

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего
профессионального образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет
«Экономика и управления»

Кафедра
«Государственное управление и
социология региона»

Направление подготовки

38.03.04
Государственное и муниципальное
управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

«Управление здравоохранения в Пензенской области»

Студент гр.123ЭГ31

А.С. Алашеева

Руководитель
к.с.н., доцент

Е.В. Еремина

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № _____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ № _____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2015

Введение

Актуальность темы бакалаврской работы определяется, прежде всего, тем, что развитие системы здравоохранения в Российской Федерации на данный момент заняло одно из приоритетных действующих направлений Правительства нашей страны, и это не случайно. Здоровье людей является основой социального благополучия и хорошего финансового функционирования государства. Обеспечение населения легкодоступной медицинской помощью представляет самую главную задачу для любой державы независимо от модели хозяйствования и развития финансовой системы.

Здравоохранение в Российской Федерации до нынешнего дня финансировалось по остаточному принципу. На этом уровне экономического развития одним из основных направлений работы государства является усовершенствование механизма расширения ресурсов, направляемых на финансирование здравоохранения и увеличение производительности их использования.

В данный момент сформировалась многоканальная система финансирования здравоохранения, которая базируется на использовании средств государственного бюджета, системы обязательного медицинского страхования, домохозяйств и ещё средств добровольного медицинского страхования. Размер, структура этих ресурсов и механизм их предоставления на цели финансирования здравоохранения, как показывают исследования, не соответствует в определённой мере потребностям и условиям оказания медицинских услуг.

Недостаточность ресурсов и несбалансированность программ государственных гарантий остаются одной из основных трудностей отечественного здравоохранения и сформировывают необходимость в развитии экономических отношений, привлечения дополнительных источников

финансирования в отрасль здравоохранения, а также возможностей разумного применения уже имеющихся экономических ресурсов.

Широкое разнообразие возникающих трудностей финансирования здравоохранения в России, неоднозначность их практического решения, дискуссионность теоретических аспектов требуют наиболее основательного их изучения, а также выработки практических советов, что делает тему данной работы актуальной.

Государственное управление, по сути, предполагает собой процедуру непрерывной и постоянной реализации функций страны. Данный процесс реализуется в реальную жизнь в виде ежедневной исполнительно-распорядительной деятельности государственных органов. Указанную деятельность осуществляют органы и должностные лица, относящиеся в наше время к одной из трех ветвей государственной власти, а именно, к власти исполнительной. Именно поэтому органы исполнительной власти с полным правом именуются одновременно и органами государственного управления.

Взаимосвязанная целостность указанных органов, исполняющих исполнительно-распорядительную деятельность в основном в рамках правовых отношений, складывающихся по поводу охраны здоровья населения, представляет собой систему государственного управления в сфере здравоохранения.

Неотъемлемым условием поступательного развития общества является надлежащая охрана здоровья его членов. Государство несет особую ответственность за сохранение и укрепление здоровья граждан, так как в отсутствии соответствующей государственной заботы как о здоровье людей в целом, так и о здоровье каждого человека невозможно нормальное развитие российского общества.

Научная новизна и практическая значимость выпускной квалификационной работы связана с тем, что в ней проанализированы основные теоретические аспекты здравоохранения, дан анализ деятельности Министерства здравоохранения по Пензенской области и выявлены основные

проблемы в системе здравоохранения, а также даны практические рекомендации по совершенствованию системы управления здравоохранения.

Теоретической и методологической основой исследования явились работы отечественных ученых в сфере здравоохранения. Теоретические основы функционирования системы здравоохранения разработаны в трудах А.С. Акопяна, А.А. Глашева, О.В. Никульникова, Л.Ю. Трушкина, В.И. Шабайлова, Ю.Л. Шевченко. Анализ системы здравоохранения как государственного института посвящены работы Г.В. Атамнчука, С.Н. Братановского, А.В. Клименко, В.А. Козбаненко, О.В. Никульниковой, Ю.Н. Старилова, В.Е. Чиркина.

Среди отечественных ученых многообразные аспекты развития, анализа, совершенствования системы здравоохранения рассматриваются в трудах И.А. Азовкина, Д.В. Валова, А.В. Колесникова, И.И. Переверзина.

Следует отметить, что **целью выпускной квалификационной работы** является анализ системы управления здравоохранения Пензенской области.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие **задачи**:

- дать определение термину «здравоохранение» и выявить основные признаки здравоохранения;
- определить основные приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения;
- исследовать систему органов управления здравоохранения;
- выявить разграничения предметов ведения и полномочий между органами Российской Федерации и органами субъектов российской Федерации в области здравоохранения;
- проанализировать деятельность Министерства здравоохранения Пензенской области;
- выявить основные проблемы развития системы здравоохранения Пензенской области;
- разработать рекомендации, направленные на совершенствование системы управления здравоохранения.

Объектом исследования является система здравоохранения России.

Предметом исследования выступают состояние, проблемы, перспективы развития системы здравоохранения в регионах России на примеры Пензенской области.

В процессе работы над выпускной квалификационной работой применялись системный и структурно-функциональный подходы, на основе которых проведен комплексный анализ системы управления здравоохранения.

При изучении поставленной проблемы были использованы законодательные и другие нормативно-правовые акты Российской Федерации и Пензенской области.

Эмпирической базой исследования послужили данные общегосударственной статистики и региональной статистики. Также осуществлён вторичный анализ результатов исследований по проблемам развития здравоохранения.

Выпускная квалификационная работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к его оформлению и состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

1 Основы управления системой здравоохранения в Российской Федерации

1.1 Государственная политика в сфере здравоохранения

Отрасль здравоохранения является составным элементом структуры социальной сферы, имея своей целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений. основополагающая роль охраны здоровья как неотъемлемого условия жизни общества признается в ст.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. (далее Основы), [10], а Конституции РФ закрепляет, что охрана здоровья граждан входит в число наиболее важных обязанностей российского государства. [1] Поэтому охрана здоровья населения Российской Федерации является одним из приоритетных направлений социальной политики государства в период реформирования экономики и социальной сферы.

При этом, ст. 1 Основ под охраной здоровья граждан понимает совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. [10]

Охрана здоровья является делом государственной важности. Поэтому целесообразно выделить основные задачи государства в области охраны здоровья граждан. К ним следует отнести: улучшение качества и повышение доступности медицинской помощи; реализацию федеральных и

территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, создание экономических и социальных условий, способствующих снижению распространенности негативных факторов риска и уменьшению их влияния на человека.

В целях решения перечисленных задач, государство, например, разрабатывает и финансирует многочисленные федеральные программы, приоритетными направлениями в которых являются охрана и укрепление здоровья нации; принимает меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; всячески поощряет деятельность, которая способствует укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно – эпидемиологическому благополучию; обеспечивает формирование единого правового пространства системы здравоохранения, законодательное оформление схемы распределения предметов ведения, полномочий и ответственности между уровнями власти по вопросам охраны здоровья граждан; осуществляет управление по созданию единой системы здравоохранения без ведомственных и территориальных разграничений.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь имеет конституционное закрепление. [1]

Наиболее активной отраслью, которая организационно и методически обеспечивает государственные структуры, ведомства и организации мероприятиями по охране здоровья и профилактике заболеваний населения, является здравоохранение.

Рассматривая значение данной категории, необходимо обозначить некоторые его особенности.

Примечательно, что термин «здравоохранение» употребляется практически во всех нормативных актах, регулирующих сферу охраны здоровья, в том числе в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан. Однако, несмотря на это, он не имеет легального определения, а в общепринятом смысле используется без единообразного понимания.

Доктринальное толкование этого термина обнаруживает различные его значения. Поэтому в юридической литературе можно встретить множество определений понятия «здравоохранение».

Так, в теории государства и права здравоохранение, прежде всего, – это функция государства. [20, с. 25] Функция в теории государства и права означает направление, предмет деятельности того или иного политико-правового института, содержание этой деятельности, ее обеспечение. [23, с. 28] Именно в этом смысле говорится о функции государства в целом, правительства, министерства, других государственных органов. При этом государственная функция охраны здоровья населения страны может включать в себя здравоохранение в широком социально – организационном смысле и здравоохранение в узком собственно отраслевом смысле. [28, с. 56-58]

В медицинской и юридической литературе здравоохранение рассматривается как система общественных и государственных социально – экономических и социальных мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшения здоровья народа. [36, с. 12]

Ю. М. Козлов, Д. М. Овсянко, Л. Л. Попов определяют здравоохранение как совокупность государственных и общественных мероприятий чисто медицинского характера: предоставление медицинской помощи и лекарственных средств, лечение и отдых в здравницах. Сюда же относятся меры общего характера: повышение материального благосостояния, оздоровление окружающей среды и т. п. меры, направленные на сохранение и укрепление физического и психического здоровья людей, поддержание их долголетней и активной жизни, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья. [32, с. 607]

Как правило, здравоохранение относится к социальной сфере. Однако существует точка зрения, согласно которой здравоохранение – это не социальная сфера, как приучили относиться к ней и население, и правительство, ставя медицину в один ряд с культурой, образованием, спортом, а система жизнеобеспечения, один из важнейших институтов безопасности

нации, так как речь идет о поистине самом бесценном в мироздании – здоровье и жизни человека, [37, с. 13-17] Следует не согласиться с подобным высказыванием, в подтверждение необходимо привести несколько аргументов.

Так, коллектив авторов под редакцией Валового Д.В. утверждают, что здравоохранение, являясь социальным институтом, институтом социальной сферы, представляет собой систему жизнеобеспечения, и в этом смысле здравоохранение необходимо рассматривать как важный фактор национальной безопасности страны. [21, с. 78] Данное утверждение подчеркивает важность рассматриваемой отрасли в организации и методическом обеспечении государственных структур, ведомств и организаций охранными и профилактическими мероприятиями в области здравоохранения.

Лисицын Ю.П. и Полунина Н.В. также полагают, что здравоохранение отнесено именно к отраслям социальной сферы экономики и представляет собой систему лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных, медицинских мер, а также учреждений государственной и муниципальной собственности, и имеет отраслевую структуру. [27, с. 655] Поэтому здравоохранение занимает исключительное место в социально ориентированной рыночной экономике, и предлагается признать здравоохранение – по аналогии с агропромышленным, топливно-энергетическим, военно-промышленным – медико-производственным комплексом. [16, с.56]

В таких условиях управление здравоохранением является управлением обособленным отраслевым хозяйством, а здравоохранение признается, прежде всего, отраслью, более того – отраслью экономики, и еще того более – отраслью социальной сферы экономики.

Подводя итог исследованию различных позиций в отношении понятия «здравоохранение», можно заключить, что здравоохранение как объект государственного управления и регулирования представляет собой как деятельность государства, так и систему социально-экономических, медико-санитарных мероприятий, осуществляемых организациями здравоохранения,

направленных на обеспечение высокого уровня здоровья граждан путем выявления, предупреждения и лечения болезней; оказание качественной и высокотехнологичной медицинской помощи всем нуждающимся в ней гражданам, а также обеспечение доступности получения такой помощи.

Следует отметить признаки здравоохранения как отрасли государственного управления:

- а) здравоохранение является частью социальной сферы управления;
- б) цель здравоохранения состоит в сохранении и укреплении здоровья населения посредством как проведения эффективной государственной политики, так и профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений;
- в) основными задачами здравоохранения являются: более полное удовлетворение потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи; создание условий для здоровой, активной жизни людей, конкуренции лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности, свободного выбора гражданами медицинского учреждения;
- г) к сфере административно-правового регулирования здравоохранением относятся медицинские учреждения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и органы управления здравоохранением.

Государственное управление здравоохранением строится на основе принципов управления, среди которых можно выделить следующие:

- а) публичная власть управляющего. Для государственного управления здравоохранением необходима власть, право распоряжаться (полномочия) и сила, обеспечивающая исполнение распоряжений;
- б) единство руководства и разделение управленческого труда. Без единого руководства возникает хаос, а разделение труда обеспечивает специализацию, то есть качество управления;
- в) единство распорядительства по определенному кругу вопросов и конкретность исполнителей. При множестве распорядителей, дающих указания

по одному и тому же вопросу, возникает беспорядок, а без конкретного обозначения исполнителя распоряжения не выполняются;

г) приоритет интересов государственного управления во время исполнения служебных обязанностей;

д) централизация и иерархия в управлении. Они создают стабильность и обеспечивают деятельность управленческого механизма как единого целого;

е) постоянство управленческого персонала. Теучка руководителей и исполнителей вредна для дела;

ж) недопущение дискриминации в отношении начальников, подчиненных, сотрудников управляющего органа. Поощрения и наказания должны быть соразмерны поступку и расцениваться коллективом как обоснованные, справедливые;

з) обратная связь в управлении. Управляющий должен учитывать результаты своих действий и корректировать их, если обратная связь указывает на необходимость этого;

и) иные принципы государственного управления (законность, научность, демократичность, действенный учет и контроль).

Деятельность по управлению, применение различных его способов образуют процесс государственного управления, который, как важная часть характеристики структуры государственного управления, включает в себя следующие элементы: цели и задачи управления, функции управления, формы и методы их осуществления.

Под целями и задачами понимается «область должного, очерчивающая в общем плане отрасль, сферу, предмет деятельности органа». [26, с. 104] В системе управления важнейшее значение имеют его цели. Весьма точное определение дал Г.В. Атаманчук: управление – это целеполагающее, т.е. сознательное, продуманное, организующее и регулирующее воздействие людей на собственную общественную жизнедеятельность, которое может быть осуществлено как непосредственно (в форме самоуправления), так и через специально созданные органы и структуры (государственные органы,

политические партии, общественные объединения, предприятия, общества, союзы и пр.). [18, с. 29-30] Определение целей – первооснова, которой подчинено функционирование систем управления, начиная с разработки задач и формирования их структур и кончая оценкой результатов деятельности (соответствие достигнутого поставленным целям). На практике выбор цели действий имеет исключительно важное значение в деятельности руководителя или организации управления, так как правильно выбранная цель определяет успешное решение задач. Поэтому в отрасли здравоохранения все шире применяется программно-целевое управление, ориентированное на достижение конкретных целей. [19, с. 6]

Следует отметить, что, будучи сложной по своей структуре, система управления здравоохранением имеет не одну, а много связанных между собой целей, которые взаимно дополняют друг друга, но в то же время имеют различную направленность. Однако по своей природе они не противоречивы, так как отражают различные стороны главной цели управления здравоохранения в России, в качестве которой выступают выработка и применение системы мер, направленных на снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах. Главная цель управления распадается на производные (подцели) различного порядка, которые ставятся перед субъектом управления. Анализ содержания правовых актов органов государственного управления здравоохранением, уставов, положений, регламентирующих деятельность учреждений здравоохранения, литературы по вопросам здравоохранения позволяет определить наиболее важные подцели управления здравоохранением, которые могут быть классифицированы следующим образом:

- а) профилактические;
- б) реабилитационные;
- в) лечебно-оздоровительные;
- г) диагностические;
- д) демографические;

- е) репродуктивные;
- ж) правовые.

По значимости можно выделить:

- а) стратегические;
- б) тактические;
- в) оперативные цели.

Цели управления определяют суть управленческого решения: выбор действий, при помощи которых цели должны быть достигнуты.

Что же касается государственной политики в области здравоохранения, то здесь можно выделить основные её приоритеты:

- а) поддержка мер по сохранению и укреплению здоровья населения;
- б) отнесение здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности;
- в) соблюдение прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- г) ответственность органов государственной власти, юридических лиц и должностных лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья населения;
- д) приоритетность финансирования системы здравоохранения;
- е) обеспечение гарантий предоставления гражданам медицинской помощи, соответствующей установленным стандартам качества медицинской помощи;
- ж) обеспечение системы здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами;
- з) разграничение полномочий и предметов ведения в области здравоохранения между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления;
- и) соблюдение единства интересов граждан и государства в области здравоохранения;

к) доступность медицинской помощи гражданам на территории всей Российской Федерации;

л) реорганизация государственно - муниципального сектора путем передачи в государственно - муниципальный сектор ведомственных организаций здравоохранения;

м) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

н) приоритетность мер по профилактике заболеваний, обеспечение санитарно - эпидемиологического благополучия населения, санитарное просвещение населения и пропаганда здорового образа жизни.

Таким образом, государственная политика в области здравоохранения направлена на создание таких условий для системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять санитарное просвещение населения, профилактику заболеваний, обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам, проводить научные исследования в области здравоохранения и подготовку медицинских и фармацевтических работников, поддерживать и развивать материально - техническую базу системы здравоохранения.

1.2 Система органов управления здравоохранения

В содержательном значении здравоохранение – это институт реализации государственных гарантий в области охраны здоровья с системной формой устройства, представляющий собой, с организационно-правовой точки зрения, неоднородную систему.

Следует отметить, что понятие системы здравоохранения в настоящее время также не закреплено ни в одном из действующих нормативных правовых актов, однако, сам термин «система здравоохранения» можно встретить, например, в п.2 ст.41 Конституции РФ, устанавливающем, что В Российской Федерации, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной

и частной систем здравоохранения, а также в ст.2 проекта Федерального закона «О здравоохранении в Российской Федерации». Последний под системой здравоохранения Российской Федерации понимает совокупность органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения и практической деятельности в области здравоохранения, взаимодействующих в целях профилактики заболеваний, сохранения, укрепления здоровья граждан и оказания им медицинской помощи. Чтобы определить подходит ли данное определение для обозначения термина «система здравоохранения», необходимо тщательно проанализировать действующее законодательство и юридическую литературу.

В юридической литературе говорится, что в систему здравоохранения входят лечебные, лечебно-профилактические, научно-исследовательские, санитарно-эпидемиологические, аптечные, родильные, образовательные учреждения, предприятия по производству медицинской техники, лекарств и органы управления здравоохранением. [24, с.740] В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения, развитие которых гарантируется Конституцией. Каждая из систем здравоохранения РФ (государственная, муниципальная и частная) имеет свою структуру, закреплённую в Основах. Рассмотрим их подробнее.

К государственной системе здравоохранения относятся:

а) федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан;

б) находящиеся в государственной собственности и подчинённые федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения лечебно-

профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации;

в) медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ведомственные учреждения). При этом к ведомственным учреждениям здравоохранения можно отнести лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерств здравоохранения субъектов в составе РФ.

Статус ведомственных учреждений в настоящее время недостаточно регламентирован, и наличие подобных учреждений вызывает до сих пор споры в обществе.

К муниципальной системе здравоохранения, могут относиться органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

На муниципальном уровне обеспечение охраны здоровья населения осуществляется муниципальными органами управления здравоохранением,

которые несут ответственность в пределах своей компетенции. А именно, они несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль качества оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лиц, занимающимися частной медицинской практикой.

Особенностью муниципального здравоохранения сегодня стало появление в его системе множества новых видов учреждений или структур: дневные стационары, микрополиклиники, дома сестринского ухода, хосписы, подразделения врачей общей практики и др. Одним из ведущих направлений реформирования муниципального здравоохранения явилось смещение акцента со стационарной на менее затратную амбулаторно-поликлиническую помощь.

Перестройка муниципального здравоохранения связана с необходимостью упорядочения (но не ликвидации) ведомственной медицины; правового регулирования статуса медучреждений (сейчас создается много структур с нечетко определенным статусом); решения проблемы обеспечения населения специализированными видами медицинской помощи (по мере расширения практики семейных врачей необходимость в узких специалистах возрастет).

В России в качестве гарантии права на свободное развитие в сфере охраны здоровья предусмотрен такой конституционный институт, как частная система здравоохранения, формирование которой сдерживается за счет коммерциализации государственных лечебных учреждений, прежде всего специализированных и высокотехнологичных центров.

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

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

Целью частной системы здравоохранения является оказание платных медицинских услуг. Поэтому в качестве частной системы здравоохранения можно рассматривать не систему субъектов – организаций, основанных на частной форме собственности, а систему отношений по оказанию платных медицинских услуг, возникающих с целью реализации конституционного права граждан на свободное развитие в сфере охраны здоровья. Субъектами таких отношений могут быть как частные организации здравоохранения, так и те из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которым предоставлено право оказывать платные медицинские услуги.

В соответствии с Конституцией РФ государство и муниципальные образования на деле должны принимать меры, способствующие становлению и укреплению частной медицины. [1] В частности, для стимулирования частной инициативы в сфере предоставления медицинских услуг необходимо создание льготных условий. Без наличия соответствующих условий, способствующих развитию частного сектора медицины, государственные медицинские учреждения, для обеспечения реализации гражданами конституционного права на медицинскую помощь, получают возможность оказывать услуги (платные) сверх тех (бесплатных), которые гарантируют право на достойную жизнь. В результате государственные медицинские учреждения на ниве платной медицины получили существенные преимущества по сравнению с частными и, конкурируя с ними, все дальше вытесняют их с рынка при помощи административного ресурса и бюджетных ассигнований.

В процессе управления здравоохранением в России принимают участие многие органы государственной власти и органы местного самоуправления, однако организацию реального воплощения целей здравоохранения по уменьшению потерь потенциальной и активной жизни населения осуществляют исполнительные органы государственной власти с присущими им

полномочиями и структурой, которые в своей совокупности образуют систему органов управления здравоохранением. [29, с.17]

Совокупность органов управления здравоохранением и система их взаимоотношений на основе разграничения компетенции между ними образуют систему органов управления здравоохранением, которая обусловлена федеративным государственным устройством РФ. В настоящее время термин «система» имеет чрезвычайно широкий спектр применения: нет такой области человеческой деятельности, где бы он не использовался. Подобный «системный бум» свидетельствует об универсальности данного понятия. При этом следует различать понятия «структура» и «система органов управления здравоохранением». «Система» и «структура» – неразрывные парные понятия, которые не существуют одно без другого. Всякая система имеет свое внутреннее строение (структуру), а любая структура неразрывно взаимосвязана с определенной системой, принадлежит ей и характеризует ее. [25, с. 81]

Таким образом, исходя из Конституции РФ, согласно которой здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов, система органов управления здравоохранением представлена федеральными и субъектами Федерации государственными органами исполнительной власти, а также муниципальными органами местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению и учреждений системы здравоохранения по подчиненности.[1] Основными элементами системы органов управления здравоохранением являются подсистема государственного управления здравоохранением, состоящая из федеральных и органов управления здравоохранением субъектов РФ, а также подсистема муниципального управления здравоохранением, которую составляют муниципальные органы местного самоуправления. Рассмотрим каждую из указанных подсистем.

Подсистема государственного управления здравоохранением представлена федеральными органами управления здравоохранением и органами управления субъектов Федерации.

Федеральные органы управления здравоохранением призваны осуществлять управление здравоохранением на всей территории России. Общее руководство системой здравоохранения возложено на Президента РФ как гаранта защиты основных прав и свобод граждан РФ и Правительство РФ.

Президент РФ принимает нормативные акты по вопросам здравоохранения, определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию РФ ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства РФ и других федеральных органов исполнительной власти в этой области.

Согласно ст. 110 Конституции РФ исполнительную власть в стране осуществляет Правительство РФ. Полномочия Правительства РФ в социальной сфере закреплены в Федеральном конституционном законе от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ (в ред. от 02.03.2007 г. № 3-ФКЗ) «О Правительстве Российской Федерации». [2] В частности Правительство РФ осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан; разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения либо непосредственно учитывающие его важнейшие интересы; в целях координации деятельности и осуществления государственной политики в области здравоохранения уполномочивает специально образованные федеральные органы или иные федеральные органы исполнительной власти на решение задач в сфере охраны здоровья населения; представляет палатам Федерального Собрания Российской Федерации ежегодные государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации и о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации.

В настоящее время по вопросам здравоохранения действует ряд законов Российской Федерации, конкретизирующих основные положения единой государственной политики в сфере здравоохранения, которые реализуются

через федеральные целевые программы, утверждаемые Правительством РФ. Руководствуясь законами, Правительство РФ осуществляет регулирование: основных требований, предъявляемых к деятельности государственных и муниципальных органов по созданию условий, необходимых для поддержания физического и психического здоровья граждан; компетенции федеральных органов исполнительной власти, ведающих вопросами охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основных положений об организации учреждений здравоохранения и их взаимоотношениях с гражданами; организации оказания гражданам лечебной лекарственной помощи, а также решает основные вопросы подготовки кадров для системы здравоохранения.

В то же время полномочия по государственному руководству всей отраслью здравоохранения сосредоточены в руках отраслевых органов.

В соответствии с законодательством Российской Федерации органом управления здравоохранением, ответственным за организацию деятельности системы здравоохранения на федеральном уровне является Министерство здравоохранения Российской Федерации, которое функционирует в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 (ред. от 03.06.2015) "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015). [13]

Министерство обладает всеми основными признаками, присущими любому другому административному ведомству. В его структуру входят: отраслевой программно – целевой блок, разветвленная сеть учреждений здравоохранения, многоуровневая система управления и собственность. Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, который:

- осуществляет функции по выработке государственной политики и нормативно – правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа,

медицинской помощи, медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, санитарно – эпидемиологического благополучия, уровня жизни и доходов населения, демографической политики, медико – санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико – биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, оплаты труда, пенсионного обеспечения, в том числе негосударственного пенсионного обеспечения, социального страхования, условий и охраны труда, социального партнерства и трудовых отношений, занятости населения и безработицы, трудовой миграции, альтернативной гражданской службы, государственной гражданской службы (за исключением вопросов оплаты труда), социальной защиты населения, в том числе социальной защиты семьи, женщин и детей;

– осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Федерального медико-биологического агентства, Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, а также координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В систему Министерства здравоохранения Российской Федерации, помимо вышеобозначенных служб, агентств и фондов, входят его территориальные органы (зональные управления специализированных санаториев), государственные лечебно – профилактические, научно – исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические, аптечные предприятия и другие организации, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения, учреждения судебно – медицинской экспертизы, центры

государственного санитарно – эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, службы материально – технического обеспечения, иные предприятия, учреждения и организации, подведомственные этому Министерству.

Таким образом, основными задачами Министерства Российской Федерации, в соответствии с Положением о нём, являются выработка государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей.

Помимо основных, Министерство здравоохранения Российской Федерации и находящиеся в его ведении федеральные агентства и федеральные службы, Российская академия медицинских наук, а также государственные внебюджетные фонды, деятельность которых координирует Министерство, решают также специальные задачи, в числе которых: повышение эффективности функционирования системы здравоохранения; обеспечение доступности и качества медицинской помощи; улучшение состояния здоровья детей и матерей; обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами; предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

Здравоохранение относится к социальным системам, регулирование деятельности которых и управление осуществляется на межсекторальном уровне, то есть деятельность субъектов системы зависит от решений и политики различных министерств и ведомств федерального уровня. Поэтому, осуществляя свою деятельность, Министерство здравоохранения Российской Федерации взаимодействует с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Российской академией медицинских наук, профессиональными медицинскими ассоциациями, общественными объединениями и иными организациями. В данном случае речь идет об

управленческих отношениях в сфере здравоохранения, формируемых не по вертикали власти, а по горизонтали.

Например, финансирование учреждений здравоохранения осуществляется преимущественно за счет бюджетов всех уровней. В связи с этим в реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан велика роль Министерства финансов Российской Федерации и его структурных подразделений на соответствующих территориях.

Министерство обороны Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации принимает меры по повышению уровня медицинского обеспечения и качества медицинского обслуживания населения в рамках федеральных целевых программ по защите населения от воздействия радиационных аварий и испытаний ядерного оружия.

Взаимодействие Министерства здравоохранения Российской Федерации с такими федеральными органами исполнительной власти как Министерство внутренних дел Российской Федерации, Федеральная служба безопасности, Федеральная таможенная служба, Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков проявляется при осуществлении совместного контроля за оборотом и порядком использования наркотических средств и психотропных веществ.

Требования Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии являются обязательными для Министерства здравоохранения Российской Федерации при выдаче им разрешений на применение в медицинских целях лекарственных и диагностических средств, иммунобиологических препаратов, новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий; утверждении, в пределах своей компетенции, государственных стандартов и медико-технических требований на изделия медицинского назначения и медицинскую технику.

Развитие материально-технической базы системы здравоохранения и регулирование инвестиций в здравоохранение осуществляется Министерством

здравоохранения Российской Федерации совместно с Министерством экономического развития и торговли Российской Федерации.

Вопросы экспорта и импорта лекарственных, диагностических, дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники напрямую связаны с качеством профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мер по охране здоровья. Министерство здравоохранения Российской Федерации решает этот комплекс вопросов совместно с Министерством экономического развития и торговли Российской Федерации и Федеральной таможенной службой Российской Федерации.

При этом практической реализацией управленческих полномочий занимаются Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию. [12]

В современных условиях рыночной экономики к системе органов управления здравоохранением можно отнести также Федеральные фонды социального страхования и обязательного медицинского страхования, так как свойственными им методами фонды активно участвуют в управлении здоровьем населения. Фактически эти федеральные ведомства осуществляют исполнительно-распорядительную деятельность, наделены оперативной самостоятельностью, имеют большие штаты, образуются высшими органами государственной власти, подотчетны и подконтрольны им; их образование, организационная структура и порядок деятельности в основном регламентируются административно-правовыми нормами.

Страховая медицинская организация вправе одновременно проводить добровольное и обязательное медицинское страхование, но на основе отдельных лицензий. При этом страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Фонд социального страхования РФ согласно Положению о нем, утвержденному постановлением Правительства РФ от 12 февраля 1994 г. № 101 управляет средствами государственного социального страхования и является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ. [11]

Региональные отделения Фонда образуются в субъектах Российской Федерации, а центральные отраслевые отделения Фонда – в отдельных отраслях хозяйства. Руководство региональными и отраслевыми отделениями Фонда осуществляют управляющие соответствующими отделениями, которые несут персональную ответственность за их работу.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования. Он является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Управление Федеральным ФОМС осуществляется коллегиальным органом – правлением и постоянно действующим исполнительным органом – директором Федерального фонда, который, как и его первый заместитель, назначается на должность и освобождается от нее Правительством Российской Федерации. Контроль за деятельностью Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет ревизионная комиссия.

Помимо перечисленных субъектов, в управлении здравоохранением активную роль играют общественные объединения и организации, например, профсоюзы, общество Красного Креста и Красного Полумесяца и др.

В приоритетных областях современного российского здравоохранения первоочередная роль сегодня принадлежит не официальным властным институтам, не министерским или региональным органам управления, а самым разным профессиональным и общественным медицинским объединениям.

Активную роль в последнее время в регулировании вопросов здравоохранения, в первую очередь защиты прав медицинских работников,

играют профсоюзы. Наиболее крупной и представительной организацией является Федерация независимых профсоюзов, в которую входит также профсоюз работников здравоохранения. Профсоюзы также участвуют в формировании политики и в управлении здравоохранением. С одной стороны, выполняя свои обязанности, профсоюзы защищают интересы работников здравоохранения перед работодателями, то есть руководителями органов и учреждений здравоохранения. Это касается в первую очередь вопросов оплаты труда. С другой стороны, профсоюзы являются одной из сторон федеральной трехсторонней комиссии по урегулированию социальных вопросов на федеральном и на региональном уровнях. Ни один из социально значимых, в том числе и относящихся к здравоохранению вопросов не должен решаться без обсуждения и согласования на трехсторонней комиссии. Это касается проектов законов, разрабатываемых Правительством Российской Федерации, и проектов постановлений Правительства Российской Федерации. Кроме того, два представителя профсоюзов входят в состав правления Федерального ФОМС.

Таким образом, все наиболее важные вопросы политики обязательного медицинского страхования решаются при участии профсоюзов.

Для осуществления общественного контроля за деятельностью в области здравоохранения при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органах местного самоуправления могут создаваться попечительские (наблюдательные) советы в области здравоохранения. Порядок формирования и полномочия попечительских (наблюдательных) советов в области здравоохранения определяются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Деятельность этих различных организаций и обществ крайне важна и в законодательной сфере в области национального здравоохранения, и в решении проблем медицинского образования, и в использовании медицинской информации и технологий и, конечно, в медицинской этике. Они призваны добиваться необходимых обществу решений, твердо отстаивая свое мнение в институтах государственного устройства. Ведь в соответствии с

международными конвенциями, нормами международного права, гражданским и профессиональным кодексами на врачей возложено не только лечение и организация профилактики болезней, но и обязанность побуждать власти к активным действиям.

Управление здравоохранением субъекта Российской Федерации как отраслью осуществляется уполномоченным исполнительным органом государственной власти по здравоохранению, образованным на основании распорядительного акта высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Уполномоченный исполнительный орган государственной власти по здравоохранению входит в государственную систему здравоохранения субъекта Федерации и, являясь высшим управленческим отраслевым звеном в регионе, реализует государственную политику Российской Федерации и ее субъекта, организует выполнение федеральных и региональных программ, проводит анализ состояния здоровья населения и разрабатывает мероприятия по его улучшению, обеспечивает реализацию обязательного медицинского страхования, осуществляет региональную программу оказания медицинской и лекарственной помощи населению, разрабатывает социальные нормативы здравоохранения в регионе, координирует деятельность органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан и многое другое.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения осуществляют контроль за реализацией органами местного самоуправления в области здравоохранения законодательства Российской Федерации в области здравоохранения, соблюдением на территории муниципальных образований государственных социальных стандартов, стандартов качества медицинской помощи, а также за достоверностью медицинской статистики и отчетности.

Например, в Пензенской области таким органом является Министерство здравоохранения Пензенской области, деятельность которого, как органа отраслевого управления осуществляется на основе постановления правительства Пензенской области от 19 августа 2013 года №591. [14] Министерство возглавляет Министр, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Губернатором Пензенской области по предложению Вице-губернатора - Председателя Правительства Пензенской области. Министр здравоохранения имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности по согласованию с Правительством Пензенской области. Распределение обязанностей между заместителями производит Министр. Министр здравоохранения Пензенской области – Стрючков Владимир Викторович.

Приказы и указания Министерства по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний, а также по другим вопросам, отнесенным к компетенции Министерства, обязательны для всех учреждений, предприятий и организаций, независимо от их организационно-правовой формы. Министр здравоохранения в необходимых случаях издает с руководителями других ведомств и организаций совместные приказы и инструкции.

В Министерстве здравоохранения образуется коллегия. Председатель коллегии - Министр. В состав коллегии могут входить работники Министерства, руководящие работники и специалисты учреждений, предприятий и организаций здравоохранения, общественных объединений. Состав коллегии утверждается Правительством Пензенской области.

Коллегия является совещательным органом и рассматривает на своих заседаниях основные вопросы, касающиеся развития здравоохранения и деятельности Министерства, учреждений, предприятий и других организаций здравоохранения, подбора и расстановки кадров, подготовки проектов важнейших приказов и указаний, проверки их исполнения, заслушивает доклады руководителей структурных подразделений, руководителей учреждений, предприятий, организаций здравоохранения.

Решения коллегии проводятся в жизнь приказами Министра здравоохранения.

Система здравоохранения Пензенской области включает в себя всего муниципальных больничных учреждений - 16 ед. Амбулаторно-поликлинических и амбулаторно - диагностических учреждений - 31 ед. Муниципальных аптек - 17 ед. Муниципальных аптечных киосков - 17 ед. Всего больничных коек - 3585 ед.

На территории города Пенза располагается одно из крупнейших медицинских учреждений в Приволжском регионе, Пензенский Областной онкологический диспансер, построенный в 1992 году.

В 2008 году открылся Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии, что делает доступным проведение операций на сердце не только в Москве. В Пензенском кардиологическом центре – новейшая аппаратура, врачи со всей России и возможность делать до 20 операций в сутки.

Структура системы здравоохранения включает в себя не только муниципальные предприятия, но и частные клиники. В городе Пензе их более 20. Одним из лидеров на данном сегменте рынка является медицинский центр «Эскулап», в котором все врачи владеют современными методами лечения с применением новейших технологий и медицинской техники. В данной сфере также успешно функционируют такие компании как центр клинической медицины МедМикс, клинико-диагностический центр MEDI КЛИНИК, центр репродуктивного здоровья, стоматологическая клиника «Энея» и другие компании.

Что же касается основных задач Министерства здравоохранения, то здесь можно выделить следующие:

- реализация государственной политики в области охраны здоровья населения Пензенской области и других граждан, находящихся на ее территории, в пределах компетенции и прав, предоставленных Министерству Правительством Пензенской области;

- изучение состояния здоровья населения, разработка приоритетных направлений и программ, обеспечивающих охрану здоровья населения области, в том числе и по программам обязательного медицинского страхования;
- обеспечение функционирования ведомственной системы специального профессионального образования в области здравоохранения. Подготовка и переподготовка медицинских кадров;
- координация, обеспечение методического руководства и осуществление взаимодействия государственной, в том числе ведомственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- разработка нормативов и стандартов в области охраны здоровья населения;
- развитие сети учреждений здравоохранения;
- хозяйственное и материально - техническое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения по централизованным закупкам;
- контроль за целевым использованием бюджетных ассигнований, внебюджетных средств, в т.ч. средств обязательного медицинского страхования, основных и оборотных фондов, материальных запасов, малоценных и быстроизнашивающихся предметов в государственных учреждениях и на предприятиях, входящих в областную систему здравоохранения;
- участие в организации научно - исследовательских работ и опытно-конструкторских разработок по приоритетным направлениям охраны здоровья населения области и контроль за их использованием в практике областного здравоохранения;
- разработка и участие в реализации программ социальной защиты медицинских работников;
- участие в развитии внешнеэкономических связей, международного, межрегионального и межведомственного сотрудничества, направленных на удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах;

- принятие предусмотренных законом чрезвычайных мер, направленных на спасение жизни людей, защиту их здоровья и прав, в случаях стихийных бедствий, экологических катастроф, эпидемий и эпизоотий, пожаров, нарушения общественного порядка, информирование населения о проводимых мероприятиях по их устранению;

- обеспечение контроля за сохранением гарантированного уровня бесплатной медицинской помощи;

Для решения возложенных на него задач Министерство осуществляет следующие функции:

- изучает состояние здоровья населения и определяет направление развития здравоохранения Пензенской области;

- организует совместно с органами исполнительной власти, ведомствами, общественными организациями разработку целевых медицинских программ по охране здоровья и профилактике заболеваний населения, условий его жизнедеятельности, финансируемых из федерального или местного бюджетов, контролирует их исполнение;

- производит в установленном порядке экспертизу проектов территориальных и других программ, затрагивающих вопросы охраны здоровья, входящих в компетенцию Министерства;

- контролирует исполнение действующего законодательства, относящегося к компетенции Министерства, государственными медицинскими, другими учреждениями и предприятиями, иными юридическими и физическими лицами, оказывающими населению медицинскую помощь и услуги в области здоровья;

- определяет потребности в лекарственных, диагностических и дезинфекционных средствах, иммунобиологических препаратах, изделиях медицинского назначения, медицинской технике и участвует в определении объемов поставок этой продукции;

- совместно с заинтересованными органами исполнительной власти осуществляет контроль за оборотом и порядком использования наркотических и психотропных средств в учреждениях здравоохранения;
- осуществляет в установленном порядке контроль за финансово-хозяйственной деятельностью подведомственных Министерству учреждений, предприятий и других организаций;
- рассматривает предложения, заявления и жалобы граждан и принимает по ним необходимые меры, организует прием граждан по вопросам, отнесенным к его компетенции;
- обеспечивает совершенствование профилактической, лечебно-диагностической и лечебно-оздоровительной работы;
- организует диспансеризацию и медицинскую реабилитацию лиц, подвергшихся техногенному и радиационному воздействию;
- организует в учреждениях здравоохранения диспансеризацию и медицинскую реабилитацию больных, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и другими социально значимыми заболеваниями;
- в пределах своей компетенции осуществляет методическое руководство медицинской реабилитацией инвалидов;
- в пределах своей компетенции организует мероприятия по профилактике инфекционных, паразитарных заболеваний, особо опасных инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний и отравлений, а также неинфекционных заболеваний, связанных с воздействием на здоровье человека неблагоприятных факторов среды его обитания;
- определяет целесообразность и организует лечение граждан за пределами Пензенской области;
- разрабатывает предложения по оказанию медицинской помощи нуждающимся в социальной защите группам населения (детям, пенсионерам, лицам, больным определенными заболеваниями, и др.);

- разрабатывает мероприятия, обеспечивающие охрану здоровья матери, отца, ребенка и членов семьи, осуществляет контроль за их выполнением;
- участвует в решении вопросов медико-социальной помощи семье, матери, отцу и ребенку;
- разрабатывает предложения, направленные на улучшение питания детей, беременных женщин и кормящих матерей;
- осуществляет работу по ведению статистики в здравоохранении, осуществляет методическое руководство порядком статистического учета в органах, учреждениях и других организациях здравоохранения, контролирует достоверность статистической информации;
- совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования обеспечивает взаимодействие информационных систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в области информационного, программного, технического и сетевого обеспечения;
- в пределах выделенных средств финансирует мероприятия, вытекающие из международных обязательств Пензенской области в области здравоохранения.

Развитие областного здравоохранения осуществляется в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и государственной политики в области укрепления здоровья населения Пензенской области, которая служит корректировке целей и подходов к здравоохранению, конкретизации задач и объектов реформ.

1.3 Нормативно-правовые основы системы управления здравоохранением

Как было отмечено, в процессе управления здравоохранением в России принимают участие многие органы государственной власти и местного

самоуправления. Однако в ходе организации здравоохранения существует множество функций, задач, элементов руководства подведомственными системами, которые могут осуществить далеко не все органы исполнительной власти. Решение этой проблемы достигается путем распределения полномочий и предметов ведения между федеральными и региональными структурными звеньями государственной власти. Поскольку Конституция РФ гарантирует местное самоуправление, возникает также необходимость разграничения предметов ведения и полномочий между исполнительными органами субъектов Федерации и муниципальными органами.

Современная система российского здравоохранения является единой федеративной, означающей государственную целостность и разграничение предметов ведения и полномочий; состоит из равноправных субъектов – региональных систем здравоохранения.

Толковый словарь русского языка определяет «полномочия» как официально предоставленные кому-нибудь права какой-нибудь деятельности, ведения дел. [30, с. 571] Юридическая наука использует термин «полномочия» для характеристики прав и обязанностей какого-либо органа, должностного лица: он в равной степени охватывает и права и обязанности. Права органа управления всегда соразмерны с его функциями и обязанностями. Вместе с тем у органа не может быть абстрактных прав. Как не может быть и абстрактных обязанностей.

Следовательно, полномочия органа управления здравоохранением представляют собой права и (или) обязанности применять необходимые в определенной ситуации формы и методы управления для решения предметов ведения и отражают, закрепляют и показывают пределы участия данного органа в осуществлении той или иной функции управления.

Образование того или иного органа непременно предполагает сферу его деятельности, определенные предметы ведения. Термин «предметы ведения» получил различное толкование среди российских ученых. К.Ф.Шерemet определял «предметы ведения» как «общественные отношения, в которых

орган... юридически компетентен». [38, с. 13] И.А. Азовкин трактовал «предметы ведения» как «сферу приложения компетенции». [15, с. 51] Исходя из приведенных суждений, под предметами ведения рассматриваемых органов следует понимать круг вопросов (дел) по управлению различными объектами на подведомственной территории, решение которых обеспечивает достижение поставленных целей и задач в области здравоохранения.

Таким образом, понятия «полномочия» и «предметы ведения» неразрывно связаны между собой, так как предметы ведения предопределяются характером и объемом предоставленных полномочий.

Государственное устройство Российской Федерации предусматривает разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления. При этом ряд вопросов находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Необходимость в разграничении предметов ведения между Российской Федерацией и ее субъектами обусловлена следующими причинами:

Во-первых, в демократическом государстве в условиях рыночной экономики предполагается наличие достаточно ограниченных административных ресурсов. С такими ресурсами задачу управления можно эффективно решить только в том случае, если приблизить органы управления здравоохранения к объекту управления, в том числе позволив – в определенных пределах – осуществлять необходимое нормативное правовое регулирование на соответствующем уровне. Приближение органов власти к объекту управления позволяет принимать оптимальные управленческие решения в кратчайшие сроки с максимальным учетом местных особенностей, и тем самым эффективно влиять на экономическую ситуацию в стране.

Во-вторых, субъекты Российской Федерации существенно отличаются друг от друга по уровню социально – экономического развития, в том числе в части специальных материальных финансовых и человеческих ресурсов отрасли здравоохранения. Это требует учета в правовом регулировании,

который возможно осуществить, либо предусмотрев в нормативных правовых актах федерального законодательства особенности всех субъектов Российской Федерации, либо предоставив им полномочия и соответствующие материальные ресурсы, чтобы они сами в рамках, установленных федеральным законодательством, регулировали отношения в сфере здравоохранения с учетом региональной специфики.

Полномочия и предметы ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации определяются Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, частично Федеративным договором, который применяется в части, не противоречащей Конституции Российской Федерации. Нормы Конституции РФ, а также нормы федеральных законов, связанные с координацией вопросов здравоохранения, позволяют, с одной стороны разграничить, а с другой – скоординировать полномочия в сфере здравоохранения всех уровней государственной власти, в том числе субъектов РФ и муниципальных образований.

Вместе с тем, разграничение полномочий исполнительных органов в области здравоохранения определяется Конституцией Российской Федерацией в самом общем виде. Поэтому, помимо Конституции Российской Федерации, правовую основу разграничения полномочий в сфере здравоохранения между органами государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации органами местного самоуправления, а также деятельности муниципальных образований по оказанию услуг в области здравоохранения составляют следующие нормативные акты: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; «Об общих принципах организации деятельности законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» [6]; «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»[3], «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»[5]; «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»[4]; «О

предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»[7] и др.

С 1 января 2005 г. вступил в силу ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов „О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации“ и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации“ от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ. [9] В соответствии с этим законом внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан.

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

В соответствии со ст.35 упомянутого закона внесены изменения в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Так, в статье, определяющей полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья (ст.5), признаны утратившими силу статьи, определяющие полномочия органов государственной власти в установлении структуры, порядка организации и деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения. Также из Основ исключены полномочия по определению доли расходов на здравоохранение при формировании федерального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики в области охраны здоровья. Это связано с тем, что структура и порядок организации и деятельности федеральных органов

исполнительной власти регулируются Федеральным конституционным законом «О Правительстве Российской Федерации» и не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья граждан. [2] Формирование федерального бюджета и налоговая политика определяются Бюджетным и Налоговым кодексами РФ и также не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья.

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

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

В полномочия федеральных органов государственной власти введены полномочия по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности; выдаче разрешений на применение на территориях субъектов РФ новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий, деятельности, связанной с оборотом наркотических, сильнодействующих и психотропных средств. Ранее эти полномочия относились к полномочиям субъектов РФ. Думается, что это нововведение, с одной стороны, будет способствовать расширению контрольных полномочий

федеральных органов, что должно привести к повышению эффективности оказания медицинской помощи, но, с другой стороны, Министерство здравоохранения Российской Федерации не сможет контролировать деятельность всех медицинских и фармацевтических организаций в огромной стране. Поэтому, целесообразно оставить упомянутые полномочия в ведении регионов.

Новации коснулись также отношений в области финансирования здравоохранения и лекарственного обеспечения, на основе принципов разграничения полномочий между федеральными, региональными органами государственной власти и органами местного самоуправления. В результате указанных преобразований с 2005 года регионы сами финансируют все свои обязательства.

Многие полномочия и финансовые обязательства федеральных органов власти переходят на уровень субъектов Российской Федерации, в частности разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, медицинскому образованию, расходы на здравоохранение, специализированную помощь (по лечению кожно-венерологических, онкологических заболеваний, туберкулеза, наркозависимости), включая обеспечение специализированных учреждений лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами, донорской кровью и ее компонентами. Фактически диагностика, лечение и лекарственное обеспечение больных социально значимыми заболеваниями также будут финансироваться только из региональных бюджетов. Подобное разграничение полномочий крайне несправедливо. Получается, что стандарты оказания помощи больным, например, социально-значимыми заболеваниями будут разрабатываться с учетом финансовых возможностей субъектов Российской Федерации. Но в каждом регионе такие возможности существенно разнятся, следовательно, в итоге больные получают медицинскую и лекарственную помощь разного качества, что в принципе является недопустимым.

Широкий диапазон вопросов, решаемых самостоятельно субъектами Российской Федерации, говорит о том, что в каждом регионе всегда имеется ряд первоочередных проблем в области здравоохранения, оперативность и качество решения которых во многом зависят от четкости разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти различных иерархических уровней.

Таким образом, жестко разграничив полномочия в вопросах здравоохранения с субъектами Российской Федерации, ответственность за возможные проблемы в этой сфере федеральный центр возложил на регионы.

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, по соглашению друг с другом (на основе договора), могут передавать друг другу часть своих полномочий, если это не противоречит Конституции Российской Федерации и федеральным законам. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения разрабатывает типовые соглашения в области здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия между Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации, которым предусматриваются обязательства сторон по:

- реализации государственной политики в области здравоохранения, федеральных целевых программ в области здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;

- развитию системы здравоохранения и обеспечению граждан медицинской помощью в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации государственными социальными стандартами и программами государственных гарантий в организациях здравоохранения, расположенных на территории субъекта Российской Федерации и подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Положения типовых соглашений применяются при разработке конкретных соглашений субъектов Российской Федерации, которые являются

неотъемлемой частью договора о разграничении предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъекта Российской Федерации. В указанных соглашениях не могут устанавливаться условия, снижающие объем и качество оказания медицинской помощи гражданам по сравнению с установленным Федеральным законом уровнем.

Существенную роль в сохранении и укреплении целостности Российской Федерации, реализации государственной политики, в том числе и здравоохранительной, сыграла практика заключения договоров о разграничении предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ. Консолидирующая роль этих документов как бы завершает и юридически оформляет единство РФ. Подобный договор может конкретизировать предметы совместного ведения с учетом политических, экономических, социальных, географических, этнических и иных особенностей субъектов Российской Федерации, в договорах могут определяться условия и порядок осуществления разграниченных договором полномочий, формы взаимодействия и сотрудничества при исполнении положений договора; регулироваться иные вопросы, связанные с исполнением положений договора.

В связи с делегированием полномочий как государством, так и субъектами Федерации, возникают определенные трудности. Как уже отмечалось, в последнее время наблюдается тенденция к тому, что Российская Федерация все чаще передает ряд своих полномочий (как правило обязательств) на уровень субъектов Российской Федерации. Передача полномочий может осуществляться по соглашению между соответствующими органами Российской Федерации и субъектов. Полномочия передаются без наличия соответствующего соглашения, то есть возложение новых обязанностей на субъекты происходит автоматически. Такое положение дел противоречит нормам Конституции, и должно стать предметом рассмотрения Конституционного Суда Российской Федерации. Еще одно препятствие связано

с исполнением обязанности государства в предоставлении материально-технических и финансовых ресурсов, необходимых для обеспечения надлежащего исполнения субъектами Российской Федерации предоставленных государством полномочий. Как показывает практика, с этим обязательством государство справляется не достаточно эффективно. Субъектам Федерации сложно справляться с предоставленными полномочиями еще и потому, что федеральное законодательство не успевает за интенсивным развитием отношений, складывающихся в субъектах Российской Федерации. Возможно именно поэтому, при регулировании отношений в сфере охраны здоровья, регионам зачастую приходится идти в обход федерального законодательства, неспособного урегулировать их.

Результаты анализа предметов ведения и полномочий субъектов Федерации в сфере охраны здоровья граждан позволяют сделать вывод о том, что из-за слабой правовой базы в условиях рыночных отношений возникает неравномерность правового регулирования вопросов охраны здоровья в разных субъектах Российской Федерации, что, в свою очередь, приводит к нарушению ряда положений Конституции Российской Федерации. Принятие федеральных законов, в которых отражены предметы ведения субъектов Федерации в сфере охраны здоровья населения, позволяет устранить подобные противоречия, однако в этом случае нарушается установленный Конституцией Российской Федерации принцип разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации, вследствие чего субъекты лишаются права исключительного ведения, что является недопустимым.

Компетенция органов местного самоуправления также подверглась существенным изменениям, а именно изъятиям. Так, из компетенции органов местного самоуправления изъяты:

– полномочия в области предупреждения распространения туберкулеза, предоставления жилых помещений и иных гарантий и противотуберкулезных мероприятий.

– обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

– координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в пределах своих полномочий, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения;

– формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан;

– создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов.

Одним из основополагающих принципов местного самоуправления является наличие собственной выделенной компетенции. Под компетенцией исполнительного органа местного самоуправления, по мнению Колесникова А.В., следует понимать «совокупность властных полномочий, осуществляемых самостоятельно и под свою ответственность, по выполнению задач и функций исполнительного органа местного самоуправления, создаваемого в соответствии с законодательством и уставом муниципального образования по

предметам ведения муниципального образования, закрепленным в нормативно-правовых актах».[25, с. 122] Я считаю, что приведенное понятие подробно раскрывает содержание термина «компетенция органа местного самоуправления». Следует также отметить, что компетенция муниципального образования определяется на основании Конституции Российской Федерации, федеральных законов (по вопросам местного самоуправления и отраслевых), законов субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов органов местного самоуправления.

Исходя из того, что местное самоуправление – власть подзаконная, законом устанавливаются предметы ведения либо возможность принятия к ведению муниципального образования того или иного вопроса, а также права и обязанности (полномочия) органов местного самоуправления. Причем в Российской Федерации осуществление местного самоуправления, то есть решение вопросов местного значения, органами государственной власти и государственными должностными лицами не допускается. Отсюда является принципиально важным определение исключительных полномочий местного самоуправления.

Полномочия органов местного самоуправления, установленные ст. 8 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, можно дополнить вопросами местного значения городского поселения, муниципального района и городского округа в сфере здравоохранения, которые определены Федеральным законом от 06.10.2003 № 131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». [8] Такими вопросами являются:

- осуществление мероприятий по обеспечению безопасности людей на водных объектах, охране их жизни и здоровья;
- создание, развитие и обеспечение охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории поселения, муниципального района, городского округа;

– организация оказания на территории муниципального района, городского округа скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Финансовые обязательства, возникающие в связи с решением вопросов местного значения, исполняются за счет средств местных бюджетов (за исключением субвенций, предоставляемых местным бюджетам из федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации). В случаях и порядке, установленных федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации, указанные обязательства могут дополнительно финансироваться за счет средств федерального бюджета, федеральных государственных внебюджетных фондов и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Основными принципами деятельности органов местного самоуправления в области охраны здоровья населения являются:

- соблюдение прав человека и гражданина в области здравоохранения;
- приоритет профилактических мер;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

В муниципальной собственности может находиться имущество, предназначенное для создания, развития и обеспечения охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на территории муниципального образования, а также для оказания на территории муниципального образования скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Органы местного самоуправления вправе формировать целевые фонды, предназначенные для охраны здоровья граждан.

Органы местного самоуправления обязаны регулярно информировать население, в том числе и через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Эта информация предоставляется местной администрацией через СМИ или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством РФ.

Органы местного самоуправления осуществляют контрольные функции в сфере охраны здоровья населения, в частности, за соблюдением стандартов качества медицинской помощи лечебными учреждениями, в том числе и частной системы здравоохранения, обеспечением граждан лекарственными средствами на территории муниципального образования. Они осуществляют финансирование мероприятий, связанных с созданием условий для развития физической культуры и спорта.

Часть вопросов местного значения не может решаться органами местного самоуправления в отрыве от государственных органов, так как их решение связано с реализацией конституционных прав населения либо с осуществлением государственной социальной политики. В свою очередь в ведении местного самоуправления могут находиться также передаваемые законом отдельные государственные полномочия. Поэтому необходимо внедрять в практику заключение публично-правовых муниципальных договоров.

2 Направления деятельности Министерства здравоохранения Пензенской области в 2014г

2.1 Анализ деятельности Министерства здравоохранения Пензенской области

Основной задачей Министерства здравоохранения Пензенской области является охрана здоровья граждан Пензенской области, соблюдение гарантированных государством прав пациентов на получение медицинской помощи и эффективное использование кадровых, материально-технических и технологических ресурсов здравоохранения.

В 2014 году Министерством была продолжена реализация концептуальных направлений развития регионального здравоохранения:

- по формированию здорового образа жизни,
- по достижению целевых значений показателей смертности населения от различных причин,
- по оптимизации сети подведомственных медицинских организаций с целью повышения эффективности расходов и роста заработной платы.

Что касается демографической ситуации, то на 01.01.2015 года численность населения области составила 1 356 119 человек. Структура постоянного населения нашей области характеризуется сверхвысокой долей лиц старше трудоспособного возраста – 27,4% (в сельской местности – 29,1%). В регионе самое старое население среди субъектов ПФО, наша область занимает 7 место из 85 субъектов Российской Федерации (Российская Федерация – 23,5%, Приволжский федеральный округ – 24,1%).

Средний возраст мужчин и женщин в нашей области – 41,69 лет (Россия – 39,37, ПФО – 39,7). При этом, ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году выросла на 7 месяцев и достигает 71,54 лет (2013 г. – 70,87), это второй показатель в ПФО после Республики Татарстан.

Как и во всех субъектах Российской Федерации в нашей области сохраняется динамика снижения численности женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет), в сравнении с 2013 годом в 2014 году это сокращение произошло на 8,6 тыс. человек.

Общий коэффициент рождаемости в 2014 году вырос на 2,8 % с 10,6 до 10,9 на 1000 населения, родилось 14 736 детей, что на 220 человек больше, чем в 2013 году.

В общей численности рожденных в 2014 году 162 ребенка были рождены после проведения экстракорпорального оплодотворения, что составило 1,1%, мы достигли европейского показателя, в Европе данный процент составляет от 1 до 1,5 %.

Рост рождаемости отмечен в 12 муниципальных образованиях (наибольший прирост рождаемости наблюдался в Никольском районе – на 14,1%, Колышлейском районе – на 12,9% и Башмаковском районе – на 11,8%)

«Лидерство» по рождаемости сохраняется в Бессоновском районе – показатель 13,5 на 1000 населения, и, по-прежнему, в Пензенском – 13,3 и Городищенском районе – 12,3. Кузнецкий и Лунинский районы вышли на 4 место с показателем 11,8 на 1000 населения.

Несмотря на положительную тенденцию и благоприятный фон по рождаемости:

Снижение отмечено в 16 муниципальных образованиях. Наибольший процент снижения рождаемости:

- в Лопатинском районе – на 23,1% (в 2013 году – на 15%),
- в Шемышейском районе – на 17,7%,
- в Иссинском районе – на 17,4%.

Самая низкая рождаемость была отмечена:

- Земетчинском районе – показатель 6,9 на 1000 населения (родилось – всего 156 детей),
- Вадинском районе – показатель 7,5 на 1000 населения (родилось – 67 детей),
- Лопатинском и Малосердобинском районах – показатель 8,0 на 1000 населения (соответственно 111 и 73 ребенка).

Переход на новые критерии регистрации новорожденных, принятые в международной практике (роды с 22 недель беременности), при незначительном вкладе в рождаемость, в нашей области не отразился на младенческой смертности. Она у нас сохранилась на уровне 2013 года – показатель 5,7 на 1000 родившихся живыми (5,6).

В конце 2013 года внедрен новый алгоритм пренатальной диагностики нарушений развития плода – были централизованы биохимический и ультразвуковой скрининги.

В 2014 года при российском индикативе 45 %, в нашей области 84 % беременным женщинам был проведен пренатальный скрининг по новому алгоритму. Было охвачено 9723 беременных женщины, выявлено 164 порока развития, проведено 155 инвазивных процедур, обнаруживших 35 хромосомных aberrаций, 126 беременностей прервано по медицинским показателям.

В целях своевременного выявления врожденных пороков развития в 2014 году внедрена эхокардиография плода с объемом исследований не менее 500 в год.

При этом выделяются муниципальные образования, где младенческая смертность выросла в разы:

- Нижнеломовский район (с 2,5 до 7,6),
- Наровчатский район (с 0 до 20,1; 2 случая),
- Сосновоборский район (с 0 до 16,7, 3 случая),

В 2014 году зарегистрирован 1 случай материнской смертности – показатель составил 6,8 на 100 тыс. родившихся.

В 2014 году умерло 20 045 человек, что на 1 человека меньше, чем в 2013 году.

Снижение смертности отмечается в 14 муниципальных образованиях, наиболее существенное – в Колышлейском районе - на 16,8%, Спасском районе – на 12,7%, Наровчатском районе – на 8,7%.

Самые низкие показатели смертности наблюдаются в городе Пензе – показатель 12,6, Бессоновском районе – показатель 14,0 и в Городищенском районе – показатель 14,3.

Несмотря на сохранение показателя смертности в целом по области, наиболее высокие показатели были отмечены:

- в Сосновоборском районе – показатель 20,9 на 1000 населения, в сравнении с 2013 годом прирост на 21,5% (в 2013 году самый высокий показатель был в Вадинске – 20,5),
- в Земетчинском районе – показатель 19,9 на 1000 населения,

- в Лунинском районе – показатель 19,8 на 1000 населения.

По данным анализа рост смертности произошел в возрастных группах от 65 до 70 лет, от 75 до 80 лет, от 85 лет и старше.

В числе умерших более 58,3% - это лица старше 70 лет, в том числе 32,5% - лица старше 80 лет, в 2014 году количество умерших старше 80 лет выросло на 49 человек.

Безусловно, на уровень смертности влияет сверхвысокая доля лиц старших возрастов. По рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации Министерством здравоохранения Пензенской области проведена оценка динамики стандартизированного коэффициента смертности от всех причин в сравнении с данными по ПФО и РФ, который в Пензенской области имеет стойкую положительную динамику. Пензенская область занимает 20 место среди субъектов Российской Федерации и входит в число субъектов с устойчивым демографическим положением. (Приложение А)

В целом по области сохраняется положительная динамика смертности населения трудоспособного возраста.

За 10 лет с 2005 года смертность трудоспособного населения уменьшилась на 36%, с 843,6 до 539,9 на 100 тыс. трудоспособного населения.

В 2014 году умерло на 30 человек трудоспособного возраста меньше, но из-за сокращения численности населения трудоспособного возраста показатель вырос на 2%, с 532,7 до 539,9.

В структуре причин смерти первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 60% или 886,0 на 100 тыс. населения (снижение на 5%).

Для Пензенской области – это самый лучший показатель за все годы.

Положительная динамика стала результатом комплекса мер по совершенствованию медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

За последние 3 года отрегулирована маршрутизация больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения,

обеспечена равнодоступность специализированной неврологической и кардиологической помощи для всего населения. Открыты и функционируют 6 первичных сосудистых отделения и региональный сосудистый центр. Приказом Минздрава Пензенской области от 19.04.2013 № 225 на территории Пензенской области внедрен порядок оказания медицинской помощи больным с заболеваниями системы кровообращения.

На 1 этапе оказания медицинской помощи основную нагрузку по ранней диагностике болезней системы кровообращения несёт диспансеризация определенных групп взрослого населения, а также мероприятия по формированию здорового образа жизни.

На сегодняшний день в области сформирована инфраструктура, позволяющая организовать работу в соответствии с требованиями нормативных актов: работают 14 отделений и 20 кабинетов медицинской профилактики, региональный центр медицинской профилактики.

В 2014 году было обучено 24 специалиста и открыто 28 кабинетов помощи по отказу от курения. Единственная больница в области, не имеющей данного кабинета – это Тамалинская районная больница. Со 2 марта 2015 г. цикл обучения по данной тематике проводит Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины С.А. Бойцова на базе нашей областной клинической больницы и из заявленных на обучение специалистов опять из Тамалинской больницы нет ни одного.

Практика показывает, что достигнутые целевые значения количественных показателей диспансеризации, а именно завершение осмотров 220 тыс. человек, использование в более чем в 12% случаев выездных форм работы, а также 30% перевод пациентов на 2 этап диспансеризации, зачастую не приводят к ожидаемым результатам.

Болезни системы кровообращения - самые часто регистрируемые болезни, их выявлено 64,9 тысячи, т.е. у 29% обследуемых. Среди прошедших ДД – 30% нерационально питаются, 24,4% - имеют низкую физическую

активность, 23% - имеют избыточную массу тела, 21,3% - имеют повышенный уровень АД, 17% - курят.

По итогам 2014 года рост смертности от болезней системы кровообращения допущен только в Сосновоборском и Башмаковском районах.

Превышение показателя над среднеобластным значением отмечен в 25 районах с максимальным отклонением от 40% до 50% в Бековском, Лунинском и Заметчинском районах.

Отклонение от значения, установленного Указом Президента от 07.05.2015 № 598, зарегистрировано в 20 районах области. (Приложение Б)

На примере Сосновоборского района можно сказать, что на диспансеризацию были взяты преимущественно молодые и средние возраста, поэтому при выявляемости БСК 29 % по области, в Сосновоборске составило всего 5 %.

В Сосновоборском районе из 3485 – 158 больных БСК (выявляемость - 5%).

При этом смертность в районе самая высокая и с отрицательной динамикой.

Таким образом, в Сосновоборском районе, несмотря на большое количество лиц, составляющих потенциальную группу риска по заболеваниям системы кровообращения, данные контингенты не обследуются и не выявляются.

С учетом изложенного, на выездном заседании Правительства Пензенской области Министерству дано поручение разработать комплекс мер, направленных на повышение доступности медицинской помощи сельским жителям на примере Сосновоборского района.

С 21.01.2015 осуществлены 23 выезда мобильных медицинских бригады в условиях Центра здоровья (г. Кузнецк), осмотрены 1041 житель Сосновоборского района. В составе мобильных бригад дважды формировался поезд здоровья с участием специалистов областного центра. Предварительно за

январь 2015 года смертность населения сократилась на 7 % с 19,0 до 17,6 на 1000 населения.

С 01.08.2014 в области стартовал проект по профилактике развития повторных инфарктов миокарда (10,0 млн. рублей было выделено для обеспечения лекарствами для вторичной профилактики лицам, перенесшим инфаркт миокарда, в течение 6 мес.). Отработан алгоритм взаимодействия между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном по обеспечению преемственности пациентов. По итогам года 793 больных, перенесших инфаркт миокарда после 01.08.2014, обеспечены необходимыми медикаментами.

С 01.11.2014 в Лунинском районе начата реализация проекта «Профилактика ассоциированных с артериальной гипертонией клинических состояний у лиц, старше 60 лет». Выделен 1,0 млн. рублей – на лекарства для лиц с высоким и очень высоким риском развития сосудистых катастроф. По итогам года медикаментами обеспечены 500 пациентов. За январь месяц 2015 года смертность в Лунинском районе сократилась на 12 %.

В трехуровневой системе оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на 2 уровне организована работа 6 первичных сосудистых отделений. (Приложение В)

Отмечается: Низкая доля пациентов, поступающих в первые часы – Каменская МРБ – недоступность, медленный доезд скорой помощи, неграмотность населения.

Неоднозначная доля лиц, госпитализированных в ПСО с диагнозом инфаркт с подъемом ST, 79% среди всех инфарктов в Кузнецке и 21% в Каменке.

На 3 уровне сохраняется высокая доля больных с острым коронарным синдромом, госпитализируемых в региональный сосудистый центр в первые 24 часа (47%).

В структуре больных, пролеченных в РСЦ, доля больных с острым инфарктом миокарда составляет более 50%.

Распространенность применения тромболитической терапии больным с инфарктом с подъемом сегмента ST, выросла с 35,2% до 40,2% (с 399 до 404).

В региональном сосудистом центре продолжено внедрение новых технологий лечения больных с болезнями системы кровообращения:

- проведено 153 реконструктивных операций при прецеребральных стенозах,
- 184 баллонных ангиопластик,
- 550 – баллонных ангиопластик со стентированием,
- 3042 - коронарных ангиографий.

За 2014 год ВМП по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» оказана 3173 больным, в том числе, 2005 больных получили помощь в условиях ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Наиболее благополучная ситуация с обеспеченностью населения ВМП по данному профилю сложилась в Колышлейском и Камешкирском районах, и динамика смертности населения от болезней системы кровообращения в этих районах по итогам 2014 года положительная, Камешкирский район – снижение на 7,2%, Колышлейский район – на 25%.

В результате проведенных мероприятий отмечается снижение показателя смертности всего населения от заболеваний системы кровообращения на 5%, с 928,8 до 886,0 на 100 тыс. населения. Индикативный показатель смертности населения от БСК по «дорожной карте» на 2014 год – 917,5 на 100 тыс. населения – достигнут.

На втором месте в структуре причин смертности находятся – новообразования – 13,7%. За 2014 год от новообразований умерло на 102 человека меньше, смертность сократилась на 3 % с 208,0 до 201,6 на 100 тыс. населения.

«Снижение смертности населения от онкологических заболеваний является одним из основных приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения. Проведенный анализ причин смертности показывает, что

высокий уровень смертности от злокачественных новообразований во многом определяется

- сложившимся образом жизни населения,
- высокой распространенностью поведенческих факторов риска развития онкологических заболеваний,
- увеличением доли старших возрастных групп в структуре населения,
- поздней обращаемостью населения за медицинской помощью.

Для Пензенской области целевой уровень 2014 года – 206,9 на 100 тыс. населения достигнут в результате реализации следующих мер:

- на территории Пензенской области внедрен порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».
- ранняя диагностика новообразований, в том числе злокачественных, проводилась в объём 1 этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

При проведении 552,9 тыс. визуальных, инструментальных и рентгенологических обследований на онкопатологию выявлены отклонения, позволяющие заподозрить онкологическое заболевание у 18,7 тыс. человек (9,2% от числа прошедших ДД), у 1503 подтвержден диагноз рака (выявляемость – 0,7%).

Проведение диспансеризации и скрининговых программ позволило существенно улучшить качественные показатели онкологической помощи (Приложение Г).

С декабря 2014 года была поставлена задача обеспечить достижение установленных целевых индикаторов по количеству вновь выявленных злокачественных новообразований по отдельным локализациям в абсолютных цифрах.

В 2014 году вновь было выявлено 6 476 новообразований, план на 2015 год – 6 613 (рост на 2,1%).

Рак молочной железы и рак предстательной железы относятся к наиболее распространенным онкологическим заболеваниям. Эти заболевания являются

одними из основных причин смерти больных со злокачественными новообразованиями. Поэтому наиболее эффективными мероприятиями, направленными на раннюю диагностику новообразований и выявление соответствующих групп риска, являются проведение маммологического скрининга женщин старше 40 лет и лабораторное определение уровня простатспецифического антигена в крови у мужчин старше 50 лет.

По итогам 2014 года менее 90% от установленного плана выявления новообразований выполнили Земетчинский район (86,8%), Лопатинский (88,7%), Нижнеломовский (89,9%) и Бековский районы (90,4%).

- В 2014 году 23 врача прошли профессиональную переподготовку по специальности «Онкология», что позволит в 2015 году во всех ЛПУ, имеющих прикрепленное население, открыть первичные онкологические кабинеты,

- ВМП по профилю «Онкология» оказана 343 больным, в том числе в ГБУЗ «ООД» 215 человек, получили высокотехнологичную медицинскую помощь.

- в 2014 году наша область участвовала в реализации федеральных мероприятий по совершенствованию онкологической помощи. Из федерального бюджета выделено 518,68 млн. рублей, из бюджета Пензенской области на софинансирование мероприятий - 83,736 млн. рублей. Средства направлены на укрепление материально-технической базы ГБУЗ «ООД».

В 2014 году продолжено оказание таргентной химиотерапии в дневном стационар ГБУЗ «ООД» по двум нозологическим формам (рак легкого и рак молочной железы, дающие самые высокие показатели смертности).

Наиболее высокий процент снижения показателя смертности населения от новообразования отмечается:

- в Спасском районе – на 46,4%,
- в Пачелмском районе – на 30%,
- в Наровчатском районе – на 20,6%.

Тем не менее, такие районы как Тамалинский, Никольский и Наровчатский имеют самые высокие показатели смертности от новообразований с отклонением от среднеобластного уровня более чем на 20%.

3 место в структуре причин смерти – внешние причины (9,2%), в числе которых 13,7% – это смерть в результате ДТП. По итогам 2014 года целевое значение показателя смертности населения в результате ДТП не достигнуто – 18,6 и 16,7 на 100 тыс. населения соответственно.

Отмечен рост смертности с 17,4 до 18,6 на 100 тыс. населения.

По данному направлению:

- сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП;

- реализуются мероприятия по снижению смертности от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП) в части, касающейся совершенствования медицинской помощи;

- с 01.04.2014 года открыты 5 коек скорой помощи на базе ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А. Захарьина»;

- проведено «кустовое» распределение зон ответственности станций скорой медицинской помощи межрайонных центров и городской станции скорой медицинской помощи. С 01.01.2014 проведено административно-хозяйственное объединение отделений скорой медицинской помощи по Каменскому и Кузнецкому кустам.

С 01.10.2014 отделения скорой медицинской помощи Бессоновской и Пензенской районной больниц присоединены к городской станции скорой медицинской помощи.

Проводится централизация диспетчерской службы скорой медицинской помощи в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области».

Приказом Министерства от 28.04.2014 № 155 организован мониторинг реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации

медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

- область участвовала в реализации федеральных мероприятий по совершенствованию помощи пострадавшим в ДТП. Из федерального бюджета выделено 189,268 млн. рублей. В бюджете Пензенской области на софинансирование мероприятий были предусмотрены 30,555 млн. рублей. Средства направлены на укрепление материально-технической базы травмоцентров.

Причины недостижения показателя:

При равнозначной доле погибших в результате ДТП (9,3%), в 2014 году доля погибших на месте ДТП составила 74%, что свидетельствует о высокой степени тяжести полученных пострадавшими сочетанных и комбинированных травм, не совместимых с жизнью.

Число пострадавших в ДТП, нуждающихся в госпитализации, остается на высоком уровне – 74%, при этом доля пострадавших с сочетанными тяжелыми травмами в структуре госпитализированных выросла с 22% до 29,3%.

Доля пострадавших в ДТП с сочетанными травмами, госпитализируемых в травмоцентр 1 уровня (ГБУЗ «ГБСМП им. Захарьина») увеличилась с 34,5% до 63%. При этом, 61% пострадавших, умерших в стационаре, - погибают в травмоцентре 1 уровня (30 из 49), что свидетельствует о сосредоточении потока тяжелых больных в травмоцентр 1 уровня, согласно маршрутизации.

Тяжесть полученных травм обуславливают 76% смертей в первые 7 суток пребывания в стационаре, в том числе 41% - в травмоцентре 1 уровня.

Смертность от туберкулеза является одним из 5 целевых показателей.

По области этот показатель отличается стабильностью. Показатель смертности от туберкулеза в области в 2014 году снизился на 14,8% и составил 5,0/100 000 населения, что значительно ниже ПФО (10,5) и РФ (11,4). Наиболее высокая смертность от туберкулеза зафиксирована в Сосновоборском (18,8 - умерло 3 человека), Сердобском (15,4 - умерло 8 человек из них 3 человека в ЛИУ) и Вадинском (11,2 - умер 1 человек) районах.

Смертности от туберкулеза среди детско-подросткового населения области в течение многих лет нет.

Значительную роль в улучшении эпидемиологических показателей по туберкулезу в регионе имеют хирургические методы лечения. За 2014 год проведено 311 операций. Впервые в нашей области стали оказываться высокотехнологичные операции на базе областного противотуберкулезного диспансера.

С октября 2014 г. открыто 30 фтизиатрических детских коек санаторного типа для проведения противорецидивного лечения и профилактических курсов, детям, находящимся в контакте с бактериовыделителями. (Приложения Д, Е)

Что касается основных ресурсов здравоохранения и медицинской помощи населению, то в 2014 году продолжена работа по оптимизации сети подведомственных медицинских организаций и приведению их штатного расписания в соответствие с объемом выполняемой работы. В течение 3-х лет планомерно осуществляется объединение однопрофильных отделений с последующим формированием центров специализированной медицинской помощи на базах городских больниц, а в районах области – по пути присоединения маломощных центральных районных больниц к более крупным больницам с формированием межрайонных больниц.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1» реорганизовано в форме присоединения к нему государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская городская клиническая больница № 5» и переименовано в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская городская клиническая больница».

Реорганизовано государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сердобская межрайонная больница им. А.И. Настина» в форме присоединения к нему государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бековская районная больница».

Реорганизовано государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (далее - Учреждение) в форме присоединения к нему государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная дезинфекционная станция».

Осуществлен 1 этап реорганизации городских больниц и создания единой централизованной поликлиники.

Из состава 5 и 1 городских больниц выведены поликлиники, которые присоединены к городской больнице № 3.

С 01.01.2015 года произведена реорганизация патологоанатомической службы Пензенской области путем присоединения патологоанатомических отделений медицинских организаций к ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

Одновременно проводится реструктуризация коечного фонда. На 01.01.2014 в медицинских организациях государственных учреждений здравоохранения было развернуто 10540 коек круглосуточного стационара. В целях приведения показателя объёмов стационарной медицинской помощи к федеральному нормативу в 2014 году сокращено 555 коек.

Параллельно увеличена мощность дневных стационаров, с 01.01.2014 года дополнительно открыты 168 коек дневного стационара, федеральный норматив достигнут. Для обеспечения доступности медицинской помощи в 2014 году в условия дневного стационара выведены медицинские услуги (хирургия 1 дня), ранее оказывавшиеся в стационаре.

Развернуты 25 коек для выполнения хирургических манипуляций (операций) по профилям: хирургия, офтальмология, урология, гинекология.

В 2014 году переведены на оплату по КСГ следующие профили: акушерство-гинекология, гастроэнтерология, инфекционные болезни, кардиология, колопроктология, неонатология, отоларингология, сердечно-сосудистая хирургия. С 01.04.2015 года переводятся на КСГ профили онкология и хирургия.

Объем паллиативной медицинской помощи в 2014 году в сравнении с 2013 годом вырос на 41,9%, не достигнув федерального норматива на 4,3%. С 01.01.2015 паллиативные койки из медицинских организаций, не эффективно использующих койки, перераспределены в учреждения, где данная медицинская помощь наиболее востребована.

Затрагивая вопрос кадров можно отметить, что по состоянию на 01.01.2015 в медицинских организациях Пензенской области работает 4354 врача и 12411 средних медицинских работников. В государственных лечебно-профилактических учреждениях обеспеченность врачами за 2014 год выросла на 1,3 %, обеспеченность средними медицинскими работниками осталась на уровне 2013 года.

Соотношение врач: медицинская сестра 1:3, что соответствует индикативу 2018 года.

Дефицит врачей на 01.01.2015 г. составляет 1105 врачей. Наиболее дефицитны врачи-педиатры, врачи общей практики, врачи фтизиатры, врачи психиатры, врачи психиатры-наркологи врачи отоларингологи.

В 2014 году целевой набор в медицинские ВУЗы увеличен на 50 % по отношению к 2013 году и более чем в 2 раза по отношению к 2012 году. Направлено на обучение 253 абитуриента.

На 21,5 % больше трудоустроено выпускников последипломной подготовки (интернатура, ординатура) в государственные организации Пензенской области.

Что касается фактической зарплаты за 2014 год, то здесь сложилась следующая ситуация:

- по врачам и специалистам с высшим профессиональным образованием – 31883 руб. или 142,3 % от средней прогнозной зарплаты по региону, что на 11,1 процентных пунктов выше индикативного показателя в «дорожной карте» (131,2% или 29404 руб.);

- по среднему медперсоналу – 18152 руб. или 81,0% от средней прогнозной зарплаты по региону, что на 4,8 процентных пунктов выше индикативного показателя в «дорожной карте» (76,2% - 17077 руб.);

- по младшему медперсоналу – 11866 руб. или 52,9% от средней прогнозной зарплаты по региону, что на 1,9 процентных пункта выше индикативного показателя в «дорожной карте» (51,0% - 11430 руб.).

Индикативных показателей не достигли:

- по врачам и специалистам в высшем образовании - 3 учреждения (за 2013 год – 5 учр.) Это Спасская РБ на 475 руб., Шемышейская РБ на 280 руб., Земетчинская РБ на 83 руб.;

- по среднему медперсоналу – 7 учреждений (за 2013 год – 20 учр.) Это Кузнецкая МРБ на 1236 руб., Кузнецкая детская МРБ на 1203 руб., Наровчатская РБ на 236 руб., Шемышейская РБ на 111 руб., Бюро суд-мед экспертизы, Земетчинская РБ, Спасская РБ менее 70 руб.;

- младшему медперсоналу – 6 учреждений (за 2013 год – 21 учр.) Это Спасская РБ на 3228 руб., Кузнецкая детская МРБ на 2076 руб., Кузнецкая МРБ на 1076 руб., Нижнеломовская МРБ на 215 руб., Лопатинская РБ на 161 руб., Земетчинская РБ на 29 руб.

Из них Спасская и Земетчинская РБ (Шемышейская РБ по младшему персоналу на уровне индикатива) не достигли необходимого уровня по всем категориям медперсонала.

Также остались учреждения, в которых по одним категориям персонала индикативные показатели перевыполнены, а по другим категориям так и не «дотянули» до индикативного уровня. Это:

- ГБУЗ «Кузнецкая детская межрайонная больница» (вр. + 1429 руб., а ср. «–» 1203, мл. «–» 2076 руб.);

- ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница» (вр. + 322 руб., ср. «–» 1236 руб., мл. «–» 1077 руб.);

- ГБУЗ «Наровчатская» РБ и «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» недотянули по среднему медперсоналу соответственно 236 и 74 руб. при значительном перевыполнении по младшему медперсоналу и врачам.

- ГБУЗ Лопатинская РБ и Нижнеломовская МРБ недотянули по младшему медперсоналу 162 и 215 руб. соответственно при перевыполнении индикатива по врачам и среднему медперсоналу.

Из этого следует вывод, что руководители вышеуказанных учреждений и финансово-экономических служб не уделяют должного внимания или игнорируют поручения Правительства Пензенской области по реализации на территории Пензенской области Указа Президента России № 597. [39]

2.2 Основные проблемы развития системы здравоохранения в Пензенской области

Сегодня в системе здравоохранения, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, накопились серьезные проблемы, которые будут препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Рассмотрим основные из них.

1. Недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза. Нет достаточного финансирования – нет достойной оплаты труда медицинского персонала, нет достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, нет возможности соблюдать современные стандарты лечения и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами.

2. Вторая важная проблема – это дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Не будет врачей — не будет доступной медицинской помощи. Именно врач обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Более того, в ближайшие 5 лет прогнозируется существенный

дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда, – она на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по Российской Федерации.

Дефицит также будет связан с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом. Так, количество выпускников школ в 2011 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза и, как следствие, через 5–6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов. Следует также обратить внимание на крайне низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Так, заработные платы преподавателей этих вузов не превышают 15–20 тыс. руб. в месяц, в то время как даже секретари и водители в коммерческих фирмах имеют значительно более высокие заработки.

3. Третья важная проблема – это неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Нет врача — плохо, но нет квалифицированного врача — также плохо. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи.

4. Четвертая проблема – это отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения. Именно эта проблема вызывает очереди в поликлиниках, проблемы с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи. Например, с 1999 по 2010 г. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения (которая определяет потребность в медицинской помощи) в период с 1990 по 2010 г. увеличилась в 1,5 раза, а доля пожилого населения возросла на 4%.

Наше население также недостаточно обеспечено бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, по рецепту врача в поликлиниках.

5. Пятая проблема – это отношение самих жителей к своему здоровью. В этой проблеме нужно выделить две принципиально разные позиции. Первую можно связать с бедностью и бытовой неустроенностью людей, когда они в силу указанных обстоятельств, просто не в состоянии организовать для себя и членов своей семьи рациональное питание и отдых. Огромный вред для здоровья людей наносят и постоянные террористические акты, которые фактически создают состояние хронического стресса. Вторую же нужно отнести к серьезным ошибкам и просчетам в деле прививания подрастающему поколению здорового образа жизни. Это привело к стремительному росту курильщиков. Особенную тревогу вызывает вовлечение в этот пагубный для здоровья процесс женщин. Информации же о том, что им в силу особенностей их организма курить строго противопоказано, нет ни в одной из телепередач. В школьной же программе вообще даже нет намека на это. Наоборот, всех героинь многосерийных сериалов можно отнести к злостным курильщицам, а рекламные щиты - с призывом курить - были убраны с улиц городов только в последний год, то есть слишком поздно, так как уже целое поколение выросло на рекламе табака. Результат от этой погрешности в здоровом образе жизни людей проявится уже в ближайшее время - ростом онкологических, сосудистых и прочих заболеваний. Экономические же затраты на лечение этих больных будут неизмеримо выше, чем прибыль, полученную от продажи табачных изделий.

6. Шестая проблема – это неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов (в т.ч. ежегодные отчеты) по показателям, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности. Неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего

оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Имеет место неэффективное использование оборудования и коечного фонда. Также недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов. [40]

3 Совершенствование системы управления здравоохранения в РФ и Пензенской области

Для совершенствования системы управления необходимо придерживаться концепции развития здравоохранения. Развитие здравоохранения должно проходить по двум основным направлениям:

- формирование здорового образа жизни;
- гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.

Что касается формирования здорового образа жизни населения, то оно может быть реализовано при создании у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым, с одной стороны, и обеспечении государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни, с другой.

1. В целях формирования здорового образа жизни на уровне Российской Федерации нужно внедрить систему государственных и общественных мер, направленных на совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания населения, создать эффективные системы мер по борьбе с вредными привычками, просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях.

Программы должны разрабатываться с учетом возраста, рода занятий и тематики обучения, могут быть внедрены для обучения организованных и неорганизованных групп населения, в детских садах, школах, институтах, трудовых коллективах и т.д. Реализация программ должна постоянно освещаться в средствах массовой информации, на Интернет-сайтах.

Организация "Дней здоровья" на крупных промышленных и сельскохозяйственных предприятиях в районах области, в рамках чего должно быть предусмотрено проведение скрининговых обследований на выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и цереброваскулярной патологии, осмотр сотрудников специалистами (кардиолог, невролог,

эндокринолог), тематической встречи "Здоровый образ жизни - основа профилактики социально-обусловленных заболеваний".

Должно проходить повышение информированности организованных групп населения, работающих граждан и неорганизованного населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний и прочее.

Популяризация здорового образа жизни должна проходить путем проведения акций и мероприятий (конкурсы, "Дни здоровья", соревнования между организациями, учреждениями, органами исполнительной власти, "День семьи", "круглые столы", "прямые линии" и пр.) совместно со средствами массовой информации, профсоюзными организациями и общественными движениями.

Также в рамках Интернет-форума нужна организация дискуссии о повышении приоритета здоровья в обществе и формировании здорового образа жизни каждого человека.

Нужно провести подготовку и распространение информационных материалов для населения по пропаганде здорового образа жизни, по профилактике неинфекционных заболеваний, методических рекомендаций, пособий для различных групп населения с учетом возраста, профессий и образования в виде материалов в помощь лектору по антитабачной пропаганде, роликов социальной рекламы и видеосюжетов профилактической направленности.

Необходимо внедрить методик лечения табачной зависимости на базе кабинетов медицинской профилактики.

2. Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области должна быть продолжена работа по внедрению в практику медицинского обслуживания населения профилактических мероприятий:

- активизация деятельности кабинетов медицинской профилактики;
- продолжение диспансеризации работающих граждан за счет средств работодателей в рамках реализации Соглашения о социальном партнерстве

между Правительством Пензенской области, Федерацией профсоюзов и объединениями работодателей Пензенской области;

- инициирование проведения областного конкурса между организациями и предприятиями;

- наращивание объемов скрининговых обследований населения;

- обследование граждан 35-55-летнего возраста на раннее выявление факторов риска развития заболеваний системы кровообращения;

- онкологические скрининги:

- а) маммографическое обследование женщин старше 40 лет;

- б) обследование женщин 20-60 лет на рак шейки матки;

- в) определение у мужчин старше 40 лет уровня простатспецифического антигена, внедрение полноценного скрининга мужчин на рак предстательной железы с обязательным проведением ультразвукового исследования простаты и консультацией уролога всем обследуемым мужчинам;

- флюорографическое обследование.

3. Усиление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Снижение и стабилизация уровней заболеваемости по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, совершенствование и выполнение Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С:

- поддержание охвата профилактическими прививками против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита, вирусного гепатита В в декретированных возрастах на уровне 95-97%;

- вакцинация взрослого населения (до 55 лет) против гепатита В;

- иммунизация против гриппа контингентов из групп риска;

- вакцинация детей 1 года жизни инактивированной полиовакциной - 100%. Проведение по эпидпоказаниям прививок против сибирской язвы и туляремии;

- обследование населения на ВИЧ-инфекцию.

4. Здоровое безопасное питание является одним из составляющих факторов сохранения здоровья населения. В рамках этого направления на федеральном и региональном уровне должны проводиться мероприятия по совершенствованию питания детей в организованных коллективах, поддержке отечественного производства специализированных продуктов, осуществлению мониторинга состояния питания, в том числе в учреждениях здравоохранения, поддержку грудного вскармливания.

5. Меры по повышению двигательной активности, в числе которых можно предложить:

- стимулирование активного образа жизни и пропаганда занятий физической культуры среди населения;

- восстановление производственной гимнастики и применение разработанных рекомендаций по ее содержанию и формам осуществления с учетом условий труда;

- развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских ученых и мировой опыт. [41]

Говоря о гарантированном обеспечении населения качественной медицинской помощью, необходимо отметить, что качественная медицинская помощь основана на применении современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины. Гарантированное обеспечение каждого гражданина Российской Федерации качественной медицинской помощью должно обеспечиваться следующими мероприятиями:

- конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

- стандартизация медицинской помощи;

- организация медицинской помощи;
- обеспечение лекарственными средствами граждан в амбулаторных условиях;
- осуществление единой кадровой политики;
- инновационное развитие здравоохранения;
- модернизация системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи;
- информатизация здравоохранения.

1. Одной из основных задач является создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий. Должны быть предусмотрены следующие источники финансирования покрытия затрат на оказание бесплатной медицинской помощи населению:

- за счет средств федерального бюджета необходимо оказывать:

а) специализированную медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;

б) первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда;

в) первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами;

г) специальные программы развития отдельных направлений медицинской помощи;

- за счет ассигнований из бюджета Пензенской области:

а) специализированную (санитарно-авиационная) скорую медицинскую помощь;

б) специализированную медицинскую помощь, оказываемую в государственных учреждениях здравоохранения "Пензенский областной центр

оказания специализированных видов медицинской помощи", "Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова", "Областная наркологическая больница", "Областной противотуберкулезный диспансер", "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" и других специализированных учреждениях здравоохранения при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях;

в) специальные программы развития отдельных направлений медицинской помощи;

- за счет ассигнований из местных бюджетов в рамках одноканального финансирования через систему ОМС нужно оказывать: первичную медико-санитарную помощь, включая неотложную медицинскую помощь, оказываемую гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.

- за счет средств ОМС:

а) первичную медико-санитарную помощь;

б) специализированную медицинскую помощь;

в) скорую медицинскую помощь, за исключением санитарно-авиационной;

г) высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь и лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях при вступлении в законную силу нормативных актов федеральных органов исполнительной власти.

Модернизация системы обязательного медицинского страхования:

- паспортизация учреждений здравоохранения на предмет оснащенности помещениями и оборудованием;

- перевод в систему ОМС обязательств муниципальных бюджетов в части оплаты скорой медицинской помощи и расходов субъекта в части

высокотехнологичной специализированной помощи при вступлении в законную силу нормативных актов федеральных органов исполнительной власти;

- лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях по программе обязательного лекарственного страхования и приобретение дорогостоящего оборудования при вступлении в законную силу нормативных актов федеральных органов исполнительной власти;

- формирование тарифов на медицинские услуги для обязательного исполнения учреждениями здравоохранения в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Тарифы должны рассчитываться на основе утвержденных стандартов медицинской помощи, а по своему размеру обеспечивать создание условий в учреждениях здравоохранения для предоставления медицинских услуг надлежащего качества;

- переход на оплату медицинской помощи по рассчитанным медико-экономическим стандартам по конкретному виду заболевания или диагностически - связанной группе заболеваний;

- подушевое финансирование медицинской помощи в поликлинике, а в скорой медицинской помощи - по дифференцированному тарифу, в зависимости от сложности случая. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой в амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах, а в скорой медицинской помощи - по дифференцированному тарифу, в зависимости от сложности случая;

- перевод всех страхователей работающего населения в равные условия и установление новых - льготных условий уплаты страховых взносов для работодателей;

- изменение порядка определения размера страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Все вышеперечисленные мероприятия должны привести к увеличению размера средств на финансирование программы государственных гарантий и росту подушевого норматива.

Стандартизации медицинской помощи. Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории Российской Федерации порядков и стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях.

2. Стандартизации медицинской помощи на уровне Российской Федерации:

Необходимо установление порядка лицензирования медицинских организаций, исходя из наличия соответствующего материально-технического оснащения, сертифицированных специалистов, возможности соблюдения технологии оказания медицинской помощи (наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров с допусками к необходимым видам помощи и материально-технических ресурсов, позволяющих внедрить график эксплуатации оборудования в соответствии с технологиями оказания медицинской помощи).

3. Одной из приоритетных задач здравоохранения, является устранение неравноправной конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг. В настоящее время единый подход к вопросу частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения отсутствует. Вместе с тем примеры такого партнерства имеют место, в том числе в Пензенской области. Так, в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области участвуют негосударственное учреждение здравоохранения "Отделенческая клиническая больница на станции Пенза" открытого акционерного общества "Российские железные дороги", общество с ограниченной ответственностью "Медико-санитарная часть "Пензхиммаш", федеральное государственное унитарное предприятие "Пензенское производственное объединение электронной вычислительной техники".

Частно-государственное партнерство в сфере здравоохранения должно предусматривать на первом этапе участие аккредитованных в установленном порядке частных амбулаторно-поликлинических учреждений в системе обязательного медицинского страхования.

Аккредитация учреждений здравоохранения должна осуществляться Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области по тем видам амбулаторно-поликлинической помощи, которые наиболее востребованы.

Развитие частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения будет способствовать повышению качества медицинских услуг, оказываемых в государственном секторе, приведет к росту конкурентоспособности учреждений здравоохранения, что, в свою очередь, обеспечит расширение их финансовой самостоятельности и окупаемости.

4. Организация медицинской помощи. Качество и доступность медицинской помощи должно обеспечиваться созданием системы, предусматривающей:

- максимально быструю доставку пациента в учреждение здравоохранения, способное по своим материально-техническим и кадровым ресурсам оказать медицинскую помощь в необходимом объеме, согласно стандартам;

- поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение) или на дому.

5. Развитие первичной медико-санитарной помощи

Проблемы в организации первичной медико-санитарной помощи в Пензенской области:

- сохранение достаточного количества участков с численностью обслуживаемого населения

- повышение квалификации врачей участкового звена;

- специализация и тематическое усовершенствование для медицинских сестер участковых, врачей общей практики, фельдшеров скорой медицинской помощи, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов;

- оптимизация территориально-участкового принципа оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению с приведением численности населения в соответствие утвержденным нормативам;

- переход к индивидуальному перспективному планированию медицинского обслуживания прикрепленного населения;

- обеспечение профилактической помощью населения сельской местности с помощью широкого использования выездных форм работы (врачебные выездные бригады, передвижные стоматологические кабинеты, передвижные флюорографы, передвижные пункты забора крови);

- внедрение в амбулаторно-поликлинических учреждениях в работу с прикрепленным населением системы оздоровительных мероприятий;

- отработка маршрутизации больных на всех этапах оказания медицинской помощи;

- разработка и внедрение порядка взаимодействия участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики с врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений;

- установление целевых показателей работы амбулаторно-поликлинических учреждений, включая долю здоровых людей всех возрастных групп;

6. Совершенствование работы скорой медицинской помощи

С этой целью должны быть реализованы следующие направления:

- оптимизация маршрутов доставки больных в стационар в зависимости от вида патологии, тяжести состояния больного;

- внедрение целевых показателей работы скорой медицинской помощи (время приезда на вызов, время транспортировки в стационар, догоспитальная летальность);

- внедрение порядков оказания медицинской помощи в части догоспитального ведения больных с разными видами патологии.

7. Оптимизация работы учреждений стационарного уровня должны осуществляться по следующим направлениям:

- установление целевых показателей эффективности работы учреждений, отражающих не только виды и объемы оказанной медицинской помощи, но и ее качество;

- рациональное распределение функциональных обязанностей между стационарами различных уровней - утверждение уровней и этапов госпитализации, показаний для госпитализации;

- создание в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных;

- разработка системы внутриведомственного контроля за качеством оказания стационарной помощи;

- интенсификация работы стационарной койки за счет внедрения стационар-замещающих диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне и организации поэтапного восстановительного лечения (патронажная служба, система долечивания и реабилитации);

- анализ эффективности деятельности учреждений здравоохранения, выявление диспропорций и зон неэффективности в организации стационарной помощи.

Целевыми показателями эффективности стационарной помощи являются показатели госпитальной летальности от управляемой патологии и количество больных, восстановивших полную или частичную трудоспособность, среди всех пролеченных.

8. Поэтапное совершенствование системы оказания медицинской помощи.

Учитывая социальную значимость заболеваний, определяющих высокие показатели смертности и инвалидизации населения, развитие здравоохранения должно осуществляться по пути совершенствования системы оказания

медицинской помощи больным с сосудистыми, онкологическими заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Кроме того, значительное внимание должно быть уделено совершенствованию оказания помощи женщинам в период беременности и родов, а также новорожденным и детям, развитию службы крови.

9. Информатизация здравоохранения

Развитие информационных компьютерных технологий регионального здравоохранения должна осуществляться по следующим основным направлениям:

- создание региональных и распределенных баз данных, осуществление мониторинга за состоянием здоровья и факторами риска, обеспечение оценки и прогноза эффективности лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с возможностью формирования специализированных регистров на социально значимые контингенты населения;

- использование баз данных населения и специализированных регистров для научного обоснования потребности в медицинской помощи, гарантированных объемов финансирования, распределения и использования ресурсов;

- разработка и широкое использование автоматизированных систем информационного обеспечения управления, методов получения комплексной информации, компьютерной поддержки разработки проектов управленческих решений и прогнозирования проблемных ситуаций;

- широкое применение компьютерных технологий в учебно-педагогических и научно-исследовательских процессах, при аттестации и повышении квалификации всех категорий медицинских работников;

- разработка и применение компьютерной поддержки оценки и формирования здорового образа жизни, состояния внешней среды, мониторинга уровня качества жизни;

- расширение автоматизированных рабочих мест и безбумажных информационных технологий специалистов, занимающихся лечебно-диагностическим процессом;

- широкое распространение методов компьютерной обработки видеоизображений и компьютерного конструирования объемных объектов;

10. Рациональная кадровая политика

Современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли.

Подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, является комплексной задачей здравоохранения, образования и науки. Основными направлениями этой работы должны стать:

- ранжирование длительности ординатуры (1-2 года - для врачей терапевтических специальностей, 3-5 лет - для врачей хирургических специальностей);

- внедрение новой системы последиplomной подготовки (сокращение продолжительности очного обучения, введение накопительной системы кредитов, дистанционное обучение) позволит проводить своевременный профессиональный медицинский аудит;

- проведение комплексного анализа обеспеченности отрасли кадрами с высшим и средним медицинским образованием по видам медицинской помощи;

- осуществление прогноза наиболее востребованных специальностей и формирование государственного задания на подготовку специалистов, исходя из реальных потребностей здравоохранения;

- пересмотр штатных нормативов, нормативов нагрузки при расчете штатного расписания;

- создание банка данных медицинских работников всех специальностей, в том числе управленцев;
- разработка и внедрение системы контроля качества работы медицинского персонала, учитывающей конечные результаты деятельности и соответствующей международным стандартам;
- развитие информатизации обучения в медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях;
- совершенствование работы аппарата главных внештатных специалистов с участием специалистов субъектов Российской Федерации, руководителей профильных научных организаций, ведущих ученых, представителей профессиональных обществ и ассоциаций и др.

Таким образом, мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни и гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощи должны привести к совершенствованию системы здравоохранения.

Заключение

В ходе написания данной выпускной квалификационной работы, можно сделать следующие выводы.

Уровень и качество здоровья жителей в значительной мере определяют степень цивилизованности страны, воздействуя на её социально-финансовые возможности. Выступая в качестве интегральной характеристики развития здравоохранения, уровень и качество здоровья людей показывают меру социальной ответственности государства перед своими гражданами.

А в настоящее время перед системой управления здравоохранения стоит ряд проблем, основными из которых являются:

- социальная и экономическая нестабильность в обществе, острый дефицит финансовых ресурсов;
- неполнота и несовершенство нормативно-правовой базы в области здравоохранения;
- систематическое неисполнение норм здравоохранительного законодательства;
- дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров;
- неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи.

Следовательно, для здравоохранения в настоящее время особенно важной является проблема повышения уровня предоставления медицинской помощи населению. В связи с этим необходимо выявить решения таких задач, как обеспечение отрасли ресурсами и разумное использование уже имеющихся

ресурсов, развитие альтернативных источников финансирования, создание условий для внедрения современных высокотехнологичных медицинских технологий и т.д.

Потребность в решении данных непростых задач, в свою очередь, требует новых форм, методов и моделей управления всеми частями системы здравоохранения и находящимися в ней экономическими процессами, в том числе создание моделей управления на базе комплексного системного подхода на уровне лечебно-профилактического учреждения, отрасли, территории.

Стратегия охраны здоровья населения и реализующая ее политика обязаны базироваться на принципах справедливости и солидарности, поддерживаться соответствующими политическими, экономическими, социальными и технологическими механизмами реализации. Должен иметь место консенсус между всеми, имеющими влияние на состояние здоровья населения, сторонами в отношении концепции и действий в сфере региональной стратегии охраны здоровья населения. Границы ее обязаны включать общие и частные ситуации в регионе, связанные с состоянием и охраной здоровья, учитывать разнообразие политических, экономических, культурных и социальных ситуаций, которые могут возникать, а также накапливать новые концепции и идеи в области защиты здоровья населения и тем самым стать базой для дальнейшего развития и своевременного изменения политики охраны здоровья в регионе. Крайне важно поощрять население региона участвовать в процессе охраны здоровья, начиная с определения потребностей в здоровье, медицинской и социальной помощи, выбора приоритетов и заканчивая оценкой деятельности по укреплению общественного и индивидуального здоровья. В стратегии охраны здоровья этот аспект часто используется органами государственной власти региона управления не в должном объеме. Поэтому стратегия охраны здоровья населения должна быть направлена как на то, чтобы здравоохранение превратилось из «слабого партнера» в «сильного партнера» в области политики социально-экономического развития региона, так и на то, чтобы организовать

эффективную поддержку здравоохранения другими отраслями, действующими в регионе, которые имеют отношение к процессу формирования общественного здоровья и оказывают на него прямое или косвенное влияние.

Соответственно, для совершенствования системы управления необходимо придерживаться концепции развития здравоохранения. Развитие здравоохранения должно проходить по двум основным направлениям:

- формирование здорового образа жизни;
- гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.

Таким образом, мероприятия, входящие в эти направления должны улучшить качество и уровень оказания медицинской помощи, что в свою очередь должно привести к усовершенствованию системы управления здравоохранения.

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 г. // Российская газета. - 1993. - 25 декабря.
2. Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 г. № 2-ФКЗ (в ред. от 02.03.2007 г. № 3-ФКЗ) «О Правительстве Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2015.
3. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 24.07.2009) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» -2015.
4. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ (в ред. от 30.06.2006 г. № 91-ФЗ) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» -2015.
5. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52 (в ред. от 26.06.2007 г. № 118-ФЗ) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» -2015.
6. Федеральный закон от 06.10.1999 г. № 184-ФЗ (в ред. 10.05.2007 г. № 69-ФЗ) «Об общих принципах организации деятельности законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти

субъектов Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант»-2015.

7. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (в ред. от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» -2015.

8. Федеральный закон от 06.10.2003 № 131 (в ред. от 15.06.2007. № 100-ФЗ) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» -2015.

9. Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ (в ред. от 13.03.2006 г. № 16-ФЗ) «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов „О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон „Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации“ и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» -2015.

10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"[Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» -2015.

11. Постановление Правительства РФ от 12 февраля 1994 г. № 101 (в ред. от 02.08.2005 г. № 484) «О фонде социального страхования Российской Федерации» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант»-2015.

12. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 (с изменениями от 10 марта 2007 г. № 149) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального

развития» [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Гарант»-2015.

13. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 (ред. от 03.06.2015) "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015) [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» -2015.

14. Постановление правительства Пензенской области от 19 августа 2013 года №591-пП "О внесении изменений в Положение о Министерстве здравоохранения Пензенской области, утвержденное постановлением Правительства Пензенской области от 31.01.2013 № 30-пП" [Электронный ресурс] Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» -2015.

15. Азовкин И.А. Местные Советы в системе органов власти. М.: Юристъ, 2000. – 51 с.

16. Акопян А. С. Здравоохранение в рыночной России // Общественные науки и современность. – М.: ДМК Пресс, 2008. № 6. – 56 с.

17. Алехин А.П. Административное право Российской Федерации / А.П. Алехин, А.А. Кармолицкий, Ю.М. Козлов. – М.: Зерцало, 2007. – 128 с.

18. Атаманчук Г.В. Теория государственного управления / Г.В. Атаманчук. – М.: Юристъ, 2000. – 29–30 с.

19. Братановский С.Н. Административное право России / С.Н. Братановский – М.: НОРМА, 2004. – 6 с.

20. Братановский С.Н. Теория государства и права / С.Н. Братановский. – М.: Приор, 2006. – 25 с.

21. Валов Д.В. Социальный менеджмент: Учебник. / Под ред. Д.В.Валового. – М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез» Академии труда и социальных отношений, 2006. – 78 с.

22. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков / А.А. Глашев. – М.: Волтерс Клувер, 2004. – 68 с.

23. Клименко А.В. Теория государства и права / А.В. Клименко, В.В. Румынина. – М.: Мастерство: Высшая школа, 2007. – 28 с.
24. Козбаненко В.А. Государственное управление: основы теории и организации / Под ред. В.А.Козбаненко. – М.: Статут, 2005. – 740 с.
25. Колесников А.В. Правовой статус исполнительных органов местного самоуправления / Под ред. Н.М. Кониной. – Саратов: Изд-во ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права», 2004. – 81 с.
26. Конин Н.М. Административное право России. Общая и особенная части: Курс лекций. – М.: 2004. – 104 с.
27. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и / Ю.П.Лисицын. / Под ред. Ю.П.Лисицына. – М.: Приор, 2006. – 655 с.
28. Малько А.В. Теория государства и права в вопросах и ответах / А.В. Малько. – М.: Юристъ, 2009. –56–58 с.
29. Никульникова О.В. Государственное управление здравоохранением в России / О.В. Никульникова. – Энгельс: Регион, 2001. – 17 с.
30. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1993. – 571 с.
31. Переверзин И.И. Прогнозирование и планирование как инструмент управления развитием физической культуры и спорта // Теория и практика физической культуры. – М.: Приор, 2007. – 42 с.
32. Попов Л.Л. Административное право: Учебник / Под ред. Л. Л. Попова. – М.: Юристъ, 2007. – 606 с.
33. Старилов Ю.Н. Административное право: В 2 ч. Ч. 2. Формы и методы управленческих действий. Правовые акты управления. Административный договор. Административная юстиция. – Воронеж: Изд-во Воронежского государственного университета, 2001. – С. 13.
34. Трушкина Л.Ю. Экономика и управление здравоохранением / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. –88–90 с.

35. Чиркин В.Е. Государственное управление. Элементарный курс. – М.: Юристъ, 2002. – 291 с.
36. Шабайлов В.И. Управление здравоохранением. / В.И. Шабайлов. – М.: Юридическая литература, 2002. – 12 с.
37. Шевченко Ю. Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право // Экономика здравоохранения. – М.: 2005. № 11–12. 13–17 с.
38. Шерemet К.Ф. Компетенция местных Советов. – М.: НОРМА, 2005. – 13 с.
39. Министерство здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс]. <http://minzdrav.pnzreg.ru/> (дата обращения 15. 11.2015)
40. Шапошников В.И. Современные проблемы отечественного здравоохранения // Современные наукоемкие технологии. – 2011. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=22266> (дата обращения: 08.12.2015).
41. Распоряжение Правительства Пензенской области от 29 апреля 2009 г. N 98-рП "О Концепции развития здравоохранения Пензенской области до 2020 года" [Электронный ресурс]. <http://www.russianpeople.ru/old/137413> (дата обращения: 29. 11. 2015).

Приложения

Приложение А

Оценка динамики стандартизированного коэффициента смертности от всех причин

№ п/п	Наименование / показатель, на 100 тыс. населения соответствующего возраста	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
1	Российская Федерация	1235,1	1234,7	1133,4	1085,9	1065,0
2	Приволжский	1265,1	1281,1	1182,9	1121,4	1115,2

	Федеральный округ					
3	Республика Мордовия	1253,3	1255,7	1157,0	1095,6	
4	Самарская область	1283,5	1322,8	1174,0	1107,1	
5	Ульяновская область	1249,2	1289,8	1165,4	1078,2	
6	Пензенская область	1215,7	1225,1	1127,8	1073,3	1045,6
	Отклонение от РФ	-1,6	-0,8	-0,5	-2	--2
	Отклонение от ПФО	-4,1	-4,6	-4,9	-5	-7

Приложение Б

Показатели смертности от системы кровообращения. Отклонение от нормы

	2013	2014	% к 2013 году	% к Указу № 598	% к среднеобластному за 2014 год
Башмаковский	1032,0	1073,4	4,0	17,0	21,2
Наровчатский	1265,5	1094,3	-13,5	19,3	23,5
Никольский	1135,0	1102,1	-2,9	20,1	24,4
Мокшанский	1192,6	1155,0	-3,2	25,9	30,4

Белинский	1178,9	1168,1	-0,9	27,3	31,8
Пачелмский	1335,7	1174,9	-12,0	28,1	32,6
Вадинский	1337,3	1219,5	-8,8	32,9	37,6
Сосновоборский	1168,0	1225,2	4,9	33,5	38,3
Бековский	1271,2	1251,6	-1,5	36,4	41,3
Лунинский	1354,5	1254,0	-7,4	36,7	41,5
Земетчинский	1408,1	1356,2	-3,7	47,8	53,1

Приложение В

Оказание медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения

№	Показатели	ГБСМП им. Захарьина	Каменская МРБ	Кузнецкая МРБ	Нижнеломовская МРБ	Сердобская МРБ	Пензенская городская клиническая больница
1	доля инфарктов в структуре госпитализированных	30,9	24,2	31,2	37,0	31,6	33,1
2	доля инфарктов с подъемом ST среди инфарктов	30,1	21,1	79,2	58,8	58,9	26,4
3	доля лиц, поступивших в первые 24 часа	35,3	29,7	34,7	39,6	37,2	26,8
4	доля переведенных в РСЦ из числа поступивших в первые 24 часа	9,0	8,8	28,1	66,5	38,4	16,4
5	летальность	3,1	2,3	2,9	5,3	4,8	3,1
6	летальность среди поступивших в первые 24 часа	1,2	2,7	2,1	5,5	5,8	6,4

Приложение Г

Качественные показатели онкологической помощи

	на	на	на	на
--	----	----	----	----

	01.01.2013	01.01.2014	01.11.2014	01.01.2015
Состоит на учете больных злокачественными новообразованиями	33 224	34 795	35 380	36 261
Выявлено случаев злокачественных новообразований	6 045	6 243	5 773	6 476
Количество умерших от злокачественных новообразований	2 894	2 818	2 336	2 713
Одногодичная летальность больных злокачественными новообразованиями	1 608 (27,3%)	1 481 (26,6%)	1 529 (26,6%)	1 517 (26,4%)
Пятилетняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями	17 043 (51,3%)	17 939 (51,6%)	19 128 (52,6%)	18 808 (51,9%)

Приложение Д

Наилучшие показатели по управляемым причинам в муниципальных образованиях

	БСК	ЗНО	Туберкулез	Млад. смертность	ИТОГО
Малосердобинский	-1,0	-10,1	-100,0	-100,0	-211,1
Бессоновский	4,7	-18,7	-100,0	-57,1	-171,1
Шемышейский	-0,5	-7,8	-100,0	-31,2	-139,5
Городищенский	-2,2	-22,6	-69,6	-19,5	-113,9
Камешкирский	12,0	-11,2	-100,0	-9,1	-108,3
Всего по области	-3,4	-2,6	-23,0	-26,0	-55,0
Указ № 598	917,5	206,9	6,5	7,7	

Приложение Е

Наибольший отрицательный вклад в формирование областных показателей смертности от управляемых причин

	БСК	ЗНО	Туберкуле з	Млад.смертност ь	ИТОГ О
Земетчинский	47,8	-3,3	-100,0	133,8	78,3
Наровчатский	19,3	21,4	-100,0	161,0	101,7
Сердобский	-0,3	-14,1	137,6	1,3	124,5
Вадинский	32,9	8,2	72,1	93,5	206,7
Сосновоборский	33,5	-33,5	188,5	116,9	305,4
Всего по области	-3,4	-2,6	-23,0	-26,0	-55,0
Указ № 598	917,5	206,9	6,5	7,7	