинской

организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, должно увеличиться с 3 % до 72,3 %».

Представляется, что реализация проекта позволит повысить эффективность ресурсного содержания медицинских и фармацевтических учреждений, и особенно, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В государственных учреждениях здравоохранения гражданин может воспользоваться следующими видами медицинской помощи: первичной медико-санитарной, которая осуществляется фельдшерами и акушерами, врачами общей практики в амбулаторных условиях или на дневном стационаре; скорой медицинской, в том числе специализированной (оказывается в экстренной форме как вне медицинской организации, так и в условиях стационара); специализированной медицинской, включающая профилактику, диагностику и лечение в период заболеваний или, например, беременности (осуществляется, соответственно, врачами-специалистами определенной области медицины); медико-социальной помощью в случае, если пациент болен общественно-значимыми заболеваниями и медико-социальной помощью, оказываемой гражданам, страдающим инфекционными болезнями, куда входит обеспечение необходимыми лекарствами.

Что же касается права на защиту, то как составляющая оно входит в содержание любого субъективного права, а не только права на охрану здоровья. Строго говоря, это возможность обратиться в государственную структуру в случае нарушения права, за его защитой. Сложно представить себе субъективное право, включающее множество юридических возможностей, которое бы не обладало возможностью государственного принуждения. Эта возможность – его неотъемлемое качество, как верно отмечает С.Н. Братусь [30].

С учетом вышеизложенного, можно определить, что *право на охрану здоровья* – это мера возможного поведения лица, направленная на достижение

психического, физического и социального благополучия. Право на охрану здоровья характеризуется:

- естественной природой и, следовательно, неотъемлемостью у человека, что признается в мировом сообществе посредством принятия соответствующих международных правовых актов о правах человека;
- неразрывной связью с правом на жизнь;
- обязанностью государства признать и охранять данное право вне зависимости от таких факторов как пол, раса, национальность, социальное положение и т.д.;
- тем, что является определяющим среди естественных прав, так как без человек, не обладая таким благом как здоровье, ограничен в иных правах, возможности осуществления, например, трудовой деятельности, социальной активности и т.д.
- комплексностью, так как включает в себя ряд правомочий (юридических возможностей) как общего характера, так и специального [31].

В соответствии со статьей 46 Конституции Российской Федерации, каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Вопросы, касающиеся защиты права на охрану здоровья и медицинскую помощь в данный момент могут быть рассмотрены: в Конституционном Суде Российской Федерации, конституционных судах субъектов Российской Федерации, а также в судах общей юрисдикции. Основной функцией Конституционного Суда является обеспечение соответствия норм отечественного права положениям Конституции Российской Федерации, а также толкование нормативно-правовых актов. Таким образом защищаются права и свободы граждан, так как решения Конституционного Суда окончательны и обязательны к исполнению всеми органами власти.

При обращении в судебный орган необходимо будет доказать причинно-следственную связь между причинением вреда здоровью и незаконным действием/бездействием медицинского работника. Недостатки оказываемой медицинской помощи, согласно мнению В.И. Аكوпова и Е.Н. Маслова могут

быть выражены в умышленном причинении вреда и/или смерти здоровью пациента действиями медицинского работника; причинение вреда и/или смерти ввиду неосторожных действий медицинского работника; допущение врачебной ошибки; несчастный случай [32].

Вместе с тем, в соответствии с Письмом Следственного комитета Российской Федерации «Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг», направленном на тот момент главе Министерства здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой (далее – Письмо), которое проанализировано в работе А.А. Бессонова и Н.В. Маланиной, в 2016-2017 гг. были вынесены судебные решения в отношении медицинских работников, совершивших преступления, квалифицированные по статье 109 (78% дел), 118, 124, 238 и 293 Уголовного кодекса Российской Федерации [33]. В качестве допускаемых медицинскими работниками дефектов в Письме были указаны:

- ненадлежащее проведение диагностики и лечебных мероприятий;
- проведение медицинских процедур с нарушениями;
- проведение оперативного вмешательства с нарушениями или несвоевременно;
- неправильное ведение пациента, например, ошибки при ведении беременности, родов;
- неосуществление госпитализации при наличии для этого оснований;
- бездействие врача (неоказание помощи);
- дефект, связанный с неправильным проведением реанимационных мероприятий или ненадлежащих мероприятий.

Кроме того, А.А. Бессонов, являясь руководителем управления научно-исследовательской деятельности Главного управления криминалистики Следственного комитета Российской Федерации, отмечает, что согласно вышеуказанному Письму, выделены группы с учетом допускаемых дефектов в рамках оказания медицинской помощи: нарушения при диагностике и

лечении; дефекты на основе субъективного фактора (нарушения при проведении медицинских процедур); дефекты при медицинском вмешательстве [34].

Остро стоит проблема нарушения прав человека в сфере охраны здоровья по причине ошибки врача. На VII съезде Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата» председателем комитета Александром Бастрыкиным было отмечено, что количество обращений пациентов, а также родственников пациентов вследствие врачебных ошибок, не снижается – в 1-ом полугодии 2019 года поступило уже 187 таких сообщений. Кроме того, за этот же период времени из 1227 уголовных дел о преступлениях, связанных с врачебными ошибками, окончено 948, из них 158 – с обвинительным заключением, 227 сотрудников органов здравоохранения привлечены к дисциплинарной ответственности [35].

Например, из Апелляционного определения Воронежского областного суда от 04.12.2018 по делу № 33-7817/2018 следует, что истцы обратились в суд, указав что приговором Железнодорожного районного суда города Воронежа от 24.10.2017, который вступил в силу, А. был признан виновным в совершении преступления по части 2 статьи 124 Уголовного кодекса Российской Федерации в связи с бездействием в виде неосуществления наблюдения за пациентом (непроведении своевременных осмотров, корректировки назначенного лечения и исполнения рекомендаций хирурга и других врачей больницы) во время исполнения обязанностей дежурного врача по нейрохирургическому отделению в БУЗ Волгоградской области «ВГКБСМП № 10», в связи с чем наступила смерть пациента [36].

Судебная практика содержит множество примеров так называемых врачебных ошибок. Несмотря на то, что термин «врачебная ошибка» используется в правовом поле, в отечественном законодательстве нет четкого понятия, что конкретно является врачебной ошибкой. Наиболее популярным является определение, предложенное И.В. Давыдовским – он определяет врачебную ошибку как «вытекающее из определенных объективных условий

добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [37]. Однако есть и другой подход, в рамках которого врачебная ошибка может выражаться как в виновном деянии медицинского работника, так и в причинении вреда при отсутствии вины. Вместе с тем, Т.Е. Сучкова отмечает, что в данном случае содержание понятия становится слишком расширенным [38]. А также, согласно третьему подходу, врачебная ошибка рассматривается как исключительно виновное поведение [39]. Ранее в первой редакции законопроекта Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональной ошибкой медицинского работника признавалось добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровья пациента. В связи с отсутствием единого понимания данного термина, интерпретация и квалификация врачебной ошибки становится более затруднительной. Важно учитывать, вследствие каких причин возникли отрицательные последствия (нанесен вред здоровью пациента, наступила смерть пациента). Это могли быть причины, которые не зависят от врача (например, отсутствие необходимых данных о заболевании – недавно открытое заболевание). Либо же повлияла профессиональная компетентность медицинского работника, его действие/бездействие (например, в случае если была возможность провести определенные анализы, чтобы установить верный диагноз и назначить соответствующее лечение, а врач не сделал этого, вследствие чего наступила смерть пациента), т.е. врач поступил недобросовестно. Таким образом, в качестве квалифицирующих признаков врачебной ошибки можно использовать:

- наличие неблагоприятного исхода вследствие действия/бездействия медицинского работника при исполнении своих должностных

обязанностей в отношении пациента: наступление смерти пациента; нанесение вреда здоровью пациента;

- невиновное действие или же бездействие, основанное на добросовестном заблуждении врача или обстоятельствах, на которые он не мог бы повлиять (например, новое заболевание/недавно открытое заболевание);
- виновное действие или бездействие (их несоответствие нормативным предписаниям, стандартам);
- врачебная ошибка является непосредственной причиной наступления отрицательных последствий в отношении пациента.

Представляется, что закрепление содержания понятия врачебной ошибки на законодательном уровне, поможет оптимизировать процесс квалификации таких ошибок и назначения санкции. Наказание может быть реализовано в виде лишения возможности заниматься профессиональной деятельностью на определенный срок, увольнения, аннулирования врачебной лицензии и т.д.

Рассматривая судебную практику, важно отметить судебные дела, касающиеся возмещения морального вреда. В рамках рассмотрения дел о причинении вреда здоровью принимаются решения о возмещении расходов на лечение, заработную плату, которая была утрачена в результате потери трудоспособности, а также о возмещении морального вреда. Например, согласно Апелляционному определению Московского городского суда от 20.01.2020 по делу № 33-2149/2020, истица обратилась с иском по причине того, что вместо запланированной операции была проведена иная операция, а о данных изменениях она не была извещена, следовательно, не давала информационное согласие на проведение осуществленного медицинского вмешательства. При рассмотрении апелляционной жалобы, суд апелляционной инстанции установил, что сумма компенсации морального вреда определена верно, так как суд первой инстанции учел все установленные по делу обстоятельства, в том числе, наличие дефектов оказания медицинской

помощи. С ответчиков, которыми являлись городская больница и поликлиника было взыскано 10 000 руб. и 30 000 руб. соответственно [40].

Кроме того, компенсация морального вреда возможна и в случае смерти близкого родственника по причине оказания некачественной, неквалифицированной медицинской помощи. Например, подобное судебное разбирательство представлено в Обзоре судебной практики Верховного Суда Российской Федерации: истец обратился с иском к районной больнице, обоснованием требований о компенсации морального вреда и судебных расходов послужила смерть его супруги, которая, по его мнению, наступила из-за дефектов оказания медицинской помощи, допущенных медицинским персоналом больницы. Дефект заключался в несвоевременной и не в полном объеме оказанной помощи пациенту. Суды первой и апелляционной инстанций в удовлетворении требований истца отказали, однако Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации установила, что вышеуказанные судебные органы не верно истолковали действующие нормы материального права, а также пришли к выводу, что моральный вред причинен был пациенту (т.е. супруге истца), а не самому истцу. Однако «при смерти пациента нарушается как неимущественное право членов его семьи на здоровье, так и семейные связи, право на семейную жизнь» - отметил Верховный Суд Российской Федерации. Согласно абзацу 2 п. 2 постановления Пленума от 20 декабря 1994 г. № 10, моральный вред может заключаться и в нравственных страданиях по причине утраты родственников. Судам первой и апелляционной инстанций следовало учесть следующие юридически значимые обстоятельства, подлежащие установлению: могли ли дефекты оказания медицинской помощи повлиять на правильность постановки диагноза и назначенного лечения, а также наступление летального исхода; уровень нравственных и физических страданий истца в силу причинения ему морального вреда, степень тяжести его переживаний в связи со смертью супруги по причине оказания ей неквалифицированной медицинской помощи [41].

Таким образом, в результате рассмотрения спора в судебном порядке можно достичь следующего:

- признания обжалуемого действия/бездействия незаконным;
- восстановления нарушенного права;
- обязывания совершить определенные действия/возместить убытки;
- привлечения к юридической ответственности;
- отказа в удовлетворении жалобы.

Стоит отметить, что Российская Федерация на данный момент входит в список стран, в отношении которых наиболее часто обращаются с жалобами в ЕСПЧ. Без сомнения, данный способ защиты права является эффективным, однако, необходимо учитывать ряд критериев, при которых жалоба, поданная в этот судебный орган, будет признана приемлемой, исходя из положений статьи 35 Конвенции о защите прав человека и основных свобод: во-первых, жалоба не может быть анонимной, однако заявитель вправе попросить ЕСПЧ предоставить анонимность, но окончательное решение по этому вопросу остается за ЕСПЧ; во-вторых, жалоба не должна дублировать уже рассмотренную по существу жалобу (запрет на повторное рассмотрение дела); в-третьих, она не должна рассматриваться в иной международной инстанции на момент ее подачи в ЕСПЧ; в-четвертых, до того, как жалоба будет подана в ЕСПЧ, все возможные национальные средства защиты должны быть использованы, о чем предоставляются сведения при подаче жалобы, и т.д. Вместе с тем, Конвенция о защите прав человека и основных свобод напрямую не закрепляет право на охрану здоровья, однако данное право защищается, например, через право на жизнь (статья 2 Конвенции), которое предполагает и охрану здоровья, на справедливое судебное разбирательство (статья 6 Конвенции), что прослеживается в постановлениях ЕСПЧ.

Судебные разбирательства по вопросам охраны здоровья часто связаны с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, исполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей. В целом одним из самых сложных вопросов является рассмотрение дел о возмещении морального

вреда, так как суды довольно часто не учитывают ряд важных обстоятельств и не верно применяют норму права, например, как в случае, проанализированном ранее. Однако моральный вред может быть причинен не только самому пациенту, но и его родственнику, к которым относятся и супруги, на что указывает прецедентная практика ЕСПЧ [42]. Итак, за судебной защитой нарушенного права можно обратиться в суды общей юрисдикции, а также в Конституционный Суд в соответствии с его компетенцией (по вопросам соответствия нормативно-правовых актов Конституции Российской Федерации, в том числе по жалобам на нарушение конституционных прав и свобод, а также осуществляет толкование ее положений). В случае, если все возможные механизмы судебной защиты в системе Российской Федерации исчерпаны, существует возможность подать жалобу в ЕСПЧ.

В заключение необходимо отметить, что без коренной модернизации структуры общественного здравоохранения, закрытия неэффективных и устаревших больниц, изменения системы финансирования, направленного на повышение заинтересованности клиник в оказании высококачественных медицинских услуг, создания экономических стимулов для привлечения частных инвестиций проекты государственно-частного партнерства, к сожалению, не смогут оказать серьезного влияния на процесс модернизации отрасли.

3.2 Основные направления реформирования статуса учреждений здравоохранения в современных условиях

Без сомнения, политика государства в сфере здравоохранения представляется одним из наиболее приоритетных направлений деятельности, которое должно осуществляться с учетом актуальных потребностей человека и общества в целом. Нормотворчество в Российской Федерации осуществляется Министерством здравоохранения, а Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения исполняет надзорные функции, однако,

последняя довольно часто вносит предложения и рекомендации по изменению законодательства в рамках своей компетенции.

Анализ правовой базы в сфере охраны здоровья показывает, что существует множество норм права, регулирующих вопросы, возникающие при осуществлении прав и обязанностей в рассматриваемой области.

Несмотря на это, можно сделать вывод о том, что соответствующие нормативно-правовые акты неоднородны, хотя их исполнение должно осуществляться в строгом взаимодействии друг с другом. В связи с чем, представляется целесообразным проведение систематизации законодательства в сфере здравоохранения в виде его объединения в полноценный блок, а также его дополнение с учетом появления и внедрения новых технологий.

Так, можно отметить, что в соответствии с российским законодательством, разграничиваются ошибки внешние, связанные с какими-то объективными условиями, за которыми не следует наступления уголовной ответственности, а также выделяют субъективные профессиональные ошибки, влекущие за собой ответственность за ненадлежащее выполнение медицинских обязанностей.

В связи с этим есть необходимость более конкретного и детального изучения и рассмотрения различных судебно-медицинских и правовых деталей ненадлежащего или незаконного оказания медицинской помощи, а также возможность сравнения и сопоставления отечественного и зарубежного опыта. Ведь такой способ может облегчить и оптимизировать возможные пути разрешения поставленных проблем с помощью выявления различных стратегий предупреждения рассмотренных в данной работе преступлений, проверенных на ошибках зарубежного законодательства.

К данным проблемам можно отнести:

- отсутствие мотивации у медицинских работников, напрямую зависящей от уровня материальной поддержки со стороны государства;

- в рассматриваемом составе преступления уголовной ответственности подлежит в основном тот медицинский персонал, не обладающий достаточным количеством необходимой квалификации и приемлемым уровнем профессионализма;

- отличительными особенностями обладает субъективная сторона ненадлежащего оказания медицинской помощи, выражающаяся зачастую одновременно в двух формах неосторожной вины;

- распространенность совершения преступлений, предусмотренных ст. 123 УК РФ, напрямую связана с незнанием и иногда игнорированием врачами установленных медицинских правил по поводу исполнения их профессиональных обязанностей;

- законным считается прерывание беременности, производимое в специально отведенных для этого лицензированных медицинских учреждениях, а также под контролем квалифицированного акушера-гинеколога, имеющего сертификат специалиста;

- особенностью субъекта в ст. 123 УК РФ можно назвать тот факт, что ответственности подлежат как медицинские работники, имеющие медицинское образование различных специальностей, так и лица, в целом не обладающие должным профессиональным медицинским образованием.

В ходе проведения анализа поставленных в данной работе проблем можно отметить, что как в российском законодательстве, так и в зарубежном прослеживаются пробелы в развитии уголовного закона, предусматривающего ответственность за совершение преступлений медицинскими работниками. Несмотря на большое количество попыток со стороны государства усовершенствовать законодательство в данной области, результат желает лучшего до сих пор. Поэтому необходимость в постоянных инновациях, исследованиях, новейших фундаментальных технологиях, сравнительный анализ нашего законодательства с международными стандартами – все это должно быть осуществлено и

работать в правильном направлении с целью защиты прав и свобод, жизни и здоровья граждан.

Кроме того, ненадлежащее оказание медицинских услуг, т.е. несвоевременное их оказание или оказание медицинской услуги ненадлежащего качества является основанием привлечения к гражданско-правовой ответственности исполнителя, т. е. медицинской организации с которой заключен договор. Медицинская организация обязана возместить причиненный вред независимо от вины. Несмотря на наличие договора о возмездном оказании медицинских услуг, применению подлежат нормы о деликтной ответственности, поскольку вред, причиненный гражданину при исполнении договорных обязательств, возмещается по правилам главы 59 ГК РФ.

Современный период развития общества характеризуется сильным влиянием на него информационных технологий, пришли во все сферы человеческой деятельности, обеспечивают распространение информационных потоков в обществе, образуя глобальное информационное пространство. Они быстро превратились в жизненно важный стимул развития не только мировой экономики, но и других сфер человеческой деятельности.

Использование информационных технологий позволяет решить одну из основных проблем в сфере здравоохранения – обеспечение доступности качественных медицинских услуг в условиях возросших требований широких слоев населения России к высококвалифицированным видам медицинской помощи.

Для оценки эффективности государственного управления сферой здравоохранения может использоваться методика эффективности использования бюджетных средств, основанная на использовании статистических данных и результатов математического анализа эффективности по модели «затраты – результат». Поскольку задачей современного государственного управления является повышение качества и доступности услуг при снижении их стоимости, эффективна та система,

которая обладает большим «выходом» при идентичном объеме затрат или идентичным «выходом» при меньшем объеме затрат.

В данном случае для анализа в качестве «выходного» показателя, демонстрирующего состояние сферы здравоохранения в регионе, могут использоваться любые показатели, влияющие на качество или доступность медицинских услуг для населения, приведенные при расчете к единому масштабу в расчете на 10 тыс. чел. В качестве «входного» показателя берутся расходы консолидированного бюджета на душу населения в регионе. Данные анализируются в динамике за каждый год. Эффективность в данном случае понимается как соотношение полученных результатов к затраченным ресурсам - сравнение между собой «входного» и «выходных» показателей. Полученные коэффициенты эффективности сравниваются и анализируются.

По результатам анализа сокращение затрат при сохранении или повышении, например, доступности медицинской помощи будет говорить об эффективных решениях и действиях управленцев, а ухудшение качества или доступности медицинской помощи для населения при сокращении затрат будет являться отрицательным результатом и неэффективной работой.

Поскольку управление сферой здравоохранения осуществляется на основе утвержденных в регионах государственных программ, эффективность государственного управления можно оценить путем сравнения фактических и плановых нормативных значений (плановых показателей государственной программы).

Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью является качественной оценкой эффективности/ неэффективности государственного управления. В последнее время органы государственного управления для оценки социальной эффективности и удовлетворенности населения медицинской помощью используют методы социологического опроса. Эффективность рассчитывается путем сравнения достигнутых показателей с запланированными целевыми показателями установленными в регионе.

На сегодняшний день здравоохранение в Российской Федерации подвергается новым испытаниям. В 2020 году вспышка инфекции Covid-19 заставила систему здравоохранения мобилизовать все ресурсы. В этой ситуации, когда на карту поставлена жизнь и здоровье всего населения страны, были приняты беспрецедентные меры по противодействию коронавирусу: перепрофилирование больниц и отделений, возведение в сжатые сроки мобильных госпиталей, переоснащение инфекционных отделений и закупка нового оборудования, перепрофилирование врачей и работа в экстренном режиме всего медперсонала. Но также были «оголены» и проблемы в сфере здравоохранения: низкая организация системы здравоохранения в некоторых регионах, недостаточное финансирование больниц, катастрофическая нехватка «узких» специалистов, низкая квалификация профильных специалистов, отсутствие или недостаточное оснащение оборудованием, недостаточность или отсутствие индивидуальных и специализированных средств защиты и другое...

За последние 3 года по стране в целом заметно ухудшилось здоровье простых граждан. По данным Министерства Здравоохранения РФ в Ростовской, Московской, Воронежской и Белгородской области зафиксированы неоднократные случаи регистрации вирусов-возбудителей кори, туберкулёза, ВИЧ, дифтерии, кишечных и других инфекционных заболеваний у населения. Власти на местах пока безуспешно пытаются локализовать вспышки данных заболеваний [43].

Проблемное поле исследования обусловлено тем, что в Российской Федерации в течение длительного времени происходило формирование системы органов государственного управления в сфере здравоохранения, также как и менялись подходы к оценке их деятельности: в каких-то ситуациях это приводило к качественным преобразованиям в этой области, однако чаще всего новшества не соответствовали задачам соответствующего периода времени. На сегодняшний день проведенными преобразованиями в части

оказания медицинской помощи также довольна лишь небольшая часть населения.

В настоящее время в г. Москве продолжается начатая в 2011 году реформа здравоохранения, целью которой являлось модернизация клиник и оптимизация расходов на здравоохранение. По мнению экспертов, серьезных расчетов при разработке реформы городского здравоохранения Москвы не делалось. Рассматривая представленные показатели, можно сделать вывод о снижении числа больничных организаций в г. Москва на 5 ед. до 153 ед. за анализируемый период, всего же общее снижение по отношению к дореформенному 2010 году составило 79 ед., что фактически составило треть от их числа.

При этом данное снижение повлекло за собой и такие показатели как количества больничных коек и обеспеченность ими проживающего на территории города населения. Так, за анализируемый период число коек сократилось на 5 тыс. шт. или на 6,00%, а обеспеченность ими населения при одновременном его численном росте в г. Москва на 8,14% за 2015-2019 гг. и на 33,5% по сравнению с 2010 г. и по состоянию на конец 2019 года данный показатель составил 62,1 ед. на 10000 чел. населения.

За 2015-2019 гг. отмечается рост амбулаторно-поликлинических организаций на 31 ед. или на 3,22% до 993 ед., однако по сравнению с 2010 г. когда их численность составляла 1337 ед. их количество снизилось на 344 ед. или на 25,73%. Данные изменения повлекли за собой рост за 2015-2019 гг. показателя общей мощности амбулаторно-поликлинических организаций, в количестве посещений в смену на 3,5 тыс., но при этом в расчете на 10 тыс. чел. данный показатель снизился на 5 посещений, а принимая во внимание значение данных показателей 2010г., составлявшими 372,1 тыс. и 323 пос. соответственно, можно отметить, что общая динамика повышения мощности не соответствует темпам прироста населения [44].

Показатели численности врачей демонстрируют рост за анализируемый период на 4,9 тыс. чел. или на 7,14%, однако по сравнению с 2010 г. (89,7 тыс.

чел.) их число по состоянию на начало 2019г. существенно ниже, что явилось следствием сокращения медицинских учреждений и уходом ряда сотрудников в частный сектор. Также, несмотря на рост показателя обеспеченности врачами на 10 тыс. населения на 2,6 ед. или на 4,67% до 58,31 ед., его значение существенно ниже дореформенного уровня 2010г. – 77,7 ед., что сказывается на доступности государственных медицинских услуг [45].

Обратная ситуация отмечена в части среднего медицинского персонала, его численность за 2015-2019 гг. снизилась на 7,6 тыс. чел. или на 6,79% до 104,4 тыс. чел. как и показатель обеспеченности в расчете на 10 тыс. населения, что также отрицательно влияет на качество и доступность медицинских услуг [46].

Помимо этого, в результате реформ отмечено и снижение числа коек (врачебных и акушерских) для беременных, рожениц и родильниц на 0,4 тыс. ед. или на 9,76% за 2015-2018гг. и на 2 тыс. по сравнению с 2010 г. В целом, результаты данного реформирования, направленные на снижение расходов на обеспечение населения г. Москвы услугами здравоохранения, не сопровождаются повышением их доступности [47].

В Москве в сравнении с другими городами страны уровень жизни выше, и - как следствие - несколько выше продолжительность жизни. Однако это не означает, что москвичи болеют меньше. И болезни у жителей столицы те же, что и у всех россиян.

Прежде всего, это болезни дыхательной системы. Наиболее часто москвичи болеют сезонными респираторными заболеваниями, что и понятно – в мегаполисе очень большая скученность, и поэтому эпидемии распространяются очень быстро.

Кроме инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, согласно Росстату, распространены болезни сердца и сосудов, а также онкологические заболевания [48].

Причиной последних специалисты считают плохую экологию и стрессы. В Москве эти факторы сильны как мало где еще. И психологическая

атмосфера в столице, и состояние окружающей среды в связи с не всегда своевременными действиями властей в сфере охраны природы – предмет сильной озабоченности общественных организаций и простых горожан, о чем писало ИА FederalCity [49].

В год заболевают различными видами онкологии около 40 тысяч горожан, число умерших – примерно 18 тысяч человек. В десятку лидеров печального списка входят рак молочной железы, рак кишечника и кожи, а также опухоли предстательной железы, матки, почек, поджелудочной железы.

Количество умирающих от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Москве – примерно 650 человек из каждых 100 тысяч жителей. Причины - напряженный образ жизни большого города, гиподинамия [50].

К психологическим заболеваниям относятся такие спутники жизни в большом городе, как синдром хронической усталости и депрессия. Согласно прогнозу ВОЗ, в 2020 году депрессия займет второе место как причина нетрудоспособности, пропустив вперед лишь ишемическую болезнь сердца.

Развитие и совершенствование инновационной деятельности невозможно без государственной поддержки, так как она требует значительных затрат и не приносит высокого дохода в отдельных сферах экономики, что не интересно для частных инвесторов. Например, реализация крупных инновационных проектов по строительству и реконструкции государственных объектов здравоохранения требует существенных финансовых вложений и имеет высокий уровень рисков. При этом очевидна необходимость модернизации и инновационного развития государственных и частных медицинских организаций.

На сегодняшний день можно выделить следующие основные направления государственной поддержки инновационной деятельности в Российской Федерации:

- государственно-частное партнерство как один из способов создания условий для привлечения инвестиций частного сектора в отдельные сферы экономики;

- реализация национальных проектов и программ в различных сферах экономики;
- участие в формировании совместных предприятий и содействие в организации функционирования совместных предприятий;
- обеспечение внутреннего спроса на инновационную продукцию, такую как биотехнологии, медицинское оборудование и изделия, микроэлектроника и др. Спрос формируется путем размещения и оплаты госзаказа на высокотехнологичную продукцию;
- поддержка сбыта инновационной продукции на внешний рынок;
- оказание содействия при создании вертикально интегрированных холдинговых структур, включающих в себя научно-исследовательские, опытно-конструкторские, опытные и серийные предприятия;
- развитие лицензионных и сборочных производств совместно с ведущими зарубежными фирмами; промышленное освоение отечественных и зарубежных научно-технических и технологических достижений мирового уровня, обновление производства;
- содействие развитию инновационной деятельности в регионах посредством межрегионального и международного трансферта технологий, международного инвестиционного сотрудничества;
- создание информационных систем по всем видам выпускаемой инновационной продукции на территории России.

Для сферы здравоохранения особенно актуальными являются следующие инструменты поддержки инновационной деятельности из перечисленных выше: реализация национальных проектов и программ, развитие государственно-частного партнерства.

В соответствии с действующим законодательством финансирование, полученное медицинской организацией по ОМС на определенные виды медицинской помощи, должно быть направлено строго целевым образом не только на указанные виды помощи, но и на отдельные ее составляющие (например, установленный объем средств на бинты, лекарства и др.). Между

тем, участие в системе ОМС государственных и частных организаций имеет ряд отличий, связанных с необходимостью достижения окупаемости. В связи с этим в ряде случаев использование денежных средств на медицинскую услугу является более эффективным, если затраты на ее оказание распределяются в соответствии с особенностями собственного бюджета организации.

Таким образом, законодательство должно предусматривать разные требования к отчетности в отношении частных и «публичных» медицинских учреждений.

В целях решения выявленных проблем можно сформулировать ряд рекомендаций по трём направлениям:

- Повышение финансовой прозрачности и усиление контроля за расходованием средств бюджетного финансирования здравоохранения на государственном и муниципальном уровне.

Для этого необходимо: ужесточение наказания за нарушение законодательства о государственных закупках, увеличение финансирования медицинских учреждений, повышение заработной платы медицинским работникам, совершенствование форм отчетности и статистического учета правонарушений, совершаемых медицинскими работниками, создание региональной и государственной систем непрерывного мониторинга неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, ужесточение лицензирования. Это позволит сократить «теневизацию» здравоохранения и повысить качество медицинских услуг.

- Развитие информатизации и компьютеризации медицинского обслуживания населения.

Для реализации данного направления необходимо: внедрение телемедицины, развитие личных кабинетов пациентов на сайте госуслуг и т.д. Это позволит сократить очереди в поликлиниках, повысить качество медицинских услуг.

- Повышение эффективности управления материальными ресурсами в свете ограниченности бюджетного финансирования и вовлечение частных клиник в программу государственных гарантий на основе механизма государственно-частного партнерства.

Для этого необходимо: финансирование на оказание медицинской помощи из фонда ОМС, включение частных клиник в госпрограммы, заключение концессионных соглашений с частными клиниками. Это позволит сделать медицинские услуги частных клиник более доступными, повысит качество медицинских услуг.

Итак, преобразования в медицинской сфере сопровождаются определенными проблемами. Успешность процесса реформирования существенно будет зависеть от эффективного управления, улучшения кадрового потенциала системы здравоохранения, адекватного финансирования. Для этого необходимо:

- Укрепить потенциал медицинской отрасли повышением медицинской, социальной и экономической эффективности.

- Усилить профилактическую составляющую сферы здравоохранения путем улучшения работы медицинских организаций по проведению диспансеризации, привлекая к выполнению данных мероприятий более широкий круг специалистов.

- С целью решения проблем кадрового обеспечения здравоохранения разработать и принять государственную Концепцию кадровой политики в сфере охраны здоровья РФ. Основными составляющими такой программы должны стать вопросы совершенствования подготовки кадров, особенно ее практической направленности и обеспечения конкурентоспособности специалистов на международном рынке труда.

- С целью поиска дополнительных источников финансирования активно внедрять систему межсекторального сотрудничества, привлечения частного капитала для решения медикосоциальных проблем в РФ.

Направления дальнейших исследований должны быть сосредоточены на изучении проблем реализации инновационных составляющих управления здравоохранением.

Подводя итог, отметим, что нормативная правовая база модернизации отечественного здравоохранения характеризуется достаточной проработанностью, однако, имеется неоправданно большой объем дополнительных актов, которые создают существенные трудности для всестороннего изучения и правильного понимания регламентирующих документов, а также создают проблему при осуществлении контроля реализации отраслевых программ развития.

Заключение

По результатам проведенного исследования можно сформулировать следующие выводы.

Государственное управление представляет собой процесс постоянной и безостановочной реализации функций государства. Исполнительно - распорядительную деятельность реализуют органы государственного управления и должностные лица, которые относятся к исполнительной ветви власти.

Охранять здоровье людей, управляя развитием здравоохранения, означает не просто предотвращать болезни граждан, это значит вносить весомый вклад в экономическое развитие страны. В наиболее развитых странах Европы и Америки, после проведения повсеместных административных реформ, был осуществлен переход от государственного администрирования к государственному менеджменту в сфере публичной медицины. В РФ управление развитием сферы здравоохранения идет в этом же направлении.

Огромная ответственность лежит на органах государственной власти в сфере здравоохранения. В современных условиях перед ними стоят задачи не только распределять бюджетные средства, но и эффективно их расходовать. Менеджмент в здравоохранении предполагает управление трудовыми, финансовыми и материальными ресурсами. Более того, от менеджмента в государственном здравоохранении требуют практически того же, что и в частных медицинских центрах – сокращать расходы повышая качество услуг. Повышать эффективность здравоохранения – крайне сложная задача, умение ее решить является показателем эффективности работы управляющих кадров.

Сфера государственного управления имеет исключительное значение для любого государства, в том числе и для Российской Федерации. Грамотная и эффективная организация государственного управления является существенным фактором для развития современного общества. В условиях

современной действительности к государственному управлению, должностным лицам предъявляются достаточно серьезные требования, например, определенный уровень и квалификация образования уполномоченного лица. А также законодатель на федеральном уровне определяет правовые основы управления во многих сферах, в том числе и здравоохранения. Сфера здравоохранения является одной из важнейших сфер государственного управления, что обусловлено целями и задачами указанной сферы. При отсутствии эффективной системы государственного управления в анализируемой сфере подвергается опасности здоровье населения, их конституционных прав и гарантий. Российская Федерация является правовым и социальным государством, соответственно политика Российской Федерации имеет социальную ориентированность.

Трансформация здравоохранения происходит на всех уровнях: федеральном, региональном, муниципальном. Рассматривая регулирование здравоохранения на региональном уровне, следует учитывать принцип децентрализации, в соответствии с которым на органы исполнительной власти возложены функции по решению проблем отрасли, в том числе финансовых вопросов.

Реформа Роспотребнадзора предполагает оптимизацию работы всего аппарата учреждения. Реорганизация Роспотребнадзора в предыдущие годы планировалась с целью разделения контроля и надзора, а также объединения или упразднения ведомств, которые осуществляют эти функции.

Необходимость в этом назрела в декабре 2014 года после указаний Президента РФ о снятии тотального контроля за предприятиями и бизнесом, оптимизации работы государственных предприятий, обоснованных экономическим кризисом в стране.

Изначально с целью экономии расходования бюджетных средств планировалось сокращение существующих министерств с 21 до 15, а также упразднение 11 агентств и создание новых 9 надзорных органов.

Для исполнения этого поручения предполагалось слияние следующих

структур:

- Роспотребнадзора;
- Росздравнадзора;
- Россельхознадзора.

Результатом такого слияния должен был стать новый мощный орган, который будет контролировать безопасность пищевых продуктов и лекарственных средств. Такая необходимость возникла из-за того, что некоторые задачи этих учреждений дублируют друг друга.

Государственное управление в анализируемой сфере основано на достаточно широком ряде правовых актов разного уровня – от федерального законодательства до подзаконных правовых актов. Кроме того, правовое регулирование государственного управления в сфере здравоохранения претерпевает необходимые изменения, что дает правовую возможность соответствия государственного управления действительным реалиям времени. Однако, в исследуемой сфере имеются некоторые проблемы.

В соответствии с действующим законодательством финансирование, полученное медицинской организацией по ОМС на определенные виды медицинской помощи, должно быть направлено строго целевым образом не только на указанные виды помощи, но и на отдельные ее составляющие (например, установленный объем средств на бинты, лекарства и др.).

Таким образом, законодательство должно предусматривать разные требования к отчетности в отношении частных и «публичных» медицинских учреждений.

В целях решения выявленных проблем можно сформулировать ряд рекомендаций по трём направлениям:

- Повышение финансовой прозрачности и усиление контроля за расходованием средств бюджетного финансирования здравоохранения на государственном и муниципальном уровне.

Для этого необходимо: ужесточение наказания за нарушение законодательства о государственных закупках, увеличение финансирования

медицинских учреждений, повышение заработной платы медицинским работникам, совершенствование форм отчетности и статистического учета правонарушений, совершаемых медицинскими работниками, создание региональной и государственной систем непрерывного мониторинга неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, ужесточение лицензирования. Это позволит сократить «теневизацию» здравоохранения и повысить качество медицинских услуг.

- Развитие информатизации и компьютеризации медицинского обслуживания населения.

Для реализации данного направления необходимо: внедрение телемедицины, развитие личных кабинетов пациентов на сайте госуслуг и т.д. Это позволит сократить очереди в поликлиниках, повысить качество медицинских услуг.

- Повышение эффективности управления материальными ресурсами в свете ограниченности бюджетного финансирования и вовлечение частных клиник в программу государственных гарантий на основе механизма государственно-частного партнерства.

Для этого необходимо: финансирование на оказание медицинской помощи из фонда ОМС, включение частных клиник в госпрограммы, заключение концессионных соглашений с частными клиниками. Это позволит сделать медицинские услуги частных клиник более доступными, повысит качество медицинских услуг.

Итак, преобразования в медицинской сфере сопровождаются определенными проблемами. Успешность процесса реформирования существенно будет зависеть от эффективного управления, улучшения кадрового потенциала системы здравоохранения, адекватного финансирования. Для этого необходимо:

- Укрепить потенциал медицинской отрасли повышением медицинской, социальной и экономической эффективности.

- Усилить профилактическую составляющую сферы здравоохранения путем улучшения работы медицинских организаций по проведению диспансеризации, привлекая к выполнению данных мероприятий более широкий круг специалистов.

- С целью решения проблем кадрового обеспечения здравоохранения разработать и принять государственную Концепцию кадровой политики в сфере охраны здоровья РФ. Основными составляющими такой программы должны стать вопросы совершенствования подготовки кадров, особенно ее практической направленности и обеспечения конкурентоспособности специалистов на международном рынке труда.

- С целью поиска дополнительных источников финансирования активно внедрять систему межсекторального сотрудничества, привлечения частного капитала для решения медикосоциальных проблем в РФ.

Направления дальнейших исследований должны быть сосредоточены на изучении проблем реализации инновационных составляющих управления здравоохранением.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Манохин, В.М. Российское административное право / В.М. Манохин, Ю.С. Адушкин, З.А. Багишаев. – М.: Юристъ. - 1996. – С. 268–269.
2. Клименко, А.В. Теория государства и права / А.В. Клименко, В.В. Румынина. – М.: Мастерство: Высшая школа. - 2000. – С. 28;
3. Братановский, С.Н. Теория государства и права / С.Н. Братановский. – М.: Приор-издат. - 2003. – С. 25;
4. Малько, А.В. Теория государства и права в вопросах и ответах / А.В. Малько. – М.: Юристъ. - 2002. – С. 56–58.
5. Kullman D. PHIS Pharma Profile United Kingdom [Электронный ресурс] / WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2010. — Режим доступа: <http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/PHIS%20Pharma%20Profile%20UK%20Feb2011.pdf>.
6. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf.
7. Конин, Н.М. Административное право Российской Федерации / Н.М. Конин, В.В. Журик, М.П. Петров / Под ред. д.ю.н., проф. Н.М. Кониной. – М.: Норма. - 2005. – С. 306.
8. Бахрах, Д.Н. Административное право России. Ч.3. / Д.Н. Бахрах. [и др.] – Екатеринбург: Диамант. - 1997. – С.214.
9. Стародубов, В.И. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главврач. - 2002. № 11. С. 18–23.
10. Сергеев, Ю.Д. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении / Ю.Д. Сергеев, М.И. Милушин // Медицинское право. - 2005. - № 3. - С. 5.

11. Кошкина, Д.И. Модернизация управления социальной инфраструктурой региона (на примере Владимирской области): автореф. дис. ... канд. экон. наук / Д.И. Кошкина. - Владимир, 2011. - С. 3.

12. Гончарова, О.В. Состояние и перспективы развития частного здравоохранения в РФ / О.В. Гончарова // Менеджер здравоохранения. - 2013. - № 4. - С.78-85.

13. Интернет-портал Единая информационная система ГЧП в РФ [Офиц. сайт]. - Режим доступа: URL: <http://www.pppi.ru/>

14. Указ Президента Российской Федерации «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г.» от 06.06.19 [Электронный ресурс] / Справочно-правовая система «Гарант». – Режим доступа: URL <https://www.garant.ru/products/ipo/prime> (Дата обращения: 12.09.2021).

15. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с изменениями, одобренными общероссийским голосованием 01.07.2020) // Российская газета. - № 144. - 2020.

16. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 15.01.2020 // Российская газета. - № 7. - 2020.

17. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам протокол от 03.09.2018 № 10). - URL: <http://static.government.ru> (дата обращения: 05.09.2021).

18. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.03.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. - 2011. - № 48. - Ст. 6724.

19. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.01.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. - 2010. - № 49. - Ст. 6422.

20. Гаврилова, М.В. Региональная система здравоохранения как система и объект управления / М.В. Гаврилова, В.А. Воробьева // Проблемы

управления современной экономикой сборник материалов Международной заочной научно-практической конференции. под общ. ред. Л.П. Федоровой. - 2018. - С. 105-111.

21. Вишневская, Я.И. Оценка эффективности системы управления в учреждениях здравоохранения / Я.И. Вишневская // Аллея науки. - 2018. - Т. 4. - № 6 (22). - С. 531-534.

22. Саетгареева, Ш.Л. Здравоохранение региона как объект государственного управления / Ш.Л. Саетгареева, М.М. Ишмуратов // Материалы конференций ГНИИ "НАЦРАЗВИТИЕ". - Июнь 2018: Сборник избранных статей. - 2018. - С. 137-140.

23. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 13 июля 2015 № 224-ФЗ // СЗ РФ. - 2015. - № 29 (ч. 1). - Ст. 4350.

24. Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» // Собрание законодательства РФ. 23.12.2019. № 51 (часть I). Ст. 7606.

25. Салыгина Е.С. Права пациента: возможности реализации и способы защиты // Москва: Б-чка РГ. 2014. С. 11.

26. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 (ред. от 13.07.2012) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства РФ. 06.12.2004. № 49. Ст. 4916.

27. Постановление Правительства РФ от 26.07.2012 № 770 «Об особенностях выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций

отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда» // Собрание законодательства РФ. 06.08.2012. № 32. Ст. 4557.

28. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.05.2012 № 24366) // Российская газета. № 127. 06.06.2012.

29. Приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.11.2016 № 44336) // Российская газета. № 266. 24.11.2016.

30. Садковская А.А., Петрова Н.П. Сущность и особенности государственного управления в сфере здравоохранения // Фундаментальные проблемы науки. Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 4 частях. 2017. - С. 140

31. Стародубов, В.И. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главврач. - 2002. - № 11. - С. 18–23.

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

33. Кошкина, Д.И. Модернизация управления социальной инфраструктурой региона (на примере Владимирской области): автореф. дис. ... канд. экон. наук / Д.И. Кошкина. - Владимир, 2011. - С. 3.

34. Сущность и структура здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL : http://geolike.ru/page/gl_7330.htm - (дата обращения : 28.09.2022).

35. Шилюк Т.О. Принципы управления здравоохранения // Актуальные проблемы российского права. – 2014. - № 8. – С. 1634.

36. Опросы населения показывают, что большинство граждан - это 65% - по-прежнему не удовлетворены качеством работы больниц и поликлиник // В-Port – Новости. URL: <https://b-port.com/news/item/43755.html> (дата обращения: 10.10.2022).

37. Фирсова О. А. Прокурорский надзор за исполнением законодательства в сфере здравоохранения: учебно-методическое пособие. Иркутск: Иркутский юридический институт (филиал) Акад. Ген. прокуратуры Рос. Федерации, 2015. С. 100.

38. Святова Д.Г. Здравоохранение как объект правового регулирования // Молодой ученый. — 2017. — №51. — С. 242.

39. Братусь С.Н. Юридическая ответственность и законность. Очерк теории. М.: Юрид. лит., 1976. С. 73-74.

40. Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ // Интернет-журнал «WUIME.RU». URL: <http://wume.ru/raznoe/8-1/306-sostoyanie-i-deyatelnost-sistemy-zdravooxraneniya-rf> (дата обращения: 03.10.2022).

41. Акопов В.И., Е.Н. Маслов. Право в медицине. М.: Кн.-сервис, 2002. С. 283.

42. 7 Съезд Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата». Материалы докладчиков. Бастрыкин А.И. Взаимодействие Следственного комитета РФ и НМП. // Режим доступа URL: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=29283> (дата обращения: 28.09.2022).

43. Апелляционное определение Воронежского областного суда от 04.12.2018 по делу N 33-7817/2018 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.10.2022).

44. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3. С. 3.

45. Сучкова Т.Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. № 6. С. 41.

46. Ригельман Р.К. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего врача. М.: Практика, 1994. С. 12.

47. Апелляционное определение Московского городского суда от 20.01.2020 по делу № 33-2149/2020 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.10.2022).

48. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 2 (2019) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.07.2019) // Официальные документы. № 28. 30.07 - 05.08.2019 (еженедельное приложение к газете «Учет, налоги, право») (Извлечение).

49. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10 (ред. от 06.02.2007) «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» // Российская газета. 1995. № 29

50. Куркина, М.П. Тенденции развития системы управления здравоохранением в регионах / М.П. Куркина, Е.В. Агаркова // Современное региональное управление: тенденции и приоритеты развития: Сборник научных статей международной научной конференции в рамках XVII межрегиональной универсальной оптово-розничной Курской Коренской ярмарки - 2017. Под общей редакцией В.В. Зотова. - 2018. - С. 89-95.

51. Com-Ruelle L, Or Z., Renaud T. The volume-outcome relations in hospitals. IRDES, September 2008. – № 135.

52. Abelson J., Wagner F., DeJean D., Boesveld S., Gauvin F.P., Bean S., et al. Public and patient involvement in health technology assessment: A framework for action. Int J Technol Assess Health Care. 2016; 32: 256-264.

53. Brett J., Staniszewska S., Mockford C., Herron-Marx S., Hughes J., Tysall C., et al. Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: A systematic review. Health Expect. 2014; 17: 637-650.

54. Gagnon M.P., Desmartis M., Lepage-Savary D. et al. Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A

systematic review of international experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(1): 31–42.

55. Hailey D., Werko S., Bakri R., Cameron A., Gohlen B., Myles S., et al. Involvement of consumers in health technology assessment activities by INAHTA agencies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013; 29(1):79–83.