

Политика, организация и управление в сфере здравоохранения в России исторические традиции и современность



Григорьева Наталия Сергеевна
д.п.н., профессор, директор
Центра сравнительной
социальной политики и
управления социальной
сферой, ФГУ, МГУ имени М.В.
Ломоносова

grigorieva@spa.msu.ru

Структура презентации:

- **1. Исторический опыт развития российского здравоохранения**
 - **2. Реформы начала 90-х годов: политический выбор**
 - **3. Политика современных реформ**
 - **4. Организация и управление системой здравоохранения России**
-

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (дореволюционная Россия)

- **1775г.** – приказы общественного призрения, врачебные управы в губернских городах и уездные управы
- XIX в. – начало социализации медицинских услуг в России.
- **Земская медицина (1864г.)** – медицинская помощь в сельской местности, предоставляемая земством как органом местного самоуправления.
- **Фабричная медицина** – медицинская помощь в натуральной форме, оказываемая рабочим за счет предпринимателя (Закон **1886г.** - бесплатность услуг, обязательный характер, общие правила)

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (послереволюционный период)

- **1917г.** – ситуация выбора: развивать дальше страховую медицину (отделенную от местных органов власти) или организовать специальный порядок лечения рабочих в рамках некой единой системы
- Главная тенденция – **создание национальной службы здравоохранения**. Медицинские службы на предприятиях передавались больничным кассам

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (послереволюционный период)

- 1921г. НЭП – декрет «О социальном страховании на случай болезни»:
- - специальный фонд только для застрахованных (Фонд Г)
- - в Народном комиссариате – специальные сектора медицинского обслуживания застрахованных (Рамбеды) и рабочие советы по страхованию
- В некотором виде - сочетание национальной службы здравоохранения и ОМС

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (Советский период)

- **1927г.** – Рамбеды были закрыты
- Фонд социального страхования был включен в государственный бюджет
- **«Модель Семашко»** - бесплатное оказание медицинских услуг государственными медицинскими учреждениями. Цель политики – обеспечить равный доступ к медицинским услугам всем категориям населения

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (Советский период)

- 1. Государственный характер – централизация управления, государственное финансирование, бесплатная и общедоступная помощь всему населению по всей территории страны. 1936- Наркомат здравоохранения СССР (с 1946г. – Министерство здравоохранения СССР)
- 2. Профилактическое направление. Основной лозунг – «оздоровление труда». Диспансеризация и виды соответствующих учреждений – специализированные диспансеры, ночные и дневные профилактории, диетические столовые, диспансерное обслуживание рабочих и диспансерное наблюдение матери и ребенка. Создание санитарно-эпидемиологической службы (1935г.) Ликвидированы холера (1923), оспа и чума (1936)
- Единство медицинской науки и практики здравоохранения. Создание научно-исследовательских центров, институтов



1. Исторический опыт развития российского здравоохранения (Советский период)

Основные характеристики:

- Охват всего населения
- Предоставление полного набора медицинских услуг
- Отсутствие для населения финансовых ограничений доступа к услугам здравоохранения;
- Наличие системы медицинских учреждений, преемственность в лечении
- Высокое качество медицинского образования - высокий уровень квалификации кадров
- Положительная динамика в состоянии здоровья населения
- Охрана материнства и детства – приоритет политики.
Педиатрия
- Система скорой помощи
- Со второй половины XX века структура заболеваемости и смертности в СССР была типичной для экономически развитых стран.
- 1978г. Конференция в Алма-Ате (Казахстан)



ВРАЧ-ДРУГ НАРОДА!

1. Исторический опыт развития российского здравоохранения

(Советский период, проблемы 80-х гг. XX в.)

- Ухудшение некоторых показателей здоровья населения (например, продолжительность жизни и уровень инвалидности)
- Проблемы на макроуровне – снижение объема средств (1965 – 6,6%, 1986 – 4,3%). Необходимость капитального ремонта, низкая зарплата в отрасли (**1985 - 70%** среднемесячной зарплаты по стране) и т.д.
- Проблемы микроуровня – нерациональная структура (акцент на развитии стационарной помощи). Развитие системы экстенсивным путем
- Планы реформ – новые методы распределения ресурсов в системе здравоохранения (эксперименты: **1982 - на базе 5 больниц России, по рациональному использованию коечного фонда стационаров** за счет совершенствования лечебно-диагностического процесса ; 1985 - экономический эксперимент в 3 регионах – Кемеровской, Куйбышевской областях и в г. Ленинграде; 1987 - внедрение и применение коллективных форм организации труда медицинских работников) и т.д.

2. Реформы начала 90-х годов: политический выбор

Реформы назрели. Два пути:

- 1. **Трансформация** существующей советской системы с сохранением принципиальных элементов
- 2. **Разрушение** существующей и создание новой системы, основанной на иных принципах

Риторика реформ и механизмы исполнения

2. Реформы начала 90-х годов: политический выбор

- «Срочность» реформы здравоохранения определялась политическими и идеологическими соображениями
- **1991г. (март)** Закон «Обязательном медицинском страховании» принимается, когда Россия еще находится в составе СССР. Противостояние властей – система медицинского страхования РСФСР создавалась в противовес советской бюджетной системе
- Реформа инициировалась представителями движения «Демократическая Россия», для которого рынок был основным механизмом реформирования всей социальной сферы.
- Опорный тезис – медицинское страхование даст дополнительные средства.
- Главный ориентир – успешная практика использования МС в некоторых развитых странах (прежде всего, Германии, Франции).

2. Реформы начала 90-х годов: некоторые итоги

- **Разбалансировка единой системы здравоохранения – разделение на 3 автономные подсистемы и различные типы учреждений.**
- **Несбалансированность госгарантий и финансовых ресурсов** оказания бесплатной медпомощи. В результате нарастает объем платных услуг. Мало современных принципов финансирования, преимущественно финансируется стационарная помощь.
- **Нет налогового стимулирования инвестиций и платежей в здравоохранении для физических и юридических лиц, что не позволяло легализовать платежи**

2. Реформы начала 90-х годов: некоторые итоги

- Низкая мотивация руководителей и работников к улучшению качества медпомощи, а страхового сектора - к обеспечению интересов граждан.
- Резкие различия доступности и качества медпомощи между субъектами РФ, муниципальными образованиями, в городе и на селе, бедных и богатых.
- Отсутствие единое информационного пространства (реестр мощностей, больных, застрахованных, лекарств, телемедицины и др.)

2. Реформы начала 90-х годов: некоторые итоги

- Низкая информированность населения и неразвитость общественных институтов контроля за системой здравоохранения.
 - Минимальность личного участия граждан в сохранении собственного здоровья. Нет эффективной системы пропаганды и стимулирования здорового образа жизни.
 - Отсутствие публичных отчетов и ответственности властей разного уровня за состояние здоровья населения
 - Политическая отстраненность гражданского общества (и научного сообщества) от участия в подготовке и принятии решений.
-

2. Реформы начала 90-х годов: некоторые итоги

- Ситуация в здравоохранении – результат государственной политики
- Не было единого видения - Концепции развития здравоохранения как системы
- Социальные реформы идут в пакете, который обременителен для населения – реформы «наезжают» одна на другую, нет возможности для маневра и очередности
- Население в силу векторного развития реформы социальной сферы не может определить стиль своего поведения
- Нет ясности - в какой системе ценностей осуществляется реформа здравоохранения и в какой системе ценностей находится власть
- Государство придерживается минимальной модели участия
- Опыт других стран – насколько он нам полезен или как мы его «читаем»
- Сильное влияние на реформы международных организаций (ВБ, МВФ и др).

2. Реформы начала 90-х XXв.: столкновение интересов

- Внутренние интересы – связаны с деятельностью структур в системе (Министерство, местные органы, Фонды ОМС, мед учреждения)
- Интересы работодателей
- Интересы врачей (мед.персонала)
- Внешние интересы
- Разность интересов пациентов
- Политические интересы
- Интересы групп давления

2. Реформы начала 90-х годов (важнейшие составляющие): затраты, доступ, качество

- Финансирование (касается как доходов, так и расходов)
 - Предоставление услуг (кто получает, что именно получает, когда, где и каким образом)
 - Обеспечение гарантий качественного обслуживания со стороны профессиональных работников
-

2. Реформы начала 90-х: ориентиры для политики в сфере здравоохранения

- Всеобщий (или почти всеобщий) доступ к услугам здравоохранения
- Справедливость в распределении бремени финансирования в период болезни и хорошее качество медицинского обслуживания
- Общественная солидарность в решении общих задач и выработки приоритетов
- Единые (по сути) механизмы – хорошо сбалансированные бюджеты

2. Реформы здравоохранения начала 90-х: вывод и старт

**Ни одна страна в мире не имела
опыта перехода от
централизованного и планово
управляемого общества к
управлению на основе
рыночных механизмов**

3. Политика современных реформ: обоснование необходимости изменений в системе здравоохранения России

- **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**
- **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
- **ОЦЕНКА РОССИЯНАМИ СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И РАБОТЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
- **СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ СИСТЕМАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЭКОНОМИЧЕСКИЕ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ)**

3. Политика современных реформ: задачи системы здравоохранения

- **ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ**
 - **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ГРАЖДАНАМ ПОЛУЧИТЬ ДОСТОЙНУЮ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**
 - **КАЧЕСТВЕННО**
 - **СВОЕВРЕМЕННО**
-

3. Политика современных реформ: угрозы для системы здравоохранения

НЕРАВЕНСТВО И НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ФОРМИРОВАНИЕ
ДВУХСТУПЕНЧАТОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЛОВУШКА РОСТА ФИНАНСИРОВАНИЯ - СОЗДАНИЕ
ЗАТРАТНОЙ МОДЕЛИ

ПАРАДОКСЫ:

недостаток средств // выбор затратной модели

экономия государственных средств // неконтролируемый
рост личных расходов

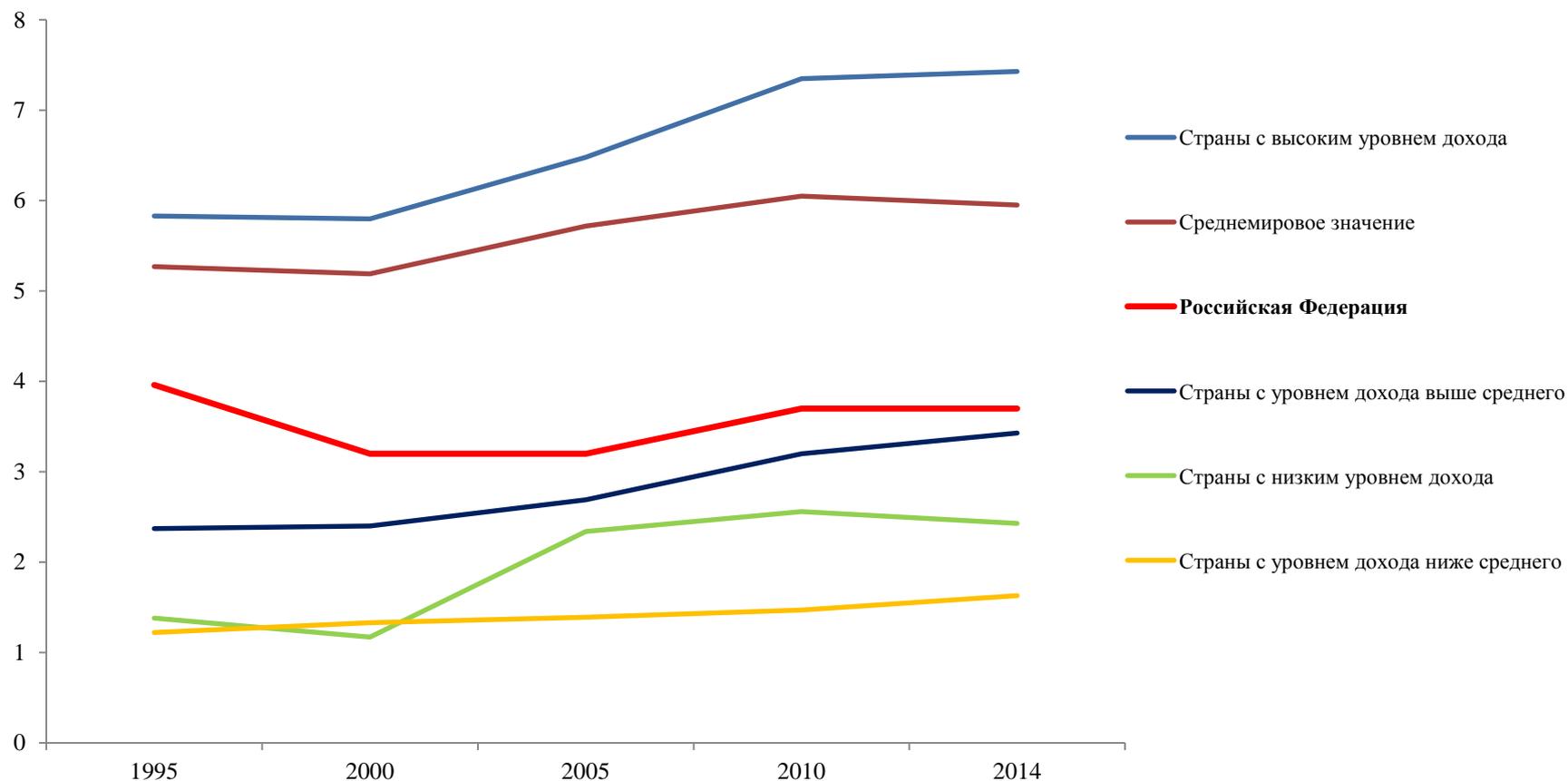
Государственные расходы на здравоохранение по странам мира

(в процентах к ВВП)

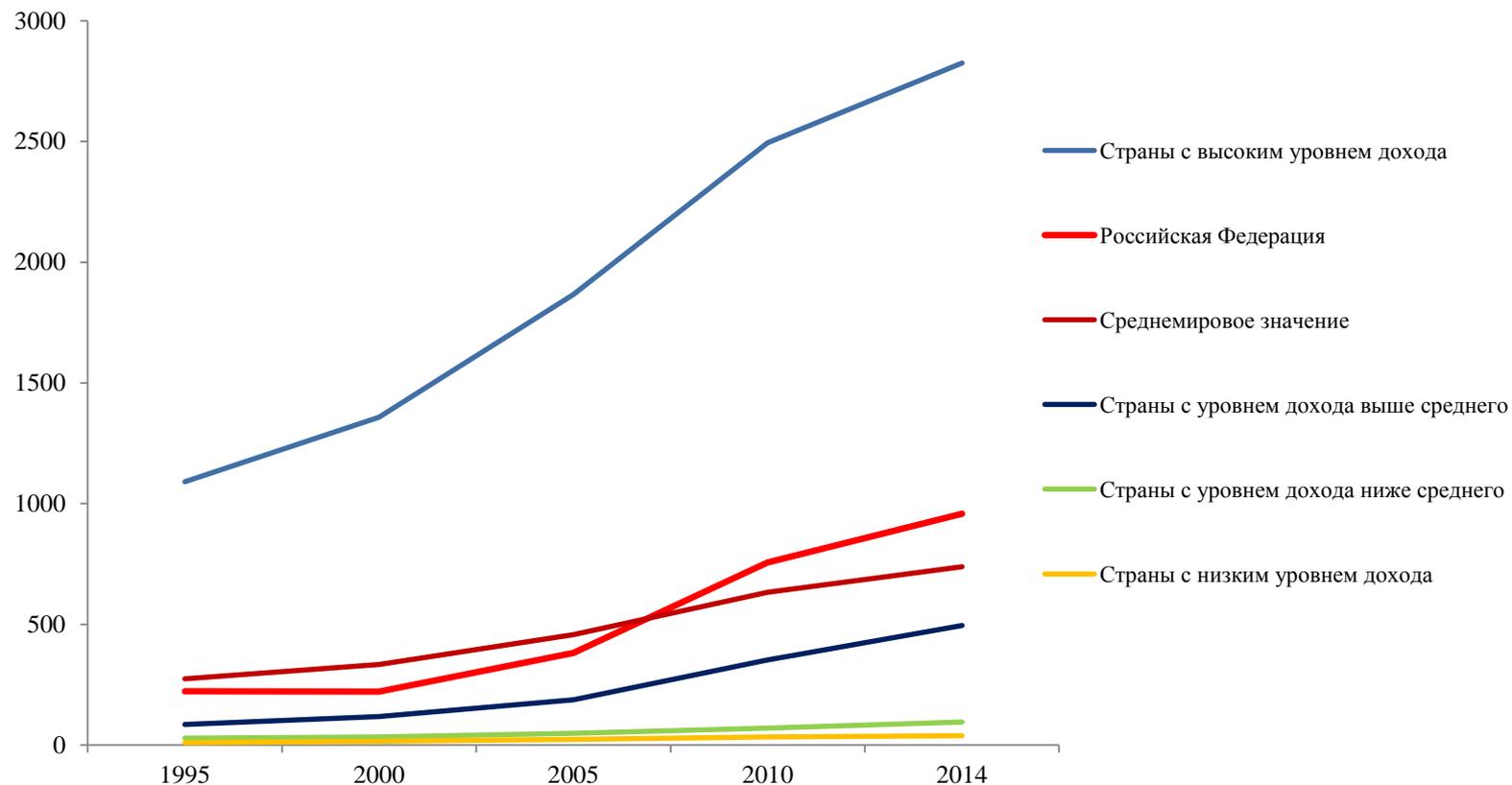
Источник: Здравоохранение в России. 2015. Стат. сбор. Росстат. 2015.

	Год	Расходы на здравоохранение		Год	Расходы на здравоохранение
Россия	2014	3,5	Армения	2014	1,6
Европа			Индия	2013	1,3
Австрия	2012	8,7	Казахстан	2014	2,2
Беларусь	2014	3,8	Киргизия	2014	3,0
Бельгия	2012	8,2	Китай	2013	3,1
Болгария	2012	4,2	Республика Корея	2013	3,8
Венгрия	2012	5,0	Таджикистан	2014	2,0
Германия	2012	8,6	Турция	2012	4,7
Дания	2012	9,6	Япония	2013	8,5
Италия	2012	7,2	Африка		
Латвия	2012	3,4	Алжир	2013	4,9
Нидерланды	2012	9,9	Египет	2013	2,1
Норвегия	2012	7,7	ЮАР	2013	4,3
Польша	2012	4,7	Америка		
Республика Молдова	2014	5,3	Аргентина	2013	4,9
Великобритания	2012	7,8	Бразилия	2013	4,7
Украина	2014	3,6	Канада	2013	7,6
Финляндия	2012	6,9	Мексика	2013	3,2
Франция	2012	9,0	США	2013	8,1
Швеция	2012	7,9	Австралия и Океания		
Эстония	2012	4,8	Австралия	2013	6,3
Азия			Новая Зеландия	2013	8,1
Азербайджан	2012	1,1			

Государственные затраты на здравоохранение в 1995–2014 гг., % ВВП



Государственные подушевые расходы на здравоохранение по паритету покупательной способности в 1995–2014 гг., долл. США

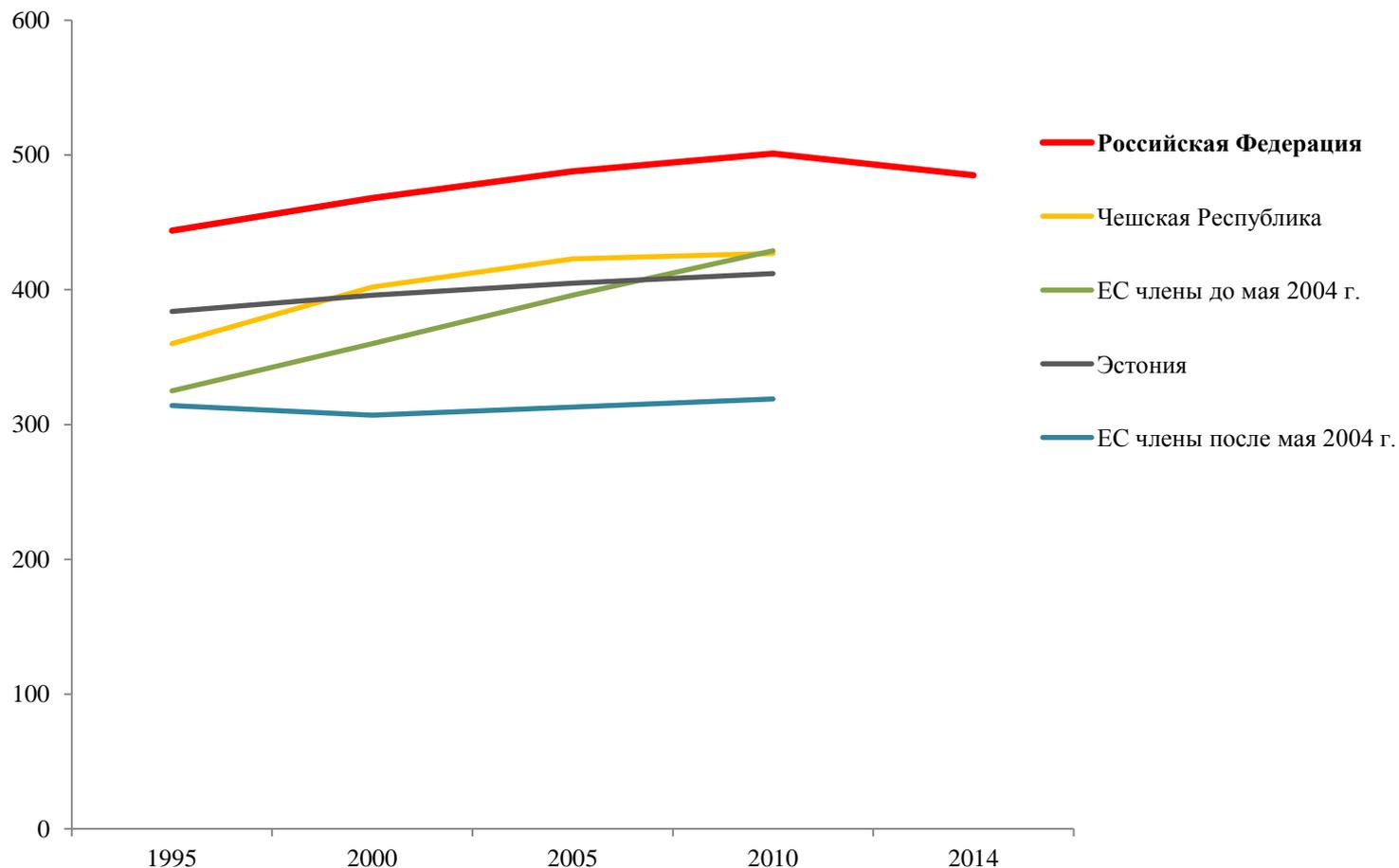


Расходы на здравоохранение в России

	1995	2000	2003	2005	2008	2009	2012
Общие расходы на здравоохранение, % ВВП	5,3	5,4	5,6	5,2	4,8	5,4	6,5
Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	73,9	59,9	59,0	62	64,3	64,4	51,5
Частные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	26,1	40,1	41,0	38	35,7	35,6	48,9
Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих госрасходов	9,0	12,7	9,3	11,7	9,2	8,5	8,9
Расходы системы социального страхования на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение	34,5	40,3	43,7	42,0	38,7	38,7	38,9
Личные расходы «из кармана», % частных расходов на здравоохранение	64,7	74,7	71,1	82,4	81,3	80,9	92
Частные планы предоплаты, % частных расходов на здравоохранение	6,0	8,1	6,6	8,2	10,6	11,0	4,2

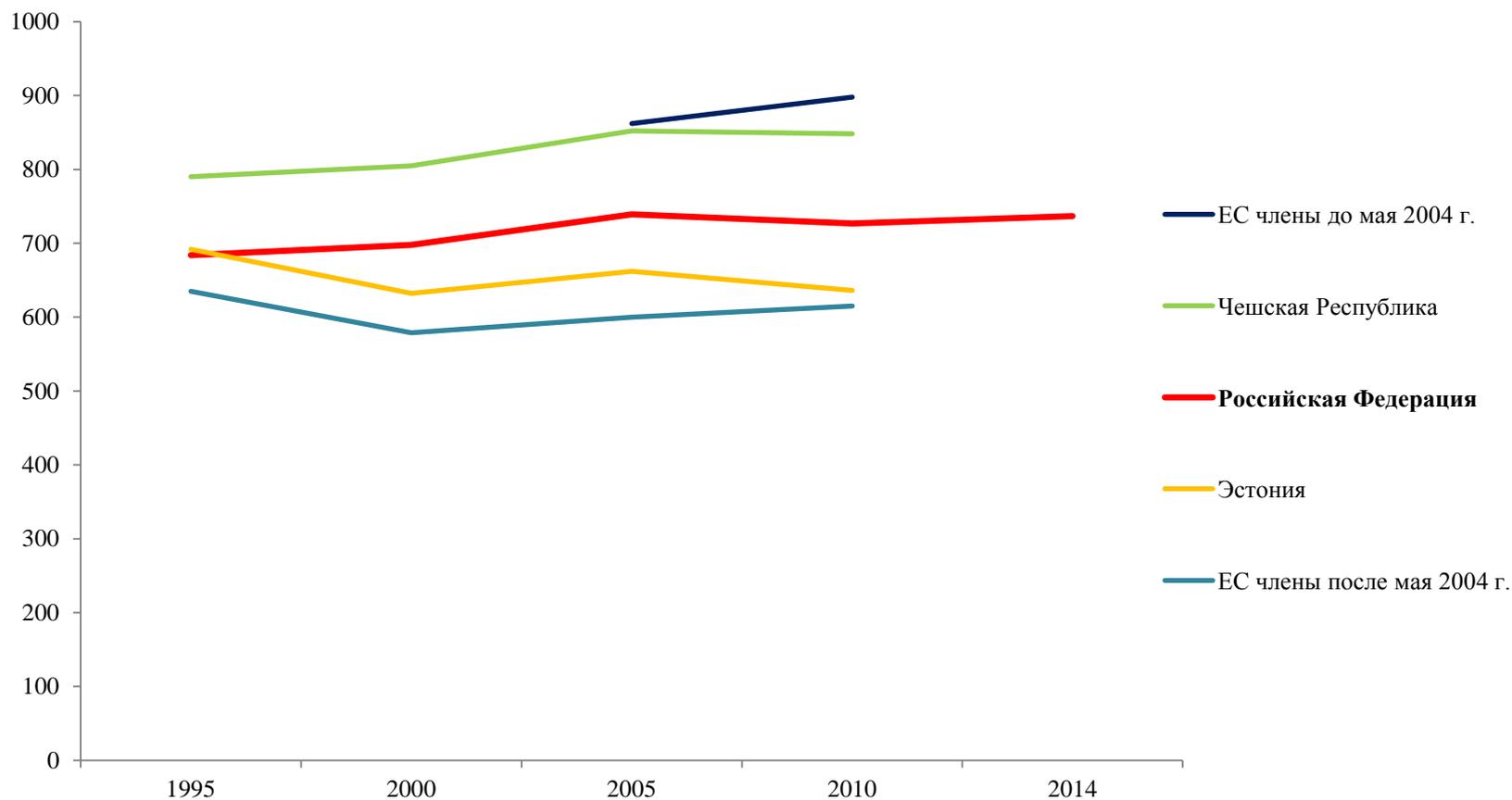
Источник: WHO, World health statistics, соответствующие годы.

Численность врачей (включая стоматологов) в расчете на 100 тыс. населения в отдельных странах и группах стран в 1995–2014 гг., чел.



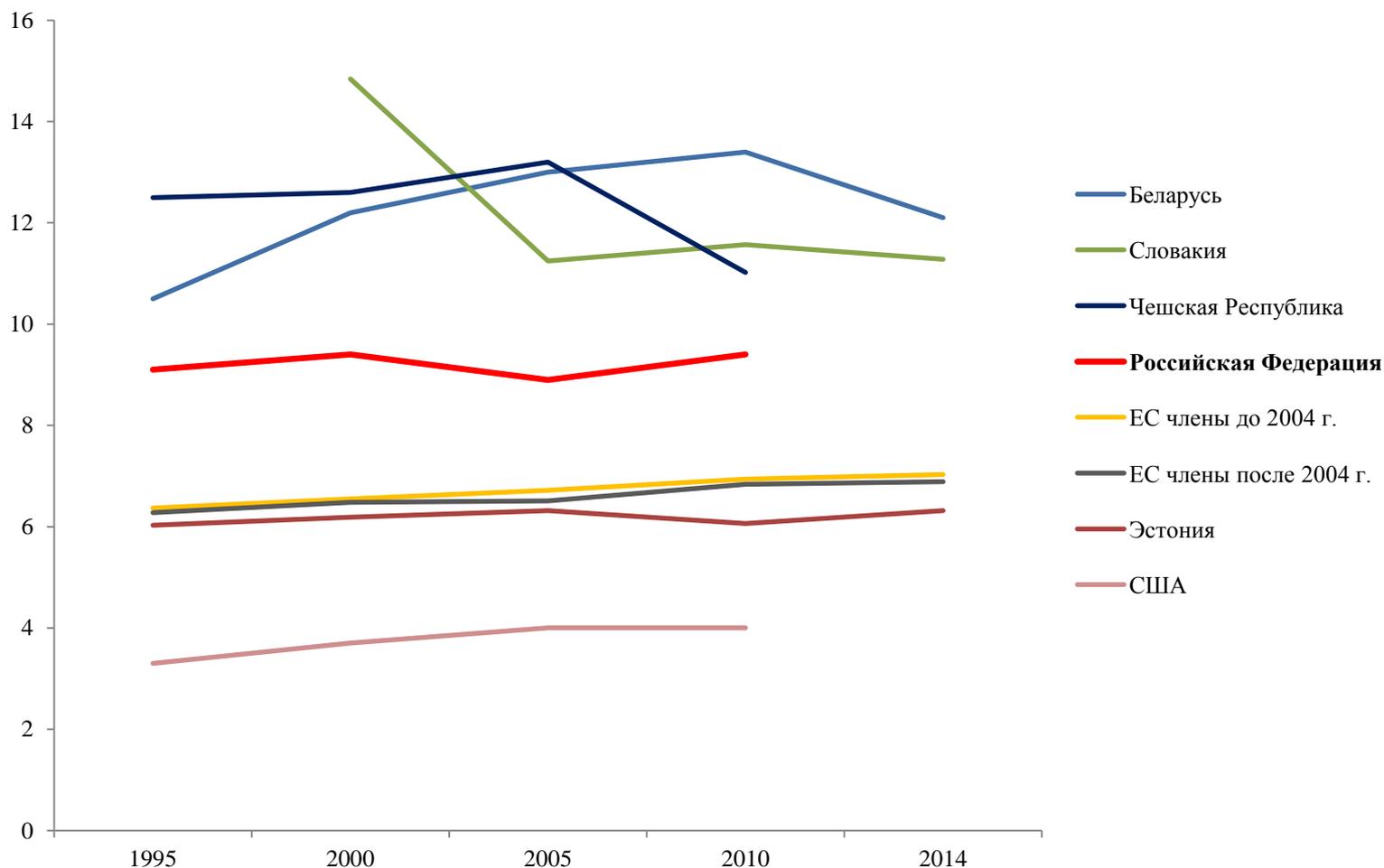
Источники : расчеты на основе показателей Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех», <http://data.euro.who.int/>; Росстат России.

Численность медицинских сестер в расчете на 100 тыс. населения в отдельных странах и группах стран в 1995–2014 гг., чел.



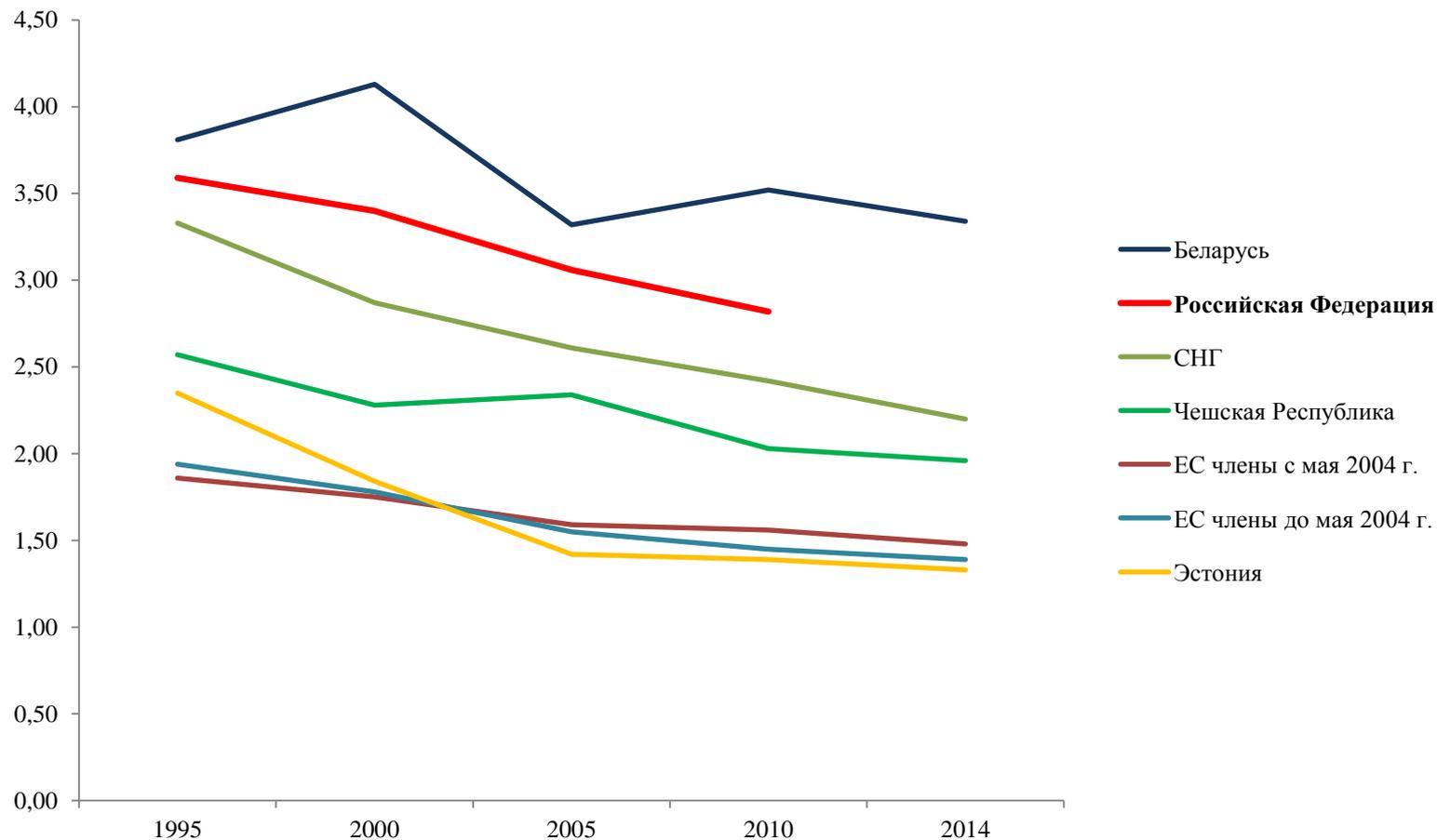
Источники : расчеты на основе показателей Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех», <http://data.euro.who.int/>; Росстат России.

Число врачебных посещений на человека в год в 1995–2014 гг.



Источники: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех», <http://data.euro.who.int/>; база данных статистических показателей ОЭСР «OECD.Stat», <http://stats.oecd.org/>.

Число койко-дней в стационарах всех типов на одного жителя в 1995–2014 гг., дней



ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, РЕАЛИЗУЕМАЯ МИНИСТЕРСТВАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программы
общественного здоровья

Индивидуальные
медицинские услуги

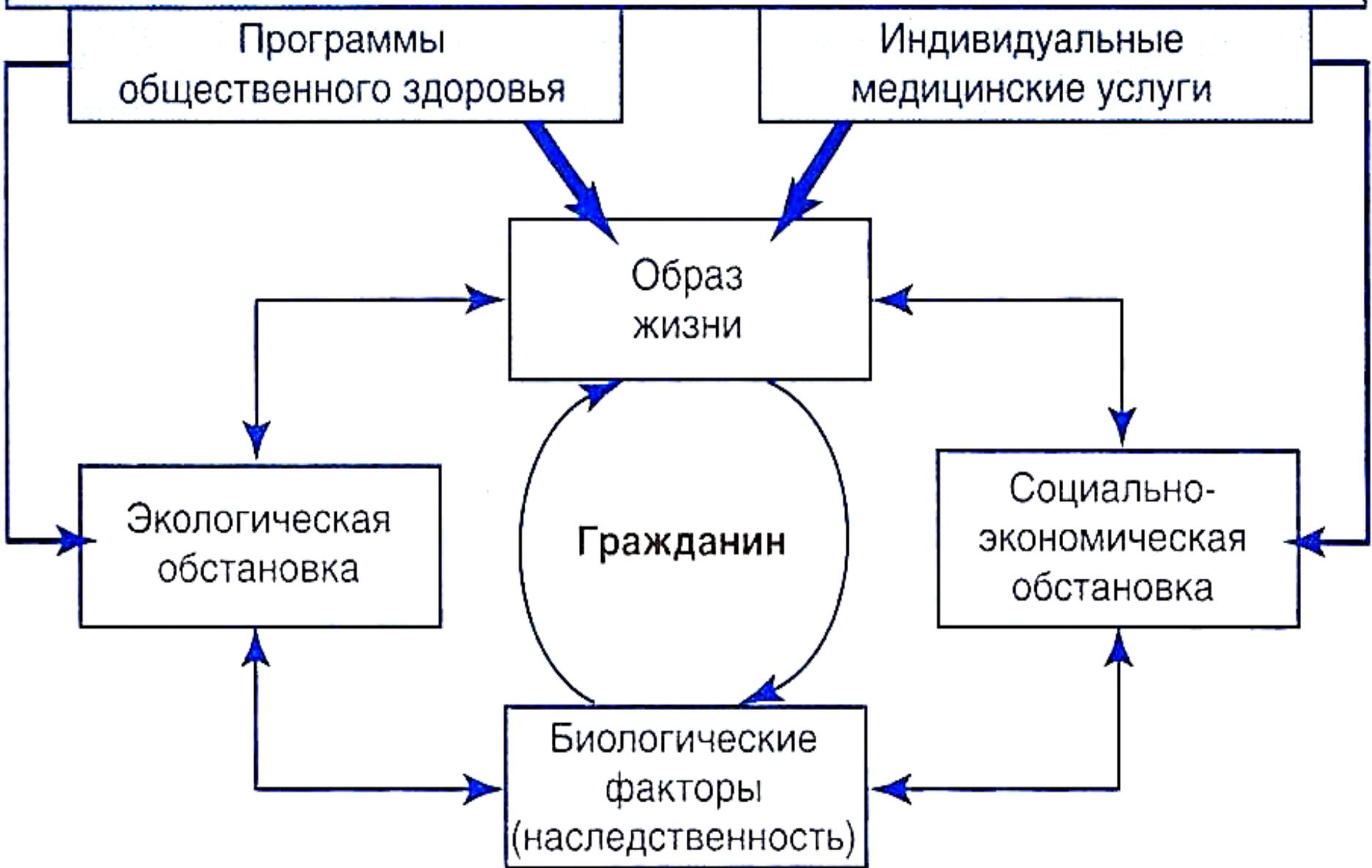
Образ
жизни

Экологическая
обстановка

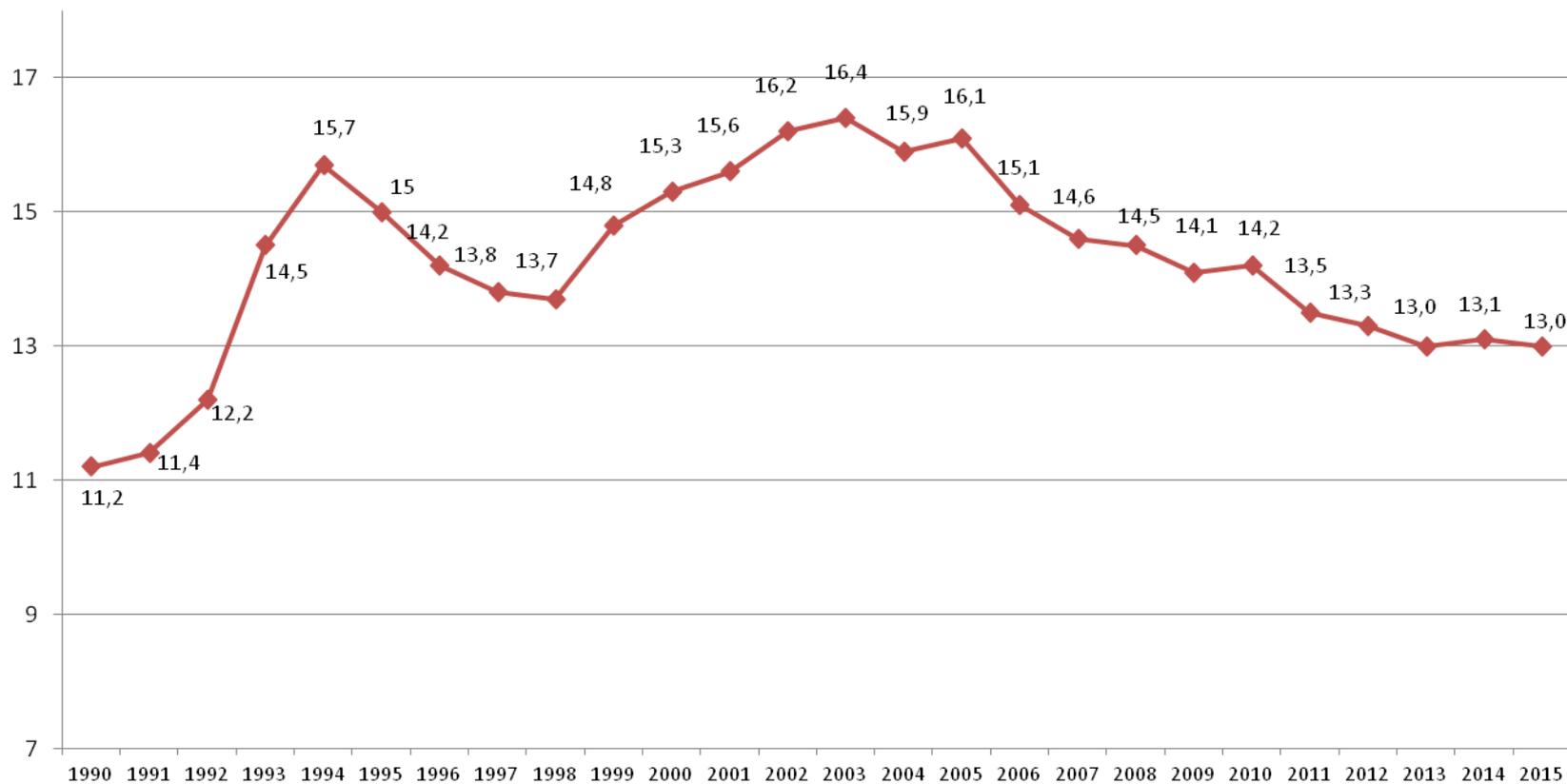
Гражданин

Социально-
экономическая
обстановка

Биологические
факторы
(наследственность)



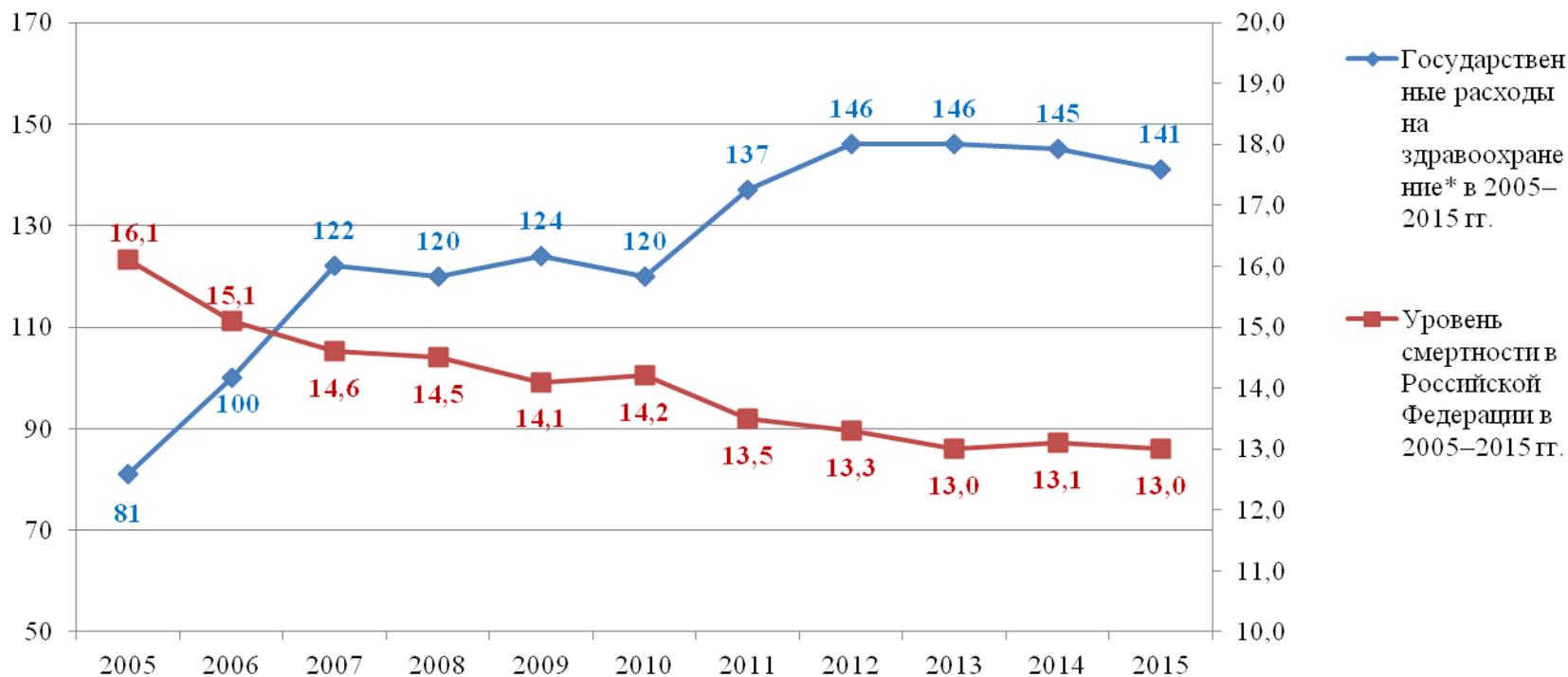
Уровень смертности на 1000 человек населения Российской Федерации в 1990-2015 гг.



Источник: данные Росстата

% к общим расходам на
здравоохранение в 1991
г. в реальном выражении

умерших на 1 тыс.
населения



* – сумма затрат федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, и взносов на ОМС работающих граждан.

Источники: расчет по данным Минфина России с использованием индексов-дефляторов ВВП, данные Росстата

Специализированные виды помощи – основные направления развития

○ Сосудистая программа

- Создание системы региональных сосудистых центров (128 в 2015 г.) и первичных сосудистых отделений (415 в 2015 г.)
- Уровень смертности от болезней системы кровообращения уменьшился за период с 2007 г. по 2015 г. в 1,3 раза

○ Совершенствование службы родовспоможения

- В 2008-2012 гг. построено 23 перинатальных центра, ведется строительство еще 32.
- Младенческая смертность уменьшилась за период с 2012 г. по 2015 г. в 1,3 раза

○ Совершенствование медицинской помощи при ДТП

- В 2012–2015 гг. развертывание трехуровневой системы травмоцентров вдоль федеральных и региональных автодорог (всего 1501 в 2015 г.)
- Уровень смертности от ДТП уменьшился за период с 2007 г. по 2015 г. в 1,5 раза

Повышение доступности современных медицинских технологий

□ Рост обеспеченности медицинским оборудованием

- В 2011-2013 гг. закуплено и поставлено в медицинские учреждения 389,7 тыс. единиц медицинского оборудования
- В 2013 г. фондооснащенность государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения увеличилась в 2,5 раза по сравнению с 2011 годом и составила 19,0 тыс. рублей на 1 кв. м. против 7,7 тыс. рублей

□ Увеличение доступности высокотехнологичной мед. помощи

- Число больных, получивших такую помощь, возросло за период с 2005 г. по 2015 г. в 13,7 раз (с 60 тыс. до 823,3 тыс. человек)



Формирование здорового образа жизни

- ❑ Сокращение потребления алкоголя в последние годы:
 - объем продаж алкоголя в расчете на одного жителя:
 - в 2011 г. - 13,3 л и 90 л
 - в 2015 г. – 8,6 л водки и 72 л пива
 - средний объем продаж алкоголя в перерчете на чистый спирт:
 - в 2011 году 10,7 л на человека,
 - в 2015 году – 8,7 л.

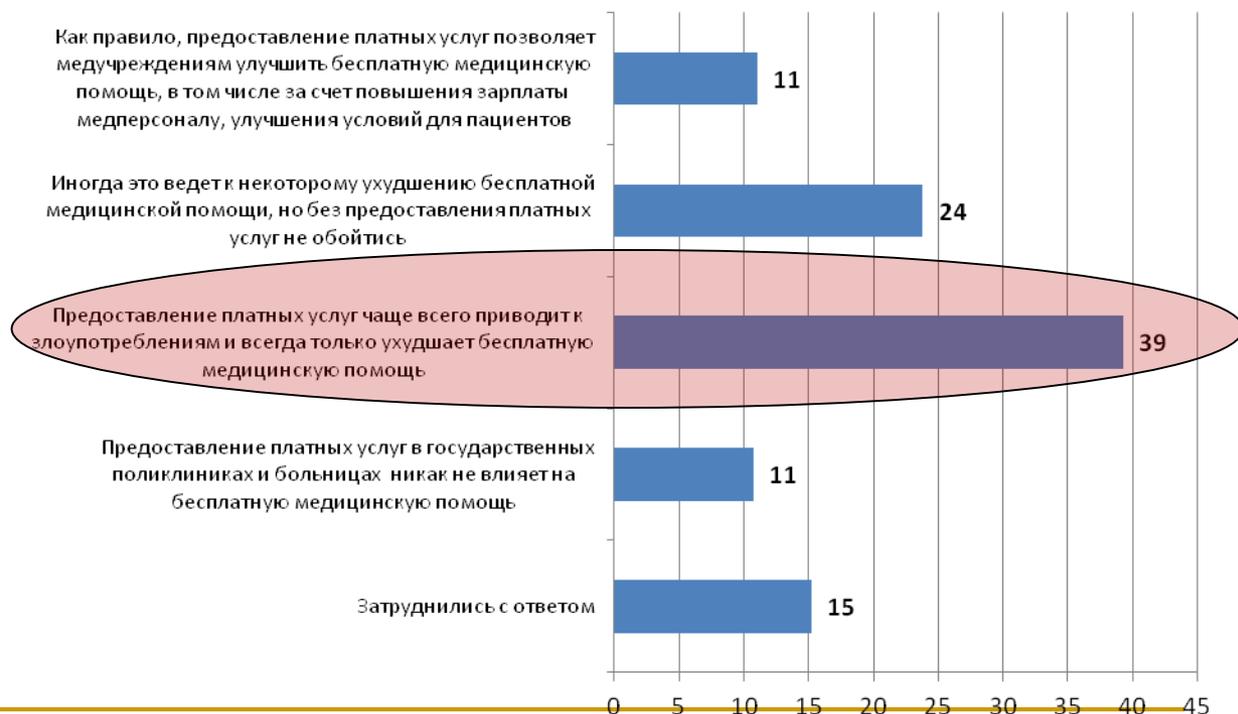
- ❑ Доля курящих стала постепенно снижаться (по данным обследований ВЦИОМ):
 - в 2014г. - 35%;
 - в 2015г. - 34%;
 - в 2016г.- 31% ,

- ❑ Доля россиян, регулярно занимающихся физкультурой, выросла за последние 15 лет почти втрое и приблизилась к 30%



- Гарантии декларируются как права на неограниченные объемы помощи, а способы ее рационарирования имплицитны
 - Нечеткое разграничение бесплатной и платной медицинской помощи

- **Негативная реакция населения на замещение бесплатной помощи платными услугами**



Источник: опросы взрослого населения, проведенные Левада-центром по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г., N = 4000

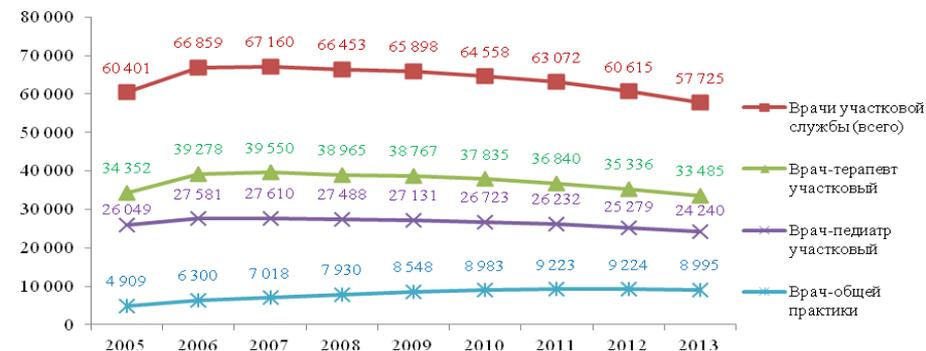
□ Кадры

□ Дефицит врачей в первичном звене

- Дефицит врачей участковой службы оценивается экспертами на уровне 25–30%

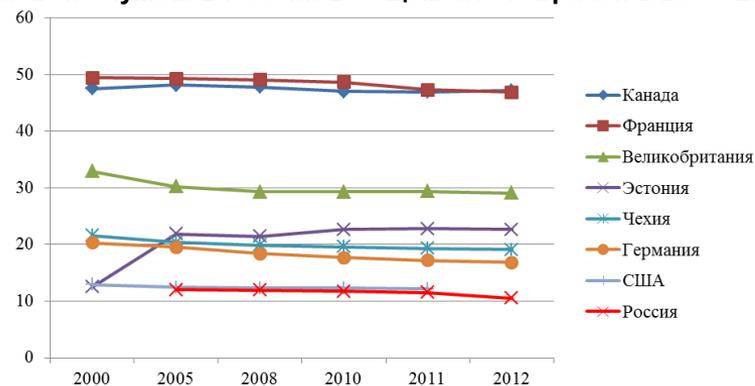
□ Низкая доля врачей первичного звена в сравнении с западными странами

Численность врачей участковой службы в России в 2005–2013 гг., чел.



Источники: Ежегодные справочники за 2005–2013 годы «Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения Российской Федерации, ЦНИИОИЗ. М., 2006–2014 гг.

Доля врачей общей практики в отдельных странах ОЭСР и врачей участковой службы в России в общем числе врачей в 2000–2012 гг., %



Источник: расчет на основе данных OECD Health Data; данных ЦНИИОИЗ.

3. Политика современных реформ: возможные последствия. Состояние здоровья- оценка населения

- НОБУС (2003) – 50% - удовлетворительное, 18,3 – плохое или очень плохое
- ВЦИОМ (2006) – 45% - удовлетворительное, 24% - плохое или очень плохое
- Росстат (2008) – 59% - удовлетворительное, 9,5 - плохое

**Для сравнения – исследование Госкомстата СССР 1987г.
75% рабочих и служащих и 83% проживающих в сельской местности – удовлетворены работой учреждений здравоохранения**

3. Политика современных реформ: возможные последствия. Национальный проект «Здоровье»»

Первоначально 2006-2008. Одна из главных новаций в системе здравоохранения России начала века

Задачи:

- Укрепление здоровья населения
 - Повышение доступности и качества медицинской помощи
 - Укрепление первичного звена здравоохранения
 - Развитие профилактической направленности
 - Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной помощи
-

3. Политика современных реформ: возможные последствия.

Плюсы и минусы национального проекта «Здоровье».

- Повышение интереса бюрократии к социальным проблемам
- Возможность решить отдельную проблему
- Увеличение финансирования
- Широкое поле для дискуссий
- О проблемах заговорили, перевод в плоскость решаемых задач
- Уход от масштабного видения проблем
- Внимание к следствию, а не причинам
- Отсутствие четкого обозначения идеологии решения социальных проблем
- Потеря комплексности – замена целостной социальной политики набором мало связанных друг с другом проектов

3. Политика современных реформ: возможные последствия. Принятие решений

ИНТЕРЕСЫ-ОБЪЕДИНЕНИЕ В ИНТЕРЕСАХ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

- ГОСУДАРСТВО
- ГРАЖДАНЕ (ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО)
- БИЗНЕС – СООБЩЕСТВО

- Потенциальные политические игроки
- Наличие групп интересов – насколько интересы большинства совпадают с интересами государства. Пирамида интересов. Какая группа сильнее с точки зрения продвижения интересов.
- Процесс принятия решений: инициирование решения, его структурирование, принятие и реализация.
- Постановка проблемы т.о., чтобы исключить альтернативную позицию – «Policy closure»
- Соотношение морали и политики: социальная сплоченность, социальная справедливость, солидарность

Александровская больница. Г. Санкт-Петербург



РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР

3. Политика современных реформ: возможные последствия. Мировые тенденции и проблемы России

- МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ КАК СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГО
 - СОЛИДАРНОСТЬ
 - ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УЧАСТИЕ ГРАЖДАН/ОРГАНИЗАЦИЙ (ПО ЗАКОНУ)
 - СИЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ
 - СПРАВЕДЛИВОСТЬ, ОСНОВАННАЯ НА ПОТРЕБНОСТИ
 - СИЛЬНАЯ ЛЕГИТИМНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА
-

4. Организация и управление системой здравоохранения России

- В 2006 -2008гг. были приняты принципиально важные для России документы:
- 2008 г. - Концепция развития системы здравоохранения РФ до 2020г. (обсуждалась, но не была принята)
- 2009 г. Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, - содержится раздел «Здравоохранение».
- 2010 г. распоряжением Правительства РФ была утверждена «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы».
- Программа модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, разработанная Минздравсоцразвития
- 2010г. Закон «Об обращении лекарственных средств»
- 2010г. Закон «Об обязательном медицинском страховании»
- 2011 г. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



* Обязательное медицинское страхование.

** Добровольное медицинское страхование.

Целевые ориентиры государственной программы «Развитие здравоохранения»



* - пересчёт по новому критерию регистрации младенческой смертности

Объем платных услуг в области здравоохранения и отдыха в России

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Платные услуги населению, млн. руб.:						
медицинские	109756	250474	286058	333895	416227	474432
санаторно-оздоровительные	36082	60460	68521	75622	82444	92300
услуги физической культуры и спорта	14862	30089	33909	37475	47849	53973
социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	5391	8200	10851	13361
Платные услуги населению, на душу населения, руб.:	15828,8	34606,2	38756,4	42156,2	48272,8	51115,7
Из них						
медицинские	764,7	1753,4	2001,0	2331,6	2900,4	3247,5
санаторно-оздоровительные	251,4	423,2	479,3	528,1	574,5	631,8
услуги физической культуры и спорта	103,6	210,6	237,2	261,7	333,4	369,4
социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	37,7	57,3	75,6	91,5
Удельный вес услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, процентов:						
медицинских	4,8	5,1	5,2	5,5	6,0	6,4
санаторно-оздоровительных	1,6	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
услуг физической культуры и спорта	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	0,1	0,1	0,2	0,2

Источник: Здравоохранение в России.2015. Стат. сбор. Росстат.2015.

Структура системы здравоохранения России

Бюджетная система:

Федеральные управляющие и контрольно-разрешительные структуры Минздравсоцразвития, Росздравнадзор и Роспотребнадзор и их медучреждения

ФАНО

Ведомственные

Медслужбы силовых структур

Учреждения и организации субъектов Федерации

Муниципальные учреждения здравоохранения

Фармструктуры

Структура системы здравоохранения России

Внебюджетная система:

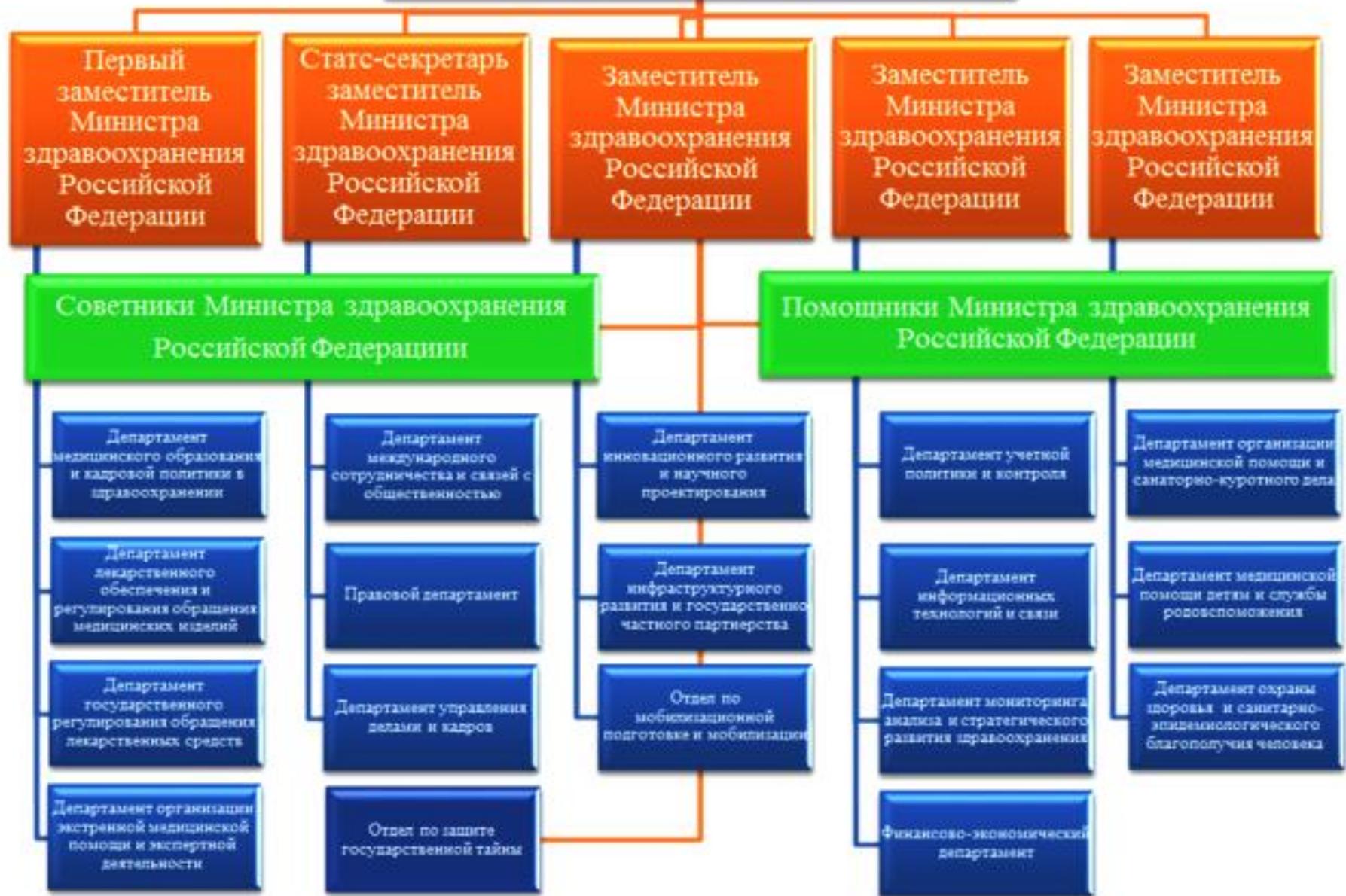
Организации с государственным участием

Организации частные

Сетевые и другие организации фармацевтического сектора и медицинской промышленности

Дистрибьюторы и обслуживающие структуры

Министр здравоохранения Российской Федерации



4. Выводы

- Дореволюционная Россия не имела государственной системы охраны здоровья. Тем не менее, создание земской медицины, фабричной медицины определили некоторые специфические национальные особенности развития здравоохранения.
- Советская модель здравоохранения – явила собой уникальную систему медицинской помощи населению, которая в начале 80-х годов нуждалась в реформах.
- В России сильны традиции бесплатной, общественной медицины, в то время как страховое начало (по разным причинам) не получило сколько-нибудь серьезного развития
- Реформы начала 90-х годов явились критическими для российского здравоохранения и привели к тяжелым социальным последствиям.
- Начало XXI в. привело к обострению всех проблем и заставило политических лидеров и государство предпринять некоторые усилия для стабилизации ситуации
- Вместе с тем вопрос об альтернативных вариантах реформ здравоохранения – актуальная политическая задача для России

Публикации:

- Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. **«От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире»** М: Экономика, 2012. - 286 с.
- Григорьева Н.С. Чубарова Т.В. **«Современное здравоохранение: политика, экономика, управление»**. М.: Авторская академия. 2013, -344 с.
- Grigorieva N, Chubarova T. **Patterns of Health Care Reforms in Economies under Transition: a Case of Russia. In: Health Reforms in Central and Eastern Europe** (ed. by J. Biorkman and J. Nemes. Eleven International Publishing .2013.-302 p. (Модели реформ здравоохранения в области экономики в переходный период: пример России) в «Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы»
- Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. **«Гендерный подход в здравоохранении»** / Форма Плюс, Астана, Республика Казахстан, 2014 - 126 с.
- Natalia Grigorieva, Tatiana Chubarova, Chapter 14. **The Russian Federation. In: «Comparative Health Care Federalism»** (ed. by K. Fierlbeck and H A. Palley), Ashgate Publishing. 2015. - 307 p.
- Natalia S. Grigorieva and Tatiana Chubarova. Chapter 8. **Public-Private Partnership in Health Care: Russia's Experience. In: Implementation of New Public Management Tools: experiences from transition and emerging countries.** (Ed. by J. Nemes and M. S. de Vries). IASIA. 2015. – 396 p. (Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: опыт России. В: Реализация инструментов нового государственного управления: опыт переходного периода и развивающихся стран).
- Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. **Здравоохранение стран БРИКС: возможности и ограничения сравнительного исследования // Влияние глобализации и членства в ВТО на качество жизни населения стран БРИКС.** М.: Финансовый университет, 2016. – 187 с.

Спасибо за внимание!

