

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ГОСУДАРСТВА И ПРАВА

Кафедра государственного и муниципального управления

Заведующий кафедрой
канд. юрид. наук, доцент
О.В. Алиева

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

магистра

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ УСЛУГ СФЕРЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ
ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

38.04.04 Государственное и муниципальное управление
Магистерская программа «Публичное управление»

Выполнила работу
студент 3 курса
заочной формы обучения

Прокопьева Яна Игоревна

Научный руководитель
профессор кафедры
государственного и
муниципального управления, д-р
социол. наук, доцент

Заболотная Галина Михайловна

Рецензент
заместитель Главы
города Тюмени

Соловьева Вера Константиновна

Тюмень
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	7
1.1. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ.....	7
1.2. СПЕЦИФИКА УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	17
1.3. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	24
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	36
2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА.....	36
2.2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА.....	43
2.3. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	59
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	62
ПРИЛОЖЕНИЕ 1-5.....	70

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВМП – Высокотехнологичная медицинская помощь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДТП – Дорожно - транспортное происшествие

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

РФ – Российская Федерация

ФАП – Фельдшерско - акушерский пункт

ФЗ – Федеральный Закон

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ХМАО – Югра – Ханты-Мансийский автономный округ - Югра

ЯНАО – Ямало-Ненецкий автономный округ

ВВЕДЕНИЕ

Наивысшим благом человека после его жизни вступает здоровье. Состояние здоровья населения зависит от социально-экономических факторов, характеризующих развития общества. На индивидуальном уровне здоровье также зависит от ряда факторов. Очевидно, что поддержание здоровья во многих случаях невозможно без квалифицированной медицинской помощи. Чтобы массово, оперативно и качественно оказывать медицинскую помощь в форме медицинских услуг в стране существует система здравоохранения.

Однако здравоохранение – сложная система, которая постоянно меняется. Состояние сферы здравоохранения также зависит от целого ряда факторов, начиная от государственной политики в области здравоохранения и заканчивая текущей эпидемиологической обстановкой. На текущий момент в рассматриваемой сфере существует множество проблем, среди которых:

- 1) несовершенство правового регулирования;
- 2) низкая ориентированность услуг на качество и комфорт;
- 3) несоответствие важности здравоохранения и объема фактического его финансирования.

Кроме того, все перечисленные проблемы усилились с пандемией COVID-19.

Указанные проблемы требуют повышения эффективности управления в этой сфере. Наряду федеральным центром активное участие в реализации государственной политики в указанной сфере принимают органы публичной власти субъектов РФ. Всё это свидетельствует об актуальности выбранной темы исследования выпускной квалификационной работы.

Сфера здравоохранения традиционно вызывает интерес как учёных, так и практиков-управленцев. Здравоохранение изучается в таких направлениях, как государственное и муниципальное управление, юриспруденция, социология, менеджмент и собственно медициной. Так, управленческом аспекте

здравоохранение изучается с точки зрения особенностей организации данной сферы, оказания медицинских услуг и т.п. В юриспруденции же с точки зрения особенностей правового регулирования. Можно отметить труды таких исследователей, как Алексеева В.М., Аширов Р.З., Восколович Н.А., Галкин Е.Б., Голубенко А.А., Дерягин Г.Б., Ерохина Т., Козин Н.Д., Левкевич М.М., Лотова И.П., Панченко В.Ю., Перфильева Г.М., Петрова Н.Г., Полянская Е.В., Прохоров Б.Б., Решетников А.В., Столяров С.А., Тимченко Н.С., Шамшурина Н.Г. и др. Вместе с тем необходим анализ практики управления региональной сферы здравоохранения.

Объектом исследования является сфера здравоохранения Тюменской области.

Предметом исследования являются приоритетные направления развития региональной сферой здравоохранения в контексте повышения качества и доступности медицинских услуг и реализуемые управленческие инструменты и технологии.

Цель выпускной квалификационной работы – на примере Тюменской области исследовать особенности управления качеством и доступностью медицинских услуг здравоохранения.

Исходя из обозначенной цели, мы можем выделить следующие задачи:

- 1) рассмотреть содержание понятия здравоохранения как социального института;
- 2) рассмотреть специфику услуг в сфере здравоохранения;
- 3) рассмотреть политику государства, реализуемую в сфере здравоохранения;
- 4) рассмотреть критерии доступности и качества услуг, оказываемых в сфере здравоохранения;
- 4) охарактеризовать современное здравоохранение в Тюменской области;
- 5) изучить нормативные правовые основы управления здравоохранения региона;

б) рассмотреть возможные пути развития здравоохранения в Тюменской области как социального института и как сферы оказания медицинских услуг.

Методологической базой исследования послужили следующие методы исследования: описательный, сравнительный, структурно-функциональный и системный, которые позволили собрать, проанализировать необходимую информацию и сделать выводы о проделанном исследовании.

Теоретическую базу исследования составили работы таких исследователей, как: Алексеева В.М., Аширов Р.З., Восколович Н.А., Галкин Е.Б., Голубенко А.А., Дерягин Г.Б., Ерохина Т., Козин Н.Д., Левкевич М.М., Лотова И.П., Панченко В.Ю., Перфильева Г.М., Петрова Н.Г., Полянская Е.В., Прохоров Б.Б., Решетников А.В., Столяров С.А., Тимченко Н.С., Шамшурина Н.Г. и др.

Нормативно-правовую базу исследования составили федеральные и региональные нормативно-правовые акты, регулирующие сферу здравоохранения.

Эмпирической базой стали статистические и аналитические данные о состоянии здравоохранения в России и в Тюменской области, показатели о качестве оказываемых медицинских услуг.

Структура работы определена целями и задачами исследования и состоит из введения, двух глав, включающих шесть параграфов, заключения и списка использованных источников и литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1.1 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Понятие «охрана здоровья граждан» дано в ФЗ 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", где охрана здоровья определяется как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. [1.4].

Согласно определению В.Л. Попова, здравоохранение представляет собой объединение государственных и общественных мероприятий медицинского характера, к которым можно отнести оказание медицинской помощи, предоставление лекарственных средств, лечение и отдых в здравницах, реализацию государственных программ на поддержание долголетия населения, на укрепление и сохранение психологического и физического здоровья людей, оздоровление окружающей среды, повышение материального благосостояния [Попов, с. 8].

Любой существующий социальный институт имеет свои цели и своё предназначение. Основной целью создания социального института является создание и обеспечение благоприятных условий, при которых возможно осуществлять взаимодействие с людьми, которые существуют и функционируют в едином обществе, с целью удовлетворения их потребностей и соблюдения предусмотренных законом прав.

Здравоохранение является важнейшей частью социальной сферы жизни общества, от состояния и развития которой зависят здоровье и работоспособность населения, разрешение демографических проблем, сохранение и укрепление экономического потенциала и экономической безопасности страны в целом. То есть, по сути, его главной целью является охрана и сохранение здоровья населения в существующих социально-экономических и климатических условиях жизни общества.

Здравоохранение представляет собой систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профилактику и лечение заболеваний. Оно выполняет две основные функции – экономическую и социальную. Экономическая функция заключается в том, что осуществляется восстановление трудоспособности работников. Социальная функция в свою очередь состоит в формировании здоровья человека, увеличении продолжительности его жизни.

С точки зрения социологии медицины, которая изучает здравоохранение как часть социальной системы, оно является полноценным социальным институтом, который включает в себя как организацию медицинской помощи и оказания услуг, так и состояние здоровья общества. Перечисленные элементы напрямую зависят от состояния экономики, социальной сферы и др.

На протяжении долгого времени охрана здоровья считалась обязанностью исключительно систем здравоохранения и социальной защиты, в результате критерии оценки деятельности самих систем заменили критерии здоровья населения [Решетников, с. 69]. Пересмотр этой политики начался с концепции приоритетного развития доступных для населения видов и формирования программ здорового образа жизни. Ведь здоровье конкретного человека и общества в целом зависит от общего уровня культуры, образования, психологических установок, условий жизни, состояния системы здравоохранения. Ключом улучшения общественного здоровья являются стимулирование самосохранительного поведения и ведение здорового образа

жизни [Решетников, с.71]. В конечном счете вкладывая в здоровье общество продлевает активное долголетие, трудоспособность, что соответственно дает положительные экономические результаты.

Развитие здравоохранения направлено на обеспечение благоприятного состояния окружающей среды, создание надлежащих условий труда для населения, быта и отдыха, оказание полноценной медицинской помощи больным с учётом новых, современных способов оказания такой помощи, предупреждение возникновения болезней и распространение их среди населения.

Можно сказать о том, что существуют базовый-первичный и вторичный-институциональный уровни общества. Если базовый включает в себя устойчивые, нормативно регулируемые и воспроизводимые социальные действия, и взаимодействия, то институциональный образует некую систему социальных институтов, которые выполняют строго определенную функцию: обучают, производят, защищают, лечат [Решетников, с. 109].

Устойчивость и так называемая работоспособность социальных институтов создается и обеспечивается социальной структурой, которая включает в себя несколько элементов: культуру и политическую власть [Решетников, с. 107]. Данные элементы направлены на препятствие распада общества, они обеспечивают целостность общественных связей. Сказанное относится и к такому социальному институту, как здравоохранение (медицина).

Медицинская культура в свою очередь представляет собой совокупность социально значимых ценностей, знаний, а также норм и правил, относящихся к сфере сохранения, поддержания и укрепления здоровья, предупреждения и лечения болезней. Именно благодаря осуществлению систематической и непрерывной передачи медицинской культуры медицина сохраняется и развивается как социальный институт. С помощью медицинских норм, ценностей, обычаев медицинская культура упорядочивает, направляет и

ориентирует действия медицинских работников в сфере здоровья и здравоохранения [Решетников, с.110].

Все существующие социальные институты подразделяются на виды и относятся либо к формальным, либо к неформальным типам. Формальные институты характеризуются тем, что они официально закреплены и существуют «на бумаге», то есть они оформлены в виде официальных текстов. Они регулируются нормативно-правовыми актами и законами непосредственно. За их нарушение предусмотрены определенного рода санкции.

Неформальный тип социального института характеризуется в свою очередь тем, что существует он только в устной форме и закреплен может быть лишь в памяти. Наблюдается отсутствие установленных формальными правилами средств и метод деятельности, он не определен и не закреплен в нормативных документах и законодательных актах. Гарантия устойчивости организации в связи с этим отсутствует.

Социальный институт медицины и здравоохранения относится к институтам формального типа, так как он является общим и утвержден не только в нашей стране или в каком-то субъекте федерации, отдельном регионе или территориальном подразделении, а во всем мире. Он обладает совокупностью специальных правил, регулируется рядом законов, а также имеет закреплённые нормы, модели, ценности и идеалы [Лотова, с.37]. Наиболее простым примером выступает клятва Гиппократа, которая дается человеком непосредственно при вступлении в должность врача, в которой высшей ценностью провозглашается жизнь человека и его здоровье.

В современном мире медицина важнейшая сфера для человека, которая оказывает наиболее сильное влияние на все общество, сильнее чем экономика и политика. Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения в социальной системе, медико-социальных, экономических, политических проблем здравоохранения нашло свое место в социологии медицины.

Как социальный институт здравоохранение включает в себя предписанные нормы, которые вводятся специальными постановлениями и институализируются путем законодательного закрепления.

Если говорить о функциях в сфере управления сферой охраны здоровья, то содержательно стоит детализировать и подразделить эти функции на общие и специальные.

Общие функции включают в себя:

- 1) разработку стратегии и финансирование развития здравоохранения;
- 2) формирование отраслевых государственных программ;
- 3) решение кадровых вопросов;
- 4) диагностику эффективности деятельности всех субъектов и объектов различных уровней управления;
- 5) определение правил поведения и действий как должностных лиц, так и персонала посредством нормативного правового акта;
- 6) установление конкретных процедур управления (сертификация, лицензирование, налогообложение, регистрация);
- 7) непосредственное предоставление медицинских услуг;
- 8) осуществление контрольной и координационной деятельности различных внутренних и внешних структур, реализация ведомственных полномочий;
- 9) формулирование задач, стратегий и этапов управленческой деятельности.

Говоря о специальных функциях здравоохранения приходится говорить уже о функциях непосредственно и напрямую связанных с организацией лечебно-профилактической помощи, развитием деятельности медицинских учреждений, снабжением населения лекарственными препаратами, медицинских учреждений оборудованием и специальными средствами, а также о развитии медицинской науки в целом [Пидде, Кривошеев, Киселев, с.

160]. То есть данные функции направлены на лечение и проведение профилактических мероприятий для населения.

Социальной эффект системы здравоохранения выражается в удовлетворенности потребностей населения в охране и укреплении здоровья, зависит от большого числа социальных и экономических факторов и отражается в демографических показателях. Здоровье человека является первой предпосылкой способности к труду и осуществлению какой-либо трудовой или профессиональной деятельности. Участие в воспроизводстве рабочей силы, трудового потенциала общества, обладающего хорошими показателями здоровья, является главной социально-экономической миссией здравоохранения.

Методом реализации функций системы здравоохранения является внутренняя и внешняя координация, которая обеспечивает согласованность деятельности всех элементов системы здравоохранения и рационализирует совместные усилия здравоохранительных учреждений [Старилов, с. 179].

Сегодня, в связи с возросшей специализацией и созданием соответствующих структур, центров и прочее, значимость координации возрастает. Этому способствует и тот факт, что система здравоохранения имеет многоуровневый характер. На уровне конкретных учреждений здравоохранения, которые выступают не только объектами, но и субъектами взаимодействия с другими структурами, также происходит координация их деятельности.

Важным в системе здравоохранения при оказании медицинских услуг является регулирование, то есть определение порядка взаимодействия субъектов и объектов здравоохранения, особенно со стороны государства. Именно государственные органы с помощью нормативных правовых актов и законов определяют общие требования и стандарты функционирования всех элементов системы здравоохранения.

В ходе развития института здравоохранения возникают и создаются различные медико-социальные системы. Состав, структура и способы взаимодействия медико-социальных систем обеспечивает развитие

медицинской науки, процесс оказания медицинской помощи, производство товаров медицинского назначения для удовлетворения потребностей общества.

Сущность и восприятие системы здравоохранения в последнее время изменилась и если раньше здравоохранение рассматривалось как несовершенная система, требующая построения, изменений, то сейчас данная система и данный институт представляет собой самоорганизующийся и саморегулирующийся механизм [Ерохина, с. 93-97].

Сфера здравоохранения качественно осуществляет влияние на человеческий капитал в целом. Важнейшими и основными услугами социального характера в области здравоохранения выступают государственные услуги, именно поэтому одним из основных направлений государственной политики в данной сфере является обеспечение доступности и высокого качества государственных услуг. Но безусловно в процессе управления качеством и доступностью государственных услуг возникает ряд проблем.

Услуги: что же представляет собой государственная услуга в сфере здравоохранения? Это деятельность, осуществляемая специальными, уполномоченными на это лицами и органами государственной власти в сфере здравоохранения при наличии запросов от заявителей [Панченко, с.25].

Главным критерием любой услуги выступает качественный критерий. Под качеством услуги необходимо понимать общую совокупность характеристик услуги, которые определяют её возможность удовлетворить в полном размере потребность потребителя, заинтересованного в получении данной услуги. Прямым показателем качественного критерия государственной услуги в сфере здравоохранения является получение услуги в соответствии с установленными стандартами и непосредственная удовлетворенность граждан своей потребности в данной услуги.

В свою очередь, под доступностью услуги можно понимать свободный доступ к учреждениям и организациям, оказывающим её, вне зависимости от

географических, экономических, социальных и иных барьеров. Приведённое понятие доступности, равно как и качества, полностью подходят для медицинских услуг.

Управление системой здравоохранения осуществляется непосредственно государством, поэтому все управленческие функции реализуются специально созданными этим государством и наделенными полномочиями органами, которым, как субъектам управления, государство делегирует часть своих полномочий. Это позволяет данным субъектам управлять здравоохранением от имени самого государства. Для того чтобы органы и специально уполномоченные лица не превышали свои полномочия и осуществляли деятельность в рамках предоставленной им компетенции государство установило законы и нормативно-правовые акты, опираясь на которые и в рамках которых существует и осуществляется деятельность данных органов.

На официальном сайте ВОЗ дано определение системы здравоохранения, где говорится о том, что она представляет собой совокупность организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых выступает улучшение здоровья населения. Для нормального и эффективного функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, удовлетворяющие потребности граждан.

Современная система здравоохранения в России как социальный институт включает в себя разветвлённую сеть и структуру органов и учреждений. Современная медицина как постоянно развивающийся социальный институт просто немыслима без создания целостной государственной многопрофильной и разно уровневой структуры медицинского фармацевтического образования и повышения квалификации [Хрусталёв, с.74].

В соответствии с п. 2 ст. 41 Конституции РФ [1.1] и ст. 12-14 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в России выделяют три системы здравоохранения:

- 1) государственную;
- 2) муниципальную;
- 3) частную.

В то же время, по сложившейся практике можно сказать, что в Российской Федерации действует единая система здравоохранения.

Современная система здравоохранения в Российской Федерации включает в себя следующие элементы:

1. Государственная, бюджетная система здравоохранения;
2. Федеральные органы и учреждения здравоохранения;
3. Муниципальные органы и учреждения здравоохранения;
4. Органы и учреждения государственной системы ОМС;
5. Частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи;
6. Органы и учреждения добровольного, частного медицинского страхования;
7. Общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

Любой социальный институт предполагает наличие учреждения, в котором будет осуществляться непосредственно его деятельность и реализовываться задачи, где будет осуществляться контроль и управление деятельностью.

Институт здравоохранения состоит из следующих структурных элементов-учреждений, оказывающих медицинские услуги населению:

- 1) Больницы;
- 2) Специализированные клиники;
- 3) Оздоровительные центры, стационары и реабилитационные центры;
- 4) Исследовательские лаборатории.

Институты выступают одновременно как инструменты социального контроля, так и имея под собой нормативное регулирование подчиняют себе людей по средствам принятия и применения к ним норм и дисциплины. В каждый момент времени социальный институт представляется группой людей и социальными организациями.

Сфера здравоохранения является формой социальной организации, созданной для реального обеспечения прав человека на охрану здоровья путем оказания массовой медико-санитарной, профилактической помощи [Решетников, с.111].

Субъектами выступают непосредственно население и медико-социальные системы.

Здравоохранение можно определить, как объединение институционального характера профессионально подготовленных людей, имеющих преимущественно медицинское образование, созданное с целью укрепления и поддержания общественного здоровья, деятельность которого регулируется социальными нормами. Если рассматривать здравоохранение как социальный институт, то в основу классификации заложены не только принципы финансирования данной системы, нормативного регулирования и контроля со стороны государства, но и идеологические принципы, а также ценностно-нормативный комплекс [Тимченко, с.44].

Таким образом видно, что в случае отсутствия в современном мире института здравоохранения возникало бы множество вопросов социального характера.

Здравоохранение как социальный институт является высокоинтегрированной, признанной обществом системой, хорошо защищённой функциями и непререкаемостью заведенного порядка от случайных и непродуманных реформ. Это вызывает в обществе чувство спокойствия, стабильности, уверенности в завтрашнем дне. При этом данный социальный институт, создан непосредственно обществом и оказывает огромное воздействие на него. Хотя в обществе редко соглашаются на

кардинальные изменения в системе здравоохранения, пока принятый порядок вещей способен в целом удовлетворить потребности народа и власти.

1.2 СПЕЦИФИКА УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С развитием рыночных отношений в системе здравоохранения и увеличения объема платных услуг актуальным становится обоснование пропорций и соотношений государственных и рыночных начал в оказании медицинской помощи, а также усилении государственного подхода к развитию данного вида деятельности, так как необходимо обеспечить доступность медицинской помощи для всех слоёв населения путем предоставления им бесплатного гарантируемого минимума медицинских услуг [Восколович, с. 263].

Здравоохранение как социальный институт и как часть экономики страны создает благоприятные условия для жизни населения и относится в свою очередь к отрасли нематериального производства услуг. Согласно мнению А.В. Решетникова критериями в данном случае выступают:

- 1) Социальная направленность услуги т.е. они направлены на удовлетворение первичных потребностей человека;
- 2) Время производства и потребления услуги совпадают;
- 3) Наличие услуги в настоящем времени и отсутствие возможности хранения услуги;
- 4) Взаимодействие и прямая связь услуги и лица, ее производящего т.е. имеется личный контакт между потребителем услуги и ее производителем.

Деятельность системы здравоохранения, направленная на охрану и укрепления здоровья, имеет свой предмет труда- им выступает непосредственно человек (пациент) и свои средства труда, то есть медицинский инструментарий. Здоровье нельзя рассматривать отдельно от самого человека, поэтому средства производства здоровья со состоит из взаимодействия пациента и средств медицинского труда. Производства здоровья направлено на

его потребление, что в свою очередь выражается в функционировании и жизнедеятельности человека.

Первоначально выясним что такое услуга. Услуга представляет собой благо, которое предоставляется в форме результата деятельности человека, не имеет материального выражения и существует только в момент оказания данной деятельности [Бондаренко, с. 47].

Характерные черты услуги, как блага:

- Отсутствие осязаемости и наличности в материальном мире [Петрова, с. 30].

Услуга оказывается конкретному лицу, который выступает в роли пациента. В отличие от товара услугой нельзя владеть, так как она существует только в моменте. Потребляя услуги, человек имеет к ней доступ на протяжении ограниченного промежутка времени;

- Неотделимость от источника, неразрывность производства и потребления [Петрова, с. 30].

Производство и потребление услуг тесно взаимосвязаны и не могут быть разорваны во времени. Так как момент оказания и получения совпадают во времени. При этом степень контакта между продавцом и клиентом может быть различной;

- Единовременность и непостоянство [Петрова, с. 31].

В отличие от товаров, услуги нельзя произвести впрок и хранить. Отказать услугу можно только тогда, когда поступает заказ или появляется клиент.

Определённые услуги здравоохранения по факту и по своей сущности признаются и выступают в качестве общественных благ, так как обладают такими свойствами как отсутствие способа исключения индивида из пользования этими благами, неделимость- невозможность предоставления таких благ отдельным лицам, трудность нормирования при определении затрат на производство и потребление, превышение числа пользователей над

числом покупателей этих услуг [Перфильева Г.М., Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г., Галкин Е.Б. с. 78].

Медицинскую услугу, как понятие, чаще всего определяют как профессиональные действия медицинских работников и лиц, обладающих специальной компетенцией, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья конкретного индивидуума или группы лиц. Такое определение чаще всего можно увидеть в учебной литературе, именно так медицинскую услугу определяет большинство авторов. Однако по мнению других авторов, медицинская услуга представляет собой особый вид деятельности, направленный на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определённую стоимость [Петрова, с. 24].

Полянская Е.В. в свою очередь характеризует медицинскую услугу как экономическую категорию, включающую в себя добросовестные действия медицинского персонала, направленные на сохранение и улучшение здоровья пациента, а также предоставление пациенту дополнительных сервисных услуг, направленных на улучшение качества обслуживания [Аширов, Голубенко, Козин, с.74]. Поскольку она считает, что медицинская услуга носит комплексный характер, который заключается в том, что помимо медицинской помощи в процессе их предоставления могут оказываться и другие дополнительные услуги немедицинского характера, позволяющие повысить качество и конкурентоспособность медицинских услуг.

Спецификой медицинских услуг выступают следующие моменты [Петрова, с. 23]:

- Индивидуальность;
- Отсутствие владения и «сиюминутность» услуги;
- Доверительность и информированное согласие;
- Первичная неопределенность объема требуемой помощи;
- Наличие риска;
- Изменчивость качества или его неоднородность.

Особенности медицинских услуг [Петрова, с. 24]:

- Результат воплощается в человеке- пациенте;
- Результат различен и разнообразен по объему и качеству;
- Заранее неизвестен объем ресурсов;
- Невозможность установления момента полного потребления услуги;
- Субъективность оценки;
- Наличие двух стандартов с существованием платных и бесплатных услуг.

И так исходя из вышеперечисленных особенностей и специфических черт медицинских услуг можно выделить следующие свойства, характерные для медицинской услуги.

Общие свойства медицинской услуги:

- Неосязаемость (нематериальный характер);
- Неразрывность производства и потребления услуги;
- Неоднородность, изменчивость качества;
- Неспособность к сохранению и передаче.

Экономические свойства медицинской услуги:

- Себестоимость;
- Рентабельность;
- Эффективность;
- Наличие цены;
- Наличие механизма ценообразования.

Медико-социальные свойства медицинской услуги:

- Своевременность;
- Доступность;
- Качество.

Медицинская услуга, как самостоятельное благо включает в себя следующие структурные элементы [Петрова, с. 24]:

- Субъекты услуги (пациент, медицинский работник);
- Психология услуги (взаимоотношение субъектов);
- Материальность услуги (стоимостное и материальное выражение затрат по удовлетворению потребителя);
- Документальность (фиксированная информация о количественной и качественной стороне выполненной услуги).

Все услуги, которые оказываются в сфере здравоохранения можно подразделить на:

- Лечебные;
- Диагностические;
- Профилактические;
- Реабилитационные;
- Медико-экспертные;
- Парамедицинские;
- Социальные;
- Сервисные;
- По подготовке, аттестации и сертификации кадров;
- По лицензированию и аккредитации.

Большинство услуг в сфере здравоохранения имеют товарную природу поэтому в их предоставлении и оказании принимает участие государство и представители частного сектора [Решетников, с. 115]. Здравоохранение производит услуги медицинского характера для удовлетворения как общественных, так и индивидуальных потребностей.

Сущность медицинских услуг предопределена их спецификой, как социально значимых благ смешанного типа. Внешний эффект который очень важен и получает второстепенное значение, возможность конкуренции и исключаемость в потреблении, то есть тех основных характеристик которые, как раз-таки присущи услугам, как частным благам [Восколович, с. 265]. Медицинская услуга как социально значимое благо должна сохранять

независимость доступа к ее получению от уровня благосостояния потребителя и определяться состоянием его здоровья.

А.В. Решетников считает, что каждая услуга в своей структуре содержит ядро и оболочку. Ядро содержит в себе основные свойства, которые делают предоставляемую медицинскую услугу товаром. Оболочка включает в себя факультативные функции, без которых невозможно качественное предоставление услуг [Решетников, Алексеева, с. 97]. Например: при осуществлении мануальной терапии пациенту не обязательно, но желательно прохождение предварительного общего обследования, прохождение рентгенографии как общий минимум. В данном случае ядром выступает мануальная терапия, а прохождение обследования, в частности, прохождении рентгенографии является оболочкой.

Особой значимостью при оказании медицинских услуг обладает такое качество как эмоциональная оснащенность. Систематические проводимые социологические опросы показывают, что одним из первичных критериев которому пациенты уделяют особое внимание при даче оценки и характеристики качества полученной помощи выступает именно отношение лечащего врача, а также всего медицинского персонала. И это вполне нормально, поскольку человек является существом социальным и первично он оценивает именно эмоциональную составляющую, а затем уже количественную и качественную.

Качественный критерий медицинской услуги включает в себя 3 элемента качества [Столяров, с. 113]:

- Качество структуры;
- Качество технологии;
- Качество результата.

Качество структуры включает в себя качественную характеристику структурных элементов системы здравоохранения. Сюда включают квалификацию кадров, наличие нужного оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение, финансирование и прочее.

Качество технологии предполагает оценку качества используемых и применяемых лечено-диагностических мероприятий, их оптимальность и полноту при оказании медицинской услуги.

Качество результата предполагает оценку полученного результата после оказания медицинской услуги и его сравнение с идеальным результатом, который должен быть достигнут при соблюдении всех правил и норм.

Медицинская услуга, являясь экономическим элементом, по сути своей, предопределяет и сущность сегментирования рынка медицинских услуг. Маркетинговые взаимоотношения в здравоохранении порождают фрагментацию рынка медицинских услуг в соответствии с определенными, существенно различными уровнями потребностей в медицинских услугах.

Медицинские услуги потребляются различными социальными слоями населения в различном объеме. Основные различия зависят от тяжести заболевания конкретного лица и потребностей разных групп по половому и возрастному признакам.

Самыми важными регуляторами в сфере медицинских услуг вступают непосредственно цены и условия в которых оказываются медицинские услуги. В системе обязательного медицинского страхования условия, объем и перечень предоставления медицинской помощи определяются базовой и территориальными программами ОМС, а тарифы на медицинские услуги утверждаются специальными комиссиями [Решетников, с. 38].

Подводя итоги проделанного анализа, отметим, что в данном параграфе были рассмотрены такие понятия как услуга, медицинская услуга, изучены и проанализированы особенности, свойства и критерии медицинской услуги. На основе произведённого анализа можно сделать следующие краткие выводы:

Категория медицинской услуги является ключевой при рассмотрении устройства, организации здравоохранения. Медицинская услуга в наиболее стандартном и простом понимании представляет собой профессиональные действия, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья конкретного индивидуума или группы лиц. Медицинская услуга – это

благо, предоставляемое в форме медицинской помощи определенного вида и объема и существующее в момент получения. Здравоохранение производит услуги медицинского характера для удовлетворения как общественных, так и индивидуальных потребностей.

Специфика медицинской услуги как товара состоит в том, что она нацелена на удовлетворение социальных потребностей, не существует отдельно от производителя, при этом производство данной услуги и её потребление происходят одновременно.

1.3 ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Российская система здравоохранения, начиная с 1990-х гг., находится в состоянии перманентных изменений и реформирования. Меняются не только подходы к оказанию социально значимых бюджетных услуг населению, но происходят и значимые институциональные изменения [Левкевич, Рудицкая, с. 2].

Общеизвестно и общепринято мнение о том, что здоровье населения является одним из приоритетных направлений политики государства, именно поэтому система здравоохранения призвана решать крупные стратегические задачи развития страны.

Государственная политика в сфере здравоохранения направлена на обеспечение и реализацию права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи, на создание оптимальных и благоприятных условий для функционирования системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять медицинское обеспечение населения, профилактику заболеваний, обеспечение оказания медицинской помощи гражданам на высшем профессиональном уровне, проведение научно-исследовательских мероприятий в области здравоохранения, осуществление подготовки медицинских работников, поддержание и развитие материально - технической

базы всей системы здравоохранения для снижения смертности, повышения рождаемости, увеличения продолжительности жизни населения нашей страны [Попкова, Костко, с. 17].

В начале 1990-х годов случившийся кризис политической и социально-экономической системы нашей страны сильно ударил по системе здравоохранения, который сопровождался резким ухудшением качества жизни населения, резким увеличением смертности и сокращением средней продолжительности жизни. Существующие еще с 70-х годов проблемы в области медицины и здравоохранения, отсутствие развития и «утаивание» реальной картины происходящего со стороны государства вызвало в конце 80-х годов недовольство со стороны общественности. Население негодовало по поводу качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, профессионализма и профессиональной этики, и культуры медицинских работников, в целом уровень доверия к медицине в целом и к врачам в частности был очень низок.

Основными причинами ухудшения здоровья населения по мнению Прохорова Б.Б. являлись:

1. Обнищание наиболее уязвимых групп населения и социально-психологический стресс, который явился реакцией на переходный период в жизни всей страны
2. Ухудшение качества питания по всем основным параметрам его оценки
3. Развал государственной и региональной систем обеспечения учреждений медицинского обслуживания населения необходимыми медикаментами, оборудованием и т.д. [Прохоров, с. 35].

Сокращение рождаемости и рост смертности привели к тому, что число смертей превысило число рождений (так называемый «русский крест»): в 1992 году впервые за послевоенные годы естественный прирост населения сменился его убылью.

Многочисленные политические и экономические проблемы, имевшие место в 90-х гг., стали непосредственной причиной серьёзных проблем, в том числе в области здравоохранения. Прежде всего следует отметить недостаток финансирования медицинских учреждений со стороны государства, из-за чего какое-то время они обеспечивались лекарствами, медицинским оборудованием и другими необходимыми ресурсами на основе бартера, взаимозачёта. Распространённым явлением была невыплата зарплаты врачам.

Очевидно, что всё это требовало радикальных мер по восстановлению сферы здравоохранения. В 1990-1991 гг. была разработана программа по реформированию здравоохранения. С одной стороны, в её основе лежала прежняя система здравоохранения. С другой, она отталкивалась на новом управленческом подходе, которые предусматривал не только количественные, но и качественные критерии оказания медицинских услуг [Щепин, Медик, с. 32].

Для проводимой реформы одним из ключевых принципов стало снижение сферы здравоохранения от государства, а именно – от федерального центра. Так, имели место децентрализация управления медициной, уменьшение роли государственного сектора, разнообразие форм собственности медицинских учреждений и способ финансирования. Наконец, следует отметить, что активно внедрялись рыночные механизмы, которые во многом определили содержание и организацию оказания медицинских услуг.

Также в этот период, параллельно, закладывались основы перехода к обязательному медицинскому страхованию (ОМС), внедрялись новые (на основе соглашений о взаимодействии) формы взаимоотношений федеральных органов управления здравоохранением с все более самостоятельно действующими органами управления здравоохранением на уровне субъектов федерации.

Правовой базой для проведения реформ в здравоохранении в этот период стали Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 год.

Появление Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» 1993 года [1.3], который в значительной степени изменил управление и финансирование отрасли, а также взаимоотношения пациентов и медицинских работников. В условиях формирования конкурентной среды в здравоохранении существенно снизилась господствующая роль производителя медицинских услуг, и возросли роль пациента и внимание к его запросам. Централизованное планирование здравоохранения трансформировалось в разработку политики в области охраны здоровья населения с акцентом на государственное регулирование здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи [Коситов, с. 131].

В этот временной промежуток в России был осуществлён ряд законодательных изменений, которые можно рассматривать в качестве предпосылок формирования особой политики в отношении детей и охраны, и профилактики их здоровья и здорового образа жизни. Важным этапом стало принятие Федерального закона от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [1.2], который имел стратегическое значение. Закон включал здравоохранительный компонент и обязывал принимать меры защиты детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио- и видеопродукции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение [Щепин, Медик, с. 32].

Однако этих мер было явно недостаточно, поэтому в начале XXI века ситуация в сфере охраны здоровья детей стояла так же остро и продолжала ухудшаться. Возрастал рост числа хронических форм зависимости (наркомании, токсикомании, алкоголизма), психических расстройств, врожденных пороков развития, наблюдались «возрождение» старых инфекций (туберкулеза, болезней, передаваемых половым путем) и актуализация новых (ВИЧ-инфекции, гепатита С) [Щепин, Медик, с. 33].

Острота проблемы сохранения здоровья нации стимулировала изменения системы здравоохранения в стране. В частности, в одобренной постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации были определены сохранение и улучшение здоровья населения, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Позднее распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. № 1202-р была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» [1.10], в которой получили развитие основные положения, изложенные в Концепции 1997 года. Необходимо отметить, что в этих основополагающих документах обоснование приоритетов в сфере охраны здоровья базировалось на строгом научном анализе здоровья населения и деятельности системы здравоохранения [Щепин, Медик, с. 32].

На основе «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» был разработан целый ряд федеральных целевых программ, таких, как «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России» и др. Принятие решений о разработке, целевых медико-социальных программ на федеральном и региональном уровнях было своевременным и крайне необходимым шагом. Их реализация обеспечила в непростых условиях социально-экономических преобразований и децентрализации управления отраслью стабилизацию, а по отдельным направлениям – улучшение состояния здоровья населения, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, рост качества и доступности населению медицинской помощи.

Начиная с 1998 года на федеральном и региональном уровнях начали утверждаться и исполняться программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая охватывала основные виды этой помощи. Данные программы были нацелены на обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами.

В данный момент времени главной целью государственной политики в сфере здравоохранения является снижение уровня «социального напряжения» в стране путем реализации прав граждан на получение качественной бесплатной медицинской помощи, обеспеченной и гарантированной государством. Реформы, производимые государством в данной сфере на протяжении последних лет, являются свидетельством осознанности и понимания государственными органами и населением необходимости осуществления институциональных преобразований в Российском здравоохранении, о продвижении в направлении повышения эффективности бюджетных расходов [Левкевич, с. 23].

Согласно утвержденной Указом Президента РФ о стратегии национальной безопасности развития РФ укрепление здоровья населения РФ является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого необходима активная долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан [1.8].

Стратегическими целями такой политики являются:

- увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности и смертности населения, увеличение численности населения;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- совершенствование вертикальной системы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;
- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития главным направлением государственной политики в сфере здравоохранения на период до 2020 г. является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [1.11].

Главным документом, регулирующим данную сферу, является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[1.4]. В статье 85 закона закреплены направления государственного контроля, включающие:

- контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- госконтроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств;
- государственный контроль за обращением медицинских изделий;
- федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Согласно действующему законодательству федеральным органом исполнительной власти, на который возложено осуществление функций по контролю и надзору в сфере здравоохранения, является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, которая находится в ведении Минздрава РФ.

Таким образом, непосредственно нормотворчеством занимается министерство, а служба реализует контрольно-надзорные функции, но это не означает, что последняя не может вносить свои предложения по совершенствованию законодательства в исследуемой сфере. На протяжении последних лет при активном участии Росздравнадзора был реализован комплекс основополагающих инициатив в области нормотворчества, направленных на формирование эффективной системы государственного контроля в сфере здравоохранения.

Новый этап развития здравоохранения начался в 2010 году, когда был принят федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» (ОМС) [1.3]. Изначально ее целью являлась оптимизация расходов путем закрытия неэффективных больниц и расширения использования высокотехнологичных медучреждений.

В своём докладе об итогах работы Минздравсоцразвития России в 2010 г. и задачах на 2011 г. Т. Голикова отметила, что отечественное здравоохранение перешло на новую систему организации обязательного медицинского страхования. В рамках Программы государственных гарантий бесплатная медицинская помощь оказывается по таким социально значимым заболеваниям, как туберкулез, наркология, психические расстройства и расстройства поведения [3.18].

Результатом данной реформы стало то, что на текущий момент в России действует множество фондов ОМС. Крупнейший из них – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС). В 2019 г. в медицинские организации по всей России поступило 2 123 млрд. руб., что почти на 10 % больше, чем в предшествующем году. Суммарное медицинские организации потратили 2 124,5 млрд. руб. на оказание медицинских услуг. Значительная часть этих средств ушла на оплату труда работникам системы здравоохранения (69 %) [3.20].

Среди других ключевых программ реформы можно выделить указ президента о совершенствовании политики в сфере здравоохранения (с 2012 года), «дорожная карта» правительства РФ по достижению к 2018 году определенных показателей в этой сфере, и, наконец, Стратегия развития здравоохранения РФ до 2025 года, которую утвердил Президент РФ в начале июня 2019 г. [1.9].

Следует подробнее остановиться на указанной стратегии, так как она является важным программным актом, который отражает направления развития здравоохранения как отрасли. В ней прямо сказано, что основными проблемами отрасли являются: недостаточная оснащенность медицинских организаций

средствами индивидуальной и коллективной защиты; недостаточное качество подготовки медицинских работников; дефицит врачей, особенно анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, онкологов (включая детских), фтизиатров, психиатров, патологоанатомов; проблемы обеспечения граждан лекарственными препаратами [1.8].

Среди мероприятий, оглашённых в Стратегии, следует отметить следующие: совершенствование системы оказания медицинской помощи путём строительства и реконструкции объектов здравоохранения; развитие высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП); формирование системы мотивации граждан к ведению здорового образа жизни; разработка новых медицинских технологий и их внедрение. Для правового регулирования системы здравоохранения планируется усовершенствовать законодательства по охране здоровья, в частности, охраны здоровья работников, занятых на работах с вредными и/или опасными условиями труда.

Отдельные направления развития отечественного здравоохранения уже реализуются. Например, в 2020 г. Сеченовский университет смог запатентовать систему, способную обнаружить рак молочной железы при помощи искусственного интеллекта. Подобное изобретение позволит повысить эффективность профилактики и раннего выявления заболеваний [3.7].

Проанализировали самую последнюю и наиболее актуальную статистику Росстата о состоянии демографии в России на 2019 год можно сделать следующие выводы. Данные статистики опубликованы на официальном сайте Министерства Здравоохранения РФ.

Начать стоит с главного раздела демографии, а именно с численности населения в РФ. Согласно подсчетам Росстата, в 2018 году в стране проживало 146,9 млн человек. За последние года можно наблюдать улучшение ситуации. Начиная с 1991 по 2009 годы численность населения страны стремительно падала, но уже с 2010 года негативная тенденция сменилась ростом, который продолжается и по сей день. Начиная с 2015 года, численность населения страны приросла за счет жителей Крыма и

Севастополя, однако, как мы уже говорили, положительная тенденция началась задолго до этого события, и она продолжается после этого события.

В приложении (таблица 1) представлены данные о численности населения РФ. Рассмотрев таблицу, можно отметить текущий прирост населения, можно констатировать, что страна миновала ситуацию больших потерь, характеризующих 90-е и начало 2000-е года, когда естественный прирост показывал отрицательные значения (на уровне почти 1 млн человек в год). Однако сейчас видно, что стабильного прироста все же пока нет, и естественный прирост являлся положительным лишь в 2013 и 2015 годах. На данном этапе времени демографические показатели растут за счёт миграционного прироста, что помогает восполнить потери естественного прироста и нормализовать демографическую ситуацию в стране.

Теперь обратимся к основным показателям развития российской системы здравоохранения за период с 2015 по 2019 гг. (таблица 2 Приложения).

Из данных, указанных в таблице, видно, что оптимизация системы здравоохранения приводит к сокращению числа медицинских учреждений и организаций.

В 2005 году в послании Федеральному собранию Президент РФ объявил о начале реализации четырёх приоритетных национальных проектов, в том числе в сфере здравоохранения. В апреле 2011 года Президент РФ заявил, что будет продолжена реализация всех проводимых в рамках нацпроекта мероприятий: до 2013 г. только из федерального бюджета на эти цели будет выделено 788,7 млрд. руб.

В 2005 году укомплектованность врачами участковых служб составляла 60 %, а в некоторых регионах не хватало более половины участковых врачей. В рамках нацпроекта «Здоровье» правительство сохранило и возродило это звено здравоохранения, привлекли на работу новых врачей и средний медперсонал. Был повышен уровень оплаты труда более 300 тыс. медицинских работников первичного звена, более 50 тыс. участковых врачей

прошли переобучение, получили дополнительные знания. Коэффициент совместительства на врачебном участке сократился с 1,6 % в 2005 году до 1,1 % в 2010 г. [3.18].

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в состоянии здоровья населения наметился ряд положительных тенденций. В 2006 году смертность в России снизилась на 138 тыс. человек, а за четыре месяца 2007 года по сравнению с аналогичным периодом 2006 г. – более чем на 52 тыс. человек. Число родившихся увеличилось с 1215 тыс. детей в 2000 году до 1476 тыс. детей в 2006 году. В 2006 году рождаемость составляла 10,6 случая на 1000 человек.

В рамках реализации нацпроекта «Здоровье» удалось добиться снижения смертности в России от трёх основных причин: сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и травм, полученных при ДТП.

Современная политика страны в области здравоохранения в 2020 г. столкнулась с серьёзной проблемой, а именно – пандемия COVID-19. Законодатель отреагировал на пандемию путём принятия целого ряда нормативно-правовых актов, среди которых следует отметить Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» [3.12]. Согласно нему, в частности, было приказано создать Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний как для детей, так и для взрослых. А для остальных медицинских организаций разработаны специальные правила по обращению с пациентами, заражёнными коронавирусной инфекцией.

Также было уделено значительное внимание положению врачей. Минздравом России в рамках исполнения Постановления Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 415 установлены выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам,

оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция и лицам из групп риска заражения Covid-19. Ведомством до субъектов РФ доведены лимиты для осуществления стимулирующих выплат медицинским работникам [3.17].

Таким образом, многообразие и сложность проблем государственной политики в сфере здравоохранения, оценки результативности деятельности органов власти и эффективности функционирования медицинских учреждений с учётом их социальной значимости является важнейшей сферой изучения [Щепин, Медик, с.32].

Российская система здравоохранения находится постоянно в процессе развития и изменений. Меняются не только подходы к оказанию социально значимых бюджетных услуг населению, но происходят и значительные институциональные преобразования.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Как было сказано ранее, текущее состояние и показатели здравоохранения позволяют сделать вывод о состоянии социально-экономического развития. Это в равной степени актуально как на государственном, так и на региональном уровнях [Мохов, с. 14]. Поэтому предлагается охарактеризовать текущее состояние регионального здравоохранения на примере Тюменской области.

Исходным показателем для здравоохранения является численность населения. Согласно официальным данным, на начало 2020 г. в регионе проживало 1 537 684 чел. Значительная часть населения сосредоточена в городах – 1,037 млн. чел. (67,5 %), в то время как население в сельских местностях составляет 0,5 млн. чел. (32,5 %) [3.2].

Другой важный показатель – динамика населения в регионе. Так, в течение последних трёх лет наблюдается постепенный рост численности на 60 тыс. чел. как за счёт естественного прироста, так и миграции населения. Такая тенденция существует в области ещё с 2007 г., что говорит о хорошей демографической ситуации. В 2019 г. на каждую тысячу человек пришлось 2,2 новых жителя Тюменской области.

Однако другой показатель – рождаемость – снизился в течение последних трёх лет, что совпадает с общероссийской тенденцией. В 2019 г. коэффициент рождаемости уменьшился на 10,5 %. Если в 2017 г. в Тюменской области родились 21,3 тыс. младенцев, то в 2019 г. – 19,4 тыс.

Поэтому прирост населения обеспечился за счёт уменьшения ещё одного важного показателя – смертности. В 2019 г. умерло 16,2 чел., что меньше аналогичного показателя за 2017 г. на 1,9 %.

Причины смертей наглядно иллюстрируют состояние здоровья жителей Тюменской области. Больше половины смертей вызвано различными заболеваниями. Так, болезни системы кровообращения стали причиной 46,1 % случаев смертей, а новообразования – 13,6 %. В 2019 г. уровень смертности от болезней системы кровообращения составил 490,3 случаев на 100 тыс. населения, что на 2,6 % ниже показателя, зарегистрированного в 2017 г. Что касается внешних причин, то они занимают 8,6 % в структуре причин смерти граждан [3.3].

В 2019 г. показатель общей заболеваемости всего населения Тюменской области вырос на 3,1 %.

Основные медико-демографические показатели Тюменской области с 2017 по 2019 гг. представлены в приложении (таблица 3).

Для того, чтобы качественно и оперативно оказывать населению Тюменской области медицинскую помощь, в регионе действует обширная система медицинских учреждений. На начало 2020 г. в регионе действовало 56 медицинских организаций. Все они входят в систему областного здравоохранения, за исключением двух, которые входят в число организаций федерального подчинения. Кроме того, оказанием медицинской помощи занимается 86 филиалов областных организаций (10 районных больниц, 17 участковых больниц, 45 врачебных амбулаторий, 13 филиалов областных учреждений) и Тюменский кардиологический центр.

Следует рассмотреть основные показатели оказания жителям Тюменской области основных видов медицинской помощи:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в 44 медицинских организациях и 82 филиалах. В 2019 г. каждый житель региона посещал данный вид учреждений в среднем 10,3 раза.

Система здравоохранения Тюменской области стремится к тому, чтобы первичная медико-санитарная помощь оказывалась населению своевременно и качественно. Одно из направлений улучшения здоровья населения –

профилактическая медицина. В 2019 г. 38 % посещений медицинских организаций были направлены как раз на профилактику заболеваний.

Важная роль в системе здравоохранения отводится диспансеризации взрослого населения за счёт средств обязательного медицинского страхования, которая активно проводится с 2013 г. В 2019 г. диспансеризацией занималось 29 медицинских организаций, большая часть из которых – государственные (24). Через диспансеризацию в рассматриваемый период прошли 375 тыс. чел., т.е. треть взрослого населения региона.

Диспансеризация, как и профилактика, способствует раннему выявлению серьёзных заболеваний, что подтверждает практика. Так, в 2019 г. осмотры помогли выявить почти 30 тыс. случаев заболеваний, статистика которых соответствует приводимой ранее структуре заболеваемости населения. В частности, было выявлено 5,5 тыс. случаев повышенного кровяного давления (у 1,46 % осмотренных граждан), более 1 тыс. случаев сахарного диабета и новообразований (0,28 % и 0,34 % соответственно).

Из числа осмотренных пациентов 24 тыс. гражданам впервые установлено диспансерное наблюдение, 121 тыс. назначено лечение, 5 тыс. чел. направлено для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2) Стационар замещающая медицинская помощь. В Тюменской области получают развитие такие формы помощи, как дневные стационары и стационары на дому. Они позволяют уменьшить загруженность больничных учреждений, а также использовать освободившиеся ресурсы для более эффективного лечения больных, нуждающихся в круглосуточном уходе. Именно такой подход дает эффект доступности.

В 2019 г. в дневных стационарах лечебно-профилактических учреждений развернуто 3 336 койко-мест. Медицинскую помощь на койках дневного пребывания получили 95,9 тыс. чел.

3) скорая медицинская помощь. В составе службы скорой медицинской помощи Тюменской области функционируют 1 станция и 21 отделение скорой медицинской помощи при областных больницах.

Для оказания медицинской помощи населению организовано 72 врачебных бригады-смены (в том числе бригады интенсивной терапии) и 418 фельдшерских бригад-смен скорой медицинской помощи. В городе Тюмени функционируют 54 врачебных бригады-смены (включая бригады интенсивной терапии) и 10 психиатрических бригад-смен скорой медицинской помощи, фельдшерских – 154 бригады-смены.

4) стационарная медицинская помощь. В 2019 г. стационарную медицинскую помощь населению Тюменской области (оказывали 30 больничных организаций, в том числе учреждение федерального подчинения). На начало 2020 г. коечный фонд в государственных учреждениях здравоохранения области составил 9122 койки с учреждениями федерального подчинения и 8 821 койка без учреждений федерального подчинения.

В 2019 г. показатель обеспеченности населения койками круглосуточного пребывания составил 58,1 на 10 тыс. населения (по Российской Федерации в 2018 г. – 71,1). При этом численность коечного фонда в сравнении с 2018 г. увеличилась на 17 коек.

5) специализированная медицинская помощь. В области активно действуют онкологическая, противотуберкулезная, наркологическая службы, а также службы по противодействию ВИЧ-инфекции и по медицинской помощи лицам с психическими расстройствами.

Несмотря на то, что перечисленные службы оказывают специализированные виды медицинской помощи, статистика отдельных заболеваний свидетельствует об ухудшении состояния здоровья в области. Так, продолжается рост числа лиц, поражённых ВИЧ-инфекцией. В 2019 г. было выявлено 1570 случаев. Всего на диспансерном учёте состоит 12,6 тыс. чел.

Неоднозначная ситуация прослеживается и с наркоманией. С одной стороны, число выявленных лиц, страдающих наркоманией, в 2019 г.

уменьшилось на 16 % по сравнению с 2018 г. и составляет 11,2 случаев на 100 тыс. чел. С другой, был зафиксирован рост лиц, которые повторно госпитализированы из-за потребления наркотиков в немедицинских целях – с 23,8 % до 26,9 % [3.19].

б) Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). Здравоохранение Тюменской области стремится к тому, чтобы люди имели доступ к новым, сложным и уникальным способам лечения болезней. К новейшим технологиям в медицине относятся использование клеточных технологий, роботизированной техника, генная инженерия и т.д.

Из всех медицинских организаций региона только 15 имеют в своём распоряжении технологии для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Как правило, такая помощь оказывается за счёт средств ОМС, средств областного бюджета, а также средств федерального бюджета.

В целом все организации региона, предоставляющие высокотехнологические медицинские услуги, имеют современное оборудование и кадры для предоставления населению необходимой медицинской помощи.

Например, в Федеральном центре нейрохирургии, который был открыт в 2011 г. в Тюмени, имеются возможности для оказания помощи пациентам, имеющим нейрохирургические патологии. Другое учреждение, «Медицинский город», которое было открыто в 2012 г., оказывает онкологическую помощь и имеет возможность лечить злокачественные новообразования [3.6]. Также стоит отметить многопрофильный госпиталь «Мать и Дитя Тюмень», который занимается реабилитацией детей после кохлеарной имплантации. Так, в 2019 г. 65 детей прошли такую реабилитацию.

Нельзя не отметить и существование сектора частного здравоохранения, который также представлен в рассматриваемом регионе. Здесь крайне важно отметить, что в субъекте, несмотря на принятие Закона Тюменской области от 05.11.2015 г. № 119 «О государственно-частном партнёрстве в Тюменской области», соответствующая программа так и не разработана [1.13]. Тем не

менее, развитие частного медицинского сектора всё равно входит в региональную политику. Так, с использованием института государственно-частного партнёрства при участии региональной власти и инвесторов на базе областных больниц были созданы гемодиализные центры. Инвестором в данном проекте выступает частное учреждение содействия развитию медицинских технологий «Экспертный нефрологический совет» [3.8].

Основные показатели медицинской помощи в Тюменской области с 2017 по 2019 гг. представлены в приложении (таблица 4).

Несомненно, для эффективной оказания любой из перечисленных видов медицинской помощи необходимо иметь соответствующие кадровые ресурсы. В медицинских организациях области преобладает средний медицинский персонал, который составляет почти 42 % от состава кадров соответствующих организаций. В свою очередь, младший медицинский персонал составляет 7 %, а прочий персонал – 30 %.

Что касается непосредственно врачей, то они составляют 19,4 % кадрового состава. На конец 2019 г. их численность равнялась 6 230 чел. Здесь прослеживается рост числа врачей, так как в 2017 г. их было 5,9 тыс., а в 2018 г. – 6,1 тыс. Число средних медицинских работников также выросло и составило к началу 2020 г. 13,5 тыс. чел.

Система здравоохранения Тюменской области активно и своевременно пополняется новыми кадрами, в том числе из числа студентов, которые окончили образование в местных образовательных учреждениях. В 2019 г. 167 молодых специалистов начали работу в медицинских организациях региона. Из них 54 окончили ординатуру.

Важный показатель состояния кадров в рассматриваемой сфере – укомплектованность. В 2020 г. укомплектованность штатных врачебных должностей в стационарах составляет 95,8 %, а в амбулаторных подразделениях – 93,2 %.

Благодаря отмеченному выше росту числа медицинских работников такой показатель, как обеспеченность врачами, вырос с 40 до 40,5 на 10 тыс.

чел. При этом прослеживается закономерный разрыв в обеспеченности врачами в сельских местностях: здесь он составляет 20,8 врачей на 10 тыс. чел. В городах же этот показатель равен 50. А это уже проблема доступности медицинской помощи.

В настоящее время квалификационные категории имеют 35,4 % врачей и 44,4 % средних медицинских работников.

В начале 2020 г. в медицинских учреждениях работали 420 участковых педиатров, 578 участковых терапевтов и 31 врач общей практики. Тем самым укомплектованность участковыми врачами-терапевтами составляет 95,1 %, участковыми врачами-педиатрами – 98,9 %, а врачами общей практики – 90,3 %. В свою очередь, обеспеченность средним медицинским персоналом – 87,6 на 10 тыс. чел. Доступность медицинской помощи, было довольно хорошим.

Для полной характеристики здравоохранения Тюменской области нельзя не затронуть вопросы, касающиеся финансирования отрасли. Такой показатель как средняя зарплата врачей характеризуется увеличением. В прошлом году её рост составил 5 % у врачей и у тех сотрудников, которые имеют высшее медицинское образование; от 3 % до 3,5 % – у младшего и среднего медицинского персонала.

Не последнюю роль в увеличении финансирования здравоохранения сыграли так называемые «майские указы» Президента РФ от 2012 г., которые, помимо прочего, затрагивали вопросы зарплаты врачей. Так, на Правительство РФ было возложено обеспечить рост зарплат к 2018 г. в 2 раза [1.5].

С одной стороны, повышение зарплаты в Тюменской области было реализовано и почти достигло требуемого показателя – она увеличилась в 1,99 раза. С другой, одновременно с её ростом произошло увеличение нагрузки на врачей. Некоторые врачи заявляли, что им приходилось как трудиться сверхурочно, так и заниматься тем, что не входит в их обязанности, например, обзванивать граждан и приглашать их на диспансеризацию [3.23].

Что касается бюджетных расходов на здравоохранение в Тюменской области, то всего на эту отрасль в 2019 г. было выделено 31,83 млрд. руб. Тем

самым произошло незначительное увеличение по сравнению с 2018 г., когда расходы составили 31,16 млрд. руб.

Основные показатели финансового и кадрового обеспечения медицинской помощи в Тюменской области с 2017 по 2019 гг. представлены в приложении (таблица 5).

Таким образом, здравоохранение в Тюменской области в целом можно охарактеризовать как развитое. Большинство ключевых показателей показывают рост в течение последних трёх лет, а уменьшение, как правило, соответствует общероссийским тенденциям. Однако продолжающие существовать проблемы, например, с финансовым обеспечением работников медицинских учреждений, требуют пересмотра действующего законодательства и корректировки приоритетов развития системы здравоохранения.

2.2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Ранее были рассмотрены основные нормативно-правовые акты федерального уровня, которые регулируют отношения в области здравоохранения. Наряду с ними существует региональное законодательство, которое призвано конкретизировать соответствующие правоотношения применительно к каждому субъекту РФ [Дерягин, с. 32]. Поэтому предлагается рассмотреть специфику правового регулирования здравоохранения на примере Тюменской области.

Базовым следует считать областной закон «Об организации медицинской помощи населению Тюменской области», который был принят в 2004 г. и стал заменой для целого ряда устаревших на момент принятия региональных нормативно-правовых актов, затрагивавших различные аспекты здравоохранения [1.12].

Очевидно, что указанный закон направлен на регулирование сферы здравоохранения в соответствии с федеральным законодательством. Прежде всего в нём определены полномочия органов власти в рассматриваемой сфере. В регионе таковыми являются Тюменская областная Дума, областные Правительство и Департамент здравоохранения. Следует рассмотреть их основные полномочия по вопросам здравоохранения.

Исполнительным органом власти, специализирующемся на вопросах здравоохранения, является Департамент здравоохранения. Он подчиняется вышестоящим органам власти. Так, контроль за его деятельностью осуществляет первый заместитель губернатора Тюменской области. Непосредственно губернатор наделён полномочиями по назначению и освобождению от должности директора департамента. Последний руководит им.

На департамент возложены следующие полномочия:

1) анализирует и прогнозирует текущее и будущее состояние системы регионального здравоохранения, на основании чего разрабатывает основные направления по её развитию и определяет соответствующие показатели;

2) разрабатывает проекты нормативных и ненормативных правовых актов в области здравоохранения по различным вопросам, например, требующим оперативного реагирования (по предупреждению и противодействию эпидемиям) или по дальнейшему развитию отрасли (установление мер, направленных на социальную поддержку здоровья населения, и т.п.);

3) лицензирует медицинскую, фармацевтическую и иные виды деятельности, связанные с медициной (например, деятельность по обороту наркотиков);

4) осуществляет полномочия по обращению донорской крови и её компонентов;

5) осуществляет полномочия по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, что является частью формирования здорового образа жизни;

6) организует профилактику незаконного наркотиков;

7) осуществляет ведомственный контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, за соблюдением трудового законодательства в трудовых отношениях с врачами и другими работниками медицинских организаций, за соблюдением закона в других отношениях, непосредственно связанных со здравоохранением;

8) вопросы организации скорой медицинской помощи также входят в полномочия Департамента;

9) другие предусмотренные региональным законодательством полномочия.

Помимо департамента, важнейшие полномочия в здравоохранении возложены на Тюменскую областную Думу. Речь идёт в первую очередь о законодательном регулировании данной сферы: Дума принимает и контролирует исполнение законов. Другое важное направление деятельности Думы – утверждать бюджет областного фонда ОМС [1.17].

Другие исполнительные органы государственной власти в Тюменской области осуществляют следующие полномочия в сфере здравоохранения:

1) разрабатывают, утверждают и реализуют различные программы, среди которых, программы по развитию здравоохранения, по оказанию бесплатной медицинской помощи и др.;

2) организуют оказание населению бесплатной медицинской помощи различных видов, среди которых: первичная медико-санитарная, специализированная, высокотехнологичная, скорая и др.;

3) создают условия, которые необходимы для роста качества медицинской помощи, её доступности, особенно для наиболее уязвимых слоёв населения (детей, инвалидов и т.п.);

4) организовывают мероприятия, которые направлены на предупреждение болезней, в том числе просветительская работа в области формирования здорового образа жизни у местного населения;

5) предупреждают население об угрозах, связанных с возможным распространением эпидемий и опасных заболеваний, используя при этом СМИ как способ информирования граждан и официальные статистические сведения как источник для подобного прогнозирования;

6) создают, реорганизуют и ликвидируют медицинские организации (за исключением федеральных);

7) определяют систему оплаты и стимулирования труда работников медицинских организаций;

8) осуществляет ведомственный контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности;

9) и другие предусмотренные региональным законодательством полномочия.

Разумеется, правовое регулирование здравоохранения в Тюменской области не ограничивается лишь установлением правомочий органов власти в данной сфере. Наряду с этим регулированию подлежат деятельность медицинских организаций, порядок оказания медицинской помощи, ОМС, противодействие наркомании, формирование ЗОЖ и т.д.

Важную роль играют нормативные правовые акты, где отражаются основные направления и показатели развития здравоохранения. Так, в 2018 г. была принята государственная программа Тюменской области «Развитие здравоохранения» в период 2019-2025 г. (далее – Программа). Реализация данной программы возложена на департамент здравоохранения и на другие органы исполнительной власти региона, например, Главное управление строительства Тюменской области [1.9].

Из программы следует, что правовое регулирование здравоохранения в Тюменской области направлено на развитие текущих и создание новых условий, необходимых для того, чтобы сделать медицинскую помощь более

доступной, качественной и эффективной. Из этой цели прямо вытекают задачи Программы, среди которых, в частности, обеспечение граждан, нуждающихся в специализированной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, необходимыми лекарствами, протезами и др.

Сроки реализации программы – с 2019 г. по 2025 г. Для её реализации планируется выделить суммарно 143,4 млрд. руб., из которых 141,4 млрд. руб. – средства областного бюджета. В 2020 г. для реализации Программы выделено 20,4 млрд. руб. из областного бюджета.

Из содержания программы можно сделать вывод, что развитие здравоохранения в Тюменской области отталкивается от текущего состояния отрасли, а именно – от существующих проблем. Так, значительное влияние уделено формированию у населения здорового образа жизни, чтобы предотвратить наиболее распространённые заболевания (особенно связанные с системой кровообращения).

Для этого осуществляются мероприятия, цель которых – воспитать здоровые привычки и навыки ещё с раннего возраста; пропагандировать отказ от курения, алкоголизма и наркомании. Здесь же особое внимание уделено распространению знаний, которые позволят существенно снизить риск заболевания ВИЧ и инфекционных заболеваний.

При этом установлено, что процесс роста мотивации граждан к здоровому образу жизни не может обойтись без создания соответствующих условий не только в сфере спорта, но и в здравоохранении, чтобы приблизить профилактическую медицину к потребностям человека.

Среди планируемых мероприятий, указанных в программе, следует отметить проект «Финансовая поддержка семей при рождении детей». Проектом предусмотрен целый ряд мероприятий по защите и охране материнства как важной составляющей здоровья населения. Среди них, например, оказание медицинской помощи семьям, которые страдают бесплодием, путём экстракорпорального оплодотворения за счёт средств фонда ОМС [3.16].

Как и любое другое законодательство, нормативно-правовая база Тюменской области в сфере здравоохранения стремится к стабильности и к тому, чтобы обеспечить плановое развитие отрасли. Однако из-за пандемии COVID-19, начавшейся в декабре 2019 г. в Китае и добравшейся впоследствии и до Тюменской области. Были введены ограничения для населения, людей были вынуждены посадить на самоизоляцию, чтобы не распространять новую коронавирусную инфекцию. Самоизоляция продолжалась до конца мая, а для пожилых лиц до самой осени.

По состоянию на 1-е сентября 2020 г. в России по официальным данным выявлено более 1 млн. случаев заражения, а в Тюменской области – 7820 случаев [3.12].

Очевидно, что подобные события не могли не сказаться на состоянии здравоохранения в регионе, в том числе на его правовое регулирование. Был издан ряд нормативно-правовых актов, цель которых – обеспечить защиту населения региона от вспышки опасной болезни. Так, 17 марта 2020 г. Правительство Тюменской области, реализуя возложенные на неё полномочия в области здравоохранения, издало постановление «О введении режима повышенной готовности» [1.16].

В нём нашёл отражение широкий комплекс мер по противодействию эпидемии, многие из которых касаются непосредственно областной системы здравоохранения.

Среди общих мер, направленных на защиту здоровья населения в рамках режима повышенной готовности, следует отметить приостановление работы значительной части учреждений и отмену мероприятий, среди которых массовые мероприятия (культурные, спортивные, зрелищные и т.д.), образовательные и др. Были закрыты торговые центры, магазины, ночные клубы, рестораны, библиотеки, музеи, предприятия общественного питания и др. [1.16]. Важная роль в противодействии эпидемии была возложена на работодателей и работников, владельцев транспорта общего пользования. На граждан была возложена обязанность соблюдать так называемую «социальную

дистанцию», т.е. находиться друг от друга на расстоянии не менее 1,5 метров в тех местах, где есть такая возможность (т.е. не в легковых такси и т.п.). Здесь речь идёт в первую очередь об общественных местах.

Что касается непосредственно медицинских учреждений, то в них был введён строгий противоэпидемический режим. На их работников был возложен целый ряд дополнительных обязанностей.

Таким образом, правовое регулирование здравоохранения в Тюменской области, которые в последнее время исходило из относительно стабильной социально-экономической и эпидемиологической ситуации, претерпевает изменения. Они уже затронули деятельность медицинских организаций, а в ближайшем будущем, несомненно, повлияют на вопросы, связанные с дальнейшим развитием отрасли.

2.3. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Здравоохранение в Тюменской области не является статичной системой, что подтверждается приведёнными ранее законодательными и социально-экономическими изменениями. Видится целесообразным рассмотреть, какие основные направления развития ожидают здравоохранение региона в ближайшем будущем.

Во-первых, продолжается внедрение новейших технологий в деятельность медицинских организаций. Так, с 2019 г. в «Медицинском городе» внедряются такие технологии, как видеоэндоскопическая хирургия, малоинвазивная методика в абдоминальной и торакальной хирургии, урологии, гинекологии, маммологии, при опухолях головы и шеи. Также увеличивается количество органосохраняющих операций при лечении злокачественных опухолей различных локализаций, позволяющих сохранить часть органов и их функцию. А в связи с установкой нового лучевого ускорителя освоена методика

объёмно-модулированной лучевой терапии, которая позволяет снизить лучевую нагрузку на окружающие органы и ткани с повышением эффективности воздействия на опухоль [3.6].

В свою очередь, Радиологический центр переориентируется на раннее выявление и лечение широкого спектра заболеваний. В ближайшем будущем возможности ядерной медицины станут доступны не только жителям Тюменской области, но и соседних регионов. В Радиологическом центре применяются все самые передовые технологии, которые сейчас используются в мировой онкологической практике [3.2].

В другом крупном медицинском учреждении, Областном лечебно-реабилитационном центре, в 2019 г. были внедрены инновационные методики реабилитации пациентов неврологического профиля. Одна из наиболее передовых методик кинезиотерапии – PNF-терапия. Метод построен на «ручной работе», т.е. на непосредственном контакте рук врача с телом пациента. Данный метод позволяет добиться выполнения движений, которые пациент по каким-либо причинам не может произвести самостоятельно.

Вследствие тесного взаимодействия с пациентом врач всегда имеет возможность корректировать объём работы и степень нагрузки и выбирать задачи, наиболее актуальные в данный момент. Проприоцептивное нервно-мышечное проторение используется в качестве реабилитационной терапии для восстановления силы, объема движения и формирование правильного двигательного стереотипа. Благодаря внедрению новой методики процесс восстановления утраченных двигательных функций проходит значительно успешнее.

Во-вторых, реализуются программы по развитию медицины. Однако здесь имеет место целый ряд рисков. Если на момент принятия программных документов эпидемиологическая ситуация в России и в Тюменской области в частности была благополучной, то на данный момент из-за пандемии COVID-19 обострились риски, которые могут стать причиной замедления развития

здравоохранения. На основании этого можно выделить следующие виды рисков для развития отрасли:

1) ухудшение экономической ситуации. По многочисленным прогнозам экономистов, изучающих текущее состояние мировой и отечественной экономик, из-за коронавируса значительно замедлится экономический рост: ожидавшийся показатель в 1,7 % роста упадёт до 0,5 % [3.26]. Очевидно, что экономика Тюменской области также страдает от эпидемии, закономерно влияя и на здравоохранение. Поэтому в ближайшем будущем следует ожидать корректировку бюджетов и программ в сторону уменьшения затрат на здравоохранение;

2) организационные риски. Деятельность органов власти (не только Тюменской области, но и федеральных) напрямую влияет на того, будут достигнуты целевые показатели или нет. Сюда же следует отнести органы местного самоуправления. Организационные риски могут выражаться в неправильно организованной работе, в выработке некорректных целей и задач, в слабом взаимодействии между различными органами и т.п.

Чтобы минимизировать соответствующие риски, нужно повысить качество работников, чего можно добиться с помощью методической и кадровой работы. Ещё один способ – в качестве главного критерия оценки работы руководителей учреждений здравоохранения и других связанных органов и ведомств использовать состояние здоровья населения и/или демографические показатели, которые напрямую зависят от уровня развития здравоохранения.

3) демографические риски. Как было отмечено в одном из предыдущих параграфов, население Тюменской области хоть и растёт, но при увеличении смертности и снижении рождаемости. Учитывая пандемию коронавируса, следует ожидать изменение динамики изменения населения в сторону ухудшения. Так, на 1-е сентября в регионе зафиксирован 31 случай смерти от коронавируса [3.12].

Кроме того, для Тюменской области в течение последних лет характерно увеличение среднего возраста населения. В демографической структуре региона за последние 3 года наблюдается увеличение численности населения старше трудоспособного возраста (с 20,8 % до 21,6 %, прирост составил 21,4 тыс. чел.), в том числе за счёт Программы переселения из районов Крайнего Севера пенсионеров ХМАО-Югры и ЯНАО [3.19].

Также следует отметить, за счёт снижения численности женщин фертильного возраста возможно снижение числа рождений. Как следствие, для сохранения рождаемости на достигнутом уровне Тюменской областью был разработан план мероприятий по повышению рождаемости на период 2017-2019 гг.;

4) наконец, следует отметить и социальные риски. Статистика ВОЗ последних лет указывает на то, что здоровье человека на 50 % зависит от образа жизни. Ведущими факторами роста заболеваемости является употребление алкоголя, курение, неправильное питание и гиподинамия. Развитие распространённых в Тюменской области болезней сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета связано именно с образом жизни человека, подразумевающим вредные привычки.

Поэтому значительные финансовые средства тратятся на проведение профилактических мероприятий. Однако многие жители Тюменской области продолжают относиться к своему здоровью недостаточно серьёзно. Об этом свидетельствует, в частности, что менее 40 % посещений врачей были направлены на профилактику заболеваний. Равно как и нестабильная текущая ситуация с алкоголизмом и наркоманией.

5) Пандемия COVID-19. Ущерб, причинённый пандемией коронавируса, вынуждает выделить его в самостоятельный риск, особенно для сферы здравоохранения. Ранее отмечалось, что в связи с пандемией на федеральном уровне приняты нормативно-правовые акты, предусматривающие повышенные выплаты руководителям и работников медицинских учреждений, участвующих в борьбе с пандемией. С одной стороны, региональные власти заявляют, что

выполняют эти положения. С другой, вскрываются случаи, когда врачи оставались без должного денежного обеспечения [3.21].

Именно поэтому Департамент здравоохранения каждый год проводит мероприятия, которые направлены на пропаганду здорового образа жизни среди жителей.

В-третьих, равномерное развитие здравоохранения не только в городах, но и в сельской местности. Именно в системе сельского здравоохранения Тюменской области сосредоточены основные проблемы отрасли. Как отмечает Е.В. Милоенко на основе проведённых социологических опросов, к ним относятся следующие [Милоненко, с.31]:

- низкие доходы и зарплата врачей, которые работают не в городских медицинских учреждениях;
- недостаточная социальная защита населения;
- отсутствие работы и, как следствие, недоступность многих медицинских услуг, а также ухудшение здоровья из-за экономии на лекарствах, качественных продуктах и т.п.;
- высокий уровень алкоголизма, преступность и др.

При этом исследователем отмечаются и положительные тенденции. Речь идёт в первую очередь об изменении образа жизни людей, проживающих в сельских местностях. Население становится более мобильным, всё чаще пользуется информационными технологиями, активнее получает высшее образование, в том числе медицинское. Также молодое население всё больше мигрирует в города, как правило, для получения образования и для профессиональной деятельности. Все перечисленные факторы обуславливают постепенное развитие здравоохранения.

В сельской местности для того, чтоб молодые врачи и средний медицинский персонал приезжал и оставался, добавляли надбавки за сельскую местность, за нагрузку, давали денежную компенсацию для начального старта и обеспечивали жильем, которое можно было по истечению нескольких лет приватизировать в свою собственность.

Кроме того, усилия региональной власти также направлены на развитие здравоохранения. В частности, в 2008-2015 гг. в регионе существенно улучшилось состояние учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в сельской местности, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

Повышение доступности специализированной помощи для населения, проживающего в сельских районах, осуществляется путём выездных форм медицинской работы, которыми занимаются профильные учреждения региона. Наиболее развиты здесь учреждения кардиологии, онкологии и офтальмологии.

Полезный эффект от роста качества и доступности услуг здравоохранения выражается в том, что в течение 2009-2015 гг. показатель рождаемости непрерывно увеличивался. В частности, применительно к сельской местности он вырос на 2,4 %, а в городах – на целых 10,4 %. В то же время сократилась смертность – с 13,8 до 12,4 на 1 тыс. населения (также за период 2009-2015 гг.).

Несмотря на отмеченные выше достоинства системы здравоохранения Тюменской области и медицинских услуг, существует огромная разница между качеством медицины в городах и в сельской местности. С одной стороны, сельская медицина всё активнее пользуется теми услугами, которые ранее были труднодоступны или недоступны вовсе. Это касается вакцинации, диагностики и лечения огромного числа заболеваний, а также пропаганды здорового образа жизни (вроде организации школ здоровья). С другой, как и раньше, для сельской местности до сих пор актуальны проблемы нехватки как медицинских учреждений, так и специалистов, что усугубляется недостаточным финансированием системы здравоохранения в целом.

Более того, отмечается тенденция сокращения количества учреждений медицины в сельской местности. Это имеет следующий эффект: сами медицинские услуги стали качественнее, потому что сосредоточились в наиболее крупных сельских поселениях. Однако закономерно упала их доступность. Примером этого являются ФАПы, скорые помощи и больницы.

Соответственно, следует вести речь об ухудшении территориальной доступности услуг здравоохранения.

В связи с этим решением проблемы является доведение числа сельских учреждений здравоохранения до такого числа, чтобы все жители сельской местности имели доступ к медицинским услугам, особенно первичной медицинской помощи и к раннему диагностированию заболеваний.

Очевидно, что это требует огромного числа средств и специалистов. Здесь нужно отметить федеральную программу «Земский доктор», цель которой – пополнение сферу здравоохранения молодыми специалистами. Для молодых врачей программа предусматривает стимулы в виде значительных трудовых, жилищных и образовательных льгот.

Следует привести показатели программы. Она начала действовать в 2012 г., и с тех пор число врачей в сельских поселениях региона выросло в два раза. В течение 2012-2015 гг. более 400 врачей получили единовременные выплаты по 1 млн. руб. Более 100 молодых медицинских работников, которые получили среднее профессиональное образование, трудоустроились в сельских учреждениях здравоохранения региона.

Однако рассматриваемая программа имеет и недостатки. Нередкими являются случаи, когда врачи, участники программы, не получали обещанных преимуществ. Кроме того, само по себе привлечение молодых специалистов для работы в деревнях является сложным процессом, о чём прямо заявляет региональный департамент здравоохранения [3.25].

В-четвёртых, развитие оздоровительного туризма. Уже сейчас он выступает в качестве развивающейся части глобальной туристической сферы. Подобное обусловлено прежде всего тем, что здоровье человека всё чаще позиционируется как благо, требующее инвестиций. Наряду с этим роль в распространении оздоровительного туризма играет меняющееся отношение к окружающей среде, изменения в мировой и в отечественной экономиках, а также целый ряд других факторов [Бурменко, с. 42].

В общем виде под оздоровительным туризмом следует понимать такой туризм, главная цель которого не только отдых, но и восстановление здоровья. Однако следует отметить, что имеют место дискуссии среди научной общественности, чем рассматриваемый вид туризма отличается других разновидностей, например, медицинского туризма. Поэтому в рамках работы предлагается отталкиваться от определения, сформулированным А.М. Вититневым. Он предлагает понимать под ним туризм, связанный в первую очередь с отдыхом и восстановлением физического и психологического здоровья человека [Вититнев, с. 55].

Нужно отметить, что оздоровительный туризм имеет для развития в Тюменской области целый ряд предпосылок. Так, развитие лечебно-оздоровительного туризма на юге регионе началось в конце 50-х-начале 60-х гг. XX в. Подобное было обусловлено быстрым ростом населения, необходимостью его обеспечения комфортными условиями отдыха, а также активным проведением геологоразведочных работ, обнаруживших значительные запасы минеральных вод.

Е.Н. Киприна и другие исследователи сферы туризма считают, что основной для последующего развития оздоровительного туризма в Тюменской области может стать активное использование доступных рекреационных ресурсов, а именно: климатических и бальнеологических (т.е. связанных с минеральными водами и лечебными грязями) [Киприна, с. 449].

В целом, Тюменская область действительно обладает ресурсами для развития в рассматриваемой области. Например, имеются климатические рекреационные ресурсы, а именно увеличение продолжительности периода солнечного сияния с севера на юг (от 1900 до 2000 ч). Период с биологически активной солнечной радиацией, необходимой для нормального функционирования организма человека, составляет 120-140 дней. Ультрафиолетовый дефицит наблюдается в течение 60-70 дней (середина ноября – конец января). Как следствие, на территории юга области существуют

предпосылки для проведения всех видов гелиотерапии в течение 10 месяцев в году [Русанов, с. 108].

Подобный факт позволяет прийти к выводу о заинтересованности жителей северных субъектов РФ (ХМАО-Югра, ЯНАО и др.) в отдыхе на территории Тюменской области.

Другой важный ресурс – минеральные воды – уже является активно используемым в региональном туризме. Сейчас в Тюменской области открыто более 30 месторождений минеральных вод, из которых примерно половина задействована в лечебно-оздоровительных целях. Известными являются горячие источники Тюмени с природной минеральной водой в селе Яр и в посёлке Верхний Бор.

Следует отметить, что развитие оздоровительного туризма непосредственно связано с развитием системы здравоохранения. Дело в том, что отдых является одной из частей процесса лечения, который состоит из непосредственно лечения и следующими за ним реабилитации и рекреации. Для последних используются туристические ресурсы региона в лице курортов, санаториев, профилакториев и др.

Поэтому для развития оздоровительного туризма был создан многопрофильный высокотехнологичный центр «Медицинский город». Это масштабный комплекс медицинских учреждений, объединённых общей территорией и инфраструктурой, включает в себя помимо прочего клинический госпиталь «Мать и дитя» и др. [3.22].

Поэтому в ближайшем будущем ожидается ещё более активная разработка месторождения минеральных вод, чтобы обеспечить потребности жителей Тюменской области и других регионов, которые не обладают такими же рекреационными ресурсами. Предполагается, что минеральные воды будут способствовать сокращению уровня заболеваний, связанных с нервной, пищеварительной, костно-мышечной систем и т.п. [Милоненко, с. 33].

Ожидается, что оздоровительным туризмом будут пользоваться в основном местные жители, которые, как правило, проводят каникулы и отпуска

в Тюменской области. Кроме того, ситуация с коронавирусом станет причиной того, что отдых за рубежом будет менее востребован у граждан, в том числе из-за финансовых причин [3.27].

Таким образом, направления развития здравоохранения в Тюменской области будут изменены из-за сложившейся социально-экономической ситуации. Ближайшее развитие будет направлено на то, чтобы минимизировать последствия эпидемии в области здравоохранения. Тем не менее, в перспективе ожидаются следующие изменения: развитие здравоохранения в сельских местностях региона и развитие оздоровительного туризма.

Следует подчеркнуть важность последнего, так как она при условии превращения в полноценную отрасль поможет улучшить положение не только в сфере здравоохранения, но и в экономике. Поэтому предлагается на уровне регионального законодательства закрепить развитие оздоровительного туризма как одно из приоритетных направлений в медицинской и туристической сферах. При этом не в приводимой ранее Программе развития здравоохранения, ни в действовавшей ранее программе «Основные направления развития внутреннего и въездного туризма» до 2020 г. вопросы оздоровительного туризма не затронуты [1.15]. Соответственно, предлагается закрепить в будущих программах аспекты по развитию оздоровительного туризма и по предоставлению нуждающимся гражданам соответствующих туристических услуг наравне с медицинскими.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

Здравоохранение является важнейшим социальным институтом, существуя как сложноорганизованная система. В широком смысле в здравоохранение можно включать всю совокупность государственных органов (например, Министерство здравоохранения РФ) и медицинских учреждений, нормативно-правовых актов и государственной политики в области здравоохранения, медицинских технологий и услуг, и др.

Взаимодействие системы здравоохранения и населения выражается в первую очередь в том, что медицинские учреждения и организации оказывают гражданам медицинские услуги. Поэтому крайне важным является вопрос о качестве таких услуг.

Медицинская услуга в общем виде представляет собой профессиональные действия, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья конкретного индивидуума или группы лиц. Иными словами, это благо, предоставляемое в форме медицинской помощи определённого вида и объёма и существующее в момент получения.

Медицинские услуги следует рассматривать как товар, потому что она нацелена на удовлетворение социальных потребностей, не существует отдельно от производителя, может оказываться на возмездной основе. При этом производство такой услуги и её потребление происходят одновременно.

Сфера здравоохранения в современной России в целом развита, однако уровень развития, равно как и качество медицинских услуг, различается в разных субъектах России. Так, здравоохранение в Тюменской можно охарактеризовать как развитое. Большинство ключевых показателей показывают рост в течение последних трёх лет, а уменьшение, как правило, соответствует общероссийским тенденциям.

Однако продолжающие существовать проблемы, например, с финансовым обеспечением работников медицинских учреждений, большая нагрузка на медицинский персонал на сегодняшний день из-за пандемии. Большая текучесть кадров, из-за этого страдает доступность, люди в поликлиниках не могут попасть к врачу так, как записи на прием идут на недели вперед, так же из-за нехватки персонала страдает качество услуг, люди не могут пройти нужные обследования, врач из-за нехватки времени не может уделить должное внимание пациенту. В многогоспиталях не хватает мест для пациентов и кадров, на данный момент им в помощь идут студенты медицинских вузов. Недостаток квалифицированных кадров в тюменском регионе, нужного оборудования для исследований и другое требуют пересмотра действующего законодательства и корректировки приоритетов развития системы здравоохранения.

Нормативное правовое регулирование сферы здравоохранения в Тюменской области, которые в последнее время исходило из относительно стабильной социально-экономической и эпидемиологической ситуации, претерпевает изменения. Они уже затронули деятельность медицинских организаций, а в ближайшем будущем, несомненно, повлияют на вопросы, связанные с дальнейшим развитием отрасли.

Направления развития здравоохранения в Тюменской области будут изменены из-за сложившейся социально-экономической ситуации. Ближайшее развитие будет направлено на то, чтобы минимизировать последствия эпидемии в области здравоохранения. Тем не менее в перспективе ожидаются следующие изменения: развитие здравоохранения в сельских территориях региона и развитие оздоровительного туризма.

Реализация сторон повышения качества и доступности медицинских услуг требует ряд условий, таких как:

- государственное регулирования деятельности медицинских организаций, включение совершенной правовой базы;

- стимулирование научно-практической деятельности медицинских организаций;
- разработка инновационных программ и проектов для медицинских организаций
- снижение налогов для медицинской организации и предприятий, которые с ними сотрудничают;
- гибкий и оптимальный график работы для персонала;
- совершенствование политики мотивации для персонала медицинских организаций.

Для реализации этих мероприятий необходимо надлежащее финансирование, своевременное повышение квалификации врачей, среднего и младшего персонала и совершенствование законодательной базы в области ответственности медицинских организаций. Решение этих вопросов позволит российской медицине стать одной из сильнейших национальных систем в современном мире.

Подводя итог вышесказанному, можно отметить, что условиями повышения качества и доступности медицинских услуг являются следующие: своевременное повышение квалификации персонала, увеличение финансирования с целью восполнения дефицита кадров, введение новых или переоснащение имеющихся медицинских учреждений, создание центров высоких медицинских технологий. Кроме того, совершенствование нормативного правового регулирования в сфере здравоохранения так же поможет решить ряд проблем, наблюдаемых в развитии этой сферы .

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Нормативные правовые акты

1.1. Конституция Российской Федерации: Конституция Российской Федерации: от 12 декабря 1993 г.: по состоянию на 01.07.2020 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. №31. Ст. 41.

1.2. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации N 124-ФЗ: от 24.07.1998 г.: по состоянию на 30.07.2020 // Консультант Плюс справочно-правовая система. Режим доступа: локальная сет ТюмГУ.

1.3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации №326-ФЗ: от 29 ноября 2010 г.: по состоянию на 24.04.2020 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2010. №49. Ст.64.

1.4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации 21.11.2011 N 323-ФЗ: от 21.11.2011г.: по состоянию на 24.04.2020 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. №48. Ст. 212.

1.5. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики: Указ Президента РФ №597: от 07 мая 2012 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. № 19. Ст. 2334.

1.6. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента Российской Федерации №598: от 07 мая 2012 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. №19. Ст.2335.

1.7. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации N 683: от 31.12.2015г. // Собрание законодательства Российской Федерации. 2016. N 1 . Ст. 212.

1.8. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации N 683: от 31.12.2015 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. 2016. N 1 . Ст. 71.

1.9. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации № 254:от 6 июня 2019 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. 2019. № 23. Ст. 2927.

1.10. О концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации N 1202-р: от 31 августа 2000 г. // Российская газета. 2000 №2.

1.11. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации № 1662-р.: от 17.11. 2008 г.: по состоянию на 28.09.2018 // Консультант Плюс справочно-правовая система. Режим доступа: локальная сеть ТюмГУ.

1.12. Об организации медицинской помощи населению Тюменской области: Закон Тюменской области № 333: от 28 декабря 2004 г.: по состоянию на 23.03.2020 // Вестник Тюменской областной Думы. 2004. №15.

1.13. О государственно-частном партнерстве в Тюменской области: Закон Тюменской области №119: от 5 ноября 2015 г.: по состоянию на 28.09.2018 // Консультант Плюс справочно-правовая система. Режим доступа: локальная сеть ТюмГУ.

1.14. Об утверждении положения о департаменте здравоохранения Тюменской области: Постановление Правительства Тюменской области № 320-п: от 24 декабря 2007 г.: по состоянию на 29.05.2020 // Тюменские известия. 2007. №200.

1.15. Об утверждении государственной программы Тюменской области «Развитие внутреннего и въездного туризма» до 2020 г.: Постановление Правительства Тюменской области № 686-п: от 22 декабря 2014 г.: утратило силу с 01.01.2019 // Тюменские известия. 2019. №205.

1.16. О введении режима повышенной готовности: Постановление Правительства Тюменской области № 120-п: от 17 марта 2020 г.: по состоянию на 15.08.2020 // Тюменская область сегодня. 2020. № 59.

1.17. Об организации скорой медицинской помощи в Тюменской области: Приказ Департамента здравоохранения Тюменской области N 381 от 14 июня 2018 г. // Справочно-правовая система Кодекс. 2018. №4.

2. Научная литература

2.1. Аширов, Р.З., Голубенко, А.А., Козин, Н.Д. Экономика и организация здравоохранения: Учебное пособие. Саранск:2005. 292 с.

2.2. Бондаренко Н.В., Красильникова М.Д. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы. Москва: Издательский дом высшей школы экономики, 2016. 242 с.

2.3. Бурменко Т.А. К вопросу о содержании понятия «Оздоровительный туризм» // Известия Байкальского государственного университета. 2016. Т. 26. № 1. С. 42-43.

2.4. Восколович Н.А. Экономика платных услуг. Москва: Юрайт, 2018. 410 с.

2.5. Ветитнев А.М., Дзюбина А.В. Лечебно-оздоровительный туризм: вопросы терминологии и типологии // Вестник СГУТиКД. 2012. № 2 (20). С. 55-57.

2.6. Дерягин Г.Б. Медицинское право: учебное пособие для студентов. Москва: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. 239 с.

2.7. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением: 2014 и уж после этого постановления за 2020

2.8. Киприна Е.Н. Лечебно-оздоровительный туризм на юге Тюменской области: состояние и перспективы развития // Современные проблемы географии и геологии: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Сборник. 2017. С. 449-450.

2.9. Коситов А. В. Актуальные проблемы правового регулирования осуществления государственного контроля в сфере здравоохранения в Российской Федерации и перспективы их преодоления // Молодой ученый. 2018. №5. С. 131-133.

2.10. Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения. Москва: ИНФРА-М, 2011. 216 с.

2.11. Левкевич М.М. Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения. Новосибирск. Москва: ГРАНДИС, 2017. 216 с.

2.12. Лотова И.П. Основы социальной медицины. Москва: Дашков и К, 2014. 342 с.

2.13. Милоенко Е.В. Основные проблемы развития системы сельского здравоохранения в Тюменской области // Инновационная наука. 2016. № 10. С. 31-34.

2.14. Мохов А.А. Медицинское право России: учебник для бакалавров. Москва: Юридическая норма, НИЦ ИНФРА-М, 2015. 144 с.

2.15. Панченко В.Ю. О критериях доступности и качества публичных услуг// Государственная власть и местное самоуправление. 2014. №1. С. 25-27.

2.16. Петрова Н.Г. Основы маркетинга медицинских услуг. Москва: МЕДпрессинформ, 2017. 231 с.

2.17. Перфильева Г.М., Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г., Галкин Е.Б. Экономика здравоохранения. Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2004. 138 с.

2.18. Пидде А., Кривошеев Г., Киселев А. Проблемы выхода из кризиса российского здравоохранения // Общество и экономика. 2007. №1. С.160-162.

2.19. Полянская Е. В. Понятие «медицинская услуга» и основные подходы к её классификации // Молодой ученый. 2010. №1. Т. 1. С. 246-247.

2.20. Попов, В.Л. Правовые основы медицинской деятельности. Санкт-Петербург: Деан, 2011. 253 с.

2.21. Попкова А.А., Костко Н.А. Основы социального государства. Тюмень.:ТИУ, 2018. 129 с.

2.22. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в 20 веке: Международный независимый эколог-политолог. Москва: Издательство МНЭП, 2001. 276 с.

2.23. Решетников А.В. Социология медицины: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 255 с.

2.24. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг. Москва: Феникс, 2003. 1047 с.

2.25. Решетников А.В., Алексеева В.М. Экономика здравоохранения. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2013. 272 с.

2.26. Русанов В.И. Биоклимат Западно-Сибирской равнины. Томск: Издательство Институт оптики атмосферы им. В.Е. Зуева СО РАН, 2004. 207 с.

2.27. Стариков Ю.Н. Административное право. Москва: Издательство НОРМА, 2016. 640 с.

2.28. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. Барнаул: ТЭОС, 2002. 269 с.

2.29. Тимченко, Н.С. Социокультурный анализ современного российского здравоохранения: теоретические и прикладные аспекты исследования. Барнаул: СпецЛит. 2006. 190 с.

2.30. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва ГЭОТАР-Медиа, 2012. 592 с.

2.31. Хрусталёв Ю. Г. Философия науки и медицины. Москва: Юрайт, 2009. 784 с.

3. Материалы практики

3.1. Государственная программа Тюменской области «Развитие здравоохранения» // Департамент здравоохранения Тюменской области: официальный сайт. URL: <https://dz.admtyumen.ru/> (дата обращения: 04.09.2020).

3.2. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Тюменской области по итогам деятельности за 2019 г. //

Департамент здравоохранения Тюменской области: официальный сайт. URL: <https://dz.admtyumen.ru> (дата обращения: 03.09.2020).

3.3. Доклад о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Тюменской области в 2018 году: - Тюмень: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области, 2019. 210 с.

3.4. «Земский доктор» из Тюмени получила развалюху для проживания // Портал «Медицинская Россия»: сайт. URL: <https://medrussia.org> (дата обращения: 04.09.2020).

3.5. Итоги реализации региональных нацпроектов за 2019 год //Официальный сайт органов государственной власти Тюменской области. URL: <https://admtyumen.ru> (дата обращения: 10.04.2020).

3.6. Лечебные учреждения «Medical City» // МКМЦ Медицинский город: сайт. URL: <https://medcity.pro> (дата обращения: 04.09.2020).

3.7. Названы самые необычные российские изобретения 2020 года // Информационное агентство «РИА Новости»: сайт. URL: <https://ria.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.8. Новое отделение нефрологи и гемодиализа открылось в Тобольске (Тюменская область) // «Нефросовет»: сайт. URL: <https://nefrosovnet.ru/ru> (дата обращения: 07.11.2020).

3.9. Независимая оценка условий оказания услуг медицинскими организациями //Официальный сайт органов государственной власти Тюменской области. URL: <https://admtyumen.ru> (дата обращения: 19.04.2020).

3.10. О мероприятиях по обеспечению системы здравоохранения Тюменской области медицинскими кадрами // Официальный сайт органов государственной власти Тюменской области. URL: <https://admtyumen.ru> (дата обращения: 18.04.2020).

3.11. Определение системы здравоохранения // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <https://www.who.int> (дата обращения: 20.01.2020)

3.12. Оперативные данные // «Стопкоронавирус.рф» – официальный интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19): сайт. URL: <https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/information/> (дата обращения: 04.09.2020).

3.13. Отчет о деятельности правительства Тюменской области в 2018 году // Официальный сайт органов государственной власти Тюменской области. URL: <https://admtumen.ru> (дата обращения: 20.04.2020).

3.14. Отчет о текущей ситуации по борьбе с коронавирусом в Российской Федерации: Коммуникационный центр Правительства Российской Федерации, 2020. 16 с.

3.15. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение»: утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. // Официальный сайт Правительства РФ. URL: <http://government.ru> (дата обращения: 18.04.2020).

3.16. Региональный проект «Финансовая поддержка семей при рождении детей» // Правительство Тюменской области: официальный сайт. URL: <https://admtumen.ru> (дата обращения: 03.09.2020).

3.17. Работающим с COVID-19 медработникам установлены специальные выплаты до конца 2021 года // СПС «Гарант»: сайт. URL: <https://dz.admtumen.ru/> (дата обращения: 07.11.2020).

3.18. Сведения о выполнении сетевого графика реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 1 декабря 2010 года // Официальный сайт Минздравсоцразвития РФ. URL: <http://www.minzdravsoc.ru> (дата обращения: 25.11.2019)

3.19. Статистический ежегодник. Тюменская область (кроме Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и Ямало-Ненецкого автономного округа) (1990-2018) / в II частях в 4 томах часть I (1990-2016), часть II (2017, 2018) // Тюменьстат: официальный сайт. URL: <https://tumstat.gks.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.20. Система ОМС в РФ // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: сайт. Режим доступа: <http://www.ffoms.gov.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.21. СК проверит, почему врачи скорой в Тюменской области не получили выплаты // РИА Новости: сайт. Режим доступа: <https://ria.ru> (дата обращения: 07.11.2020).

3.22. Тюменская область комплексно развивает медицинский туризм // Департамент здравоохранения Тюменской области: официальный сайт. URL: <https://dz.admtyumen.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.23. Тюменские врачи выполнили майский указ Путина, работая на 1,5 и 2 ставки // Сетевое издание «Наш город»: сайт. URL: <https://nashgorod.ru/> (дата обращения: 03.09.2020).

3.24. Тюменские власти заявили, что выплатили ₽133 млн надбавок 2 тыс. медиков // Информационное агентство "Znak": сайт. URL: <https://www.znak.com> (дата обращения: 07.11.2020).

3.25. Федеральная программа «Земский доктор» в Тюменской области терпит фиаско // Сетевое издание «Наш город»: сайт. URL: <https://nashgorod.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.26. Чем обернется пандемия для мировой экономики // Портал «Рамблер»: сайт. URL: <https://finance.rambler.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

3.27. Эксперт назвал вероятные тенденции в туризме после пандемии коронавируса // Информационное агентство «РБК»: сайт. URL: <https://www.rbc.ru> (дата обращения: 04.09.2020).

Численность населения Российской Федерации
за 2015-2018 гг.

Год оценки	Все население, млн человек	Доля городского населения, млн человек
2018	146,9	109,3
2017	146,8	109,0
2016	146,5	108,6
2015	146,3	108,3
2014	143,7	106,6
2010	142,9	105,3
2003	145,0	106,3
2001	146,3	107,1
1996	148,3	108,3
1991	148,3	109,4

Состояние здравоохранения в Российской Федерации

Наименование	2015	2016	2017	2018
Число медицинских организаций – всего	8044	7767	7529	7318
в том числе оказывающих медицинскую помощь населению	6776	6559	6381	6228
Из них:				
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	4688	4572	4468	4390
в том числе больничных организаций	4147	4047	3966	3903
Численность коечного фонда	1097134	1074382	1054528	1044875
Средняя занятость койки (в днях)	319	318	315	3135
Средняя длительность пребывания пациента на койки (в днях)	11,4	11,1	11,0	10,7
Летальность (в %)	1,71	1,77	1,8	1,9
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (за исключением стоматологических поликлиник)	1251	1172	1118	1219
Число стоматологических поликлиник	676	658	643	619
Число диспансеров	702	682	654	640
в том числе имеющих отделения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	541	525	502	487
Мощность МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по числу посещений в смену	3314116	3320566	3335500	3346149
Численность врачей (тыс.)	543,6	544,5	548,4	548,8
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1309,8	1292,0	1266,2	1224,2
Численность среднего медицинского персонала вместе с числом физических лиц без медицинского образования, занимающих должности среднего медицинского персонал (тыс.)	-	-	-	1266,4

Приложение №3

Таблица 3

Основные медико-демографические показатели Тюменской области с 2017 по 2019

гг.

Показатель	2017	2018	2019
Число родившихся на 1000 населения (чел.)	14,3	13,7	12,8
Число умерших на 1000 населения (чел.)	10,8	10,9	10,6
Число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения (чел.)	503,6	516,4	490,3
Число умерших от новообразований на 100 тыс. населения (чел.)	139,6	145,6	144,8
Число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения (чел.)	12,3	9,3	9,3
Число умерших от туберкулёза на 100 тыс. населения (чел.)	8,7	7,4	4,5
Болезней всего	2 284 882	2 385 768	2 417 805
Болезней на 100 тыс. населения (чел.)	153 519	158 130	158 214
Болезни системы кровообращения	367 463	378 242	397 872
Болезни системы кровообращения на 100 тыс. населения (чел.)	24 690	25 070	26 036
Новообразования	71 054	75 852	80 224
Новообразования на 100 тыс. населения (чел.)	4 774	5 028	5 250

Приложение №4

Таблица 4

Основные показатели медицинской помощи в Тюменской области с 2017 по 2019 гг.

Показатель	2017	2018	2019
Медицинские организации (шт.)	58	57	56
Больничные организации (шт.)	28	29	29
из них: поликлиники (шт.)	10	10	10
Отделения скорой медицинской помощи (шт.)	21	21	21
Среднее число посещений на 1 жителя в год (шт.)	9,9	10,1	10,3
из них: по поводу заболеваний (шт.)	6,2	6,4	6,4
профилактические	3,7	3,7	3,9
Пролечено больных в дневных стационарах (чел.)	90727	90968	95853
Среднее число дней лечения больных в дневных стационарах при больницах	9,9	9,2	8,9
при поликлиниках	9,3	9,2	9,2
Выполнено вызовов скорой медицинской помощи, тыс.	414,2	424,6	438,8
Вызовов с оказанием скорой медицинской помощи на выезде, тыс.:	375,2	379,5	392,4
Объёмы оказания ВМП за счёт средств ОМС и областного бюджета, чел.	11 447	13 421	14 436
Объёмы оказания ВМП за счёт средств федерального бюджета, чел.	2 926	3 039	2 777

Приложение №5

Таблица 5

Основные показатели финансового и кадрового обеспечения медицинской помощи в
Тюменской области с 2017 по 2019 гг.

Показатель	2017	2018	2019
Обеспеченность врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, чел. на 10 тыс. населения	24,8	25,2	25,9
из них: обеспеченность врачами участковой службы	5,9	6,4	6,7
Обеспеченность средними медицинскими работниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь	44,1	45,6	46,4
из них: обеспеченность средними медицинскими работниками участковой службы	5,6	5,8	6,2
Зарплата среднего медицинского персонала, тыс. руб.	30 085	44 488	45 915
Зарплата младшего медицинского персонала, тыс. руб.	21 873	43 111	44 521
Расходы на здравоохранение, тыс. руб.	23 596 745	31 163 192	31 833 297
В том числе:			
расходы консолидированного бюджета	4 962 833	9 744 503	9 626 402
расходы территориальных государственных внебюджетных фондов	18 633 852,40	21 418 688,93	22 206 894,76