

Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра социологии коммуникаций и управления

**Совершенствование государственного (муниципального) управления  
развитием здравоохранения**

**АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

студента (ки) \_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_526\_\_\_\_\_ группы

направления 38.03.04 "Государственное и муниципальное управление"

код и наименование направления

Социологический факультет

наименование факультета, института, колледжа

Минаевой Натальи Александровны

Фамилия, имя, отчество

Научный руководитель (руководитель)

доктор социологических наук, профессор \_\_\_\_\_

должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

Л.С. Аникин

инициалы, фамилия

Зав. кафедрой

доктор социологических наук, профессор \_\_\_\_\_

должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

Л.С. Аникин

инициалы, фамилия

Саратов 2016

**Введение.** Каждый гражданин Российской Федерации имеет право на жизнь и здоровье. В современных условиях данным вопросом занимается здравоохранение государства. Проведение реформ для усиления роли права на жизнь приобретает актуальное значение в настоящее время. Для этого необходимо обращать особое внимание на охрану здоровья граждан РФ и прорабатывать все возможные аспекты. На федеральном уровне и в субъектах страны многие приказы и распоряжения утратили свою силу и в нынешнее время являются недействующими, поэтому требуется их отмена или поправка. Вследствие этого разрабатываются новые законы и прочие нормативно-правовые акты РФ. Во Всеобщей декларации прав человека говорится о том, что право на жизнь, здоровье и медицинский уход имеет каждый человек, который стремится к поддержанию своего самочувствия и благополучия.

В 1966г. был принят международный пакт об социальных, культурных и экономических правах человека. Благодаря принятию этого законопроекта, было признано право каждого гражданина на физическое и психическое здоровье, которое необходимо укреплять до наивысшего уровня. Основой для развития самостоятельного раздела права являются отрасли медицинского права, принятые в 1993г. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, прописаны в Конституции РФ от 12.12.1993 года.<sup>1</sup> Она дает право на бесплатную медицинскую помощь и охрану здоровья каждому человеку.

Основной проблемой в наше время является то, что у всей системы здравоохранения нет общего начала всех отраслей. В связи с этим законодательство, которое контролирует медицинскую деятельность и многоступенчатость здравоохранения, не имеет возможности установить единые стандарты работы организаций, осуществляющих охрану здоровья населения. Происходит ухудшение состояния самочувствия людей, повышается смертность, что приводит к нарушению равновесия демографической ситуации

---

<sup>1</sup> Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года ст. 41

в стране. Наблюдается резкое снижение работы медицинских учреждений, за которым повышается вероятность развала всей системы здравоохранения.

Финансирование здравоохранения происходит из федерального, региональных бюджетов, а также из средств обязательного медицинского страхования. Полученные объемы финансирования полностью не обеспечивают общество бесплатными врачебными услугами. А уже имеющиеся финансы и ресурсы расходуются нерационально, что приводит к утяжелению в предоставлении медицинской помощи. В экономической сфере нарастает социальное недовольство оказания бесплатной помощи. Из года в год возрастает количество платных врачебных услуг.

Актуальность исследуемой темы определяется необходимостью проработки и выявлению основных проблем в государственном управлении здравоохранением, основными из которых являются: во-первых, применения многозначащих приказов и нормативно-правовых актов, которые могут, как утратить силу, так и быть действующими и при этом использоваться в контроле деятельности управления здравоохранением в РФ; во-вторых, неумение распознать нужный подход к выявлению проблем правового обеспечения работы врачей и ее утверждения поставленных задач в документации; в-третьих, необходимость в подробном изучении и анализе административного аппарата, который занимается государственным управлением здравоохранения и в частности, самих учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность.

Вопросы об изучении и степени разработанности данной темы в литературе привлекают особое внимание, как зарубежных ученых, так и российских. В ряде работ таких российских и зарубежных ученых как: В.Ф. Миняева<sup>2</sup>, Т.В. Ерохина<sup>3</sup>, Ю.В. Гимазова<sup>4</sup>, М.М. Левкевич<sup>5</sup>, В.С. Лучкевич<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> "Общественное здоровье и здравоохранение" под. ред. проф. В.А.Миняева, проф. Н.И.Вишнякова Москва, 2012. с. 12

<sup>3</sup> "Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации" Т.В. Ерохина, Москва, 2012. с.36

<sup>4</sup> "Государственное и муниципальное управление" Ю.В. Гимазова, Юрайт - Москва, 2014. с. 45

<sup>5</sup> "Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения//Экономика" М.М. Левкевич - 2012. - №1 с. 24

<sup>6</sup> "Основы социальной медицины и управления здравоохранением" В.С. Лучкевич, Спб., 2012. с.38

Цель – исследовать законодательную документацию и оценить организацию работы учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность и в результате подробно изучить аспекты государственного управления в здравоохранении.

Объектом исследования являются социальные взаимоотношения, которые возникают при работе в сфере здравоохранения.

Предметом исследования являются теоретические аспекты в сфере здравоохранения.

Задачи:

- рассмотреть теоретические основы управления и здравоохранения в Российской Федерации;
- совместить полученные данные практической деятельности медицинских учреждений и других участников здравоохранения;
- изучить национальный проект по улучшению управления в здравоохранении;
- выявить и проанализировать проблемы государственного управления здравоохранением;
- предложить рекомендации по совершенствованию правовых норм и организационных мер улучшения управления системой здравоохранения в РФ.

Выпускная бакалаврская работа состоит из введения, 2 глав, заключения, списка использованной литературы. В I главе поясняются теоретические аспекты основных понятий управления и здравоохранения. Во II главе исследована общая характеристика учреждений здравоохранения. Изучен национальный проект по улучшению управления в сфере здравоохранения; определены основные недостатки в управлении здравоохранением и предоставлены мною возможные варианты их решения.

**В первой главе, в первом параграфе** я подробно раскрываю теоретические аспекты управления здравоохранением в России. Рассматриваю понятия управления и здравоохранения. Здравоохранение занимается укреплением, сохранением здоровья, в общем проводит работу по улучшению самочувствия

разных слоев населения. Право человека на охрану здоровья и его укрепление установлено Конституцией Российской Федерации в 1993г.

Изучая здравоохранение, можно придти к мысли, что здравоохранение - это отдельная отрасль государства, которая имеет множество подразделений, но при этом объединенная едиными целями, направленностью на гуманизм, преемственностью профилактических и лечебных служб и обеспечением бесплатной квалифицированной медицинской помощью каждого нуждающегося. Основным структурным звеном системы здравоохранения является профилактическая работа учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность. Проведение медицинскими работниками школы здоровья, активных бесед на тему - здоровый образ жизни среди различных групп населения ведет к улучшению демографической ситуации.

Я думаю, что обеспечение населения квалифицированной медицинской помощью, доступной для каждого нуждающегося является главным направлением совершенствования системы охраны здоровья граждан РФ. Из года в год возрастают потребности пациентов, в связи с этим появляются новые дорогостоящие методы лечения и технологии в медицине. При этом ответственность за охрану и укрепление здоровья населения возлагается на управляющие органы здравоохранения субъектов Российской Федерации. Возникает необходимость поиска на федеральном, региональном и муниципальном уровнях новых методов управления качеством медицинской помощи. Одним из таких механизмов является создание стандартизации в здравоохранении. Она нацелена на совершенствование управления, обеспечивает единство на основе общих разработок планирования, лицензирования и сертификации. Это должно привести к оптимальному использованию экономических, информационных ресурсов, улучшению качества медицинской помощи, объединению профилактического и лечебного процесса, принятию отечественной медицины в мировой практике, своевременному обеспечению организаций, осуществляющих медицинскую деятельность квалифицированными сотрудниками.

**В первой главе, во втором параграфе** рассматриваю информационно-правовую базу управления здравоохранения в России. Управлением здравоохранения занимаются как исполнительная, так и законодательная власть Российской Федерации. Совет Федерации образует Комитет по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии, а в Государственной думе действует Комитет по охране здоровья. Законодательная ветвь разрабатывает главные приоритеты политики государства, утверждают законы, программы федерального уровня по охране здоровья граждан, распределяет бюджет на здравоохранение Российской Федерации. Основным федеральным органом исполнительной власти является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Двойное подчинение имеют органы управления здравоохранением субъектов РФ. С одной стороны подчиняется органам исполнительной власти субъектов РФ, с другой - Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Главная роль управления здравоохранением в субъектах отдается органам местного самоуправления. На основе Программы госгарантий на муниципальные органы управления здравоохранением возлагается ответственность за обеспечение доступности населению бесплатной медико-социальной помощи, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, создание оптимальных условий для развития и доступности лекарственного обеспечения, развитие здравоохранения на территории субъектов Российской Федерации. А также муниципальный аппарат управления здравоохранением организует работу скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной, её организацию осуществляют на федеральном уровне управления), контролирует оказание первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи женщинам во время беременности, в период родов и после него, формирует муниципальное задание по оказанию этой помощи в родильных домах и женских консультациях в субъектах РФ.

**Во второй главе, в первом параграфе** рассматриваю актуальные вопросы правового регулирования экономических аспектов деятельности учреждений

здравоохранения Волгоградской области, на примере, ГБУЗ г. Камышина "Городская больница №1" и Саратовской области, на примере, ГУЗ «Саратовская городская поликлиника № 3». Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Камышина «Городская больница №1», краткое название - ГБУЗ г. Камышин «ГБ №1». Данное учреждение является государственной формой собственности. Территориальная принадлежность – региональная. Управляющим аппаратом является Комитет здравоохранения Волгоградской области. Сфера деятельности - здравоохранение. Виды оказываемых услуг - первичная медико-санитарная помощь, которую оказывают на объекте и на дому. ГБУЗ г. Камышина «Городская больница №1» оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому населению в возрасте 18 лет и старше южной части города Камышина с населением 43400 человек.

Целью учреждения является стационарное, социальное обслуживание пациентов путем предоставления бесплатных медицинских услуг, осуществление социальной реабилитации и адаптации больных. Основным видом деятельности учреждения является предоставление медицинских услуг пациентам. Основная задача учреждения – оказание медицинской помощи, выполнение государственного задания. Организация состоит из административного корпуса и стационарного отделения, отделений поликлиники. Рабочий коллектив по штатному расписанию всей организации состоит из 450 сотрудников. Из всего выше сказанного, можно сделать следующие выводы: медицинская помощь населению доступна, отказов в приеме и осмотре на дому не было. В работе существует преемственность с другими медицинскими учреждениями, тесная связь с врачами узкого профиля. Стабильной остается функция врачей должности – нагрузка на приеме (4,0-4,3) и высоким процент участковости (80-83%).

- сохраняется большим количество диспансерных больных, осмотренных в полном объеме (97-100%).

- с охраняется одинаковым число больных, имевших обострения хронических заболеваний из диспансерной группы (1,7%-1,9%).

- снизилась временная нетрудоспособность в днях по различным нозологическим формам заболеваний.

- комплексно проводится обследование участников и инвалидов Великой Отечественной войны, все они полностью обследованы,

Снизился первичный выход на инвалидность с 4,009 в 2013г. до 2,8 в 2015г., но увеличился первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста с 1,45 в 2013г. до 2,3 в 2015г.

*Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская поликлиника № 3»* расположена в Волжском районе г. Саратова. Большая часть населения этого района, около 65%, обслуживается в данной поликлинике. Основная цель ГУЗ «Саратовской городской поликлиники № 3» - это сохранение и укрепление здоровья граждан, путем предоставления высококвалифицированной медицинской помощи, а также проведение профилактической работы медицинскими сотрудниками. Проанализировав деятельность ГУЗ «Саратовской городской поликлиники № 3» можно сделать следующие выводы:

1. Выполнение плана посещений пациентами поликлиники на 95,6%, что можно считать хорошим показателем. В 2015 году постоянная работа лечебного учреждения способствовала выполнению государственного задания по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью практически в полном объеме.

2. Общая заболеваемость уменьшилась в сравнении с 2014 годом на 1,2%.

3. Выполнение плана профилактических флюорографических осмотров населения на 91,5%.

4. Выявление специалистами поликлиники 237 случаев онкологических заболеваний, что составляет 89,8% от общего числа впервые выявленных. Регулярное выявление специалистами поликлиники онкологических заболеваний, говорит что сотрудники обращают усиленное внимание к

«малым» жалобам пациентов, своевременному обследованию, внимательному отношению к больным с неясным диагнозом.

5. Выполнение плана иммунизации на 100%, свидетельствует о правильном планировании вакцинации населения.

6. Отсутствие значительного роста уровня смертности в сравнении с 2014 годом (в абсолютных цифрах произошёл незначительный рост на 16 чел., соответственно, показатель на 1000 населения увеличился - на 0,4%).

7. Число лиц, прошедших профилактический осмотр с целью выявления онкологической патологии составляет 38 775 чел. – 89,9% от населения.

8. Охват населения диспансеризацией на 53,9%, что является стабильным показателем в течение нескольких лет.

В итоге из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что здравоохранение регионов РФ имеет множество общего и всё благодаря единой системе управления – Министерства здравоохранения Российской Федерации. Все учреждения РФ работают на основании общих приказов, программ, стандартов МЗ РФ. Региональное управление стремится к усовершенствованию деятельности медицинских организаций, следуя за работой, вышестоящего правительства.

**Во второй главе, во втором параграфе** рассказываю о правовом регулировании здравоохранения существует большое количество противоречий. Основная противоречивость законодательства выявляется в проблеме с налогами на деятельность организаций здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования. В итоге, в последнее время многие регионы потеряли значительную часть доходов при изменении налогообложения, потому что эта доля ушла в федеральный бюджет. Но необходимо знать, что основное финансирование учреждений по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью происходит из местных бюджетов и бюджетов субъектов Российской Федерации. Исполнительная власть субъекта РФ устанавливает перечень категорий граждан, по имеющимся у них заболеваний, на право обеспечения бесплатными льготными

лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения. Финансирование бесплатного отпуска рецептов по федеральной и региональной программам осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации. А также определяется категория граждан, включенных в перечень заболеваний, имеющих право на 50% - скидку со свободных цен при отпуске лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при амбулаторном лечении. Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" тоже при своей реализации образует множество противоречий. Противоречия возникают из-за недостаточности разработки правового регулирования в области Обязательного Медицинского Страхования. Существует противопоставление данного закона с действующими нормативно-правовыми актами. Как известно, что в каждом субъекте Российской Федерации реализуются свои модели ОМС, несмотря на наличие закона, который устанавливает единые принципы медицинского страхования. Нередко модель ОМС противоречит этим принципам.

**Заключение.** С давних времен доказано, что построение новой системы здравоохранения невозможно без жесткого управления и контроля государства, а тем более без правового регулирования. Благодаря праву и законодательным актам происходит регулирование общественных отношений, нормализуются правила и нормы поведения граждан в соответствии с интересами государства и общества. Именно праву принадлежит главная роль в разработке и установлении принципов деятельности учреждений и деятельности вышестоящих государственных органов управления здравоохранением, определение новых проблем и задач. При этом возможные пути решения поставленных вопросов в настоящее время. Проанализировав ситуацию в здравоохранении, хочу предложить проведение возможных мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи. Необходима активная поддержка первичного медицинского звена. Даже если оно имеет поддержку со стороны федерального уровня, привлечь региональные бюджеты. Направлять средства из бюджетов субъектов РФ непосредственно в медицинские учреждения, обходя при этом

муниципалитеты. например, через региональные органы управления здравоохранения. Иначе муниципалитеты будут расходовать средства на другие нужды. Для увеличения доступности высокотехнологичной медицинской помощи необходимо объединить центры высокой медицинской технологий в единые общероссийские специализированные медицинские службы с филиалами в регионах. Одну из главных ролей в деятельности медицинских организаций должна занять профилактика. На всех уровнях должны быть уже в текущем году разработаны целевые программы предотвращения заболеваний. Продолжение проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также иммунизации населения. Во многих медицинских организациях устаревшее оснащение и оборудование, которое требует замены. Необходимо разработать и реализовать федеральные целевые программы развития медицинской и фармацевтической промышленности России. Главным звеном по повышению доступности и качества медицинской помощи должно стать укрепление кадрового потенциала здравоохранения. Сделать размер заработной платы, который будет зависеть от качества оказанных услуг, при этом повысить ответственность за качество предоставляемых услуг. Стимулировать стремление усовершенствовать квалификационные категории специалистов. Усовершенствование законодательной базы здравоохранения Российской Федерации. Без каких-либо преобразований в законодательстве совершенствование управления здравоохранения невозможно.