МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет	Кафедра
«Экономика и управление»	«Государственное управление и социология региона»
Направление подготовки	38.03.04 Государственное и муниципальное управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему

«Совершенствование системы государственного управления здравоохранением в регионе»

Студент гр.13ЭГ52 _____ Ю.С. Культиясова

Руководитель
к.с.н., доцент _____ В.Н. Ретинская

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 2018

Содержание

Введение 3
1 Теоретико-правовые аспекты государственного управления здравоохранением на современном этапе развития РФ 5
1.1 Сущность государственного управления здравоохранением 5
1.2 Нормативно-правовое обеспечение отрасли здравоохранения 11
1.3 Система государственного управления сферой здравоохранения 17
2 Современная практика деятельности региональной системы здравоохранения на примере Пензенской области 22
2.1 Структура управления системой здравоохранения в регионе 22
2.2 Анализ деятельности здравоохранения в Пензенской области 26
3 Основные направления совершенствования государственного управления здравоохранением в Пензенской области 51
3.1 Комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения 51
3.2 Повышение качества управления региональной системой здравоохранения 54
Заключение 59
Список использованных источников 63
Приложения 69

Введение

Органом, отвечающим за регулирование деятельности системы здравоохранения в Пензенской области, является Министерство здравоохранения Пензенской области. Кураторство деятельности данного ведомства осуществляется Министерством здравоохранения РФ. Основной функцией Министерства является координация деятельности медицинских учреждений, а также обеспечение выделения финансирования для осуществлении ими своей деятельности.

Исходя из актуальности темы, целью написания данной бакалаврской работы является анализ деятельности системы здравоохранения на примере Пензенской области с целью определения основных направлений ее совершенствования.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть теоретико-правовые основы деятельности системы здравоохранения;

- проанализировать деятельность здравоохранения в Пензенской области;

- оценить современное состояние и диагностику ключевых проблем в Министерстве здравоохранения Пензенской области;

- определить пути совершенствования системы здравоохранения в регионе.

Предметом определение путей совершенствования деятельности системы здравоохранения в Пензенской области.

Объект исследования – система здравоохранения в Пензенской области.

Информационную базу исследования составляет совокупность организационно-распорядительных и нормативно-правовых актов Министерства. Методами исследования работы ведомства были: экономико-

математическое моделирование, математическая статистика, научный анализ и синтез, методы группировки и сравнения.

Бакалаврская работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Во введении определены актуальность, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования. Первая глава посвящена теоретико-правовым аспектам государственного управления здравоохранением на современном этапе развития РФ. Во второй главе дана краткая характеристика объекту исследования – системе здравоохранения Пензенской области. Проведен анализ деятельности Министерства здравоохранения Пензенской области. Третья глава содержит основные направления совершенствования деятельности системы здравоохранения региона.. В заключении сформулированы основные выводы.

1 Теоретико-правовые аспекты государственного управления здравоохранением на современном этапе развития РФ

1.1 Сущность государственного управления здравоохранением

«Здравоохранение» - отрасль государственной деятельности, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения с сохранением и повышением его уровня здоровья.

Понятие «государственная политика» представлено совокупностью целей, задач, приоритетов, принципов, стратегических программ и плановых мероприятий, разрабатываемых и реализуемых органами государственной власти с привлечением для этого институтов гражданского общества. Государственная политика – целенаправленная деятельность органов государственной власти в сфере решения общественных проблем, достижения и реализации общезначимых целей развития всего общества либо его отдельных сфер [41].

Сущность государственной политики в сфере здравоохранения заключается в выявлении качественных признаков этого важного явления социальной и политической жизни общества.

Государственное управление здравоохранением – это целенаправленная, планомерная и непрерывная деятельность органов государственной власти, проявляющаяся в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействии на объекты, представляющие собой учреждения здравоохранения, и направлено на обеспечение граждан правом на получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи.

Под государственной политикой в сфере здравоохранения необходимо понимать систему ценностей и целей, совокупность управленческих мер,

решений и действий, которые направлены на обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в необходимом объеме и соответствующего качества с целью снижения смертности, повышения рождаемости, роста продолжительности жизни населения страны.

Принципы государственной политики в сфере здравоохранения подразделяются на общие и частные.

Общие принципы заключаются:

– в формировании эффективной институциональной структуры (в том числе и ее нормативно-правового регулирования), поддерживающей переход от управления затратами к управлению результатами;

– в обеспечении равенства прав граждан на получение качественной помощи;

– в обеспечении гарантированного объема бесплатной помощи;

– в росте доступности медицинской помощи и социальной ответственности структур здравоохранения;

– в приоритетности профилактики.

Среди частных принципов необходимо выделить следующие:

– регламентацию реализации государственной политики на различных уровнях власти;

– анализ результативности с корректировкой целей;

– повышение ответственности органов власти за реализацию государственной политики в сфере здравоохранения.

Проблема здоровья населения была и остается традиционно актуальной на протяжении всей истории человечества. Здоровый человек является главной ценностью государства. Однако таким он может стать только при комплексном решении существующих проблем: политико-правовых, социально-экономических, духовно-нравственных и, культурных. Усилия государства должны быть направлены на совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения в условиях трансформирующегося российского

общества. Несовершенство правового обеспечения, наличие существенных противоречий в системе здравоохранения, которые проявляются в несоответствии возможностей государства потребностям населения, привели к снижению регулирующей роли нравственных и прочих социальных норм, содержат в себе опасность для выживания любого народа.

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения можно отметить ее реформированием, основной движущей силой которого служит комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая и проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности. За последние годы в России сложилась неблагоприятная обстановка в здравоохранения: снизились качество и доступность медицинской помощи населению; увеличилось число заболеваний социально опасного характера; медико-демографическая ситуация характеризуется ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения [21].

Реформы в сфере здравоохранения проводились: укрупняли учреждения и модернизировали. Однако необходимо отметить тот факт, что современная система здравоохранения России продолжает находиться в глубоком кризисе. На это указывают и те обстоятельства, что зачастую медицинские учреждения сталкиваются с фактами коррупции.

Обнаружение преступлений коррупционной направленности, в том числе в области здравоохранения, представляет некоторую сложность, так как большинство из них относится к так называемым «двусторонним», где нет потерпевшего - стороны, заинтересованной в выявлении такого преступления и наказании виновных, что обусловливает их высокую латентность.

Основные причины и условия, порождающие коррупционные преступления в сфере здравоохранения:

- остаточный принцип финансирования здравоохранения в России;

- низкий уровень доходов и социальной защиты медицинских работников;

- наличие фактов расслоения российского здравоохранения на элитное и для бедных;

- корпоративная солидарность медицинских работников в сокрытии фактов коррупции в сфере здравоохранения;

- отсутствие статистической отчетности по коррупционным преступлениям в сфере здравоохранения;

- активное вынужденное участие граждан в коррумпировании отечественного здравоохранения.

Направления государственной политики в сфере здравоохранения можно разделить на несколько групп, исходя из задач (политических, экономических и социальных), при решении которых появляется возможность создания общенациональной системы охраны здоровья населения в РФ с обеспечением нормального ее функционирования.

В число политических задач входят:

- определение пути дальнейшего развития здравоохранения с учетом мнения персонала здравоохранения и населения;

- разработка и осуществление стратегии развития здравоохранения органами государственной власти и местного самоуправления;

- окончательное формирование нормативно-правовой базы здравоохранения и создание системы контроля над его исполнением;

- политическую поддержку в создании и функционировании структур, которые выражают корпоративные интересы медицинского персонала на федеральном и региональном уровне.

К экономическим задачам необходимо отнести:

- признание существования медицинской услуги как экономической категории;

- формирование и государственное регулирование рынка медицинских услуг;

- приведение обязательного медицинского страхования в единые для всей России организационные рамки;

- стабилизацию отношений участников страхового процесса: страхователей, страховщиков, лечебных учреждений и населения;

- урегулирование межбюджетных отношений между Министерством здравоохранения РФ как представителем федерального центра и органами исполнительной власти субъектов Федерации.

Анализируя современное состояние системы здравоохранения, в рамках данного исследования принято во внимание выступление Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, которая подчеркнула, что в 2017 году по сравнению с 2016 годом все-таки удалось достигнуть определенные положительные результаты. Так, удалось сохранить на 63,6 тыс. жизней больше, чем в 2016 году. Смертность снизилась во всех возрастных группах: детей – на 12,6%, трудоспособного населения – на 10,0%, лиц старше трудоспособного возраста – на 3,5% [25].

Основные результаты, которые были достигнуты в 2017 году, представлены на рисунке 1.

Увеличение продолжительности жизни стало возможным при снижении младенческой смертности, которая сократилась в 2017 году на 8,3%, составив в среднем 5,5 на 1 тыс. родившихся живыми. При этом уже в 48 регионах младенческая смертность – менее 5,0. В последние годы младенческая смертность снизилась на 36%, а в целом смертность детей до 17 лет – более чем на 30%. Значительно уменьшилась и материнская смертность – только за 2017 год на 27%, достигнув 7,3 на 100 тыс. родившихся живыми [31].

Рисунок 1 – Основные показатели системы здравоохранения в 2017 году [28]

Однако на начало 2018 года еще сохраняются ключевые проблемы, препятствующие эффективной реализации государственной политики в сфере здравоохранения и улучшению показателей здоровья населения:

- низкая заинтересованность населения в сохранении и укреплении здоровья;

- недостаточная вовлеченность населения в профилактические медицинские осмотры;

- недостаточное применение новых эффективных медицинских технологий;

- дефицит медицинских работников и низкая заработная плата. Не достигающая уровня среднемесячного дохода населения РФ;

- децентрализованная система управления;

- недостаточное использование современных информационных технологий в здравоохранении.

1.2 Нормативно-правовое обеспечение отрасли здравоохранения

Политика в области здравоохранения должна включать законодательные функции. Законодательное регулирование вопросов здравоохранения – одно из приоритетных направлений любой государственной политики.

Законодательство РФ о здравоохранении представлено системой нормативных правовых актов, объединенных в самостоятельную отрасль российского законодательства, которая представляет собой комплексное образование.

Анализ федеральных нормативно-правовых актов показывает, что для разработки и осуществления государственной политики в здравоохранении в российском законодательстве есть четкие и весомые, однако пока не реализованные правовые основы.

В общем виде нормативно-правовое обеспечение деятельности представлено на рисунке 2.

За здравоохранением статус предмета правовой политики признается Конституцией РФ [1] и ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [3].

Рассмотрение формирования государственной политики в сфере здравоохранения как комплексной проблемы предполагает, что при определении ее основ нужно исследовать, как отражение изучаемого понятия в нормативных правовых актах, так и системные характеристики зафиксированной в нем сущности.

Так, необходимо решить вопрос о взаимосвязи между обозначенными в Конституции РФ направлениями государственной политики: в сфере здравоохранения (ст. 114) и внутренней политики (ст. ст. 80 и 84). В системе государственной политики первое направление является частью второго - внутренней политики государства, которая определена Президентом

Российской Федерации (ст. 80 Конституции РФ).

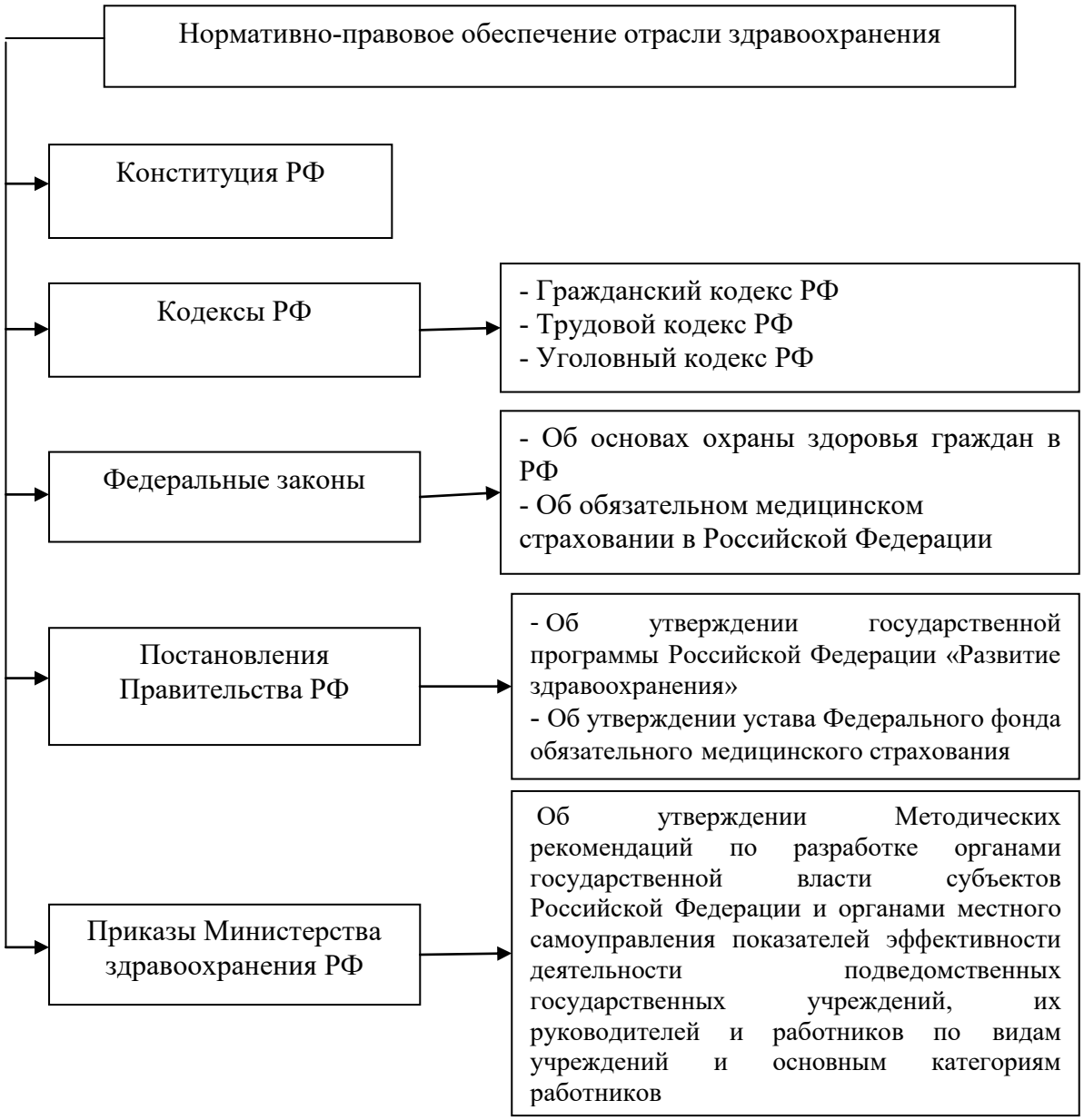


Рисунок 2 – Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения

Правовая политика в области здравоохранения представлена мерами законодательного, исполнительного и контролирующего характера в целях стабилизации и приспособления современной системы здравоохранения к изменившимся условиям жизни населения.

Конституционное право граждан в области здравоохранения –

объективно необходимое для любого государства, так как здравоохранение представляет собой особую сферу деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье и в связи с этим должно стать одним из наиболее приоритетных направлений в правовой, политической, экономической и социальной жизни страны и общества.

Рассматривая здравоохранение в качестве социального института, можно констатировать, что успешная охрана здоровья населения возможна только в рамках правовой и государственной политики, так как предполагает применение большого арсенала политико-правовых средств, которые направлены на создание социальных структур, институций и практик, поддерживающих и укрепляющих здоровье людей.

Здравоохранение имеет ключевое значение для развития потенциала личности, общества и государства и, следовательно, для укрепления позиции государства на международной арене. Охрана здоровья населения является масштабной проблемой в связи с необходимостью формирования и распределения значительного объема дорогостоящих ресурсов, которые являются предметом борьбы разных лиц [44].

Значение сферы здравоохранения трудно переоценить: она позволяет обеспечить достижение таких целей, как естественный прирост населения, высокий уровень жизни всех представителей общества, равные возможности для удовлетворения бытовых условий жизни и трудовой деятельности разных социальных слоев. При этом «нездоровая» политика государства в сфере здравоохранения препятствует реализации этих задач, приоритетных для социально-экономической политики любого государства [21].

Политика государства по развитию системы здравоохранения на долгосрочную перспективу требует создания единого правового механизма регулирования и охраны позитивных отношений, которые складываются между пациентом и медицинским работником, что позволит сформировать уверенность граждан в защищенности их статуса, а в сознании медработников –

повысить авторитет закона и его восприятия как нормативного документа, стимулирующего к надлежащему исполнению профессиональных функций. Неотъемлемый элемент современной политики – разработка федеральных, региональных и муниципальных программ, где формируются текущие и перспективные задачи в сфере здравоохранения и меры по их реализации. Исходя из анализа нормативно-правовых актов сферы здравоохранения, установлено, что за период 2014 – 2017 гг. было принято два Постановления Правительства РФ, утверждающих Государственную программу РФ «Развитие здравоохранения:

- от 15.04.2014 г. № 294 (утратившее силу с 1 января 2018 г.);

- от 26.12.2017 № 1640 [15].

Данные документы – стратегические планы по развитию отрасли здравоохранения.

Сложность проведения государственной политики сферы здравоохранения связана с задействованием в этом процессе всех государственных органов: центральных, региональных, местных, а также затрагиваются интересы различных отраслей и ведомств, организаций, групп влияния и отдельных лиц.

В связи с наличием недостатков современного здравоохранения, выявленных в предыдущем разделе данного исследования, возникает необходимость реформирования системы здравоохранения, а для этого необходима соответствующая нормативно-правовая база. Кроме того, следует подготовить и принять соответствующие нормативно-правовые документы, уточняющие и дополняющие отдельные положения действующих и вновь принимаемых законов.

В первую очередь это относится к нормативно-правовым актам по усилению контрольных и надзорных функций государства в отрасли здравоохранения по вопросам лицензирования и аккредитации, сертификации и усиления контроля качества предоставления медицинских услуг, повышения

структурной эффективности здравоохранения и усиления профессиональной ответственности медицинских работников [44].

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.» основной целью государственной политики в данной отрасли является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [9].

Предметом нормативных правовых актов отрасли здравоохранения являются отношения в области оказания медицинской помощи, обеспечения лекарственными средствами и санитарно-эпидемического благополучия населения.

Здравоохранительная политика складывается из взаимосвязанных сфер внутренней политики государства, и поэтому требуется также финансовая политика, которая бы способствовала развитию программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний с учетом постепенного увеличения расходов на здравоохранение. Законодательством должно быть предусмотрено и создание благоприятных экономических условий для организаций, реализующих программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний среди работников, а также для инвесторов, которые вкладывают свои средства на улучшение социальных условий и состояния окружающей среды, способствующих здоровому образу жизни.

Необходимо совершенствование на федеральном и территориальном уровне законодательной и нормативной базы в области охраны труда, окружающей среды, создание условий для занятий физкультурой и повышения физической активности, регулирование рекламы и продажи табачных изделий [45]. Определенные меры уже предприняты в данном направлении. Так,

Федеральным законом от 15 февраля 2013 г. № 15-ФЗ введен запрет на курение в общественных местах. Данный законодательный документ можно считать прогрессивным в охране здоровья населения.

Серьезные социальные последствия, которые связаны с результатами медицинской деятельности, требуют особого отношения к правовому регулированию сферы здравоохранения. Развитие медицинской науки и врачебной практики в различные периоды исторического развития общества отражалось и в праве. Однако правовое регулирование отношений в области применения медицины до самого последнего времени осуществлялось противоречиво, что было обусловлено социально-экономическими и политическими процессами, которые происходили в стране, а также возможностями использования достижений медицинской и биологической науки в практических целях.

Несмотря на то, что действующее законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения насчитывает более десятков Федеральных законов, большое количество подзаконных нормативных актов, его еще нельзя признать достаточным для решения современных задач данной отрасли. Нормативные правовые акты в сфере здравоохранения разрознены, ряд норм дублируют друг друга, а некоторые отношения в медицине вообще не регулируются правом. Возникает необходимость в систематизации отрасли права в условиях активного развития законодательства в данной сфере, накопления нормативного материала, изданного в различные периоды времени и регулирующего разные предметы отношений.

1.3 Система государственного управления сферой здравоохранения

Как уже упоминалось выше, нормативная правовая база в области здравоохранения определяет организационную основу оказания населению РФ медицинской помощи. Структурные элементы системы здравоохранения законодательно закреплены в соответствующих правовых актах.

Система здравоохранения представлена совокупностью федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ представлена на рисунке 3.

Как видно на рисунке 3 система здравоохранения России имеет вертикальную структуру, которая предполагает наличие высшего органа управления – Министерства здравоохранения и его территориальных представительств и ведомств.

Одним из элементов организационной структуры органов системы здравоохранения являются Фонды обязательного медицинского страхования (ФФОМС), которые являются самостоятельными государственными кредитными учреждениями, с помощью которых реализуется государственная политика в сфере обязательного медицинского страхования. Основное предназначение данных фондов – аккумулирование страховых взносов, обеспечение финансовой стабильности государственной системы медицинского страхования и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение.

Рисунок 3 – Организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ [44]

В соответствии с законодательством Российской Федерации в зависимости от форм собственности и источников финансирования в выделяют три системы здравоохранения (рисунок 4):

- государственную;
- муниципальную;
- частную.

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук, исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

Рисунок 4 – Структура системы здравоохранения РФ [22]

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления муниципальных районов (городских округов), осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

Государственную и муниципальную системы здравоохранения можно объединить общим названием «общественная система здравоохранения».

К частной системе здравоохранения относятся медицинские, фармацевтические и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые создаются юридическими и физическими лицами.

Субъекты частной системы здравоохранения наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения участвуют в реализации

государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью. Деятельность частных организаций здравоохранения основывается на принципах применения единых в сфере здравоохранения нормативных правовых актов, стандартов медицинской помощи и этических норм.

Выделение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения достаточно условно. Поэтому правильнее считать, что в Российской Федерации действует единая система здравоохранения, подчиненная решению целого комплекса задач по сохранению и укреплению здоровья граждан, а внутри этой системы имеются три сектора: государственный, муниципальный и частный.

Подытоживая изложенный материал в данной главе, необходимо отметить, что изучение теоретико-правовых основ государственного управления здравоохранением в России позволило выявить ключевые проблемы, препятствующие эффективной реализации государственной политики в сфере здравоохранения и улучшению показателей здоровья населения:

- низкая заинтересованность населения в сохранении и укреплении здоровья;

- недостаточная вовлеченность населения в профилактические медицинские осмотры;

- недостаточное применение новых эффективных медицинских технологий;

- дефицит медицинских работников и низкая заработная плата. Не достигающая уровня среднемесячного дохода населения;

- децентрализованная система управления;

- недостаточное использование современных информационных технологий в здравоохранении.

Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения представлено системой законодательных и нормативных актов.

Система государственного управления сферой здравоохранения построена на вертикальных отношениях между структурными элементами. Так, основным координирующим органом государственного управления является Министерство здравоохранения России. За аккумулирование финансовых средств отвечают ФФОМС и ТФОМС.

Современная отечественная система здравоохранения способна оказывать квалифицированную медицинскую помощь и способствует повышению качества оказания медицинской помощи, охране и укреплению здоровья населения.

Таким образом, можно с уверенностью говорить, что в настоящее время в Российской Федерации сформирована единая система здравоохранения, регулируемая федеральными органами власти (законодательными и исполнительными органами власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, а также представителями частных медицинских организаций), деятельность которых осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

2 Современная практика деятельности региональной системы здравоохранения на примере Пензенской области

2.1 Структура управления системой здравоохранения в регионе

Система здравоохранения в Пензенской области представлена следующими элементами:

- Министерство здравоохранения Пензенской области;
- территориальный орган Росздравнадзора по Пензенской области;
- территориальный орган обязательного медицинского страхования;
- подведомственные учреждения.

Министерство здравоохранения Пензенской области является органом исполнительной власти, деятельность которого направлена на организацию медицинской деятельности в этом регионе. Он также предоставляет гражданскую и военную госслужбу. Международное сотрудничество охватывает широкий спектр проблем здравоохранения и медицинской науки, которое занимает одно из самых важных мест в общей системе международных отношений всей Российской Федерации. Политическая и профессиональная составляющие являются двумя основными направлениями международного сотрудничества. Так, политическое направление формируется при непосредственном участии руководителей Министерства в ходе определения глобальной стратегии и места регионального здравоохранения в происходящих процессах на мировом и региональном уровнях. Профессиональное направление включает прямое участие руководителей и специалистов департаментов Министерства в разработке и реализации совместных международных проектов и программ, а также соглашений о международном сотрудничестве. Оба направления сотрудничества осуществляются в тесном

взаимодействии с ведомствами по иностранным делам, а также Министерства экономики Пензенской области. Губернатор и Правительство Пензенской области (осуществляют общее руководство): Правительством утверждаются и финансируются программы по развитию здравоохранения, координируется деятельность учреждений и организаций в области охраны здоровья.

Немаловажное значение для Минздрава Пензенской области имеет деятельность Министерства здравоохранения РФ, как вышестоящего органа. Так, на сегодня существенно расширен перечень полномочий, осуществляемых Минздравом России:

- в результате подписания постановления Правительства РФ №342 от 15.04.2013 премьер-министром Дмитрием Медведевым к полномочиям Минздрава России отнесено утверждение перечня лекарственных средств для медицинского применения, которые подлежат предметно-количественному учету;

- используется действующий порядок включения лекарственных средств для медицинского применения в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету.

Структура Министерства здравоохранения Пензенской области приведена в виде схемы (Приложение А) [22].

Исходя из приведенной структуры, можно увидеть профильные подразделения, отвечающие за непосредственное выполнение своих функций Министерством здравоохранения. Также немаловажное значение в структуре Минздрава отведено таким вспомогательным подразделениям, как управление экономики и управление делами. Однако такое деление на профильные и вспомогательные подразделения является условным.

При этом в структуру входит и такой контролирующий орган, как контрольно-ревизионный отдел, подчиняющийся непосредственно Министру здравоохранения.

Министерство здравоохранения Пензенской области руководствуется в своей деятельности нормативно-правовыми актами федерального и регионального значения. На уровне региона территориальное Министерство формирует соответствующее законодательство.

В рамках данного исследования изучены последние изменения в региональном законодательстве, касающиеся здравоохранения. Так, с целью приведения нормативного правового акта в соответствие с федеральными законами: от 05.12.2017 № 373-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации и спортивных сборных команд субъектов Российской Федерации», от 05.12.2017 № 392-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам совершенствования проведения независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы», от 29.12.2017 № 465-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и руководствуясь Законом Пензенской области от 22.12.2005 № 906-ЗПО «О Правительстве Пензенской области» (с изменениями и дополнениями), Правительство Пензенской области возложило обязанность по организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Пензенской области на Минздрав Пензенской области.

Еще одним государственным органом, осуществляющим контроль деятельности медицинских учреждений, является территориальный орган Росздравнадзора по Пензенской области, который наделен определенными полномочиями. Так, подразделение Росздравнадзора проводит профилактические проверки в соответствии с требованиями нового закона «Об

основах охраны здоровья граждан» [4].

Данное ведомство следит за процессом лечения врачами граждан в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, а также предотвращает любые проявления коррупционных деяний. В современных условиях нельзя не упомянуть о таком немаловажном аспекте деятельности медперсонала, как назначение лекарственных препаратов врачами. Именно Росздравназдор следит, чтобы врачи не скрывали от пациентов информацию о дешевых лекарствах и медицинских изделиях.

В числе новых функций Росздравнадзора следует отметить проверку соблюдения прав граждан при получении медицинской помощи, а также контроль соблюдения требований по безопасной эксплуатации, утилизации и уничтожению медицинских изделий. При расширении полномочий у ведомства отсутствует возможность применять карательные меры в виде штрафов, так как все предписания ведомства должны быть направлены сразу в прокуратуру либо суд.

Для эффективного функционирования системы здравоохранения Пензенской области необходимо выделение определенных финансовых ресурсов. Одним из источников финансирования являются отчисления в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС). Для этого в каждом субъекте РФ существует соответствующий территориальный орган (далее - ТФОМС).

Организационная структура ТФОМС Пензенской области приведена в Приложении Б [29].

Система здравоохранения находится в тесной взаимосвязи с различными страховыми организациями. Зачастую с этими взаимоотношениями связан еще ряд проблемных вопросов. Так, у современных страховых медицинских организаций (далее – СМО) отсутствуют мотивации для работы по снижению уровня заболеваемости и сохранения здоровья населения, а также повышению эффективности использования финансовых ресурсов. Недофинансирование

отрасли здравоохранения в результате приводит к снижению качества предоставляемых медицинских услуг. Необходимое условие реформирования системы финансирования – передача статуса основного страховщика СМО. Связанное с этим изменение механизма финансирования и функционирования российского медицинского страхования будет способствовать решению важнейшей социальной задачи – улучшению здоровья и качества жизни населения, увеличения ее продолжительности.

На территории России, в рамках действующего законодательства, единственным страховщиком является ФФОМС, представляющая собой некоммерческую организацию и являющаяся проводником государственной политики в ОМС. При этом СМО выполняют ограниченный перечень функций: контроль качества, объема и обоснованности предоставляемой медицинской помощи.

Кроме этого, в структуру системы здравоохранения, помимо медицинских учреждений, входят и медицинские учебные заведения, готовящие специалистов в данной области. Так, ГБОУ СПО «Пензенский базовый медицинский колледж» и ГБОУ СПО «Пензенский областной медицинский колледж» в последние годы выпустили достаточное количество высококвалифицированных медицинских сестер, фельдшеров, фармацевтов и стоматологов.

2.2 Анализ деятельности здравоохранения в Пензенской области

Эффективность функционирования системы здравоохранения в Пензенской области может быть оценена по результатам реализации различных государственных программ данной сферы деятельности в сопоставлении с некоторыми показателями социально-экономического характера.

2012 год для Пензенской области, как и для всей России, характеризовался спадом инвестиционного и потребительского спроса. В этот период прослеживался существенное замедление промышленного производства и строительства. При этом такой показатель, как среднедушевой доход населения характеризовался ростом по сравнению с 2006 годом в 2,4 раза и составил 20,9 тыс. рублей [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Так, цели государственной политики в сфере здравоохранения определены в Стратегии социально-экономического развития Пензенской области до 2020 года, которая принята Постановлением Законодательного Собрания Пензенской области от 31.08.2007 № 1367-ЗПО «О Стратегии социально-экономического развития Пензенской области на долгосрочную перспективу (до 2021 года)» [7]. Данный нормативный документ предусматривает развитие эффективной системы здравоохранения, которая обеспечит население профилактическими мероприятиями своевременно и в полном объеме, а также доступной и качественной медицинской помощью.

Показатели эффективности, а также основные направления развития системы здравоохранения определены государственной программой РФ «Развитие здравоохранения», которая утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [8] .

Во исполнение указанной государственной программы разработана соответствующая программа по Пензенской области - «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы», утвержденная постановлением Правительства Пензенской области от 02.10.2013 № 743-пП (с изменениями и дополнениями) [16].

Общий объем финансирования госпрограммы в 2017 году составил 9 472 242,2 тыс. рублей. Общее освоение средств по госпрограмме за 2017 год – 9 235 280,6 тыс. руб. (97,5% годового плана).

Среди причин невыполнения государственной программы:

1. Во второй декаде декабря образовавшаяся экономия от торгов, например:

- на услуги хранения иммунобиологических лекарственных препаратов по эпидемиологическим показателям и по Национальному календарю профилактических прививок – в сумме 1867,5 тыс. руб.;

- от конкурсов по централизованным закупкам медицинского оборудования для государственных нужд – 293,1 тыс. руб.

2. Отказ в декабре 2017 г. от использования денежных компенсации на возмещение расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в связи с приобретением собственного жилья (экономия составила 636,2 тыс. руб.), а также невозможность перераспределения этих средств на другие направления госпрограммы.

4. Несоблюдение поставщиками обязательств по срокам поставки в рамках государственных контрактов.

Реализация государственной программы осуществлена в разрезе 10 подпрограмм.

Анализ финансирования осуществления указанных подпрограмм позволил выявить следующее.

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи». В 2016 году плановое задание по сравнению с 2015 г. увеличилось на 6% или 51 530,6 тыс. руб. и составило 914 606,2 тыс. руб. Фактическое исполнение в этом году составило 912 664,4 тыс. руб. (99,8% плана).

2017 год был отмечен также увеличением расходов на данную программу (на 55923,3 тыс. руб. или 6,1%). Плановое финансирование - 970 529,5 тыс. руб., исполнение – 951 322,3 тыс. руб. (98%), все мероприятия программы выполнены.

В 2017 году были осуществлены мероприятия по пропаганде здорового образа жизни – со 150 тыс. человек. Распространено свыше 120 тыс. экземпляров 30-ти наименований информационного материала.

В рамках указанной подпрограммы реализован ряд мероприятий.

В целях профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни организованы мероприятия информационного характера в лагерях и образовательных организациях, обучающие семинары с медицинскими кадрами и с представителями групп волонтерского движения.

За 2017 г. было охвачено мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни более 150 тыс. человек. Распространено более 120 тыс. экземпляров 30 наименований информационного материала.

С целью реализации профилактических мероприятий при инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики и по Нацкалендарю профилактических прививок поставлено 51,3 тыс. доз вакцины: против гепатита А и В, ветрянки, туляремии, сибирской язвы, кори, пневмококковая, менингококковая, комбинированная (АКДС+ИПВ+гемофилия) вакцины.

Проведена диспансеризация 228,7 тыс. человек выявлено: 10 случаев туберкулеза, 922 случаев новообразований, 643 случая сахарного диабета.

В 2017 году был продолжен проект по профилактическим осмотрам сельского населения, в ходе которого осмотрено более 80 тыс. жителей. Вновь выявлены 48 случаев рака молочной железы, 21 случай рака шейки матки, 421 случай сахарного диабета.

В рамках направления по профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов ВиС: было осуществлено размещение 51 баннера, записаны и транслировались 125 аудироликов, 291 видеоролик, 70 тыс. буклетов, 3 тыс. плакатов, 4 тыс. ед. продукции с символикой.

Для лиц, больных сахарным диабетом в 2017 году было закуплено 137,7 тыс. уп. современных лекарственных средств и 8,5 тыс. уп. диагностических систем.

Дорогостоящими лекарственными препаратами были обеспечены 3 человека–орфанника, кроме того в 2017 году было приобретено 827 уп. и 2000 шт. лекарственных препаратов данной категории.

Бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на 23,2 млн. руб. обеспечены дети в возрасте до 3 лет и дети до 6 лет из многодетных семей, и на 35,2 млн. руб. отдельные категории взрослого населения.

За счет средств федерального бюджета в объеме 262,5 млн. руб. приобретены лекарственные препараты для обеспечение отдельных (льготных) категорий граждан бесплатными лекарственными препаратами, в том числе специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, назначаемыми по решению врачебных комиссий медицинских организаций (в том числе г. Заречный).

На 14,2 млн. руб. было обеспечено наркотическими и психотропными лекарственными препаратами (6790 уп.) пациентов, находящихся в терминальной стадии онкозаболевания.

В рамках пилотного проекта «Бережливая поликлиника» проведены мероприятия по повышению доступности оказания медицинской помощи, путем установки информационно-программного комплекса «Электронная очередь» и иного оборудования в поликлинику №14 и городскую детскую поликлинику.

Для удобства пациентов была расширена зона ожидания, а также полезная информация транслировалась на экране телевизоров. Увеличено число рабочих мест для регистраторов.

В пилотируемых поликлиниках за счет оптимизации деятельности регистратуры время обслуживания в регистратуре прослеживалось сокращение

с 25 минут до 10, вместе с тем, внедрение «поточного» принципа в работу лаборатории позволило сократить время ожидания забора крови с 45 минут до 10.

Оптимизация работы отделения медицинской профилактики и выработка логистического маршрута перемещения пациентов способствовали уменьшению в 2,5 раза количества посещений поликлиники для прохождения первого этапа диспансеризации.

В 2017 году в реализацию проекта были вовлечены 14 поликлиник в городе Пензе, Мокшане, Сердобске и Никольске.

В целях повышения эффективности работы служб медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, на 7420,0 тыс. руб. в прошлом году приобретены 14 автомобилей Лада-Ларгус для врачей-педиатров.

Подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи». В 2016 году плановое задание по сравнению с 2015 г. значительно увеличилось – в 3,2 раза или 1 248 479,8 тыс. руб. и составило 1 810 463,тыс. руб. Фактически исполнена данная подпрограмма в полном объеме – 1 810 462,2 тыс. рублей.

2017 год был отмечен также увеличением расходов на данную программу (на 100 712,5 тыс. руб. или 5,61%). Плановое финансирование - 1 911 175,5 тыс. руб., исполнение – 1 731 018,4 тыс. руб. (90,6% плана). Неполное освоение выделенных финансовых средств связано с отсутствием средств на едином бюджетном счете в конце 2017 года, в результате чего возникла кредиторская задолженность.

Значительное увеличение ассигнований в 2016 году связано с осуществлением централизованной закупки медицинского оборудования в районные и городские больницы, в результате которой поставлена 61 ед. (ангиограф, колоноскоп, автоматические системы для электрофореза в геле агарозы, колоноскоп, аппараты наркозные, оборудование для ЭКМО и

аппараты ИВЛ, УЗИ). В 2017 году закупка медицинского оборудования в районные и городские больницы продолжена – поставлена 88 ед. (мамографы, колоноскоп, автоматические системы для электрофореза, аппараты наркозные, оборудование для ЭКМО и аппараты ИВЛ, УЗИ).

Для проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий, в том числе в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска, детей, инфицированных туберкулезом, было осуществлено приобретение 36,5 тыс. уп. туберкулина в комплекте со шприцами, 65 тыс. противотуберкулезных препаратов. Организована работа 30 коек реабилитации в противотуберкулезном диспансере. 134 чел. получили антибактериальные и противотуберкулезные дорогостоящие препараты третьего ряда за счет федеральной поставки в натуральном виде, дополнительно приобретено за счет средств бюджета 2,1 тыс. уп.

Для обеспечения проведения обследований и лечения больных с ВИЧ, гепатитами, поставлено 13 тыс. уп. антивирусных препаратов, 6,1 тыс. наборов диагностических средств на гепатит, ВиЧ, ИФА и ПЦР, 9,1 тыс. шт. бесплатного питания (сухие адаптированные смеси, соки, овощные и фруктовые пюре) для детей (до 1,5 лет), рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

С 2016 года осуществлена реализация внедренного на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Пензенской области 99,8% пациентов с острыми инфарктами и инсультами были госпитализированы в профильные отделения. В условиях РСЦ проводятся реконструктивные операции при прецеребральных стенозах, баллонная и коронарная ангиопластика.

Для проведения данных мероприятий приобретено 43,3 тыс. уп. препаратов профилактики тромботических осложнений у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, 3 тыс. уп. препаратов для профилактики

кардиоэмболических инсультов, 23,4 тыс. уп. препаратов с действующим веществом «Клопедогриль».

Мероприятия по снижению смертности от новообразований предусматривали раннюю диагностику новообразований, в том числе злокачественных, что позволило их включить в объём 1 этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения, было приобретено 25,7 тыс. уп. медикаментов.

Для оказания онкологической помощи в 2017 году было приобретено 4,1 тыс. уп. дорогостоящих лекарственных средств.

Выполнено 23,1 тыс. донаций, по которым человек-донор смог получить выплаты, службой крови закуплено 230 уп. реагентов и расходных материалов для определения группы крови.

В 2017 году жители Пензенской области получили высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) за счет средств федерального бюджета на условиях софинансирования в 6-ти государственных бюджетных учреждениях Пензенской области по 11 профилям («травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «нейрохирургия», «урология», «эндокринология», «онкология», «офтальмология», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «педиатрия»). ВМП оказана 1216 чел.

Подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка». 2017 год характеризовался увеличением выделения финансирования на 27 011,4 тыс. руб. Плановое осваивание подпрограммы составило 95 488,2 тыс. руб., финансовое исполнение выполнение в полном объеме.

В ноябре 2017 года введен в эксплуатацию перинатальный центр в г. Пензе.

Завершена реконструкция здания бывшего родильного дома на улице Пушкина, в котором открыта областная женская консультация, которая будет выполнять ведущую функцию в координации работу подведомственных

медицинских организаций в части охраны репродуктивной сферы девочек, девушек, женщин, их своевременной коррекции с целью восстановления детородной функции и рождения здоровых детей.

Для организации неонатального скрининга и пренатальной диагностики были приобретены расходные материалы в объемах достаточных для более чем 95% новорожденных (725 наб., 30219 шт., 49 уп.).

Неонатальным скринингом охвачено 11846 детей, выявлено 3 отклонения: 2 случая фенилкетонурии, 1 случай гипотиреоза.

В рамках государственного задания осуществлены медико-генетические исследования и обеспечена деятельность Дома ребенка.

Для профилактики абортов в области работали 9 медико-социальных кабинетов, сохранено 349 беременностей. Количество абортов по области снизилось на 9,2% в сравнении с прошлым годом.

Процедуру ЭКО в 2017 году получили 821 пара.

Подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения» отвечает за обеспечение детскими путевками на санаторно-курортное лечение.

В 2017 году плановое финансирование мероприятий данной подпрограммы составило 140 422,9 тыс. руб., финансовое исполнение - 140 060,6 тыс. руб. (99,7% плана).

Детскими путевками на санаторно-курортное лечение обеспечены 5355 детей. Выделено финансирование на обеспечение выполнения государственного задания ГБУЗ «Детский санаторий «Солнышко» (санаторное лечение детей 4-7 лет с заболеваниями соматического профиля).

Путем проведения строительно-монтажных работ в помещениях и приобретения оборудования созданы условия, способствующие повышению качества оказания санаторно-курортных услуг в ООО санаторий «Надежда», вместе с тем увеличена до 40,8% уставного капитала доля Пензенской области

в указанном санатории (посредством Департамента государственного имущества Пензенской области).

Подпрограмма 5 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям». 2017 год был отмечен плановым финансированием мероприятий подпрограммы в сумме 171 939,8 тыс. руб., фактически исполнено - 167 011,6 тыс. руб. (97,1% плана).

В 2017 году объем паллиативной медицинской помощи соответствовал нормативу - 376 коек, в том числе 6 детских. Функционировало 60 коек гериатрической помощи на базе ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь ветеранов войн».

Проведена работа путем расширения коечного фонда и обучения специалистов по повышению качества жизни пациентов, которые страдают неизлечимыми тяжелыми заболеваниями, включая онкологию.

Подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» является одной из ключевых подпрограммы государственной программы, так как в рамках этой подпрограммы осуществляется финансирование оплаты различных компенсационных выплат медицинским работникам, а также прохождение ими переподготовки и повышения квалификации.

Плановое финансирование мероприятий подпрограммы в 2016 году в сумме 218 200,4 тыс. руб. обеспечило единовременную компенсационную выплату врачам при их трудоустройстве в районные больницы или смене места жительства.

Аналогичные мероприятия осуществлялись в рамках данной подпрограммы и в 2017 году, для чего плановое финансирование осуществлено в сумме 206 455,7 тыс. руб., а исполнение составило 201 001,5 тыс. руб. (97,4%).

Последипломную подготовку по интернатуре в 2017 году закончили 66 врачей и 216 чел. еще продолжают обучение (в том числе и специалисты со средним медицинским образованием), при этом в ординатуре проходили

подготовку 5 врачей-специалистов, финансируемой Министерством здравоохранения, они же получили ежемесячную академическую стипендию в размере 7441 руб.

В течение года получателями единовременных денежных выплат от 50 до 150 тыс. руб. при трудоустройстве врачей-специалистов в межрайонные больницы и районные больницы стали 301 чел.

Единовременные денежные выплаты в размере 150 тыс. руб. получили 9 врачей-педиатров, которые прибыли на работу в г. Пенза из других субъектов РФ.

4 врача-педиатра получили ежемесячную компенсацию оплаты за найм жилья в размере 10 тыс. рублей врачам-педиатрам, прибывшим на работу в г. Пензу из других субъектов РФ.

Единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн. рублей врачам, которые прибыли работать в село либо рабочий поселок, предоставлена 71 врачу-специалисту, при этом: 65 чел. получили выплату в размере 1 млн. руб., 6 чел. - по 400,0 тыс. руб. из средств бюджета. Федеральное софинансирование не поступило по причине исчерпания резерва федерального фонда ОМС межбюджетных трансфертов на данные цели. Изыскание получателями выплат недостающих средств возможно только в судебном порядке.

Меры социальной поддержки в размере 500 рублей студентам 1-6 курсов, обучающимся по договорам о целевом обучении, заключенным с Минздравом Пензенской области получают 973 человека.

Одновременно продолжили обучение в Медицинском институте ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» за счет регионального бюджета по договорам о целевом обучении – 91 студент.

Так же студенты, обучающиеся за счет регионального бюджета и успешно сдавшие промежуточные аттестации, получили академическую стипендию в размере 1484 руб. ежемесячно (35 чел.).

В 2017 году значительное внимание было уделено вопросам повышения уровня профессиональных компетенций медиков по всем направлениям, в том числе в части совершенствования кардиологической помощи, а именно:

- заведующие отделениями кардиологии прошли обучение на базе ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России,

- 5 ведущих врачей-неврологов прошли стажировку в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Республики Бурятия,

- 372 фельдшера скорой медицинской помощи обучены на цикле «Правильная интерпретации ЭКГ - исследований и своевременное оказание медицинской помощи пациентам при сердечно-сосудистых заболеваниях.

На сегодняшний день в медицинских Вузах проходит целевое обучение 1 094 студента.

В 2017 году в медицинские организации Пензенской области трудоустроились 344 врача, что на 31% больше, чем в 2016 году. В том числе трудоустроено 273 выпускника медицинских ВУЗов, что в 1,5 раза больше, чем в 2016 году.

Дефицит врачебного состава за год сократился с 837 до 554 чел.

По итогам 2017 года обеспеченность врачами увеличилась с 30,6 до 31,6 на 10 тысяч населения (с федеральными учреждениями – 32,6). Обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась с 87,9 до 88,3 на 10 000 населения.

По итогам 2017 года в Пензенской области выполнены все индикативы по заработной плате в соответствии с «майским» Указом Президента РФ. С 2012 года по 2017 год заработная плата увеличилась:

- у врачей – на 75% (с 24,8 тыс. руб. до 43,4 тыс. руб.);

- у средних медицинских работников – на 69% (с 12,9 тыс. руб. до 21,8 тыс. рублей);

- у младших медицинских работников – в 2,6 раза (с 7,2 тыс. рублей до 18,9 тыс. рублей).

Увеличилось соотношение средней заработной платы медицинского персонала к средней заработной плате по Пензенской области:

- врачей – на 4,8%, со 173,3 до 181,7%;

- среднего медперсонала – сохранено на уровне 91,2%;

- младшего медперсонала – на 23,9, с 65,3 до 80,9%.

Подпрограмма 7 «Управление развитием отрасли» включает мероприятия по финансированию функций в сфере руководства и управления органами государственной власти Пензенской области, а также обеспечению функций мобилизационного резерва и расходы на деятельность ГБУЗ «МИАЦ».

В 2017 году плановое финансирование мероприятий составило 205 503,7 тыс. руб., исполнение по этой подпрограмме – 192 372,9 тыс. руб. (93,6% плана). Невыполнение перешло в категорию кредиторской задолженности, которая перенесена на 2018 год.

Подпрограмма 8 «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья» включает текущие расходы на обеспечение деятельности ГБУ «Центр сертификации и контроля качества лекарственных средств» и ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

В 2016 году плановое финансирование мероприятий и фактическое исполнение этой подпрограммы составило 119 896,6 тыс. руб. 2017 год характеризовался увеличением планового финансирования на мероприятия данной подпрограммы на 30 346,8 тыс. руб. или 25,3%. Данный показатель составил 150 243,4 тыс. руб., его исполнение - 139 652,2 тыс. руб. (93% плана).

Подпрограмма 9 «Организация ОМС граждан Российской Федерации» отвечает за осуществление финансового обеспечения в части реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Плановое финансирование мероприятий данной подпрограммы в 2016 году составило 5 436 418,3 тыс. руб., в 2017 году - 5 531 896,4 тыс. руб. Финансовое исполнение в периоде 2016-2017 гг. обеспечено в полном объеме.

Подпрограмма 10 «Развитие скорой медицинской помощи» обеспечивает финансирование деятельности ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области», а также содержание соответствующего автотранспорта.

В 2016 году плановое финансирование мероприятий составило 69 817,6 тыс. руб., в 2017 году - 88 587,1 тыс. руб. Финансовое исполнение в 2016 г. и 2017 г. составило 69810,1 тыс. руб. и 88 242,4 тыс. руб. соответственно.

В рамках подпрограммы осуществлялось финансовое обеспечение деятельности ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области» по хранению, пополнению и обновления резерва медицинских препаратов на случаи чрезвычайных ситуаций.

С 2014 года по долгосрочному контракту до 2020 года ежемесячно оплачивается аренда 49 автомобилей службы скорой медицинской помощи с правом последующего выкупа.

Дополнительно приобретено 4 ед. санитарного транспорта класса В (УАЗ) на средства бюджета.

Анализ структуры расходов, направленных на реализацию госпрограммы «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» представлен на рисунке 4.

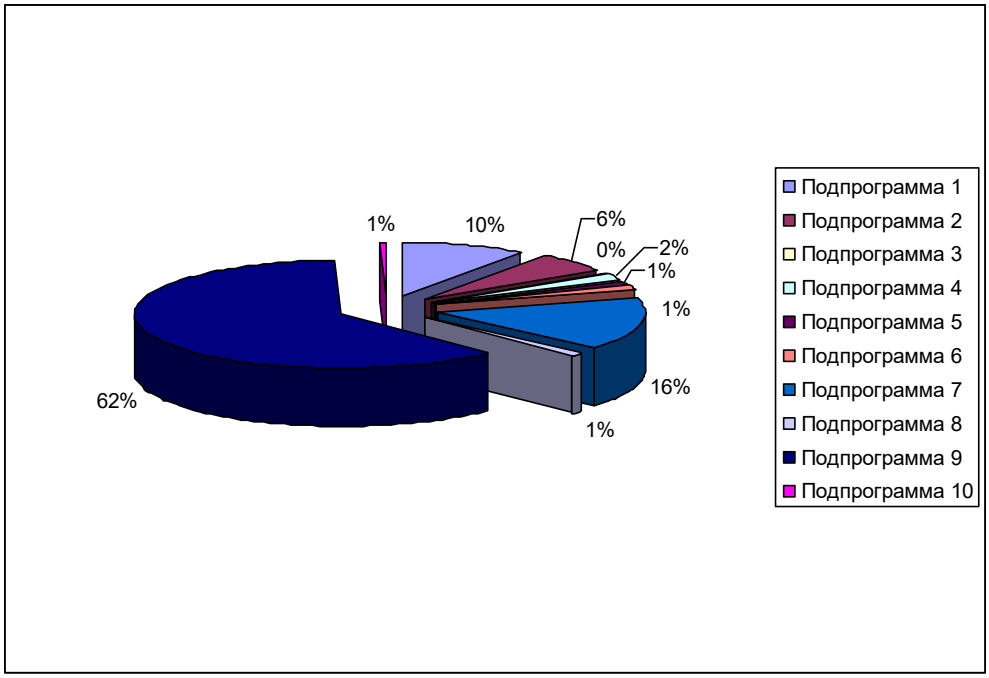


Рисунок 4 – Структура расходов по государственной программе «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» [14]

Исходя из приведенных данных на рис.4 можно сделать вывод о том, что наибольшая сумма расходов областного бюджета приходится на Подпрограмму 9 «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» - 60–62%. Наибольшая сумма по данной подпрограмме приходится на обеспечение медицинского страхования неработающего населения.

Для анализа результатов функционирования системы здравоохранения использованы данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Пензенской области (таблица 1).

Это те немногие показатели, которые являются отображением результативности государственной программы. Так, за период 2015 – 2017 гг. прослеживается увеличение продолжительности жизни на 3,3 года. При этом снижение смертности населения также является положительным фактором реализации Государственной программы. Если в 2015 году число умерших на 1000 человек составило 13,9, то в 2017 году этот показатель уже составил 13,0.

Таблица 1 – Основные социальные показатели эффективности системы здравоохранения [31;33]

Наименование показателя	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	69,9	72,1	73,2
Смертность от всех причин (число умерших на 1000 населения)	13,9	13,6	13,0
Обеспеченность высокотехнологической помощью жителей (количество пролеченных на 100 тыс. человек)	623,5	740	818
Охват санаторно-курортным лечением пациентов, %	7,2	7,5	10,0

К существенным характеристикам ситуации, которая касается продолжительности жизни населения в Пензенской области, необходимо отнести высокую вероятность возникновения факторов, способствующих росту преждевременной смертности различных заболеваний неинфекционного характера. В данном случае речь идет о курении (до 80 %среди мужчин и свыше 25% среди женщин), повышение уровня холестерина (40 %), недостаточная физическая активность (34 %), а также слабой информированности населения в вопросах здорового образа жизни.

Ситуация в Пензенской области, которая связана с табакокурением, в последние годы также остается напряженной. К сожалению, курение глубоко вошло в быт многих людей и стало повседневным явлением, что способствует ежегодному росту численности курящего населения. Особую тревогу должно вызывать увеличение количество курящих среди детей и подростков. По данной категории населения прослеживается снижение возраста начала курения, который на сегодняшний день приближается уже к 8 годам.

Актуальный вопрос – злоупотребление алкоголем и ранний возраст начала его употребления. В Пензенской области возраст первых проб алкоголя у девочек сместился к 12,9 года у мальчиков – к 12,5 года.

Немаловажное значение для успешного развития системы здравоохранения имеет использование современных технологий. Исходя из приведенных данных в таблице 1 можно увидеть, что количество пролеченных

с использованием высоких технологий на 100 тыс. человек в 2017 году по сравнению с 2015 годом возросло на 194,5 чел.

И, наконец, в связи с относительно нестабильной экологической обстановкой в Пензенской области (как и в любой другой области Российской Федерации) приобретает особую важность оздоровление населения. Поэтому в качестве критерия в рамках данного исследования выбран охват санаторно-курортным лечением пациентов. По данному показателю прослеживается рост: 2015 год – 7,2%, 2017 год – 10,0.

Немаловажное значение в оценке эффективности системы здравоохранения Пензенской области имеет такой показатель как среднемесячная зарплата медицинского персонала (таблица 2).

Таблица 2 – Динамика среднемесячной зарплаты медицинского персонала, руб. [32;34]

Категория	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Врачи	42278,6	43814,2	52591,0
Средний медицинский персонал	22482,4	23691,5	26295,5
Младший медицинский персонал	13985,8	14357,7	23373,8
Среднемесячный доход по Пензенской области	29197,9	27452,5	29217,2

Приведенные данные в таблице 4 показывают положительную динамику по среднемесячной зарплате медицинского персонала (рисунок 5).

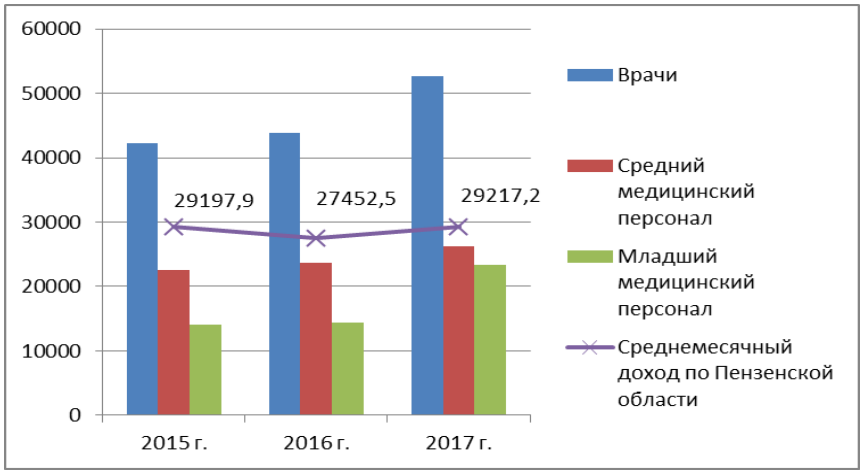


Рисунок 5 – Динамика среднемесячной зарплаты медицинского персонала, руб.

Приведенные данные на рисунке 5 свидетельствуют о постепенном увеличении среднемесячной заработной плате, что способствует достижению среднемесячному доходу по Пензенской области.

Уровень здоровья населения – общий результат функционирования всей системы здравоохранения. С 2016 года компанией Philips проводится ежегодное международное исследование «Индекс здоровья будущего» (Future Health Index), выводы которого основаны на ответах свыше 33 тыс. человек из 19 стран мира при участии экспертов из ведущих научных центров. В 2017 году Россия впервые включена в исследование. В РФ в опросе приняли участие 680 рядовых граждан и 203 работника системы здравоохранения.

Из опрошенных 96% работников системы здравоохранения в России оценили состояние здоровья населения как «плохое» или «неудовлетворительное». При 56% населения с ними согласны [23].

Нельзя не учитывать тот факт, что самооценка населением собственного здоровья – это его субъективное восприятие. Поэтому на его оценку могут оказать влияние различные факторы. В ходе анализа информации, полученной из официальных статистических источников, а также результатов социологических опросов можно получить данные, которые характеризуют состояние здоровья населения в конкретный момент времени, но и определить динамику здоровья в любом регионе и отдельных социальных группах [37, с. 132].

Результаты таких исследований показали, что основным методом улучшения здоровья населения является усиление профилактики заболеваний. В частности наибольшая эффективность в данном направлении может быть достигнута в кардиологии и онкологии (данная позиция озвучена 62% медработников). Однако с этим согласны лишь 38% опрошенных пациентов, а остальные граждане настаивают на развитии именно лечебного сегмента. Такое мнение, по мнению экспертов, превалирует в связи с тем, что большинство пациентов не задумываются о своем здоровье, пока не сталкиваются с

болезнью. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности населения об эффективности здорового образа жизни и своевременной профилактики.

Следующий фактор, оказывающий влияние на здоровье населения, является обеспечение доступа к здравоохранению. Данный показатель в России, по данным исследования Philips, ниже среднего показателя по 19 странам (58,0 по сравнению с 66,9). Однако реальный показатель доступности медицинской помощи в России оказался выше (68,1 против 64,6), что связано с большим количеством квалифицированных специалистов. В целом разрыв между восприятием доступности медицинских услуг и их реальным уровнем составил 10,1 балла, что означает негативное восприятие населением доступности медицины.

Конечно, нельзя забывать, что на самооценку населением своего здоровья, как субъективного восприятия на его оценку, влияют различные факторы.

Таким образом, анализ системы здравоохранения региона показал, что недостаточно внимания уделяется профилактике заболеваний. Государственная программа «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» разработана в целях улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи населению в Пензенской области с учетом ресурсных возможностей на региональном уровне.

Ежегодно принимается закон о бюджете Пензенской области, в расходах которого фиксируются затраты, связанные с функционированием системы здравоохранения. Также каждый год Министерством финансов Пензенской области анализируются результаты исполнения областного бюджета и формируются отчетные показатели в форме пояснительных записок, данные из которых использованы при формировании таблицы 3.

Таблица 3 – Расходы бюджета Пензенской области на систему здравоохранения, млн. руб. [32;34]

Показатели	2015г.	2016г.	2017г.
Здравоохранение, в том числе:	9 603,30	9 761,8	4 262,70
Стационарная медицинская помощь	2011,7	2 046,5	2064,6
Амбулаторная помощь	533,2	667,7	674,7
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	24,3	25,6	27,5
Скорая медицинская помощь	6,2	6,5	6,7
Санаторно-оздоровительная помощь	7,5	8,1	9,5
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов	217	162,7	168,5
Другие вопросы в области здравоохранения	6803,4	6844,6	1311,2

Уменьшение объема денежных ресурсов в 2017 году по сравнению с 2016 годом, выделяемых для обеспечения функционирования системы здравоохранения в два раза (56,3%), произошло за счет снижения суммы ассигнований на такую статью расходов, как «другие вопросы в области здравоохранения» - на 80,84% (2016 год - 6 844,6 млн. руб., 2017 год - 1 311,2 млн. руб.).

Основная причина такой негативной динамики – отсутствие планирования по расходам в разделе «Здравоохранение» на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В 2016 году по данному направлению выделено 5436,4 млн. руб.

При этом необходимо отметить общий рост расходов в бюджете Пензенской области на 2,2% или 1 030,3 млн. руб. Поэтому в рамках данного исследования проведен детальный анализ структуры расходной части областного бюджета за период 2015 – 2017 гг., который показал, что произошло перераспределение планируемых расходов (рисунок 6).

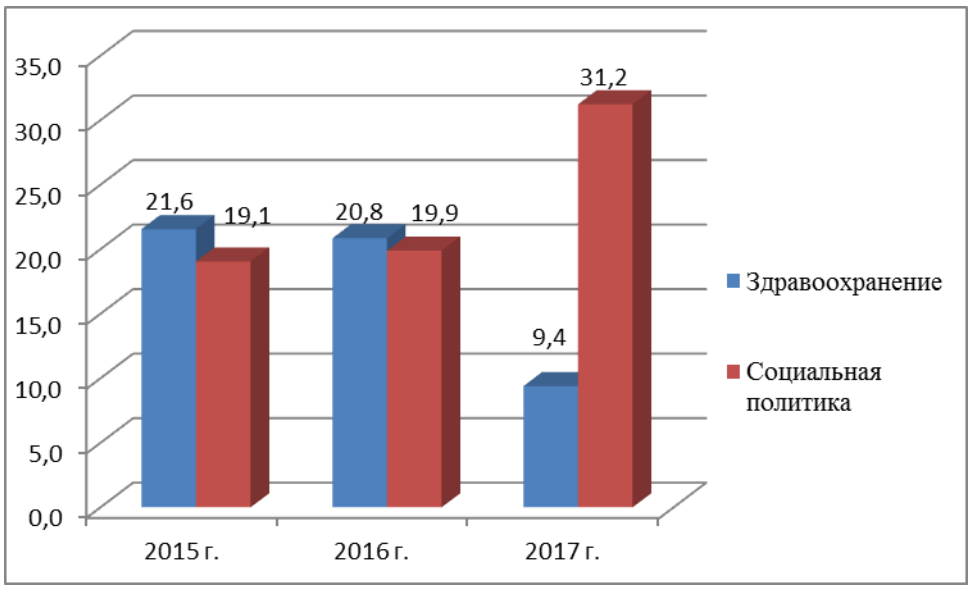


Рисунок 6 – Сопоставление удельного веса разделов расходной части в общей сумме расходов бюджета Пензенской области, %

Таким образом, установлено, что расходы, связанные с обязательным медицинским страхованием неработающего населения, перенесены из раздела «Здравоохранение» в раздел «Социальная политика». Данный факт подтверждается Отчетом об исполнении областного бюджета Пензенской области за 2017 год [34].

Помимо ассигнований из бюджета финансирование системы здравоохранения осуществляется ТФОМС. Ежегодно принимаются законы Пензенской области «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области на ….год» [11;13].

Доходы и расходы Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области представлены в таблице 4.

Исходя из приведенных данных в таблице 4, установлено, что в период 2015 – 2017 гг. присутствует дефицит бюджета ТФОМС Пензенской области. При этом в указанный период отмечено его постепенное снижение, что может положительно характеризовать планирование доходов и расходов данного Фонда.

Таблица 4 – Доходы и расходы ТФОМС Пензенской области, млн. руб. [11-13]

Показатели	2015 г.		2016 г.		2017 г.
	назначено	исполнено	назначено	исполнено	назначено
Доходы	**11418,2**	**11418**	**11801,1**	**11799,9**	**12335,9**
безвозмездные поступления	11408,4	11407,6	11752,6	11749,9	12296,5
из них средства ФФОМС	11451,6	11451,6	11630,8	11630,8	11917
Расходы	**11693,2**	**11576,1**	**11918,1**	**11838,3**	**12414,5**
здравоохранение	11575,8	11461	11836,2	11758,9	12331,6
финансовое обеспечение организации ОМС	11260,5	11152,2	11362	11355,9	11842,7
Дефицит бюджета ТФОМС	**-275**	**-158,1**	**-117**	**-38,4**	**-78,6**

На протяжении последнего десятка лет проходила реформа здравоохранения в целом по Российской Федерации, которая привела к массовому сокращению медицинских учреждений. Так, за 16 лет действия реформы ликвидирована половина больниц, треть больничных коек и каждая десятая поликлиника.

На фоне этого происходит снижение качества и скорости бесплатного медицинского обслуживания, а население все больше прибегает к платным услугам и их доля неуклонно возрастает.

Единый документ о реформе здравоохранения отсутствует. В перечень ключевых программ необходимо включить следующие:

- обеспечение лекарствами льготных категорий граждан (с 2005 года);

- национальный проект «Здоровье» (2006 — 2013 годы);

- Федеральный Закон «Об обязательном медицинском страховании» (с 2010 года);

- Указ Президента «О совершенствовании политики в сфере здравоохранения» (с 2012 года);

- «дорожная карта» правительства РФ по достижению к 2018 году высоких показателей в этой сфере.

Перечисленные меры направлены на «повышение качества медицинской помощи на основе повышения деятельности медицинских организаций и их работников. Средство для достижения указанной цели – сокращение количества «неэффективных» коек, оснащение медучреждений высокотехнологичным оборудованием и создание медицинских центров. В последнее время, как признает Скворцова, реформа здравоохранения стала ассоциироваться с «сокращением медицинских организаций, кадров и объемов медицинской помощи» [66].

По оценке Центра экономических и политических реформ, результатом изменения системы здравоохранения стала «массовая ликвидация и укрупнение медицинских учреждений, постоянное сокращение медицинского персонала». Как следует из данных центра и информации Росстата, с конца 2000 года по конец 2016-го количество больниц сократилось с 10 тысяч 700 до 5 тысяч 400, число больничных коек — с 1 миллиона 671 тысяч до 1 миллиона 197 тысяч, количество поликлиник — с 21 тысячи 300 до 19 тысяч 100. По данным Росстата, количество станций скорой помощи в 2000-2016 годах сократилось с 3 тысяч 172 до 2 тысяч 458 [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Однако при сокращении количества медучреждений число обращений в них выросло. Так, число посещений поликлиник возросло с 3,5 млн. ед. до 3,9 млн. ед. в год, а в расчете на 10 тысяч человек — с 243 до 266. Прослеживается негативная динамика и по заболеваемости – рост составил 9 тыс. чел. (зарегистрировано больных с диагнозом, который установлен впервые в жизни).

На сегодняшний день еще несовершенная медицинская инфраструктура Данный факт подтвердила и последняя проверка Счетной палаты, которая была проведена в 2015 году. По результатам этой проверки контрольный орган сообщил о 17 тысяч населенных пунктах, где вообще нет медицинской инфраструктуры. Из них 11 тысяч населенных пунктов расположены в 20 км от ближайшего врача. При этом 35% из них не охвачены общественным

транспортом. Анализируя последние 2 года необходимо отметить, что количество больниц осталось неизменным, а число поликлиник незначительно выросло (на 500 штук до 19,1 тысячи).

Также установлены факты, когда единственная в селе больница ликвидировалась, и местным жителям за медицинской помощью приходится ездить в соседние населенные пункты.

Еще одной немаловажной проблемой, препятствующей эффективному функционированию системе здравоохранения, в данном исследовании целесообразно выделить проявления коррупционных деяний сотрудниками Министерства здравоохранения.

Так, Министерством финансов совместно с Советом обороны выявлено восемь коррупционных рисков, среди которых необходимо отметить основные [25]:

- существуют коррупционные проявления при перечислении бюджетных средств при осуществлении финансирования организаций здравоохранения, а также перераспределении средств обязательного медицинского страхования при размещении средств на медицинские цели в определенных банковских учреждениях;

- существует вероятность коррупционного сговора с фармацевтическими компаниями при закупке лекарственных средств, предоставляемых гражданам на льготных условиях либо бесплатно, и возможен коррупционный риск при составлении перечня таких лекарственных средств.

Проявления коррупции в системе здравоохранения обусловлены несовершенством ее законодательной базы, которая закладывает конфликт интересов. К примеру органом обязательного медицинского страхования проводится внутренний аудит целевого и эффективного использования средств совместно с организациями здравоохранения. И при этом осуществляет функции по снабжению, распределению, хранению и закупке товаров и услуг, а также финансирует учреждения здравоохранения. Также коррупционные

деяния связаны и с отсутствием жесткой регламентации отдельных процессов с одновременным слабым контролем со стороны Министерства здравоохранения.

Подытоживая изложенный материал, необходимо отметить, что в целом на систему здравоохранения выделяется ресурсов из бюджета Пензенской области с каждым годом с приростом в 1,5%. Однако в 2017 году прослеживается снижение данного показателя за счет переноса статьи расходов по медицинскому страхованию в раздел «Социальная политика».

При этом необходимо отметить, если правительство кардинально не пересмотрит модель здравоохранения и не откажется от проводимой оптимизации, то медицина Пензенской области в обозримом будущем может отдалиться по качеству к стандартам от аналогичных показателей других регионов РФ.

Бюджет ТФОМС Пензенской области характеризуется дефицитом, который за период 2015 – 2017 гг. имеет тенденцию к снижению.

Среди ключевых проблем системы здравоохранения в работе выделены:

- низкая заинтересованность населения в сохранении и укреплении здоровья;

- недостаточная вовлеченность населения в профилактические медицинские осмотры;

- недостаточное применение новых эффективных медицинских технологий.

Без решения ключевых проблем и задач, требующих комплексного программного подхода, улучшить основные демографические показатели и показатели здоровья населения невозможно, возникает риск их ухудшения, что негативно отражается на социально-экономическом развитии региона в целом.

3 Основные направления совершенствования государственного управления здравоохранением в Пензенской области

3.1 Комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения

Эффективность системы здравоохранения находится в прямой зависимости от такого показателя, как профилактика заболеваний. В качестве примера можно привести Израиль, где все делается для того, чтобы не довести человека до госпитализации. Но больше всех выигрывает сам человек: он меньше болеет, остается дома и не попадает в клиники, на развитие которых должен платить налоги. Аналогичная ситуация присутствует и в других успешных системах здравоохранения, которые созданы в Финляндии и Сингапуре. К примеру, Сингапур является уникальным случаем. Там на здравоохранение тратится в процентном соотношении к ВВП меньше средств, чем в России. Однако здесь одна из наибольших продолжительностей жизни. Это связано с тем, что помимо ожидаемой (высокий технологический уровень медицины) есть и менее очевидная: вовлеченность в профилактику не только медицинских учреждений.

В России официально происходит информирование о необходимости прохождения профилактических осмотров и более внимательному отношению к своему здоровью. Социальная реклама, передвижные лаборатории и бесплатные проверки на конкретные заболевания – имеет тенденцию к развитию в Пензенской области. Однако в систему профилактики должны входить работодатели, некоммерческие организации, органы местного самоуправления, а также городские сообщества

С целью совершенствования организации системы здравоохранения целесообразно рассмотреть завершение формирования региональной

трехэтапной системы оказания медицинской помощи, основанной на современной логистике и правильной маршрутизации пациентов при диспансеризации.

На сегодняшний день в отрасли здравоохранения Пензенской области присутствует два этапа оказания медицинских услуг в рамках диспансеризации населения, а именно:

- проведение скрининга с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития;

- дополнительное обследование при определении медицинских показаний на первом этапе, а также осмотр врачами узкой специализации.

Так, еще в 2013 г. впервые после распада Советского Союза была восстановлена бесплатная широкомасштабная диспансеризация населения. В конце 2000-х годов уже проводилась диспансеризация работающего населения, однако достигалось это очень сложно: при планировании диспансеризации только половина населения ее проходила.

Как следует из приказа Минздрава РФ «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», в 2018 году диспансеризацию должны пройти не менее 63% тех россиян, кому она положена, а это втрое больше, чем было запланировано в 2017 г.

С 2018 года из первого этапа диспансеризации исключены клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи и УЗИ брюшной полости и малого таза. Эти виды анализов заменены исследованием кала на скрытую кровь, но проводить его будут чаще: не раз в три года, а раз в два года. Но только по назначению участковых терапевтов при наличии у пациентов клинических показаний и жалоб. И в случае если по результатам диспансеризации будут показания к проведению другой диагностики, это будет сделано в рамках ОМС бесплатно.

Из второго этапа диспансеризации исключено определение липидного спектра крови, определение концентрации гликированного гемоглобина в

крови, эзофагогастродуоденоскопия (осмотр слизистых оболочек органов, которые входят в желудочно-кишечный тракт).

Таким образом, в рамках данного исследования предложено добавить третий этап диспансеризации, который должен включать перечень исследований и консультаций, самостоятельно определенный Минздравом Пензенской области по результатам мониторинга статистических данных заболеваний региона. Так, целесообразно оставить клинический и биохимический анализ крови, УЗИ брюшной полости и малого таза, так как именно эти исследования позволяли на ранней стадии выявлять не только неинфекционные заболевания (диабет, отклонения в работе внутренних органов), но и онкологию почек, шейки матки, брюшной полости, заболевания мочевого пузыря и предстательной железы.

Исходя из сказанного, необходимо сформулировать предлагаемые порядок проведения диспансеризации следующим образом (рисунок 7).

Исходя из предложенной в рамках данного исследования трехэтапной системы диспансеризации, необходимо отметить, что первый (скрининговый) и второй этапы диспансеризации должны проводиться в соответствии с Приказом Минздрава РФ «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Третий этап, как уже было отмечено выше, предполагает осуществление мероприятий, утвержденных на уровне Министерства здравоохранения Пензенской области. Такой порядок обследования населения данного региона будет способствовать своевременному выявлению различных заболеваний в соответствии с особенностями в данной сфере Пензенской области.

Яркий пример тому – онкозаболевания, которые для успешного лечения должны выявляться на I-II стадиях. А при ряде локализаций, например репродуктивной системы у женщин, – в 65-80% случаев выявляются на I-II стадиях, что, естественно, привело к значительному снижению одногодичной летальности. По результатам 2016 г. она составила 23% [18].

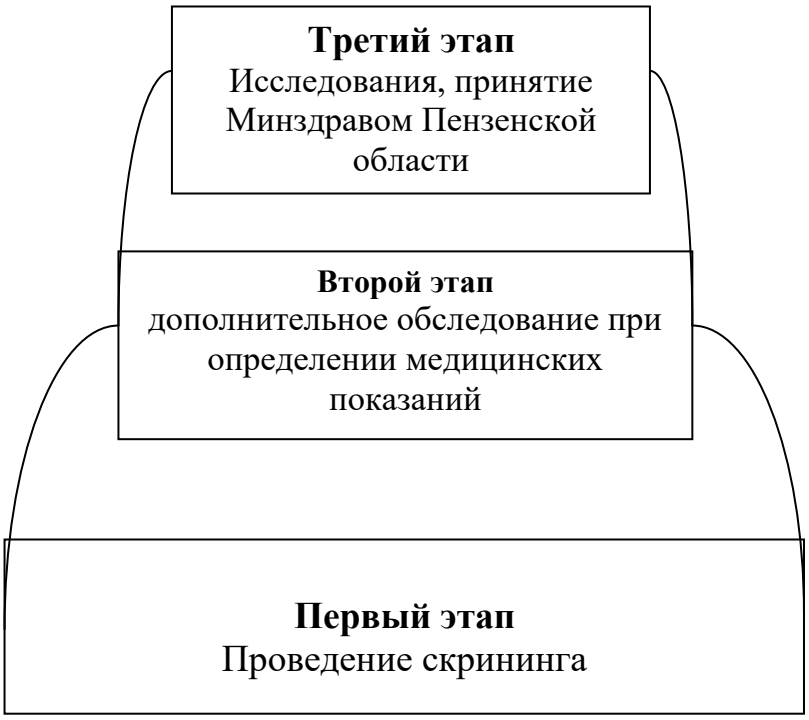


Рисунок 7 – Предложенная трехэтапная система диспансеризации

Благодаря такому подходу, можно существенно увеличить количество случаев раннего выявления заболеваний. Это еще раз подтверждает тот факт, что профилактика и выявление заболеваний на ранней стадии должна стоять на первом месте, а их лечение – на втором.

3.2 Повышение качества управления региональной системой здравоохранения

В первую очередь необходимо отметить нехватку в современном здравоохранении высококвалифицированных кадров. Основным источником их «вливания» являются российские профильные высшие учебные заведения. В

Пензенской области таким ВУЗом является Медицинский институт ФГБОУ «Пензенский государственный институт», в который сегодня поступают лучшие из лучших выпускников школ. Средний балл ЕГЭ в данное учебное заведение – один из самых высоких – 72,2, даже среди поступающих по целевому набору он выше (68,8), чем средний балл по стране в целом (68,2).

И это накладывает на ВУЗ особую ответственность. Когда приходят отличники с высоким потенциалом и мотивацией учиться, нужно, чтобы они сразу погружались не только в интеллектуальную профессиональную среду, задающую вектор на развитие и самосовершенствование, но и в атмосферу душевной чистоты, лучших человеческих и личностных качеств, которые необходимы для врача. Университет должен подготовить профессионалов, воспитать зрелых, ответственных и отзывчивых к чужой беде людей. С учетом стремительного развития биомедицины, высоких технологий и необходимости ориентироваться в сложных этических и общечеловеческих проблемах, как никогда важно гармоничное формирование медицинских специалистов. И этому должно придаваться огромное значение. Ведь доброта, внимание, чуткость – это то, что всегда было свойственно российской медицине.

Если говорить о медицинских кадрах в целом, то здесь следует, прежде всего, подчеркнуть, что одной из острых проблем долгое время являлось наличие дисбаланса в отрасли. Налицо был профицит врачей в стационарах и по определенным, как тогда казалось, «хлебным» медицинским профессиям (стоматология, урология, гинекология и косметология). Одновременно с этим существовал дефицит врачей первичного звена, скорой помощи и ряда специалистов «узких» профилей. Для устранения такого дисбаланса, благодаря внедрению механизмов целевой подготовки, с 2017 г. началось увеличение специалистов по таким традиционно дефицитным специальностям, как онкология, рентгенология, анестезиология-реаниматология и патологическая анатомия. Изменилась ситуация в Пензенской области и с врачами первичного звена – участковыми терапевтами и педиатрами. В 2017 г. по окончании вузов

молодые специалисты, которые учились по новым федеральным государственным образовательным стандартам, достойно пройдя аккредитацию, пришли работать терапевтами и педиатрами на участки. Для поддержки их на начальном отрезке трудового пути необходимо развивать систему наставничества. Достаточно эффективную помощь начинающим в принятии решений оказывают внедренные в медучреждениях информационные ресурсы и электронные системы.

Нельзя не упомянуть и о постоянном повышении квалификации практикующих медиков. Так, при Министерстве здравоохранения Пензенской области должен быть организован обязательный курс усовершенствования для преподавателей медицинского вуза рассматриваемого региона, которые преподают фундаментальные биомедицинские науки: молекулярную биологию и физиологию, генетику, основы биотехнологий, биохимию и биоинформатику.

С 2013 года действует концепция непрерывного профессионального медицинского образования. В 2015 г. создан единый портал непрерывного медицинского образования, который за 3 года наполнился компьютерными образовательными модулями и программами, тестами, ситуационными задачами. Теперь каждый врач может дистанционно, со своего рабочего места, повышать квалификацию, самостоятельно определяя свою «образовательную траекторию», осваивая новые блоки знаний. На портале работают уже более 249 тыс. врачей. Успехи каждого врача видны и учитываются в системе.

Важнейшим шагом в развитии качества подготовки медиков стало внедрение нового механизма допуска к профессиональной деятельности – аккредитация – принятого во всем мире трехэтапного экзамена, подтверждающего необходимый уровень теоретических знаний, практических навыков и клинического мышления. Специальный федеральный методологический центр разрабатывает тесты, кейсы, автоматизированные компьютерные программы для первого этапа экзамена – медицинского ЕГЭ. Созданы специальные аккредитационные центры OSCE для подтверждения

практических навыков и умений на втором этапе экзамена. Третий этап – это экзамен на клиническое мышление, который всегда присутствовал в российской медицине. Собственно, отечественная медицина традиционно славилась «организменным» подходом, с пониманием взаимодействия разных процессов, происходящих в органах и системах человека. Важно отметить, что проводят аккредитацию представители профессионального сообщества по соответствующим медицинским профилям.

Впервые аккредитация была проведена в 2016 г., когда ее прошли выпускники по двум специальностям – «фармация» и «стоматология» (7,5 тыс. человек). А в 2017 г. уже аккредитовано 32,5 тыс. выпускников по всем базовым специальностям группы «здравоохранение и медицинские науки». В 2018 г. аккредитацию впервые пройдут выпускники Пензенского базового медицинского колледжа. С целью оценки профессионализма медицинских работников необходимо до 2021 года данную систему сделать доступной и обязательной для прохождения для всех выпускников ординатур, врачей и среднего медперсонала, сделав аккредитацию регулярной и подтверждающей развитие каждого отдельного специалиста.

Несмотря на постепенный рост заработной платы медицинских работников, однако вопрос повышения заработной платы этой категории населения продолжает стоять достаточно остро. В ходе исследования был изучен опыт по данному вопросу г. Москвы. Так, для получения прибавки к зарплате, каждый врач может в добровольном порядке пройти специальное тестирование, подтвердив тем самым достойный уровень квалификации.

Пройдя такое тестирование, врачу будет назначена прибавка к зарплате размером 15,0 тыс. рублей, которая будет выплачиваться на протяжении последующих 5 лет. Нужно сдать тестирование, обратившись в одно из учреждений Московской области:

- Методический центре аккредитации специалистов Первого МГМУ имени М. Сеченова;

- Московский Государственный Медицинский стоматологический университет имени Евдокимова;

- Российскую медицинскую академию непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ;

- Научно-Исследовательский Университет имени Н. И. Пирогова.

На сегодняшний день в г. Москве уже свыше 500 врачей прошли такое тестирование. При этом общее количество заявок составляет несколько тысяч. Тестирование состоит из нескольких вполне простых этапов:

- первый этап — нужно правильно решить 80% представленных заданий. При неудачном прохождении первого этапа врачу предоставляется следующая возможность через 6 месяцев. За это время можно будет хорошо подготовиться;

- второй этап предполагает практическую часть – врачам предоставляется симуляционное оборудование, на котором они должны показать свои навыки работы с пациентами и приборами;

- третий этап предполагает беседу с профессиональными преподавателями медицинских высших учебных заведений, а также с профессиональными практикующими врачами.

Также на суд комиссии Министерства здравоохранения предоставляется личное портфолио медработника с медицинскими достижениями.

Таким образом, данная процедура в некоторой степени сходна с прохождением аттестации. Однако у них есть одно главное отличие: аттестация – обязательное условие продолжения врачебной практики, а тестирование – добровольное, связанное с получением добавки к зарплате. Поэтому предложенные мероприятия будут способствовать повышению качества предоставляемых медицинских услуг, а, соответственно, возрастет эффективность оказания помощи и сократится смертность населения.

Заключение

Подытоживая изложенный материал в данной работе, необходимо отметить следующее.

Рассмотренные теоретико-правовые основы формирования стратегии развития здравоохранения показали, что качество предоставляемых медицинских услуг и, соответственно здоровье населения зависит от системы бюджетного финансирования здравоохранения, которое поступает из нескольких источников. Так, помимо бюджетных ассигнований, медицинское обслуживание осуществляется за счет взносов работодателей в фонд обязательного медицинского страхования населения. Однако при сопоставлении государственного финансирования с альтернативным способом оплаты медицинских услуг – частным, выявлено, что выделение бюджетных средств отличается определенной стабильностью и планомерностью. Частная оплата лечения в медицинских учреждениях носит хаотичный характер и имеет место только по мере необходимости.

Система государственного управления сферой здравоохранения построена на вертикальных отношениях между структурными элементами. Так, основным координирующим органом государственного управления является Министерство здравоохранения России. За аккумулирование финансовых средств отвечают ФФОМС и ТФОМС.

Деятельность Министерства здравоохранения Пензенской области рассмотрена как система взаимодействия всех структурных подразделений в виде организационной структуры. Рассмотрение нормативно-правовых актов, регулирующих деятельности территориального Минздрава показало, что в своей деятельности данное ведомство использует законодательную базу Российской Федерации, а также Законы и Постановления Правительства Пензенской области.

В ходе оценки эффективности функционирования системы здравоохранения региона выявлено, что недостаточно внимания уделяется профилактике заболеваний. Также в системе здравоохранения Пензенской области отсутствуют критерии эффективности деятельности медицинских учреждений.

В целом по ресурсному обеспечению системы здравоохранения из бюджета Пензенской области прослеживается положительная динамика – прирост за период 2015 – 2016 гг. составил в 1,5%. Однако в 2017 году прослеживается снижение данного показателя за счет переноса статьи расходов по медицинскому страхованию в раздел «Социальная политика».

Анализ основных показателей функционирования здравоохранения в Пензенской области показал, что на начало 2018 года еще сохраняются ключевые проблемы, препятствующие эффективной реализации государственной политики в сфере здравоохранения и улучшению показателей здоровья населения:

- низкая заинтересованность населения в сохранении и укреплении здоровья;
- недостаточная вовлеченность населения в профилактические медицинские осмотры;
- недостаточное применение новых эффективных медицинских технологий;
- дефицит медицинских работников и низкая заработная плата. Не достигающая уровня среднемесячного дохода населения Пензенской области;
- децентрализованная система управления;
- недостаточное использование современных информационных технологий в здравоохранении.

С целью улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи населению Пензенской области необходимо решение основных задач:

- обеспечить приоритет профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;

- повысить эффективность оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи;

- повысить эффективность службы родовспоможения и детства;

- продолжать работу в направлении развития медицинской реабилитации населения, а также совершенствования системы санаторно-курортного лечения;

- обеспечить медицинской помощью неизлечимых больных;

- повысить эффективность государственной и муниципальной систем здравоохранения Пензенской области;

- обеспечить систему здравоохранения высококвалифицированными кадрами.

Без решения ключевых проблем и задач, требующих комплексного программного подхода, улучшить основные демографические показатели и показатели здоровья населения невозможно, возникает риск их ухудшения, что негативно отражается на социально-экономическом развитии региона в целом.

С целью совершенствования охраны здоровья населения в данной работе предложена региональная трехэтапная система диспансеризации, основанная на современной логистике и правильной маршрутизации пациентов. Предложенная система охватывает все уровни медицинских учреждений и ее основное предназначение – своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях. В данном случае, еще раз поднимается вопрос профилактики и диагностики заболеваний.

К действующим двум этапам диспансеризации в рамках данного исследования предложено добавление третьего этапа, на котором проводится дополнительное исследование, перечень направлений которого утверждается Министерством здравоохранения Пензенской области с учета специфики и статистики заболеваний региона.

Высокая эффективность системы здравоохранения может быть достигнута при наличии высокого профессионализма медицинского персонала, который должен быть сопоставимой величиной с оплатой труда.

С целью поддержания стимулирующей роли заработной платы в ходе написания данной работы изучен опыт г. Москвы по проведению добровольного тестирования, при успешном прохождении которого врачам начисляется и выплачивается надбавка к зарплате на протяжении 5 лет.

Таким образом, в рамках данного исследования рассмотрено формирование региональной системы здравоохранения, в которой максимально должен использоваться медицинский потенциал Пензенской области, независимо от формы собственности в основе единых критериев качества медицинской помощи.

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 года [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2018
2. О некоммерческих организациях: федеральный закон Российской Федерации от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 02.07.2013. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 28.12.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.03.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
5. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения: федеральный закон РФ // Собрание законодательства РФ. – 2011. – №354.- Ст. 2
6. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента РФ от 07 мая 2012 г. № 598 [Электронный ресурс] Дата обновления: 07.05.2012. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2018
7. Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Постановление Правительства РФ от 29 июля

1998 г. № 857 [Электронный ресурс] Дата обновления: 29.07.1998. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018

8. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 [Электронный ресурс] Дата обновления: 15.04.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
9. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р [Электронный ресурс] Дата обновления: 10.02.2017. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2018
10. Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников: приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421[Электронный ресурс] Дата обновления: 28.06.2013. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
11. О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: закон Пензенской области от 24.12.2014 г. № 905-ЗПО. [Электронный ресурс] Дата обновления: 25.12.2015. Режим доступа: http://docs.cntd.ru/ (дата обращения 05.05.2018).
12. О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области на 2016 год: закон Пензенской области от 25.12.2015 года № 2860-ЗПО. [Электронный ресурс] Дата обновления: 13.04.2016. Режим доступа: http://docs.cntd.ru/ (дата обращения 05.05.2018).

13. О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов: закон Пензенской области от 23.12.2016 г. № 2992-ЗПО [Электронный ресурс] Дата обновления: 22.12.2017. Режим доступа: http://docs.cntd.ru/ (дата обращения 05.05.2018).
14. Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы: Постановление Правительства Пензенской области от 02.10.2013 № 743-пП [Электронный ресурс] Дата обновления: 14.02.2018. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2018
15. О Стратегии социально-экономического развития Пензенской области на долгосрочную перспективу (до 2021 года): Постановление Законодательного Собрания Пензенской области от 04.09.2007 № 1367-ЗПО [Электронный ресурс] Дата обновления: 17.04.2015. Режим доступа: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody= &prevDoc=154135394&backlink=1&&nd=154022573&rdk=10&refoid=154135407 (дата обращения 05.05.2018).
16. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2015 году // Доклад об исполнении. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/ (дата обращения 15.05.2018).
17. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2016 году // Доклад об исполнении. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/(дата обращения 15.05.2018).
18. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2017 году // Доклад об исполнении. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/ (дата обращения 15.05.2018).

19. Блинов А.Г. Соотношение уголовного и здравоохранительного законодательства в сфере обеспечения прав и свобод пациента // Библиотека криминалиста. – 2013. – № 2. – С. 40 - 45.
20. . Ерохина Т.В. Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2013. – № 2. – С. 7- 12.
21. Ерохина Т.В. Некоторые аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе // Медицинское право. – 2012. – № 5. – С. 15 - 18.
22. Здравоохранение в России. 2017: Стат. Сб. – М.: Росстат, 2017. – 170 с.
23. Индекс здоровья будущего // Future Health Index 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.philips.ru/a-w/about-philips/fhi.html?origin= 10_global_ en_fhi_riaami____q42017-1 (дата обращения 05.05.2018).
24. Интервью Председателя Счетной палаты РФ Т.А. Голиковой «Российской газете» 25 января 2017 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.ach.gov.ru/press_center/interview/29307 (дата обращения 05.05.2018)
25. Интервью Министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой 18 ноября 2017 г. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/04/14/7663-intervyu-ministra-veroniki-skvortsovoy-rossiyskoy-gazete (дата обращения 05.05.2018).
26. Комягин А.В. Сущность и роль социально-экономических факторов, влияющих на функционирование и развитие системы муниципального здравоохранения. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://old.tisbi.org/science/vestnik/2011/issue1/Komagin.pdf (дата обращения 05.05.2018).

27. Лукьянова А.Н. О проблемах финансового обеспечения здравоохранения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2009. - № 14 (381). [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.budgetrf.ru/ Publications/Magazines/VestnikSF/2009/VSF_NEW200909211827/VSF_NEW200909211827_p_005.html (дата обращения 05.05.2018).
28. Лясников Н.В., Дудин М.Н., Совершенствование организации рабочего места менеджеров лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности // Журнал «ГлавВрач». – 2015. – №10. – С. 23-25.
29. Организационная структура ТФОМС Пензенской области // Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.omspenza.ru/ (дата обращения 15.05.2018).
30. Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов // Официальный сайт Министерства финансов РФ. [Электронный ресурс] Режим доступа:: https://www.minfin.ru/common/upload/library/ 2014/07/main/ONBP_2015-2017.pdf (дата обращения 05.05.2018)
31. Основные показатели здоровья россиян // Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/
32. Пояснительная записка к отчету об исполнении областного бюджета Пензенской области за 2015 год. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://finance.pnzreg.ru/ (дата обращения 15.05.2018).
33. Пояснительная записка к отчету об исполнении областного бюджета Пензенской области за 2016 год. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://finance.pnzreg.ru/ (дата обращения 15.05.2018).

34. Пояснительная записка к отчету об исполнении областного бюджета Пензенской области за 2017 год. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://finance.pnzreg.ru/ (дата обращения 15.05.2018).
35. Право социального обеспечения России [Текст]: Учебник. / Под ред. К. Н. Гусова. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2013. – 453 с.
36. Романова В.В. Показатели бюджетных расходов по отраслям социально-культурной сферы (консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджеты государственных внебюджетных фондов, федеральный бюджет) / В.В. Романова, Б.Л. Рудник, А.В. Мацкевич; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 86 с.
37. Самутин К.А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства // Российское предпринимательство. – 2014. –№ 11. – С. 131-136.
38. Сергеев Ю.Д., Боговская Е.А. Модернизация законодательства: проект Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Медицинское право. – 2011. – № 4. – С. 3 - 10.
39. Симоненко А.М. Совершенствование финансирования здравоохранения Российской Федерации // Медицинское право. – 2014. - № 5. – С.13-15.
40. Система ОМС - от стабилизации к эффективному развитию Д. Рейхарт.// Медицинский вестник. – 2014. – № 32 (417). – С. 34-38.
41. Тищенко Т.А., Сабирова З.Э. Особенности государственного управления сферой здравоохранения на современном этапе в России // Вестник УГУЭС. Серия экономика. – 2015. - № 4(14). – С. 45-49
42. Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения российской федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестник РосЗдравНадзора. – 2012. – № 2. – С. 45 – 47.
43. Финансы: Учебное пособие [Текст] / Под ред. Проф.А.М. Ковалевой.– 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Финансы и статистика, 2012. – 174 с.

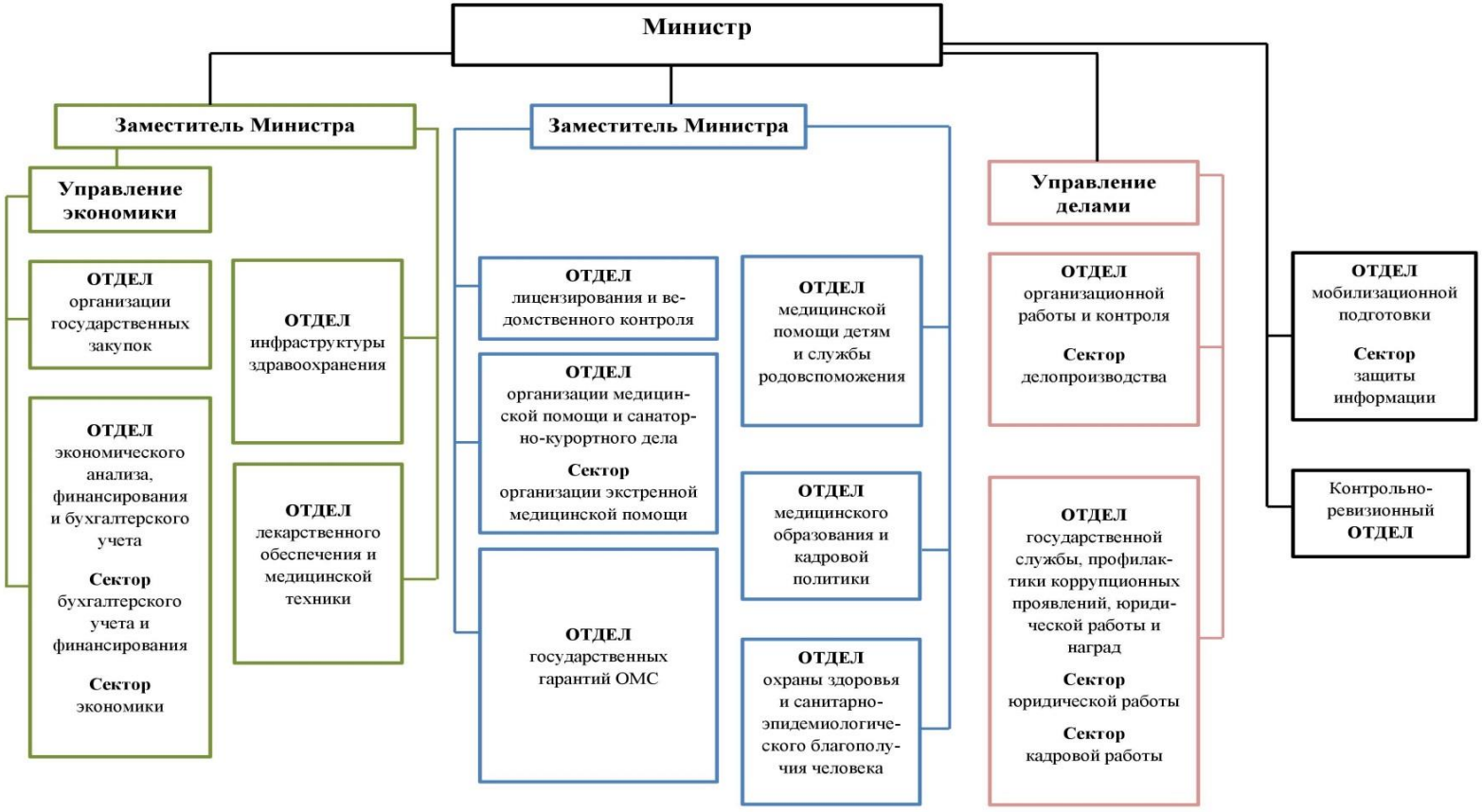
44. Хасанов Ф.З. Нормативно-правовое обеспечение и основные направления государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2015. - № 6. – С. 8-12
45. Шишов М.А. Актуальные вопросы государственного контроля в сфере здравоохранения // Административное право и процесс. – 2014. – № 8. – С. 24 - 26.
46. Шульгина С.В. Общественное мнение в оценке эффективности системы здравоохранения // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XL междунар. науч.-практ. конф. № 2(38). – Новосибирск: СибАК, 2015. – С. 35-38.

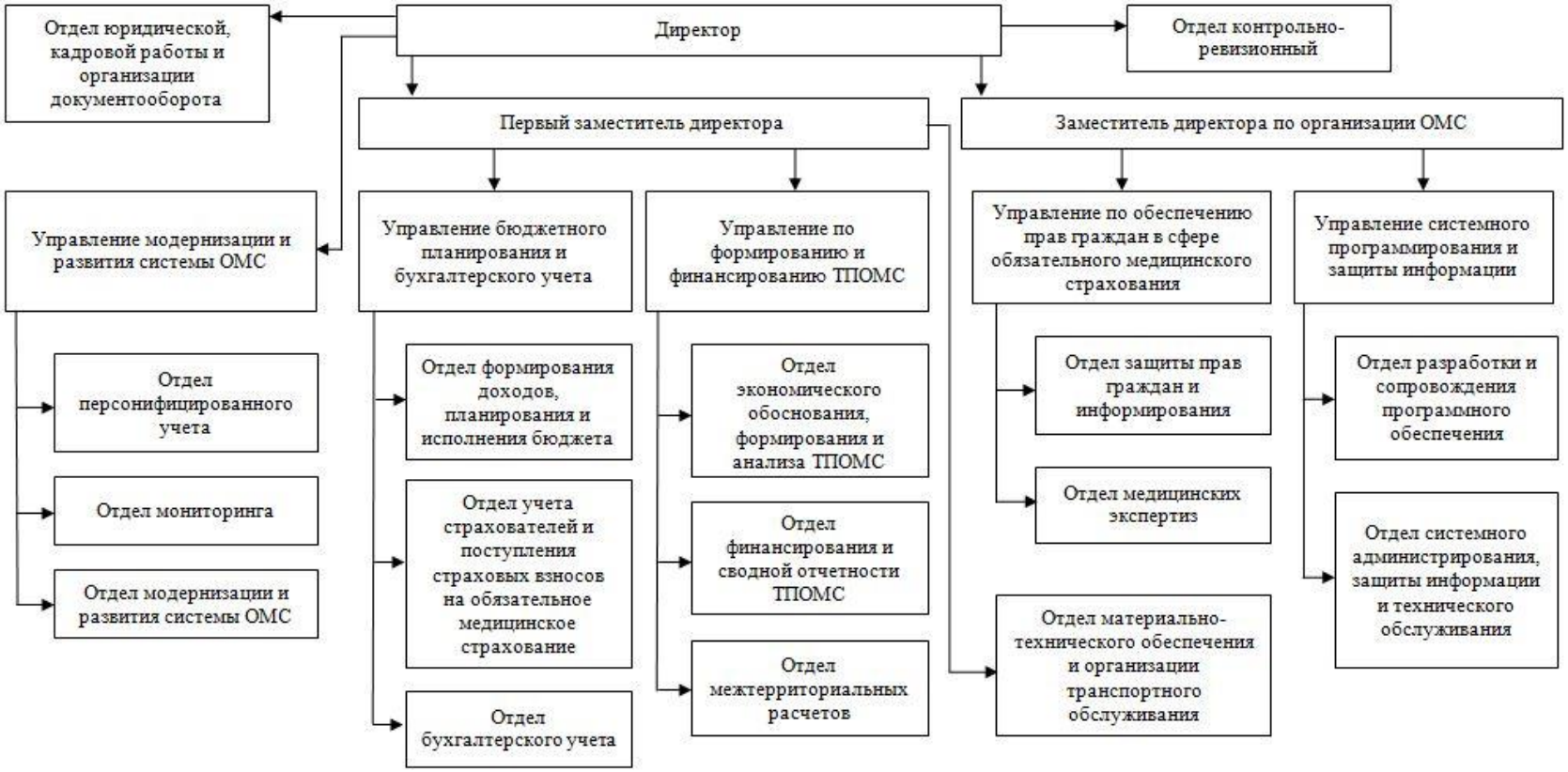
ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

СТРУКТУРА

Министерства здравоохранения Пензенской области



Приложение Б

СТРУКТУРА
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ