

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

Факультет
«Экономика и управления»

Кафедра
«Государственное управление и
социология региона»

Направление подготовки

38.04.04
Государственное и муниципальное
управление

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
на тему

**«Управление системой здравоохранения в современных
условиях (на примере Пензенской области)»**

Студент гр.143ЭГм1
Руководитель
к.с.н., доцент

_____ Д.В. Тишкин
_____ В.Н. Ретинская

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

_____ И.А. Мурзина

Рецензент
Начальник Управления по
регулированию тарифов и
энергосбережению Пензенской области

_____ Н.В. Клак

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 2017

Содержание

Введение	3
1 Теоретико-правовые основы управления здравоохранением РФ	11
1.1 Теоретические аспекты исследования системы здравоохранения РФ в современных условиях	11
1.2 Правовое регулирование системы здравоохранения на современном этапе ее развития	22
1.3 Современное состояние и тенденции развития системы здравоохранения РФ	28
2 Исследование системы здравоохранения Пензенской области	38
2.1 Общая характеристика система системы здравоохранения Пензенской области	38
2.2 Анализ реализация политики в области здравоохранения в регионе	51
3 Предложения и рекомендации по совершенствованию управления системой здравоохранения Пензенской области	69
3.1 Приоритеты необходимой государственной политики в сфере здравоохранения	69
3.2 Предложения, направленные на укрепление здоровья граждан, проживающих на территории Пензенской области	75
Заключение	84
Список использованных источников	89
Приложения	99

Введение

В современных условиях развития мирового сообщества важнейшим фактором существования и воспроизводства человеческого капитала становится здоровье нации. Здравоохранение в этой связи приобретает особую значимость, поскольку оно направлено на восстановление, охрану и поддержку физического, психического и социального благосостояния людей. Для эффективного развития здравоохранения необходимо создание системы организации и управления учреждениями здравоохранения, адекватной современным, качественно новым, экономико-правовым отношениям. При этом, государственная политика в сфере здравоохранения, должна быть направлена не только на наиболее полное обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, она также должна быть направлена и на здоровую часть населения, формируя систему условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья каждого отдельного человека, повышению его активного долголетия.

Между тем, эксперты отмечают, что современная система здравоохранения, к сожалению, не отвечает поставленным перед ней задачам. Крупные инвестиции, сделанные государством в последнее время (реализация национального проекта «Здоровье», материнский капитал и ряд других инициатив), конечно же, улучшили, но радикально не изменили ни систему здравоохранения, ни уровень здоровья нации.

Более того, на сегодняшний день развитие системы здравоохранения в России затруднено в силу следующих обстоятельств:

- на уровне социально-практической деятельности в области здравоохранения не выработана комплексная технология диагностики, профилактики и решения многих социальных проблем в сфере охраны здоровья;
- на уровне нормативно-правового регулирования здравоохранительной

деятельности существует ряд проблем и противоречий, которые негативным образом сказываются на субъектах системы здравоохранения (пациентах и врачах);

- отсутствием концептуального осмысления специфики системы здравоохранения как объекта социальных изменений на фоне общемировых тенденций развития национальных систем здравоохранения, и необходимостью выявления и обоснования особенностей и тенденций социальных изменений региональной системы здравоохранения в России и зарубежных странах с целью применения наиболее ценного в российском опыте;

- отсутствием разработанных организационных и экономических механизмов институционального подхода к реформированию и стратегическому развитию системы здравоохранения;

- и, наконец, демонстраций российского населения преимущественно недоверчивого отношения к системе здравоохранения. Это обусловлено тем, что здоровье населения – не только показатель социального благополучия нации, но и системообразующий институциональный фактор социума.

Безусловно, в процессе происходящих реформ система здравоохранения испытывает влияние всех компонентов общественной жизни: политических, экономических, морально-этических.

Политические, экономические и социальные перемены, внесшие существенные коррективы в жизнь российского общества и совпавшие по времени с началом реформ в здравоохранении, оказали двоякое воздействие на их ход и характер. Проблемы организации и функционирования системы регионального здравоохранения также обусловлены наличием ряда противоречий между:

- сложившимся пониманием принципов социальных изменений системы социально-экономических отношений и их переносом на все сферы жизни общества, включая здравоохранение;

- отсутствием внятной стратегии преобразований системы регионального здравоохранения, направленной на оптимизацию отрасли и потребностями

института здравоохранения;

- непрекращающимися на протяжении десятилетий процессами реформирования системы здравоохранения и ограниченными социально значимыми положительными результатами их осуществления.

Таким образом, исследование регионального уровня, позволяющее установить территориальные особенности системы здравоохранения, выявить проблемные зоны и обосновать применение совершенствования управления медицинской деятельностью, на наш взгляд, является крайне актуальным и необходимым.

Теоретической и методологической основой исследования являются фундаментальные и прикладные исследования, теоретические обобщения, идеи и положения, раскрытые в трудах отечественных авторов в области теории функционирования систем здравоохранения, изучающих проблемы данной отрасли на всех уровнях государственного управления.

В этом смысле основополагающими для диссертационного исследования стали труды отечественных авторов Богма К.А., Галстян Г.С., Коротковой А.В., Кривенко Н.В., Куликовой О.М., Лисицына Ю.П., Пепеляевой А.В., Полинской Т.А., Стародубова В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Улумбековой Г.Э., Шишова М.А. В их работах демонстрируется взаимозависимость общества и здравоохранения, раскрываются особенности системы здравоохранения как социального института, обращается внимание на отдельные уровни, ступени и виды системы здравоохранения, подчеркивается необходимость его реформирования (в зависимости от потребностей конкретного этапа общественного развития), анализируется направление вектор этого процесса и др.

Гревцев О.В., Кониин Н.М., Моторина Е.И., Пискунов С.В., Плесовских В.Д., Плесовских В.В., Чевтаева Н.Г. в своих трудах рассматривают административно-правовые аспекты управления здравоохранением в РФ и ее субъектах, раскрывают особенности механизма государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения на территории

нашей страны.

Вопросы реализации и оценки эффективности государственной и муниципальной политики в сфере здравоохранения на современном этапе ее развития представлены в трудах Галкиной Д.О., Левкевича М.М., Медведевой Н.В., Петроченкова Г.А., Рогинко Н.И., Рудлицкой Н., Фисенко В.С., Хасанова Ф.З., Цыганковой С.М., и др.

Критический анализ модернизационных процессов здравоохранения сквозь призму интеграции отечественного и зарубежного опыта представлен в работах Долговой И.Г., Бабушкиной Е.И., Батровой Ю.В., Гайдаровой А.Х., Кимпаева И.А., Малишевской Т.Н., Саверского А.В., Самородской И.В., Степченкова В.И., Разумовой Т.О., Черновой Т.В. и др.

Среди авторов, изучающих финансовые и экономические аспекты здравоохранения, следует отметить исследования Базаровой И.Н., Горина С.Г., Колесникова С.И., Обуховой О.В., Перхова В.И., Плохова В.Н. Скляра Т.М., Шишкина С.В., Шеймана И.М. и др. В ряде исследований этих авторов представлено освещение отдельных вопросов, отражающих наиболее существенные проблемы развития и реформирования национальных систем здравоохранения. Значительное внимание уделяется исследованию рынка медицинских услуг России.

Вместе с тем, анализ степени научной разработанности темы диссертационного исследования, позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на наличие публикаций по различным аспектам исследования системы здравоохранения его особенности функционирования, тенденции развития в условиях социально-экономических изменений, особенно на региональном уровне, изучены недостаточно. Также ограничен круг исследований, посвященных системной, институциональной специфики здравоохранения, проблемам социальных основ перемен в системе здравоохранения, изменения отношения субъектов системы здравоохранения.

Актуальность темы магистерской диссертации, степень ее научной разработанности, сформулированная научная проблема обуславливают выбор

объекта и предмета исследования, его цели и задачи.

Объектом диссертационного исследования является российская система здравоохранения на современном этапе развития.

Предмет исследования – основные тенденции развития, системные и институциональные изменения в системе управления здравоохранением, в том числе ее региональной составляющей (на примере Пензенской области).

Цель диссертационного исследования – выявление специфики управления современной системой здравоохранения на примере Пензенской области.

Достижение данной цели предполагает решение следующих исследовательских задач:

- рассмотреть теоретические аспекты исследования системы здравоохранения РФ в современных условиях;
- исследовать правовое пространство, регулирующее российскую систему здравоохранения;
- проанализировать современное состояние и тенденции развития системы здравоохранения РФ;
- дать общую оценку системы здравоохранения Пензенской области;
- проанализировать реализацию политики в области здравоохранения в регионе;
- разработать предложения и рекомендации, направленные на совершенствование управления системой здравоохранения в регионе.

Общая методология диссертационного исследования основана на применении общенаучных и специальных методов познания, включающих анализ и синтез, системный и институциональный подходы, статистический, социологический и монографический методы исследования.

Информационной базой магистерской диссертации послужили официальные справочные материалы российской и зарубежной статистики, данные международных и отечественных исследовательских организаций, разработки и аналитические отчеты ряда профильных международных

организаций, федеральные и региональные нормативно-правовые акты, относящиеся к организации и функционированию системы здравоохранения. При написании магистерской диссертации автор также опирался на актуализированную периодическую отечественную литературу и Интернет-ресурсы.

В соответствии с научной новизной на защиту выносятся следующие положения:

1. Система здравоохранения в России – одна из подсистем социальной политики общества и находится в тесной взаимосвязи со многими другими подсистемами и институтами социума. Она представляет собой относительно самостоятельную целостную многоуровневую структурированную совокупность взаимосвязанных элементов, находящихся в отношениях координации, иерархии, субординации, имеет свои внутренние и внешние функции, направленные на разработку и реализацию мер по снижению заболеваемости, инвалидности, смертности населения.

2. Российское государство гарантирует каждому человеку охрану здоровья в соответствии с нормами международного права и внутренним законодательством. Его основу составляет Конституция РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и многочисленные стандарты оказания медицинской помощи по различным группам заболеваний и состояний.

3. В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской

помощи и повышению ее эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. Однако, прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала.

4. Здравоохранение в Пензенской области является одной из наиболее динамично развивающихся отраслей. Повышение качества и доступности медицинской помощи жителям Пензенской области является приоритетным направлением региональной политики, направленной на устойчивое социально-экономическое развитие области.

5. Все учреждения здравоохранения Пензенской области переданы в собственность субъекта и распределены по уровням оказания медицинской помощи в зависимости от профилей и этапов ее оказания. Каждый уровень несет ответственность за организацию медицинского обслуживания, выполняет различные задачи и в различной степени влияет на демографические показатели. В настоящий момент времени, в регионе, при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, сформирована трехуровневая система.

5. В результате реализации на территории Пензенской области программно-целевого подхода удалось добиться стабилизации демографической ситуации и показателей здоровья населения. Данный подход направлен на раннюю диагностику заболеваний, своевременное и полноценное лечение больных, включая использование высокотехнологичных видов медицинской помощи, развитие профилактической направленности здравоохранения, в том числе формирование здорового образа жизни. В нашей области выстроена трёхуровневая система оказания медицинской помощи.

6. На сегодняшний день здравоохранению Пензенской области необходимы изменения, которые позволят ей добиться повышения качества медицинской помощи. Главными приоритетами политики в сфере

регионального здравоохранения в ближайшие годы должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников. Однако при этом нельзя забывать о том, что любые нововведения требуют времени и тщательной проработки.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что оно позволяет дополнить соответствующие разделы теории общественного здоровья и здравоохранения рядом положений, касающихся организационно-методических аспектов регионального управления, на примере Пензенской области.

Практическая значимость исследования связана с возможностью использования его результатов в процессе разработки концептуальных основ развития российского здравоохранения, корректировки проводимых в нем реформ, оптимизации деятельности и процесса управления региональной системой здравоохранения.

Структура магистерской диссертации обусловлена последовательностью решаемых исследовательских задач и состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

1 Теоретико-правовые основы управления здравоохранением в РФ

1.1 Теоретические аспекты исследования системы здравоохранения РФ в современных условиях

Важнейшим условием процветания и благополучия любой нации является состояние здоровья населения. Инвестиции в человеческий капитал помимо своего влияния на экономическое развитие страны имеют высокую доходность и объективную необходимость. Учитывая данный факт, в ходе разработки и реализации «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года», приоритеты национальной политики стали постепенно смещаться, с актуального в прежние годы технического производства, на такие сферы как образование и здравоохранение граждан [10].

В XXI веке медицина и здравоохранение подошли к новой системной фазе, вызванной ростом социальной значимости здоровья, заболеваемости и смертности населения. Все это вызывало необходимость некоего надзора власти и общества за соблюдением справедливости и добросовестности в общественных взаимоотношениях в этой сфере жизни, необходимостью определенных гарантий в обеспечении прав сохранения здоровья.

Само понятие «охрана здоровья» складывается из множества различных параметров и показателей, так как охрана здоровья представляет собой сложную систему, которая имеет, разнообразные формы проявления результатов своей деятельности в инфраструктуре социума [21, с.10].

Система охраны здоровья на общественном уровне связана с реализацией соответствующих мер по обеспечению жилищно-бытовых условий, безвредных и безопасных условий труда, охраны окружающей природной среды, социально-экономических условий для оздоровительных мероприятий, занятий физкультурой, спортом полноценного питания. Система охраны здоровья

зависит от множества элементов общественной жизни, но нельзя упускать из вида и систему здравоохранения, которая имеет свои возможности в поддержании и укреплении общественного здоровья. При тех ресурсах, которые выделяются системе здравоохранения, при существующей ее организации и хозяйственном механизме значительно можно повысить эффективность системы охраны здоровья.

Вместе с тем, система охраны здоровья является функциональной системой и фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Поэтому в ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены раздельно, что подтверждает конституционно их не идентичность. Исходя из этого, отождествление системы охраны здоровья с существующей системой здравоохранения, неверно, поскольку массовый оздоровительный и индивидуальный подходы между собой принципиально отличаются.

Само сочетание слов «здоровье» и «охрана» в международную культуру было предложено Советской Россией. При создании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на других языках в ее названии были употреблены слова health (англ.) и sante (франц.), то есть буквально «здоровье» [28, с.19].

В США было распространено определение С. Е. Винслоу, по которому Public Health - это «искусство и наука предупреждения болезней, продления жизни и повышения физической и душевной эффективности путем осуществления организованных общественных усилий». Опираясь на это определение, Комитет экспертов ВОЗ по администрации общественного здоровья заявил, что «общественное здоровье - это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения умственного и физического здоровья и эффективной деятельности людей с помощью предпринимаемых обществом организованных усилий по оздоровлению окружающей среды, борьбы с инфекциями, обучения людей личной гигиене, организации врачебной деятельности и медицинской помощи для ранней диагностики и профилактики заболеваний, а также развития социальных механизмов с целью обеспечения каждому человеку уровня жизни,

необходимого для поддержания здоровья при такой организации обеспечения этих благ, когда каждый гражданин получает возможность реализовать свое неотъемлемое право на здоровую и продолжительную жизнь» [28, с.21].

В последующие годы в документы и решения ВОЗ настойчиво вносилось словосочетание «система здравоохранения». Оно было отражено в резолюции ВОЗ «Об основных принципах развития здравоохранения», а затем в Пятой общей Программе ВОЗ, где сказано, что «общественное здравоохранение рассматривается ныне не только как комплекс чисто медицинских мер, а как важный компонент социально-экономических систем, объединяющих все экономические, социальные, политические, профилактические, лечебные и другие меры, которые человеческое общество в любой стране и на любой стадии своего развития использует для охраны и постоянного улучшения здоровья каждого человека и всего общества в целом» [28, с.23].

Постепенно понятие «система здравоохранения» нашло свое признание, хотя до сих пор в Европе во многих странах службы общественного здоровья действуют отдельно от лечебных учреждений. На современном этапе во многих странах растет понимание того, что эти два сектора в интересах каждого из них должны действовать совместно.

В советском энциклопедическом словаре сказано, что «здравоохранение - это система государственных и общественных мероприятий по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней». В источниках советского периода можно также найти понятие здравоохранения как «сфера, крупная отрасль социальной сферы, отрасль народного хозяйства». Множество трактовок этого термина подтверждает отсутствие единства в его понимании. Так под общественным здравоохранением понимается система обеспечения охраны и улучшения здоровья граждан, включающая профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, осуществляемые под контролем общества и с использованием общественных ресурсов [36, с.53].

Под системой здравоохранения понимается совокупность взаимодействующих органов управления, подведомственных им организаций, а

также субъектов, осуществляющих частную медицинскую и фармацевтическую деятельность.

Таким образом, различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом:

- все виды деятельности, главная цель которых в продвижении здоровья;
- меры, непосредственно направленные на обеспечение медицинских услуг;
- более широкие меры, нацеленные на поддержание здоровья (охрана окружающей среды);
- некоторые виды деятельности и услуги, которые не имеют первоначальной задачи обеспечения здоровья (жилье, образование) [40, с.57].

Системный подход позволяет исследовать систему как нечто целое. Системный подход к здравоохранению позволяет четко представить зависимость индивидуального и общественного здоровья не только от состояния науки, профилактики, лечения и реабилитации - этих основных функций системы здравоохранения, но и от участия всех звеньев общественного и государственного механизма, всех систем и подсистем общества в его формировании, охране и улучшении.

Традиционно в системе здравоохранения выделяли шесть базовых элементов: медицинский работник, медицинский аппарат, койка, медикаменты, материально-техническая база, бюджет. Каждому элементу дано универсальное определение. Так, под определением медицинский работник подразумеваются не только лица с медицинским образованием, но и научные работники, технические работники, участвующие в функционировании этой сферы. Исходя из принципа философии, что каждое изучаемое явление, предмет, система характеризуются не только качественно и количественно, но структурно и функционально, каждый базовый элемент должен иметь эти четыре характеристики [35, с.45].

Так, медицинские работники, как элементы системы, характеризуются количественно - на 10 тыс. населения или абсолютным количеством;

профессиональным качеством - наличие категории, ученой степени, ученого звания; структурно - профилем врачебных должностей; функционально - функции врачебной должности. Базисный элементный состав формирует первый уровень системы.

Базисные элементы системы здравоохранения создают организационную структуру - кабинеты, отделения, лаборатории, подразделения. Первичные организационные структуры также можно охарактеризовать по качественным, количественным, структурным и функциональным признакам. Таким образом, формируется второй уровень системы.

Чем выше уровень системы, тем он более усложняется. Третий уровень представляет собой уровень сложных организационных систем - учреждения, организации, заведения, предприятия.

Четвертый уровень подразумевает более сложные организационные структуры - системы (подсистемы) - системы учреждений, систему заведений, систему предприятий в пределах региона или профиля [35, с.46].

Для управления этими структурами, т.е. для обеспечения процесса управления, выделяются должностные лица. Для управления системой сложных организационных структур создаются специальные органы управления (секторы, отделы управления, департаменты, министерства), что составляет пятый уровень системы. В этом уровне четко представлена иерархия управления, следовательно, этот уровень можно определить как управляющую систему или субъект управления. По отношению к пятому уровню, все четыре системы (подсистемы), расположенные ниже определяются как управляемая система или объект управления. Система здравоохранения, как никакая другая система, характеризуется очень большим составом структурных элементов и включает в себя:

- государственные организации здравоохранения, учредителями которых являются федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, другие федеральные органы исполнительной власти, имеющие медицинские службы или медицинские структуры для оказания медицинской помощи;

- муниципальные организации здравоохранения, учредителями которых являются органы местного самоуправления;
- частные организации здравоохранения, владеющие имуществом на правах частной собственности;
- органы управления здравоохранением, которые в пределах своей компетенции осуществляют реализацию государственной политики в области здравоохранения [55, с.83].

Структуризация системы здравоохранения отчетливо просматривается и в ее отраслевом характере. Она включает отрасли:

- лечебно-профилактическую (амбулаторно-поликлинические больницы и диспансеры и др.);
- медицинскую помощь женщинам и детям;
- санитарно-противоэпидемическую службу;
- медицинскую и фармацевтическую промышленность, аптечные учреждения и предприятия;
- медицинское образование и медицинскую науку - высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения;
- санаторно-курортные учреждения;
- патологоанатомическую, судебно-медицинскую и судебно-психологическую экспертизы;
- обязательное медицинское страхование (ОМС) [55, с.85].

Чрезвычайная сложность структуризации в здравоохранении обусловлена следующими ее характерными особенностями:

- персональная ориентация медицинской деятельности на конкретных людей, нуждающихся в улучшении здоровья, что придает этой деятельности выраженный адресный характер;
- проявление деятельности по охране здоровья в виде единых, не поддающихся разделению материальных и нематериальных услуг, сочетание физических, медикаментозных, психологических форм лечения, воздействия на больных;

- трудность непосредственного качественного измерения результатов врачебной деятельности, выражения их в натуральных и стоимостных показателях;
- необходимость постоянного совмещения диагностической, лечебной, профилактической деятельности;
- непрерывно увеличивающееся разнообразие видов и форм медицинской деятельности, услуг здравоохранения;
- сложное переплетение платных, бесплатных, смешанных видов оказания медицинской помощи и разных способов финансирования здравоохранения;
- отсутствие непосредственной, явной связи между локальными результатами медицинской деятельности и затратами на получение результатов;
- сильная зависимость здоровья от факторов, не имеющих непосредственного отношения к медицине;
- значительное влияние самолечения на здоровье;
- высокая роль морально-этических факторов во взаимоотношениях лечебного персонала и пациентов [72, с.131].

С понятием структуры органически связано понятие иерархичности. Многоуровневая организация системы отражается в ее иерархической структуре, которая является основной характеристикой объекта как системы. Иерархичность системы обозначает, что каждый ее компонент может в свою очередь, рассматриваться как система, а сама исследуемая система представляет собой лишь один из компонентов более широкой сложной системы. Иерархичность системы здравоохранения возможно рассмотреть на разных уровнях организации: государственном, субъектов Федерации и муниципальном.

В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организация охраны здоровья граждан в РФ обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения РФ (структура которого представлена в Приложении А), министерства здравоохранения субъектов Российской Федерации, государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные медицинские учреждения [3].

Для обеспечения функциональности системы, все элементы непрерывно взаимодействуют между собой. Функциональное назначение каждого элемента определяет согласованность их взаимодействия. Структура системы обусловлена непрерывным согласованным функционированием элементов. Система существует до тех пор, пока функционирует и выполняет свои функции. Социальные процессы, непрерывно происходящие во всех сферах общественной жизни вызывают изменение некоторых функций, как во всей системе, так и в ее элементов. Таким образом, изменения в системе могут порождать новые функции и трансформировать уже действующие функции, а в некоторых случаях вызывать прекращение их действия.

Несмотря на то, что система здравоохранения является очень сложной, (в силу неразрывных связей со всеми сферами общественной жизни, и динамичной, в силу быстрой изменчивости этих сфер, а также динамики самой медицинской науки и практики), однако ее принципиальная схема на общенациональном, или ином уровне, может быть представлена в следующем упрощенном виде: цель - задачи - функции.

Цель российской системы здравоохранения - охрана и улучшение здоровья каждого человека и всего населения в целом [15, с.163].

Основными задачами здравоохранения являются:

а) развитие научных медицинских исследований как, единственной возможной основы для осуществления комплексных мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья;

б) индивидуальная и общественная профилактика заболеваний, улучшение здоровья населения, оздоровление окружающей среды как важнейшего фактора, влияющего на здоровье;

в) обеспечение доступных всему населению возможностей ранней диагностики и квалифицированного лечения в случае заболеваний или травм, включая реабилитацию и восстановление трудоспособности [15, с.163].

В качестве основных функций здравоохранения выделяют - науку, профилактику, лечение, кадры, ресурсы и управление.

Функционально-структурный анализ системы здравоохранения с учетом административно-территориальных аспектов показывает, что на каждой территории (государство, регион, провинция, город и т.п.) всегда имеется в той или иной мере упорядоченная сеть медико-санитарных органов и учреждений. Практически в любой стране можно выделить несколько основных типов медицинских учреждений, в том числе научно-исследовательские учреждения (институты, лаборатории, группы), высшие и средние медицинские учебные заведения, санитарно-противоэпидемические учреждения, лечебно-профилактические стационарные и амбулаторные учреждения, аптечные, технические, ремонтные и другие службы и организации. И наконец, на каждой территории имеется орган или органы управления здравоохранения, которые должны сочетать территориальную подчиненность соответствующим местным органам государственной власти и отраслевую функциональную подчиненность и подконтрольность вышестоящему органу здравоохранения [37, с.51].

Все эти учреждения здравоохранения на данной территории независимо от формы собственности, подчиненности и степени централизации

ориентируют свои функции на нужды населения данной территории и, в то же время, они должны координировать цели и задачи всей общенациональной системы здравоохранения, действуя в соответствии с ее основными принципами и стандартами. При этом каждое учреждение входит своими функциями или своими результатами в разные иерархии функциональных подсистем здравоохранения.

В зону деятельности здравоохранения входят не только здравоохранительная деятельность, но и: медико-санитарная, лечебно-профилактическая деятельность и производство тех материально-вещественных субстанций, средств, которые необходимы для поддержания здоровья. Таким образом, здравоохранительная деятельность системы обусловлена функционированием экономических, социальных, и медицинских систем. Функциональная роль и значение социальных и медицинских систем, их специализация, формы и способы функционирования по-разному проявляются на федеральном, региональном, муниципальном уровнях в зависимости от конкретных организационно-правовых форм организации систем [56, с.46].

Система здравоохранения включает медицинские, социальные и экономические системы. Медико-социальные системы включают в себя совокупность подотраслей, служб и видов медицинской, социальной и экономической деятельности, занятых производством и обеспечением потребления социальных и медицинских услуг, товаров медицинского и социального назначения, призванных удовлетворить потребности населения в полноценном наборе мероприятий по сохранению, укреплению и воспроизводству здоровья. Медицинские системы включают амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, специализированные лечебные и лечебно-диагностические центры, санитарно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и проектные институты, санаторно-курортные организации, учреждения по производству и продаже фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения, а также организации, координирующие деятельность вышеназванных учреждений. Социально-экономические системы, непосредственно связанные с охраной, укреплением и

воспроизводством здоровья населения функционируют в целях создания условий для достижения социального и экономического прогресса государства и общества в области формирования здорового образа жизни, обеспечения воспроизводства трудового и личностного потенциала нации, решения текущих задач, обеспечения нормальной жизнедеятельности общества в целом, отдельных социальных групп и слоев населения [74, с.43].

Система управления здравоохранением представляет собой набор региональных, муниципальных и иных управленческих органов, ресурсов, участвующих в процессе управленческих решений, взаимодействующих между собой, взаимодополняющих друг друга и ориентированных на достижение поставленной цели. Обратная связь в системе - это своего рода контролер, осведомитель, регулировщик системы управления. При анализе системы здравоохранения под входом понимаются те показатели, которые определяют цели, потребности и ресурсы системы, а выходные (показатели) переменные - реализация целей, удовлетворение потребностей, обеспеченность ресурсами и их использование. Входными данными могут выступать ретроспективные данные о деятельности структурных элементов, характеризующие объемы оказанных услуг, их стоимость, материально-техническую оснащенность, кадровую обеспеченность, объемы финансирования. Таким образом, на входе управляющей системы находятся проблемы, а на выходе - решения по их устранению.

Проблемы, возникающие в системе, решаются с помощью имеющихся в распоряжении средств, структурных элементов (учреждений) и действующих нормативных актов. В результате поступающих входных потоков и действующих нормативов система меняет свое «состояние», принимает различные организационные решения по изменению структуры, взаимоотношений между элементами, изменению нормативных актов, чтобы добиться результативных выходных показателей. Выходные показатели должны отражать уровни и направленность взаимодействия всех элементных составляющих системы и отражать общие и частные характеристики управленческого воздействия [68, с.105].

Таким образом, здравоохранение - система, обеспечивающая доступность мер распознавания и предупреждения болезней для максимально большого числа людей. Это функциональная система, обеспечивающая жизнедеятельность населения в конкретном месте проживания по критерию здоровья.

1.2 Правовое регулирование системы здравоохранения на современном этапе ее развития

Принципиальное значение для функционирования системы здравоохранения имеет тот факт, насколько законодательство, регулирующее данную сферу. Социальная направленность действующей Конституции, норм гражданского права, специального законодательства, регулирующего отношения по оказанию медицинской помощи, зачастую подвергается в современной России резкой критике. Вместе с тем при более тщательном анализе существующей законодательной базы, можно прийти к выводу, что в стране сформирована правовая основа функционирования системы здравоохранения. Рассмотрим ее более детально.

В РФ вопросы правового регулирования в сфере оказания качественной медицинской помощи определены рядом нормативно-правовых документов, таких как Конституция РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и многочисленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи по различным группам заболеваний и состояний [2, 3, 9]. Российское государство гарантирует каждому

человеку охрану здоровья в соответствии с нормами международного права и внутренним законодательством.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции РФ (ст. 7, 41). Здоровье является высшим неотчуждаемым правом человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности [1]. Закрепляя это право в Конституции, государство принимает на себя обязанность осуществлять комплекс мер, направленных на устранение в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья населения, предотвращение эпидемических и других заболеваний, а также на создание условий, при которых каждый человек может воспользоваться любыми незапрещенными методами лечения и оздоровительными мерами для обеспечения наивысшего достижимого на современном этапе уровня охраны здоровья.

Значимость норм международного права в регулировании отношений, складывающихся в сфере здравоохранения, вытекает из ст. 15 Конституции РФ, согласно которой если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные федеральным законом, то применяются правила международного договора [1].

Вся система здравоохранения должна строиться в соответствии с международными нормами о правах человека. Например, в Уставе ВОЗ провозглашается, что правительства несут ответственность за здоровье своих народов и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера и в области здравоохранения.

Основные положения международных норм по реализации прав гражданина на охрану здоровья установлены в таких международных актах, как:

- Конвенция о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме 04.11.1950);
- Европейская социальная хартия (от 03.05.1996), где в ст. 11 предусматривается право на охрану здоровья [63, с.46].

На территории Российской Федерации охрана здоровья граждан базируется на следующих принципах, закрепленных российским законодательством:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья [1, 3].

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является одним из важнейших элементов нормативно-правовой базы Российской Федерации [3]. Закон предусматривает постоянное улучшение качества оказываемой медицинской помощи. В нем четко прописаны гарантии государства по бесплатному обеспечению всех граждан медицинской помощью. Конкретно указано, какие услуги не могут быть платными. Это неотложная помощь, лечение социально-значимых заболеваний и др. Однако, несмотря на большое число положительных новелл, содержит ряд положений, способных вызвать сложности в его толковании и применении.

Так в ст. 22 Закона закреплено право пациента на информацию о состоянии здоровья, в том числе на ознакомление с медицинской документацией [3]. Однако, процесс осуществления ознакомления с медицинской документацией не ясен. Согласно данной статье, пациент имеет право на получение оригиналов медицинских карт. Но медицинская карта, документ, с которым непосредственно работает медицинское учреждение и отсутствие карты может создать сложности в работе учреждения. Медицинские учреждения ограничивают права пациентов в получении медицинской документации отказом. В случае невыдачи оригинала карты медицинская организация может быть привлечена к административной ответственности.

Следует отметить, что в законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» норма о выдаче медицинской документации содержит

еще одно противоречие. Медицинская документация по требованию гражданина выдается в случае, если она не затрагивает интересы третьей стороны. Третьей стороной можно рассматривать медицинского работника. Медицинский работник вносит в документацию соответствующие записи о результатах осмотра пациента, результатах обследования, назначениях. Качество ведение документации может рассматриваться как один из видов дефектов оказания медицинской помощи. Таким образом, законом не предусмотрено, но практикой разработано, соблюдение медицинским персоналом порядка и правил заполнения медицинской документации [73, с.9].

Современное российское законодательство по здравоохранению представлено трехуровневой системой и состоит из федерального законодательства, законодательства субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов муниципальных образований.

На федеральном уровне формируется Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, федеральные целевые программы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Федеральные органы обеспечивают государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории Российской Федерации, организуют санитарную охрану территории государства от завоза и распространения инфекционных заболеваний. Также, на федеральном уровне устанавливаются тарифы страховых взносов на обязательное медицинское страхование граждан в РФ [71, с. 44].

Федеральный центр утверждает стандарты в области здравоохранения, контролирует их соблюдение, определяет порядок лицензирования отдельных видов деятельности в области здравоохранения, организует государственное статистическое наблюдение в области здравоохранения, осуществляет госконтроль производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинских изделий, а также контроль в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

За федеральным уровнем также закреплена координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

К полномочиям органов государственной власти относится развитие и совершенствование системы обязательного медицинского страхования, охрана семьи, материнства, отцовства и детства, реализация мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

Органы государственной власти субъектов РФ реализуют государственную политику и обеспечивают исполнение федерального законодательства в области здравоохранения, в пределах своих полномочий принимают законы и иные нормативные правовые акты субъектов РФ в области здравоохранения.

Отметим, что многие из актов регионального законодательства, особенно общих, повторяют содержание и структуру аналогичных федеральных законов, но только в ряде случаев в них учитывается региональная специфика [49, с.773].

На уровне субъектов РФ утверждаются: территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, территориальные программы обязательного медицинского страхования; региональные целевые программы в области здравоохранения. В пределах своих полномочий субъекты РФ обязаны обеспечивать реализацию федеральных целевых программ в области здравоохранения на соответствующей территории.

Субъекты РФ устанавливают структуру, порядок организации и деятельности органов управления государственной системы здравоохранения субъектов РФ, развивают сеть организаций здравоохранения субъекта РФ, их материально-техническое обеспечение и контролируют соблюдение стандартов медицинской помощи в этих организациях. На уровне субъекта Федерации координируется деятельность органов государственной власти субъектов РФ,

хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в области охраны здоровья граждан, охраны семьи, материнства, отцовства и детства.

Субъекты РФ уполномочены утверждать нормативы финансирования, определять долю расходов на здравоохранение при формировании бюджетов субъектов РФ, устанавливать меры социальной поддержки для граждан на оказание медицинской помощи и лекарственное обеспечение, а также дополнительные виды и нормы доплат для работников здравоохранения, устанавливать порядок распределения лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых за счет бюджетов субъектов РФ.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесены формирование бюджета для оказания специализированной медицинской помощи кожно-венерологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, обязательного медицинского страхования неработающего населения, оказание специализированной санитарно-авиационной скорой медицинской помощи [3].

В субъектах РФ обеспечивается ведение государственного статистического наблюдения в здравоохранении, разрабатываются в пределах компетенции правила оказания медицинской помощи гражданам с учетом особенностей субъекта РФ и порядок деятельности медицинских организаций на его территории, развивается сеть организаций здравоохранения с учетом особенностей расселения жителей субъекта РФ [19, с.17].

Субъекты РФ обеспечивают оказание медицинской помощи гражданам при чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и ликвидации их последствий.

Вместе с тем ряд, вопросов правового регулирования и координации в предметах совместного ведения в сфере здравоохранения, остались не урегулированы. Так, норма об утверждении Программы государственных гарантий органами государственной власти была закреплена еще «Основами законодательства об охране здоровья граждан». Анализ базовой программы

государственных гарантий, ежегодно утверждаемой в субъектах Федерации законодательными собраниями, а на Федеральном уровне Правительством Российской Федерации, свидетельствует об ограничении объемов и видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, что противоречит Конституции РФ. Нормативы потребления бесплатной медицинской помощи установлены в самом общем виде. В среднем на 1 человека в год может приходиться 9,198 посещений врача в поликлинике; 2,813 койко-дней в стационаре; 0,318 вызовов скорой медицинской помощи и 0,577 дней в стационар-замещающих подразделениях медицинских организаций. Федеральные нормативы, являясь по существу среднероссийскими показателями не учитывают особенности демографического состава, специфику населения, проживающего в конкретном, а не в абстрактном регионе. Кроме того, нормативы финансовых затрат на единицу объема потребления медицинской помощи никак не связаны со стандартами ее оказания и приняты разграничением полномочий. Отсюда возникает неизбежный конфликт объявленными государственными гарантиями и ограниченными ресурсами в регионах [43, с.9].

Все вышеизложенное свидетельствует об отсутствии системного подхода при решении вопросов правового регулирования по предметам совместного ведения и существования системных организационных и правовых проблем в сфере здравоохранения, о которых речь пойдет в следующем параграфе.

1.3 Современное состояние и тенденции развития системы здравоохранения РФ

Как мы уже неоднократно упоминали выше, государство является гарантом социальной защиты интересов граждан РФ в области охране здоровья. В этой связи, в области развития здравоохранения был реализован ряд

масштабных государственных программ: дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения (с 2005 г.), Национальный проект «Здоровье» (2006–2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг., 2014–2016 гг.), которые позволили обеспечить медицинские учреждения современным оборудованием, увеличить объемы лекарственной, профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи населению [66, с.8].

В 2012 г. политическим руководством страны были поставлены задачи значительного уменьшения смертности населения от основных причин и масштабного повышения оплаты труда медицинских работников к 2018 г.

Так, в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» определены целевые показатели государственной политики в сфере здравоохранения по снижению в 2018 г. смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни [5]. В Государственной программе «Развитие здравоохранения» целевые значения этих показателей были установлены для каждого года планового периода 2013–2020 гг. (Приложение Б).

Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», заработная плата врачей должна быть повышена к 2018 г. до 200% от средней заработной платы в соответствующих регионах, а заработная плата среднего и младшего медицинского персонала – до 100% [4].

Но уже через несколько месяцев после принятия этих указов при утверждении федерального бюджета на 2013–2015 гг. произошло изменение приоритетов бюджетной политики. Рост государственных расходов на здравоохранение был приостановлен в 2013 г. В последующие годы в связи с разворачиванием экономического кризиса и сокращением бюджетных доходов ситуация ухудшилась. Расходы государства на здравоохранение в 2014 г. уменьшились в реальном выражении на 1%, а в 2015 г. – на 2,9% [20, с.62].

Таким образом, здравоохранение столкнулось с необходимостью решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования. В 2015 году, в международном рейтинге по эффективности национальных систем здравоохранения, составленном Американским агентством Bloomberg (на основании данных Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка) Россия заняла последнее – 55 место (1 место – Гонконг, Германия – 23 место, Азербайджан – 53 место, Бразилия – 54 место). Таким образом, повышение эффективности деятельности системы здравоохранения без денег – это главный вызов новейшего времени [78].

Проведенное исследование показало, что в сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности; проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования. Но многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешенными.

В 2013–2015 гг. фактические значения показателей смертности от отдельных причин и младенческой смертности оказались заметно лучше целевых значений (Приложение Б). Но показатели смертности от всех причин и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2014 г. не достигли целевых значений. Снижение смертности населения от всех причин, происходившее в течение 8 лет – с 2006 по 2013 г., приостановилось в 2014 г. (рисунок 1) [33].

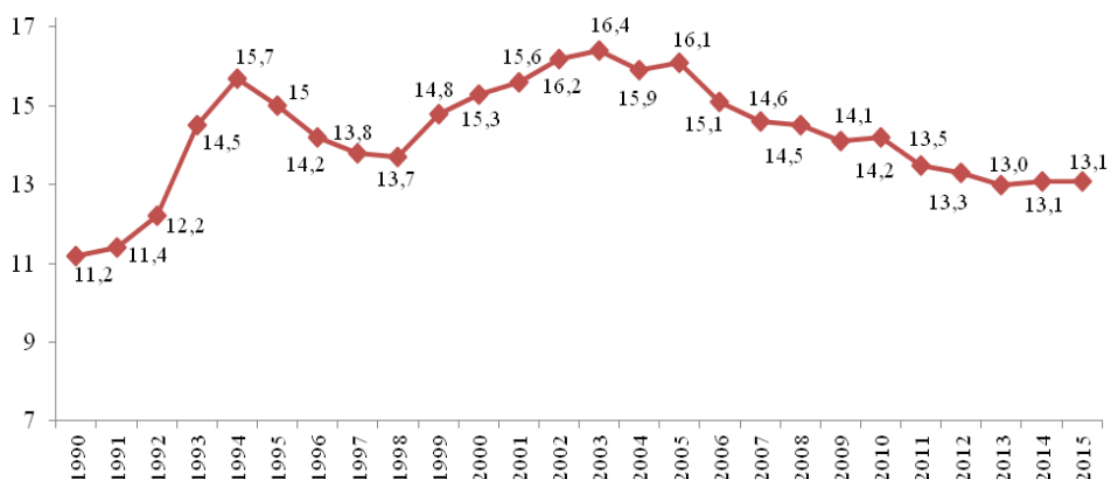


Рисунок 1 - Уровень смертности в РФ в 1990–2015 гг., умерших на 1 тыс. населения [27, с. 73]

При этом очевидно, что обеспечить дальнейшее снижение общей смертности без дополнительных государственных ресурсов отечественной системе здравоохранения пока не удастся.

Анализ оплаты труда медицинских работников показал, что в 2013 г. размеры оплаты существенно выросли, а целевые значения, установленные для врачей и среднего медицинского персонала, были значительно превышены (таблица 1).

Таблица 1 - Соотношение средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе в 2013–2015 гг., % [27, с.61]

	2012 г.	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	Факт	Целевое значение	Факт	Целевое значение	Факт	Целевое значение	Факт
Врачи	125,3	129,7	141,0	130,7	141,8	137,0	140,9
Средний медицинский персонал	72,9	75,6	80,4	76,2	80,7	79,3	79,5
Младший медицинский персонал	48,0	50,1	47,8	51,0	49,5	52,4	49,5

В 2014 г. заработная плата медицинских работников выросла уже незначительно. В среднем по стране прирост среднемесячной заработной платы врачей составил 9,4%, и в абсолютном выражении ее величина достигла 46,2

тыс. руб. Зарплата среднего медицинского персонала выросла на 9,2% до уровня 26,3 тыс. руб. У младшего медицинского персонала темп прироста оказался самым высоким – 12,7%, но в номинальном выражении прирост составил всего 1,8 тыс. руб., и в 2014 г. среднемесячная заработная плата этой категории работников равнялась 16,1 тыс. руб. [70].

В 2015 г. рост среднемесячной заработной платы был небольшим, причем даже ниже темпа инфляции, которая составила 12,9%. Для врачей и работников с высшим образованием рост составил 3,6%, средних медицинских работников – 2,6%, младшего медицинского персонала – 4,3%. Среднемесячная заработная плата врачей и работников с высшим образованием составила 47,9 тыс. руб., среднего медицинского персонала – 27,0 тыс. руб., младшего медицинского персонала – 16,8 тыс. руб. В итоге показатели соотношения заработной платы врачей и среднего медицинского персонала и средней заработной платы в регионе остались примерно на уровне 2013 г., но они по-прежнему выше целевых значений. Фактические показатели по младшему медицинскому персоналу, как и в 2013 г., остаются ниже целевых значений [70].

Здесь нельзя не отметить, что в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, была дана целевая установка на привлечение не менее одной трети средств, необходимых для повышения заработной платы, за счет реорганизации неэффективных учреждений и развития приносящей доход деятельности. Проведенное исследование показало, что при проведении реструктуризации медицинской помощи (сокращении объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи) объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет лишь 10,5% от требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013–2018 гг. при сохранении прежней численности медицинских работников. Таким образом, указанная целевая установка предопределяет необходимость проведения упрощенной реструктуризации (то есть не замещения одних видов помощи другими, а сокращения сети

учреждений, коечного фонда, кадров и т.д. с ущербом для качества и доступности медицинской помощи) и интенсивного развития платных медицинских услуг [29, с.10].

В целом по стране сокращения сети, коечного фонда и медицинских работников были пока небольшими: в 2013–2014 гг. число больничных учреждений государственной формы собственности уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд – на 4,5%. Численность врачей в медицинских организациях государственной формы собственности в 2014–2015 гг. уменьшилась всего лишь на 1%, а среднего медицинского персонала – на 2,8%. Больше были сокращения младшего медицинского персонала – на 12,8% (Приложение В) [77].

Проводимые преобразования пока не привели к преодолению структурных проблем. Объемы стационарной помощи, измеряемые числом койко-дней на 100 жителей, в России на 30–50% выше, чем в западноевропейских странах. Большие объемы стационарной помощи, складывающиеся из высокого уровня госпитализации и затянутых сроков лечения в больницах, обуславливают перекос врачебных ресурсов в сторону стационара. В то же время идет сокращение численности участковых врачей: с 2007 по 2015 г. она уменьшилась на 17%. Дефицит врачей участковой службы оценивается экспертами на уровне 25–30%. Размер участков во многих регионах существенно превосходит рекомендуемые нормативы [64, с.19].

Установленные законом права российских граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях ежегодно конкретизируются в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи [9]. На протяжении многих лет изменения, вносимые в эту программу, касались нормативов объемов медицинской помощи, которые должны быть обеспечены за счет государственных средств, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и затрат в расчете на одного человека. Но в последние четыре года содержание программы получило значительную

конкретизацию. Расширен состав критериев доступности и качества медицинской помощи, в программу включен перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Особо следует выделить установление в программе на 2016 г. требований к предельным срокам ожидания разных видов медицинской помощи. Такая конкретизация гарантий призвана защитить в сложных экономических условиях права граждан на бесплатное лечение.

Все это в совокупности приводит к тому, что удовлетворенность населения медицинской помощью и здравоохранением в целом показывает позитивную динамику, о чем наглядно свидетельствуют результаты социологических опросов (рисунок 2).

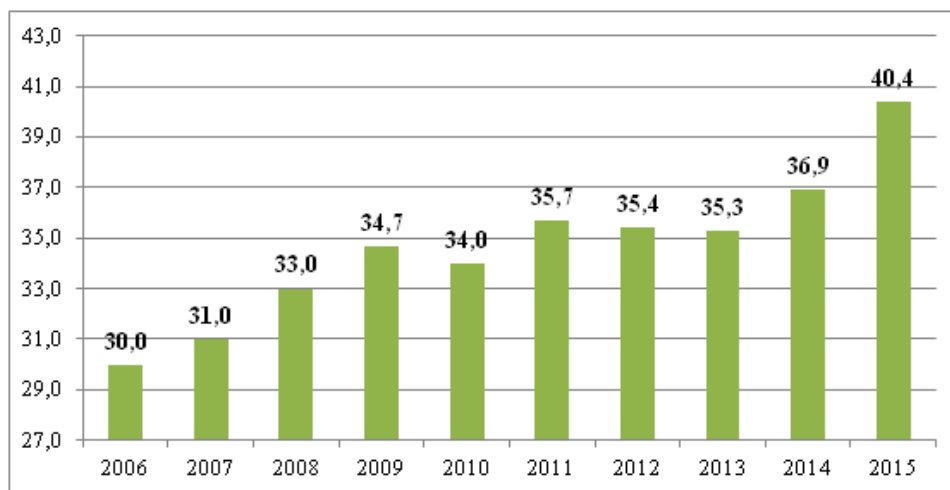


Рисунок 2 - Динамика удовлетворенности населения РФ медицинской помощью (в %) [46]

При этом удовлетворенность работой участкового врача повысилась до 46,6% (в 2012 – 41,9%), скорой помощью – до 44,6% (в 2012 – 40,9%), врачами – специалистами в амбулаторном звене – до 37,6% (в 2012 – 32%), стационарной помощью – до 32,9% (в 2012 – 26,7%). Однако, надо признать, что существуют кардинальные различия между регионами [75, с.11].

Также следует отметить, что основная часть российских граждан получала и получает бесплатную медицинскую помощь. Об этом

свидетельствует динамика показателей доли пациентов, которые платили за лечение (рисунок 3).

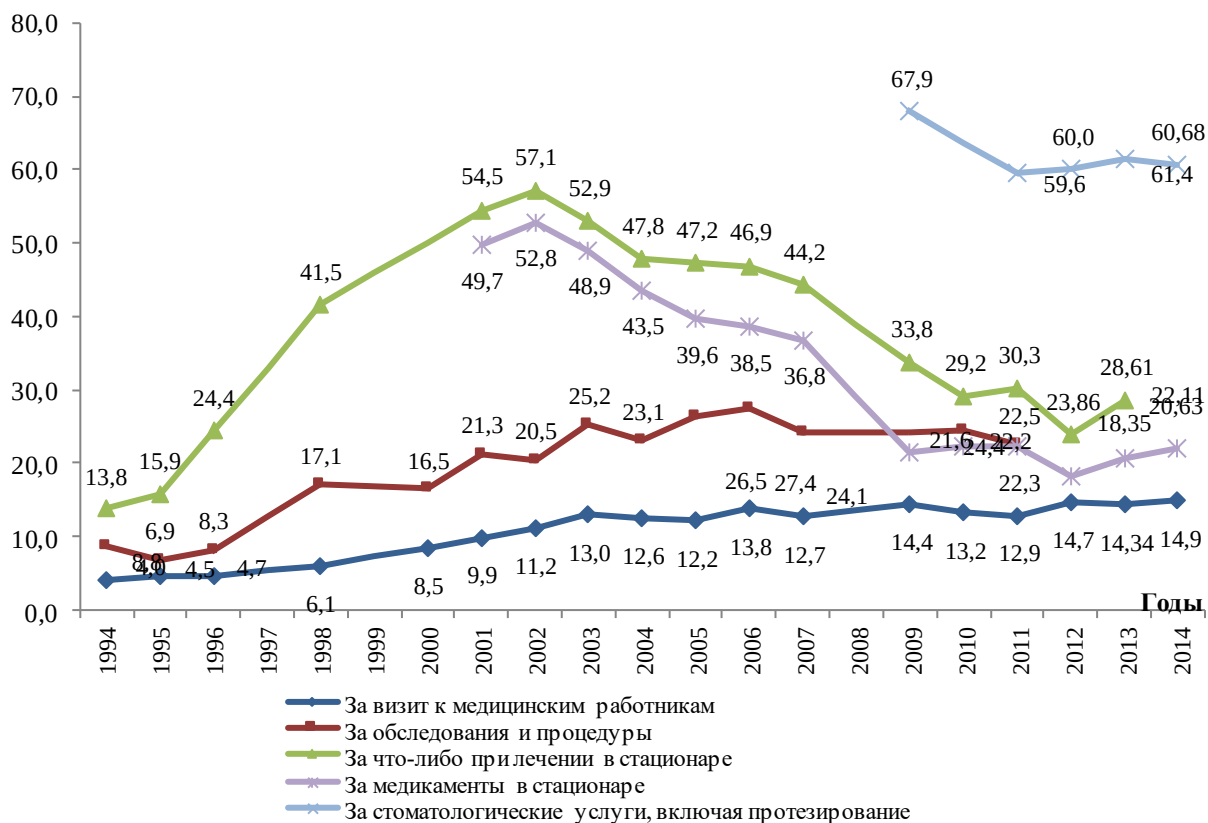


Рисунок 3 - Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь среди обратившихся за разными видами медицинской помощи в 1994–2014 гг., %
[46]

Согласно полученным оценкам, доля плативших за визит к медицинским работникам среди обратившихся за амбулаторной помощью, возросла с 4% в 1994 г. до 14,7% в 2012 г., и в последующие два года мало изменилась. Это означает, что 85% граждан получают только бесплатные врачебные консультации. В 2013 г. 71% пациентов стационаров получали там полностью бесплатное лечение [48].

Особое внимание привлекает динамика показателей распространенности практик приобретения пациентами стационаров за свой счет лекарств для лечения во время пребывания в больнице. В 1990-е гг. из-за недостатка государственного финансирования пациентам стационаров зачастую приходилось оплачивать медикаменты из собственных средств. В 2001 г. доля пациентов, оплачивавших медикаменты при стационарном лечении, составляла

52,8%, но на протяжении последующего десятилетия эта доля постоянно сокращалась и достигла в 2012 г. 18,3%. Такая динамика, очевидно, обусловлена ростом в этот период государственного финансирования, благодаря которому лекарственное обеспечение стационаров было значительно улучшено [52, с.61].

Однако, начиная с 2013 г., когда рост государственного финансирования прекратился, а доля пациентов стационаров, покупающих лекарства, вновь стала увеличиваться.

Приводимые данные о динамике доли пациентов, оплачивающих свое лечение, вполне определенно свидетельствуют, что система здравоохранения в сложных экономических условиях последних лет сохраняет доступность бесплатной медицинской помощи для основной части населения.

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы ОМС, проведенной в 2011–2015 гг. Ее главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г. размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет [58, с.73].

Доля государственного финансирования здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения. С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника – средств ОМС, а не двух – средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее [44]. Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением

финансовой ситуации во многих медицинских организациях, но причина этого не реформа, а снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования действительно сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе [33].

В последние годы предпринимаются попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услугах, дополнительное медицинское страхование «ОМС+» и др. [42]. Однако, по мнению экспертов, эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов.

Таким образом, система здравоохранения в России – одна из подсистем социальной политики общества и находится в тесной взаимосвязи со многими другими подсистемами и институтами социума. Она представляет собой относительно самостоятельную целостную многоуровневую структурированную совокупность взаимосвязанных элементов, находящихся в отношениях координации, иерархии, субординации, имеет свои внутренние и внешние функции, направленные на разработку и реализацию мер по снижению заболеваемости, инвалидности, смертности населения. Между тем, современные экономические реалии, базирующиеся на дальнейшей перспективе замедленных темпов экономического развития, ставят перед российским здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала, в том числе и на региональном уровне.

2 Исследование системы здравоохранения Пензенской области

2.1 Общая характеристика системы здравоохранения Пензенской области

Численность населения Пензенской области в настоящий момент составляет 1 миллион 348 тысяч 700 человек, из них почти 428 тысяч — жители сельской местности.

В области наблюдается устойчивая тенденция «старения» населения. Средний возраст жителей области составляет 41,2 года (по России - 39,1), каждый четвертый житель области (361,8 тысяч) пенсионного возраста. Численность лиц, старше трудоспособного возраста, в 1,8 раза больше численности детей до 17 лет. При этом ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2015 году выросла с 71,54 до 71,63 лет (это 15 место по Российской Федерации) [41].

Здравоохранение в Пензенской области является одной из наиболее динамично развивающихся отраслей. Повышение качества и доступности медицинской помощи жителям Пензенской области является приоритетным направлением региональной политики, направленной на устойчивое социально-экономическое развитие области.

В настоящее время в сети здравоохранения региона функционирует 53 государственных ЛПУ (Приложение Г): из них 16 областных больниц и диспансеров, 4 городские больницы, родильный дом, станция скорой медицинской помощи, 5 межрайонных центров, 19 районных больниц, в составе которых развернуто и функционирует 17 участковых больниц, 70 амбулаторий и 541 ФАП. Бесплатно для населения оказывают медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий – 8 федеральных учреждений здравоохранения и 6 медицинских организаций негосударственной

формы собственности. В сети государственных медицинских организаций Пензенской области работает 4 139 врачей и 12165 средних медицинских работников [26].

Министерство здравоохранения Пензенской области является исполнительным органом государственной власти, обеспечивающим проведение государственной политики в сфере охраны здоровья, руководство системой здравоохранения в целях реализации конституционных прав граждан на медицинскую помощь на территории Пензенской области.

Структура Министерства здравоохранения Пензенской области представлена на рисунке 4. возглавляет Министерство Министр здравоохранения Пензенской области, который назначается на должность и освобождается от должности Губернатором Пензенской области и несет персональную ответственность за исполнение возложенных на него обязанностей.

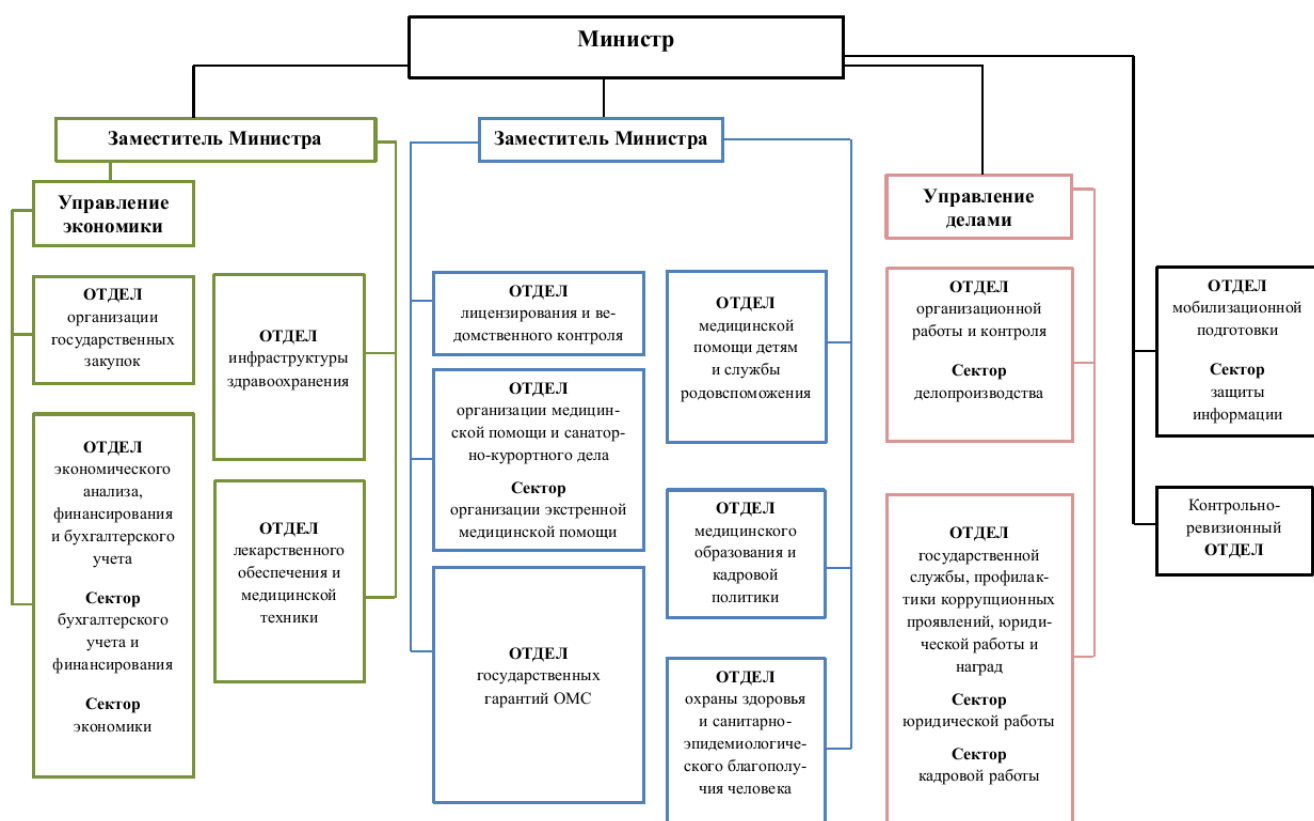


Рисунок 4 - Структура Министерства здравоохранения Пензенской области [69]

В рамках своей компетенции Министерство здравоохранения Пензенской области осуществляет следующие полномочия:

1) управляет государственной системой здравоохранения Пензенской области.

2) осуществляет нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения Пензенской области по вопросам, относящимся к полномочиям Министерства.

3) организует предоставление государственных услуг в сфере здравоохранения, в том числе в электронном виде;

4) обеспечивает условия для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями;

5) рассматривает обращения граждан, объединений граждан, в том числе юридических лиц, принимает по ним решения, направляет ответы в установленный законодательством срок, а также организует личный прием граждан по вопросам, относящимся к сфере здравоохранения;

6) координирует деятельность исполнительных органов государственной власти Пензенской области в сфере охраны здоровья субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на территории Пензенской области;

7) осуществляет лицензирование:

- медицинской деятельности медицинских организаций ;
- фармацевтической деятельности ;
- деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений;

8) организует кадровое обеспечение системы здравоохранения Пензенской области и др. [12].

В сфере охраны здоровья Министерство здравоохранения Пензенской области:

- защищает права человека и гражданина в сфере охраны здоровья;

- участвует в разработке и реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области, включающей в себя программу обязательного медицинского страхования;

- участвует в разработке и реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организации обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участвует в санитарно-гигиеническом просвещении населения;

- организует оказание населению Пензенской области первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Министерству;

- направляет граждан РФ, постоянно проживающих на территории Пензенской области, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- создает в пределах компетенции, определенной законодательством Российской Федерации, условия для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан;

- организует мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории Пензенской области;

- организует предоставление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами [12].

В сфере обязательного медицинского страхования Министерство здравоохранения Пензенской области:

- осуществляет функции страхователя по обязательному медицинскому страхованию неработающих граждан Пензенской области, категории которых установлены федеральным законодательством;
- осуществляет уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- заключает соглашения об установлении тарифов на оплату медицинской помощи с территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников [12].

В сфере обращения лекарственных препаратов Министерство здравоохранения Пензенской области:

- участвует в разработке и реализации программ и мероприятий по обеспечению граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями;
- устанавливает перечень медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленных подразделений (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также перечень лекарственных препаратов (за исключением наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов), продажа которых может осуществляться указанными организациями и их обособленными подразделениями;
- осуществляет контроль за наличием в аптечных организациях минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи на территории Пензенской области [12].

В сфере осуществления государственного контроля на территории Пензенской области Министерство здравоохранения:

- осуществляет государственный контроль (надзор) на территории

Пензенской области в сфере здравоохранения Пензенской области в соответствии с действующим законодательством.

- реализует единую государственную политику в области защиты прав юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и соблюдение законодательства Российской Федерации в области защиты прав юридических лиц, индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) на территории Пензенской области;

- организует и осуществляет государственный контроль (надзор) Пензенской области с учетом разграничения полномочий федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на осуществление федерального государственного контроля (надзора), органов исполнительной власти Пензенской области, уполномоченных на осуществление государственного контроля (надзора);

- организует и проводит мониторинг эффективности государственного контроля (надзора) Пензенской области, показатели и методика проведения которого утверждаются Правительством РФ;

- осуществляет иные предусмотренные федеральными законами, законами и иными нормативными правовыми актами Пензенской области полномочия [12].

16 декабря 2016 года на совещании членов Правительств Пензенской области, Министр регионального здравоохранения Владимир Стрючков заявил, что «2015 – 2016 годы для системы здравоохранения Пензенской области стали годами организационных и управленческих решений. Мы завершили организационно-структурные мероприятия по территориальному планированию медицинской помощи, ревизию медицинских объектов на селе, провели оценку готовности подведомственных больниц к работе в условиях приказа Министерства здравоохранения о качестве медицинской помощи. Правильное распределение ресурсов между первичным и стационарным звеном позволяет нам ежегодно выполнять все установленные индикативные показатели» [24].

С 2012 года все учреждения здравоохранения переданы в собственность субъекта и распределены по уровням оказания медицинской помощи в зависимости от профилей и этапов ее оказания. Каждый уровень несет ответственность за организацию медицинского обслуживания, выполняет различные задачи и в различной степени влияет на демографические показатели. Трехуровневая система сформирована при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

1 уровень.

На амбулаторно-поликлиническом этапе первый уровень представлен доврачебной и врачебной первичной медико-санитарной помощью.

На 1 уровне функционирует 541 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП).

Согласно действующему законодательству, ФАП открывается в населенном пункте с численностью населения от 700 человек. Расчетный норматив количества ФАП для нашего населения - 440. ФАП не может быть открыт в населенном пункте:

- при населении менее 300 человек - если населенный пункт отдален от медицинской организации на расстоянии менее 6 км. На территории пензенской области таких ФАПов 70;
- в населенном пункте с числом жителей от 300 до 700 человек, если населенный пункт удален от ближайшей медицинской организации на расстояние менее 4 километров. В области таких ФАПов 36 [26].

Содержание дополнительных ФАПов ежегодно обходится Пензенской области в 41 млн. рублей. Тем не менее, регион не идет на закрытие этих медицинских объектов, пока не будут созданы условия оказания медицинской помощи населению этих сел.

Одним из путей решения данного вопроса рассматривается приобретение 22 передвижных ФАПов. При таком решении вопроса регион сможет приблизить населению не только фельдшерскую помощь, но и врачебную, создать условия для забора крови на все виды исследований без выезда за

пределы населенного пункта, а также организовать выписку льготных рецептов.

Кроме ФАПов, на 1 уровне оказания медицинской помощи функционирует 137 отделений и амбулаторий врача общей практики (ВОП). Офисы ВОП открыты в 13 из 17 участковых больниц, в 70 амбулаториях. Во всех районных больницах созданы отделения и офисы врачей общей практики.

Медицинскую помощь оказывают 337 врачей общей практики, 76 участковых терапевтов и 218 врачей педиатров-участковых [22].

В рамках программы «Модернизация здравоохранения» проведена полная информатизация лечебно-профилактических учреждений. На протяжении последнего года шла полным ходом отработка и внедрение информационных технологий в системе здравоохранения. Это уже позволило на 15% увеличить такую составляющую, как основная деятельность (т.е. работа с пациентами) в рабочем времени врачей [61].

В 2015 году была продолжена работа по оптимизации деятельности врача в части ведения медицинской документации. Сейчас в системе осуществляется выдача 21 вида медицинских справок. Так, у части справок увеличивается срок их действия, часть справок будет выдаваться средними медицинскими работниками на основании данных диспансеризации взрослых или профилактических осмотров детей из электронной карты. Часть справок будет выдаваться автоматически в электронном виде (а в будущем -- через личный кабинет пациента в сети Интернет) без посещения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

На первом уровне населению также оказывается скорая неотложная помощь. В Пензенской области с 2013 года осуществляется работа по разделению неотложной и скорой медицинской помощи, внедрена диспетчеризация службы скорой медицинской помощи.

В поликлиниках открыты 46 кабинетов для оказания неотложной помощи взрослым и детям. Ежегодно более 400 тыс. человек получает помощь в кабинетах неотложной помощи [22].

В 2015 году была проведена профессиональная подготовка 40 врачей скорой медицинской помощи. Соответственно был повышен квалификационный уровень оказания скорой медицинской помощи.

В результате проведенной реорганизации службы улучшились качественные показатели:

- доля вызовов бригад СМП со временем доезда менее 20 минут увеличилась до 88%;
- количество обращений граждан по поводу работы скорой медицинской помощи за последний год уменьшилось в 2 раза [61].

2 уровень.

На втором уровне амбулаторная помощь оказывается врачами-специалистами городских больниц и межрайонных центров.

Между межрайонными центрами закреплены зоны ответственности для организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Определены маршруты движения больных при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в плановом и экстренном порядке при заболеваниях, влияющих на демографические показатели.

В течение 2014-2015гг. на территории Пензенской области было открыто 6 первичных сосудистых отделений, 4 травмцентра 2 уровня [22].

Эксперты отмечают, что оказание специализированной медицинской помощи в настоящее время претерпевает значительные изменения. Современные технологии позволяют значительно интенсифицировать медицинскую помощь и сократить период стационарного лечения.

В регионе за последние 5 лет развита сеть дневных стационаров, количество коек увеличилось на 353, дневные стационары стали профильными: терапевтическими, хирургическими, гинекологическими и т.д. С целью перераспределения объемов медицинской помощи из госпитального на амбулаторно-поликлинический сектор с 2013 года внедрены медицинские

технологии «хирургия одного дня». На догоспитальный этап «выведены» 37 медицинских услуг офтальмологического, хирургического, акушерско-гинекологического и урологического профиля. В указанном проекте участвуют семь медицинских организаций, в том числе одна - негосударственной формы собственности [22].

3 уровень.

На третьем уровне (специализированная, в том числе высокотехнологичная) медицинская помощь оказывается в областных больницах и диспансерах, в том числе за счет создания на их базе консультативно-диагностических центров для взрослого и детского населения.

Запись на прием к врачам-специалистам осуществляет лечащий врач. Внедрена межучрежденческая запись.

В целях обеспечения доступности высокотехнологичных методов обследования на догоспитальном этапе в 11 медицинских организациях размещено государственное задание на оказание диагностических услуг, входящих в стандарты обследования больных при оказании амбулаторной помощи.

В рамках создания трехуровневой системы организации стационарной медицинской помощи во всех районных больницах по основным профилям обеспечен первый уровень стационарной помощи:

- по терапевтическому профилю в 27 медицинских организациях - 785 коек (59%);
- по педиатрическому профилю в 26 медицинских организациях - 290 коек (56%);
- по хирургическому профилю в 24 медицинских организациях - 345 коек (35%) [59, с. 19].

Второй уровень специализированной медицинской помощи представлен в городских и межрайонных стационарах по 25 профилям. Маршруты движения больных при оказании плановой и экстренной помощи выстроены по всем порядкам, утвержденным Минздравом России.

На этом уровне организована работа:

- шести первичных сосудистых отделений;
- четырех травмоцентров второго уровня [26].

На третьем уровне специализированная медицинская помощь оказывается по 36 профилям 11 специализированными учреждениями. На этом уровне организована работа регионального сосудистого центра и травмоцентра третьего уровня.

Три учреждения третьего уровня оказывают ВМП по девяти профилям. За последние 5 лет доступность в высоких технологиях для жителей области выросла в 2,5 раза.

Показатель обеспеченности ВМП составляет 468,5 на 100 тыс. населения. Это значительно выше, чем в Приволжском федеральном округе (302) и в целом по Российской Федерации (315). На сегодняшний день самая высокая обеспеченность ВМП населения в Северо-Западном федеральном округе (476), т. е. выше, чем в Приволжье только на 1,6% [22].

Таким образом в Пензенской области выстроена полноценная система оказания медицинской помощи, соответствующая потребности населения в предоставлении медицинских услуг, основные показатели которой наглядно представлены в Приложении Д. Взаимодействие системы обеспечивает, созданная в рамках мероприятий программы модернизации здравоохранения в Пензенской области, региональный фрагмент Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Региональный фрагмент ЕГИСЗ обеспечивает решение следующих задач:

- сбор и передача информации о законченных случаях фактов оказанной медицинской помощи;
- информационная поддержка функционирования и взаимодействия сотрудников медицинских организаций;
- автоматизация информационного взаимодействия медицинской организации с внешними организациями, в том числе взаимодействие с федеральным фрагментом ЕГИСЗ и другие задачи [60, с.20].

В 2015 году на территории Пензенской области региональный фрагмент ЕГИСЗ охватил 48 медучреждений. Для достижения повышения оперативности и качества оказания медицинской помощи предполагается увеличить количество автоматизированных рабочих мест ЕГИСЗ на 1173 единицы и достигнуть к 2020 году - 4183. Для этих целей необходимо проводить ежегодное обучение 1500 чел. медицинского персонала основам информационно-коммуникационных технологий [61].

Единая информационная система охватила основные процессы оказания медицинской помощи и обеспечила возможность ведения ЭМК по каждому пациенту. Кроме того, полный переход на единую систему позволит медработникам разных учреждений иметь доступ к истории болезни пациента и принимать своевременные решения.

В настоящее время на территории региона внедрена электронная запись на прием к врачам, в том числе через Интернет. Сегодня до 90% всей документации готовят в автоматизированном режиме, автоматизировано 3010 рабочих мест врачей, созданы локальные вычислительные сети учреждений здравоохранения общим объемом 3250 портов.

Начиная с 1 августа 2016 года, в Пензе начали свою работу «Центры телефонного обслуживания граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи» или контакт-центры по вызову врача на дом для взрослого и детского населения города Пензы [67].

Структурные подразделения по вызову врача на дом организованы на базе Городской поликлиники для взрослого населения и Городской детской поликлиники для детского населения города Пензы соответственно.

Главное преимущество нового сервиса заключается в том, что теперь пациентам не нужно набирать номер регистратуры или стола справок лечебного учреждения, куда бы он хотел записаться. Достаточно только набрать единый номер, где оператор окажет необходимую услугу.

Для того, чтобы взрослому жителю областного центра записаться на приём к врачу-терапевту-участковому, врачу общей практики в медицинские

организации, специалистам, осуществляющим оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, или получить консультацию по вопросам организации первичной медико-санитарной помощи, достаточно набрать единый многоканальный номер «999 - 130», доступный с мобильного и стационарного телефонов. Специалисты контакт-центра также осуществляют регистрацию и приём вызова врача на дом для оказания неотложной медицинской помощи пациентам из числа взрослого населения на территории г. Пензы.

Для вызова врача на дом к детям, проживающим на территории города Пензы, необходимо набрать номер «990-130». Пока сервис работает только на приём вызова врача на дом. В перспективе по этому номеру станет доступной запись к врачу-педиатру участковому и к врачам-специалистам по месту прикрепления пациента.

Деятельность операторов контакт-центров осуществляется в две смены с 07:30 до 20:00. В выходные и праздничные дни операторы будут работать с 7:30 до 15:00 часов без перерыва.

В настоящее время контакт-центры работают только по обслуживанию городского населения. Для организации работы контакт-центра предусмотрены 18 рабочих мест и выделены 22 телефонные линии. В перспективе завести данный сервис на всю область [67].

Проведенное исследование показало, что на сегодняшний день не все функции ЕГИСЗ введены в эксплуатацию и некоторые направления проекта требуют доработки. С этой целью регулярно проводятся совещания для выявления существующих проблем, создана специальная рабочая группа.

Таким образом, подводя итог всему вышеизложенному, можно сказать, что региональное здравоохранение находится в стадии развития системы оптимального удовлетворения потребностей населения в профилактической, медико-социальной помощи.

2.2 Анализ реализация политики в области здравоохранения в регионе

На современном этапе развития Пензенской области основные приоритеты социальной и экономической политики в сфере регионального здравоохранения включают формирование культуры здорового образа жизни, внедрение инновационных технологий в здравоохранении и образовании, решение проблемы их кадрового обеспечения. Для достижения указанных целей на территории Пензенской области в 2013 году была разработана и в 2014 году начала реализацию государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы» [13]. Она объединила в себя все мероприятия ранее действовавших долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения, мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье» и расходы на финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Проведенное исследование показало, что объем финансирования государственной программы в течение 2015 года неоднократно приводился в соответствие с законом Пензенской области о бюджете Пензенской области на 2015 год и на плановый период 2016–2017 годов. В итоге общий объем финансирования государственной программы на 2015 год составил 8876901,9 тыс. рублей, в том числе:

- за счет средств федерального бюджета – 697065,5 тыс. рублей;
- за счет средств бюджета Пензенской области – 8144336,4 тыс. рублей;
- за счет иных источников – 35 500,0 тыс. рублей [13].

Реализация Государственной программы направлена на обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения.

В 2015 году государственная программа «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы» включала в себя 7 подпрограмм:

1 - профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи;

2 - совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

3 - охрана здоровья матери и ребенка;

4 - развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5 - оказание паллиативной помощи, в том числе детям;

6 - кадровое обеспечение системы здравоохранения;

7 - реализация государственных функций в сфере здравоохранения [13].

Детальный анализ реализации данной программы на территории Пензенской области показал, что в настоящее время приоритетным направлением регионального здравоохранения является совершенствование первичной медико-санитарной помощи, оказываемой населению. При этом, амбулаторно-поликлиническое звено является основополагающей базой для широкого внедрения и тиражирования профилактических мероприятий с целью формирования у населения здорового образа жизни, раннего выявления и снижения заболеваемости социально-значимыми заболеваниями.

Так, в течение 2015 года в регионе активно реализовывались профилактические мероприятия. В целях ранней диагностики неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидизации населения, в 2015 году был реализован комплекс мероприятий по формированию здорового образа жизни [61].

В 29 медицинских организациях было организовано проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения на базах 14 отделений и 20 кабинетов медицинской профилактики. В результате было осмотрено 251,6 тыс. человек, в том числе – 2,05 тыс. человек отдельных категорий граждан (инвалиды ВОВ 1941 - 1945 гг., лица, награжденные знаком

«Жителю блокадного Ленинграда»). По итогам диспансеризации 1 группа здоровья установлена 26%, 2 группа – 23,2%, 3 группа – 50,8%.

Две трети прошедших диспансеризацию имеют хронические неинфекционные заболевания, в том числе у каждого третьего хронические неинфекционные заболевания выявлены впервые. 60 тыс. человек прошли углубленное индивидуальное и групповое консультирование по вопросам профилактики ХНИЗ – это 35% от пациентов со 2 и 3 группами здоровья.

Все лица с установленными 2 и 3 группами здоровья охвачены лечебно-диагностическими мероприятиями (диспансерное наблюдение, лечение и пр.), в том числе более 15 тыс. человек направлены на дополнительные исследования, почти 12 тыс. – на госпитализацию, 10 тыс. – рекомендовано санаторно-курортное лечение [61].

В 2014 году в качестве пилотного проекта в одном районе начата, а в 2015 году продолжена еще в 18 районах программа целевой «сплошной» диспансеризации населения. Данным видом осмотров были охвачены более 65 тыс. сельских жителей, организовано более 2 тыс. выездов врачей – специалистов на места в сельские поселения [60, с.20].

В 2015 г. Центры здоровья посетили 48,8 тыс. человек, в том числе 20,6 тыс. детей и подростков. Среди обследованных факторы риска были выявлены у 39,0 тыс. человек (80,1 %), а доля здоровых граждан составила – 19,9 %. Всем обратившимся в центр здоровья были составлены индивидуальные планы по здоровому образу жизни. Кроме того, 12,3 тыс. человек (25,2 % от обратившихся) были направлены на дообследование в медицинские организации.

Отметим, что во всех Центрах здоровья оборудованы и работают кабинеты лечебной физкультуры. В них прошли курс гигиенической гимнастики 6,0 тыс. человек.

Для лиц, больных сахарным диабетом в 2015 г. было закуплено 74179 упаковок современных лекарственных средств и 11980 упаковок диагностических систем. 129 человек больных несахарным диабетом

обеспечены лекарственным препаратом «Десмопрессин». Также были приобретены лекарственные препараты больным с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями на 73,05 млн. руб. Дорогостоящими лекарственными препаратами обеспечены 3 человека, страдающих орфанными заболеваниями.

Бесплатными лекарственными препаратами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи на 24,62 млн. руб. обеспечены дети в возрасте до 3 лет и дети до 6 лет из многодетных семей и на 136,22 млн. отдельные категории взрослого населения [61].

Следует отметить, что на протяжении последних трех лет, органами здравоохранения Пензенской области проводится усиленная коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни у населения, что привело к перевыполнению целевых показателей в рамках первой государственной подпрограммы (таблица 2).

Таблица 2 - Исполнение целевых показателей государственной подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» [13]

Наименование целевого показателя	Единица измерения	Значения целевых показателей		Абсолютное отклонение	Относительное отклонение, в %
		план.	факт.		
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	%	30,0	16,8	-13,2	-44,0
Распространенность потребления табака среди детей и подростков	%	11,6	9,6	-2,0	-17,2
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь)	литров на душу населения в год	8,1	7,92	-0,18	-2,2
Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, в общем количестве лиц, у которых выявлен ВИЧ	%	85,0	87,7	2,7	3,2

Так, в целях профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики» в течение 2015 года организовывал следующие мероприятия:

- 20 «информационных площадок» (10 образовательных организаций, 6 предприятий, 4 загородных лагеря), охват составил 1903 человек; 38 профилактических мероприятий по формированию ЗОЖ и диспансеризации взрослого населения в образовательных организациях, охват составил 1262 человека;

- 13 занятий с обучающимися по вопросам оказания первой помощи при различных травмах и состояниях здоровья, в которых приняли участие 620 человек;

- оздоровительно-просветительское движение «Прогулка с доктором» - 8 групп по 4 человека;

- 45 обучающих семинаров с медицинскими кадрами на тему «Вопросы профилактики развития зависимостей от табака, алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ», «Формирование ЗОЖ. Диспансеризация определенных групп взрослого населения»;

- в рамках подготовки групп волонтерского движения проведено 5 семинаров для студентов медицинского колледжа – 158 человек и 14 лекций «Формирование ЗОЖ. Профилактика ХНИЗ», «Безопасность пищевых продуктов», «Основы профилактической медицины», «Последствия табакокурения», «Профилактика гепатитов», «Профилактика клещевого энцефалита и бешенства», «Профилактика ВИЧ-инфекции» - 606 чел.;

- акция «Измерь свое артериальное давление» - в 13 поликлиниках и 3 медицинских организаций в муниципальных районах Пензенской области – 2565 человек и на форуме «Доступность и качество медицинской помощи» - 93 чел.;

- проведение Всемирного дня здоровья в ФОК «Чайка» (массовая зарядка) и участие в фестивале «Спортивный калейдоскоп»;

- проведение мероприятия в рамках Всемирного дня без табака;

- проведение Всероссийского дня трезвости;
- проведение Всемирного дня сердца;
- проведение Всемирного дня борьбы с инсультом;
- участие в Рождественских чтениях [61].

В течение 2015 года по радио ВГТРК состоялись эфиры программы «Будьте здоровы» - 26 выпусков по вопросам диагностики, профилактики инфекционных заболеваний. По радио ЭХО 107,5 FM состоялось 2 эфира программы «События и мнения». Кроме этого, было распространено более 105,1 тыс. экземпляров 35 наименований информационного материала.

На базе отделений и кабинетов профилактики в регионе работают более 250 Школ здоровья по профилактике инфекционных заболеваний, в том числе по профилактике табакокурения, по профилактике алкоголизма, по профилактике наркомании, по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, по профилактике ожирения и рациональному питанию, по профилактике низкой физической активности. Охват населения профилактическими мероприятиями составляет более 87,3 тыс. человек [60, с.19].

Более 500 Школ здоровья по профилактике инфекционных заболеваний открыты в стационарных отделениях, за 2015 год в них было обучено 131,8 тыс. человек.

Помимо этого, в поликлиниках работают 17 кабинетов врача-диетолога (кабинеты здорового питания). В 2015 году 3,5 тыс. человек обратились в данные кабинеты по вопросам коррекции веса, профилактике ожирения, рационального питания, основам рационального питания при различных заболеваниях.

В Пензенской области также функционируют 35 кабинетов помощи при отказе от курения, ведущие активную образовательную работу среди молодого поколения по профилактике табакокурения. В течение 2015 г. в них прошли обучение более 8,2 тыс. человек, приняли решение об отказе от курения – более 1535 человек.

В результате мероприятиями по пропаганде здорового образа жизни было в течение 2015 г. было охвачено более 204,8 тыс. человек [61].

Пресс-службой Министерства здравоохранения Пензенской области, совместно с подведомственными учреждениями, в 2015 году были проведены следующие мероприятия, получившие широкую информационную поддержку и тиражирование в СМИ:

- массовые акции, направленные на приближение первичной специализированной медицинской помощи, завоевавшие большую популярность среди населения Пензенской области: день хирурга, день женского здоровья, день флюорографического обследования «Здоровые лёгкие», день АвтоМотоДонора;

- Дни открытых дверей в специализированных медицинских учреждениях;

- День отказа от курения, в рамках которого состоялись информационно-просветительская акция, направленная на профилактику табакокурения среди студентов сельскохозяйственной академии, мастер-класс «За здоровый образ жизни» для студентов Пензенской сельскохозяйственной академии;

- вакцинация взрослого и детского населения против вирусного гепатита В, кори и гриппа [61].

В целях борьбы с табакокурением и распространения данной негативной привычки в Пензе запущен «Транспорт здоровья». В общественном транспорте размещены плакаты, пропагандирующие отказ от курения. В целях акцентирования внимания на необходимость проведения диспансеризации, основных симптомах ишемической болезни сердца, профилактики тех или иных хронических неинфекционных заболеваний на информационных досках, которыми оснащены подъезды многоквартирных домов, ежемесячно размещается соответствующая информация для населения.

Всего с тематикой о формировании здорового образа жизни, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также о сохранении репродуктивного здоровья показано 321 сюжет на телевидении, 187

выступлений в прямом эфире и записанных интервью специалистов прозвучали на Радио, 503 статьи опубликованы в газетах районного, областного и всероссийского значений, 1373 материала распространены в сети Интернет [22].

С целью реализации профилактических мероприятий при инфекциях, управляемых средствами специфической профилактики Пензенская область приобрела в 2015 году 57 тыс. доз вакцины.

Также был проведен ряд мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекций и гепатитов В и С: выпущено 405 тыс. буклетов и листовок о здоровом образе жизни и рисках заражения ВИЧ-инфекциями, размещено 57 баннеров, в СМИ опубликовано 44 статьи, 240 раз организована трансляция роликом, отработано 10 радиоэфиров, выпущено 12 тыс. стикеров, приобретено оборудование для организации работы «горячей линии» [61].

Приоритетом развития специализированной медицинской помощи в Пензенской области является соблюдение прав граждан при оказании медицинской помощи в соответствии с разработанными на территории региона порядками и стандартами. С этой целью в Пензенской области реализуется подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» Государственной программы, целевые значения которой на 2015 год можно увидеть в Приложении Е.

Более детальное исследование данного направления показало, что в течение 2015 года медицинскими организациями Пензенской области была проведено флюорографических исследований около 800 тыс. Заболеваемость туберкулезом составила 35,7 на 100,0 тыс. населения. В рамках диспансеризации диагноз «туберкулеза» вновь выявлен у 17 человек [22].

Для проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий, в том числе в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска, среди детей, инфицированных

туберкулезом в 2015 году в регион было приобретено 26,2 тыс. упаковок туберкулина в комплекте со шприцами и 144,26 тыс. упаковок противотуберкулезных препаратов, 43,32 тыс. упаковок противотуберкулезных препаратов второго ряда на общую сумму 57629,4 тыс. руб., в том числе 24564,8 тыс. руб. федеральных средств [61].

Кроме того, для обеспечения проведения обследований и лечения больных с ВИЧ, гепатитами, в Пензенскую область было поставлено 5500 наборов экспресс-тестов на ВИЧ, 14 тест-систем на гепатиты, 1146 упаковок антиретровирусных препаратов, 78 упаковок. и 179 наб. диагностических систем, 16398 упаковок. антивирусных препаратов, 3153 упаковок. бесплатного питания (сухие адаптированные смеси, соки, овощные и фруктовые пюре) для детей (до 1,5 лет), рожденных ВИЧ-инфицированными матерями на общую сумму 88798,1 тыс. руб., в том числе 75654,2 тыс. руб. федеральных средств. ARV-терапию получали 920 чел. [61].

В 2015 году была продолжена реализация внедренного на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с неврологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В регионе выстроена система маршрутизации и обеспечена равнодоступность специализированной неврологической и кардиологической помощи для всего населения. В области функционируют 6 первичных сосудистых отделений и региональный сосудистый центр, что позволяет:

- обеспечить профильную госпитализацию пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения с высокими показателями эффективности использования профильного коечного фонда,

- охватить 32,5% больных с ОКС с подъемом сегмента ST тромболизисом составляет (индикатив 20–25%), а больных с инфарктом – 48,8% при нормативе – не менее 20–25%,

- систематизировать поток пациентов на реконструктивные операции на экстракраниальных отделах церебральных сосудов. В региональном

сосудистом центре пролечено 16,5% от всех зарегистрированных больных с острым коронарным синдромом (далее – ОКС), 22% – от всех пациентов с зарегистрированными инфарктами, в том числе с подъемом сегмента ST – 61,3% от числа больных с инфарктами [60, с.21].

В результате чего, в Пензенской области 99,7% пациентов с острыми инфарктами и инсультами госпитализируются в профильные отделения, 985 пациентов первичных сосудистых отделений проконсультированы специалистами регионального сосудистого центра (РСЦ). В условиях РСЦ проведены 303 реконструктивных операции при прецеребральных стенозах, 1061 баллонная ангиопластика, 818 – баллонных ангиопластик со стентированием, 4090 коронарных ангиографий.

Для проведения мероприятий по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2015 года, в Пензенской области было приобретено 25 кавафилтров и 30 балонных катеторов для ангиографических исследований, 77536 упаковок препаратов профилактики тромботических осложнений у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, 11062 упаковок Клопидогрель, 3370 упаковок препаратов для профилактики кардиоэмболических инсультов на общую сумму 16602,1 тыс. руб. [61].

К сожалению, приходится констатировать, что Пензенская область является лидирующей среди субъектов РФ по онкозаболеваниям. В течение 2015 года смертность от новообразований составила 212,9 на 100 тыс. населения, прирост к уровню 2014 года на 3,6% [60, с.21].

Мероприятия по снижению смертности от новообразований предусматривают раннюю диагностику новообразований, в том числе злокачественных, что включено в объём 1 этапа диспансеризации отдельных групп взрослого населения. В 2015 году среди прошедших диспансеризацию установлено 1 703 случая новообразований, в том числе 607 случаев впервые [61].

Всего на 2015 год для Пензенской области Минздравом России установлен план по уточненным (абсолютным) значениям

стандартизированных показателей заболеваемости населения злокачественными новообразованиями, согласно которому выявлено 6615 больных (100% от плана).

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) была оказана 951 пациенту, в том числе в рамках реализации государственного задания на оказание ВМП по профилю «Онкология» в ГБУЗ «ООД» пролечены – 129 больных [22].

Для оказания онкологической помощи в регион были приобретены 1900 упаковок дорогостоящих лекарственных средств, 19 флаконов и 274 упаковок препаратов проведения иммуногистохимических исследований на общую сумму 104168,8 тыс. руб.

В период с 15.09.2014 по 16.01.2015 на цикле первичной переподготовки по специальности «онкология» проучено 23 врача [22].

В течение 2015 г. для службы крови было приобретено 70 упаковок расходных материалов для определения группы крови по системе АВО и резус-принадлежности на 2305,0 тыс. руб. [61].

Исследование показало, что, результате проведенных мероприятий, по итогам 2015 года в Пензенской области:

- онкозапущенность сократилась с 23,8% до 23,6%,
- годовичная летальность сократилась с 26,4% до 25,3%,
- доля больных, выявленных при профосмотрах, выросла с 21,1 до 22,7%, план по выявлению новообразований выполнен,
- 5-летняя выживаемость – 52,6% (план – 52,2%) [60, с.19].

Для повышения доступности и качества медицинской помощи на территории Пензенской области реализуются мероприятия, направленные на совершенствование оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В результате предпринимаемых мер число жителей Пензенской области, получивших ВМП, постоянно растет.

Государственные лечебно-профилактические учреждения начали оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь с 2010 года. И если

этими технологиями в 2010 владели 2 ЛПУ, то в 2015 году уже 5. За последние 5 лет доступность в высоких технологиях для жителей области выросла в 2,5 раза. В 2015 году жители Пензенской области получали ВМП в 5-ти государственных бюджетных учреждениях Пензенской области («Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», «Областной онкологический диспансер», «Областная офтальмологическая больница», «Областной противотуберкулезный диспансер», «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина») по 10 профилям («травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «нейрохирургия», «урология», «эндокринология», «онкология», «офтальмология», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия») [59, с.20].

В 2015 году 7981 житель Пензенской области получил ВМП в федеральных и областных медицинских организациях. Доступность высокотехнологичной медицинской помощи для населения Пензенской области существенно увеличена, обеспеченность ВМП в 2015 году выросла до 588,6 на 100 тыс. населения. На территории Пензенской области за счет различных источников (ОМС и Соглашение) ВМП оказана 4,7 тыс. больным (59%) [61].

В регионе особое внимание уделяется службе родовспоможения, в рамках которой на сегодняшний момент выстроена трехуровневая система, организована работа дистанционно-консультативного центра с выездными реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами скорой медицинской помощи.

С 2013 года в области внедрен новый алгоритм пренатальной диагностики (выявление нарушений плода). Алгоритм внедрен в 3 лечебных учреждениях, подготовлено 10 врачей, которые сдали международные экзамены и имеют Лондонские международные сертификаты «Фонда медицины плода. В течение 2015 года: проведен скрининг 10607 беременным, проконсультировано генетиком 2284 беременных, выявлено при ультразвуковом скрининге 189 пороков развития, 110 беременностей прервано

по медицинским показаниям, проведено 152 инвазивных процедуры, при которых выявлена 29 хромосомных aberrаций [22].

Результатом всего вышесказанного является то, что, во-первых, Пензенская область за последние 5 лет характеризуется как регион со стабильно низким показателем материнской смертности. Во-вторых, В 2015 году младенческая смертность снизилась с 7,6 до 4,3 на 1 000 родившихся живыми. В возрасте до года умерло 63 ребенка (в 2014 году – 84) (таблица 3). Пензенская область как регион с низким показателем младенческой смертности была отмечена на совещании у Заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец 14.01.2016 года [60, с.21].

Таблица 3 - Исполнение целевых показателей государственной подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» [13]

Наименование целевого показателя	Единица измерения	Значения целевых показателей		Абсолютное отклонение	Относительное отклонение, в %
		план.	отчет.		
Материнская смертность	случаев на 100 тыс. родившихся живыми	10,8	6,9	-3,9	-36,1
Младенческая смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	7,6	4,3	-3,3	-43,4
Охват неонатальным скринингом	доля новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных	95,0	97,0	2,0	2,1

Для организации скринингов (неонатального, аудиологического, пренатальной диагностики) в Пензенской области были приобретены расходные материалы в объемах достаточных для более чем 95% новорожденных.

В рамках неонатального скрининга в 2015 г. в регионе было обследовано 14052 детей, выявлено 7 заболеваний (3 - адрено-генитальный синдром, 3 - врожденный гипотиреоз, 1- муковисцидоз). Также были проведены

аудиологические исследования 13922 детям, выявлено 72 отклонения (3 детям проведена кохлеарная имплантация) [61].

В целях улучшения оказания медицинской помощи в системе детства необходимо совершенствование технологий в оказании медицинской помощи детям с ретинопатией недоношенных в соответствии с современными требованиями и оказание медицинской помощи детям по неонатальной хирургии.

Также по-прежнему остается актуальным вопрос о завершении строительстве современного перинатального центра на 130 коек. В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 15.10.2013 № 1873-р Пензенской области из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования выделены субсидии на реализацию мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения, в части строительства перинатального центра, в размере 2 061 573,5 руб. Уровень софинансирования мероприятий по строительству перинатального центра из бюджета Пензенской области определен в объеме 515 393,4 руб., что составляет 20% от расходных обязательств субъекта согласно постановлению Правительства РФ от 15.10.2013 № 925 [22].

Немаловажным направлением развития регионального здравоохранения является совершенствование реабилитационной помощи населению. Целевые показатели мероприятий подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения» наглядно представлены в таблице 4, а плановое финансирование составило 162371,9 тыс. руб. [22].

Проведенное исследование показало, что на сегодняшний день организация медицинской реабилитации больных в учреждениях здравоохранения Пензенской области отличается фрагментарностью и несбалансированностью.

Таблица 4 - Исполнение целевых показателей государственной подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе для детей» [13]

Наименование целевого показателя	Единица измерения	Значения целевых показателей		Абсолютное отклонение	Относительное отклонение, в %
		план.	отчет.		
Охват санаторно-курортным лечением пациентов	%	4,8	4,81	0,01	0,2
Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов	%	2,79	2,8	0,01	0,4
Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся	%	74,0	74,0	0,0	0,0

При этом, особую категорию среди всех групп населения представляют дети, особенно дети-инвалиды. В настоящее время острой проблемой остается доступность реабилитационной помощи детям, в том числе детям-инвалидам. На территории Пензенской области проживает 3540 детей-инвалидов, нуждаются в оказании медицинской реабилитации ежегодно более 80% [26].

Наряду с медицинской реабилитацией важным этапом является санаторно-курортное лечение. В течение 2015 года было приобретено 2429 путевок на долечивание работающих граждан в условиях санатория и 3520 путевок для детей и подростков в санаторно-оздоровительных лагерях.

Хотелось бы отметить, что в 2014 году объем паллиативной медицинской помощи вырос на 41,9%, в 2015 году – количество коек соответствует нормативу - 376 коек, в том числе 3 детских на базе 3 взрослых и 1 детского отделений (таблица 5) [61].

На территории Пензенской области обеспечена последовательная работа по повышению качества жизни пациентов, страдающих неизлечимыми тяжелыми заболеваниями, включая онкологию.

Таблица 5 - Исполнение целевых показателей государственной подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» [13]

Наименование целевого показателя	Единица измерения	Значения целевых показателей		Абсолютное отклонение	Относительное отклонение, в %
		план.	отчет.		
Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым	коек / 100 тыс. взрослого населения	32,89	33,11	0,22	0,7
Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям	коек / 100 тыс. детского населения	1,32	1,32	0,0	0,0
Занятость паллиативной койки для взрослых	койко-дни	280	334	54,0	19,3

В круглосуточном режиме работает «горячая линия» - «Стоп - боль!», доля пациентов неизлечимых, получающих адекватную обезболивающую терапию, составляет 29,5% (индикатор – 15%) [61].

С 29.06.2015 организована стажировка заведующих и фельдшеров ФАП на базе ГБУЗ «ООД» по вопросу диагностики визуальных форм рака.

Сегодня мало кто будет спорить с тезисом о том, что состояние и перспективное развитие здравоохранения в значительной степени зависит от подготовки, профессионального уровня и обеспеченности системы медицинскими кадрами как главным ресурсом здравоохранения.

Изменение стратегии в охране здоровья населения меняет направленность профессиональной подготовки медицинских работников и предъявляет повышенные требования к их теоретической и практической подготовке. В 2015 году профессиональную переподготовку и повышение квалификации прошел 1281 врач-специалист.

В последние годы актуализируются вопросы, связанные с распределением и закреплением медицинских работников (врачей, среднего медицинского персонала) на территории Пензенской области. С целью

привлечения в Пензенскую область медицинских кадров, формирования благоприятных условий для профессиональной деятельности медицинских работников, с учетом задач, поставленных пунктом 2 «г» Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», в Пензенской области принят комплекс мер, включающий совместную работу с образовательными учреждениями по непрерывной подготовке медицинских кадров (целевая подготовка кадров, планомерное повышение квалификации и переподготовка медицинских кадров, оценка уровня квалификации медицинских кадров), а также – комплекс мер социальной поддержки, направленный на привлечение и закрепление кадров в отрасли [59, с.19].

Так, в 2015 году, единовременную денежную выплату при трудоустройстве в районные и межрайонные больницы за счет средств бюджета Пензенской области получили:

- по 150,0 тыс. рублей – 83 врача-специалиста,
 - за 1-й отработанный год – по 50,0 тыс. рублей – 66 врачей-специалистов,
 - за 2-й отработанный год – по 75,0 тыс. рублей – 60 врачей-специалистов,
 - за 3-й отработанный год – 100 тыс. рублей – 48 врачей-специалистов
- [61].

Дополнительную ежемесячную стипендию в размере 2,5 тыс. рублей получили 30 студентов 5-6 курсов медицинских ВУЗов.

Меры социальной поддержки в размере по 500 рублей ежемесячно получили 245 интернов и ординаторов и 505 студентов медицинских ВУЗов, обучающихся по договорам о целевом обучении.

Денежную компенсацию за найм жилого помещения получают 6 врачей-педиатров.

Единовременную денежную выплату при трудоустройстве в медицинские организации г. Пензы, прибывшие из других регионов, за счет средств бюджета Пензенской области получили:

- по 150,0 тыс. рублей – 3 врача-педиатра,

- за 1-й отработанный год по 50,0 тыс. рублей – 4 врача-педиатра,
- за 2-й отработанный год – по 75,0 тыс. рублей – 3 врача-педиатра [61].

Единовременную компенсационную выплату в размере 1 млн. рублей при трудоустройстве в сельские населённые пункты и рабочие посёлки получил 71 врач-специалист.

В 2015 году 278 студентов были зачислены на 1 курс в медицинские ВУЗы по договорам о целевом обучении. 123 выпускника медицинских ВУЗов продолжают последипломную подготовку (интернатура-88, ординатура-35).

Однако, несмотря на все вышесказанное, для Пензенского здравоохранения остается нерешенным ряд основных проблем в области региональной кадровой политики и управления трудовыми ресурсами, что обеспечивает необходимость продолжения всех мероприятий по привлечению в отрасль медицинских работников и оказания мер социальной поддержки.

Таким образом, в заключение данной главы, хочется отметить, что в настоящее время в здравоохранении Пензенской области существует ряд проблем, на которые стоит обратить особое внимание и разработать мероприятия по улучшению сложившейся ситуации.

3 Предложения и рекомендации по совершенствованию управления системой здравоохранения Пензенской области

3.1 Приоритеты необходимой государственной политики в сфере здравоохранения

В результате проводимых в последние годы мероприятий по совершенствованию здравоохранения, в Российской Федерации отмечается улучшение демографической ситуации, отражающее устойчивую положительную тенденцию к снижению материнской и младенческой смертности и смертности населения по всем основным группам заболеваний и увеличению продолжительности жизни.

За 2015 и неполный 2016 год продолжительность жизни увеличилась более чем на 1,2 года, впервые в нашей истории превысив 72 года.

Смертность снизилась от всех основных причин и во всех возрастных группах: детей – на 12,4 %, трудоспособного населения – на 3,3 %, лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8 %. За 10 месяцев 2016 года в России удалось сохранить на 33 тысячи жизней больше, чем за аналогичный период прошлого года.

Безусловный вклад в увеличение продолжительности жизни внесло снижение младенческой смертности, которая сократилась в 2015 году на 12,2 %, составив 6,5 случаев на 1 000 родившихся живыми. И снижение происходит везде, в том числе и в сельской местности, где показатель снизился на 23,7 % с 2012 года. Значительно снизилась и материнская смертность – на 6,5 % за 2015 год, достигнув 10,1 на 100 тыс. родившихся живыми. При этом в прогнозах на 2020 год данный показатель должен был достичь 18,7 [18].

Современные реалии, связанные с прекращением экономического роста и перспективой медленного экономического развития, ставят перед российским здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала.

Таким образом, в условиях экономического кризиса к числу приоритетных направлений политики в области организации оказания медицинской помощи следует отнести развитие профилактики заболеваний и повышение квалификации кадров, прежде всего в участковой службе.

Реализация эффективной государственной политики по профилактике и формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации предполагает широкое межведомственное взаимодействие под координацией Минздрава России и включает:

- просвещение и информирование населения, в том числе детей и молодежи, о правилах здорового образа жизни, о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, включая разработку, осуществление и развитие информационных коммуникативных компаний и медиапроектов;
- проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований распространенности потребления табака и алкоголя в целях обоснования совершенствования законодательства;
- установление принципов и методов проведения испытаний табачных изделий, измерения их состава и выделяемых ими веществ в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения;
- разработка нормативов и методов контроля содержания токсических составляющих табачных изделий;
- создание государственной информационной системы отслеживания производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий;
- обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп, предусматривающего оптимизацию режима и характера

питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием организаций, занимающихся данными вопросами;

- разработка мер по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан, включая: пропаганду и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры, а также восстановление производственной гимнастики с разработкой конкретных рекомендаций по её содержанию и формам осуществления с учётом условий труда;

- развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских учёных и мировой опыт [15, с.167].

Главными приоритетами политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должны выступать:

- обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций;

- развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом ее качества и эффективности работы этих организаций [42].

Система здравоохранения в условиях экономического кризиса нуждается в увеличении ее финансирования для смягчения последствий кризиса, поскольку потребности населения в медицинской помощи в кризис, как правило, растут (дополнительные психологические стрессы, обострение хронических заболеваний и проч.). Если же сокращений финансирования избежать не удастся, то их приоритеты должны определяться с учетом критериев минимизации последствий для доступности медицинской помощи и отбора тех мероприятий, которые обеспечивают более высокую клинико-экономическую эффективность.

При определении показателей программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на ближайший и последующие годы следует обеспечить приоритетность развития первичного звена оказания медицинской помощи при сокращении объемов стационарной помощи. Это означает, что распределение финансовых ресурсов должно быть ориентировано прежде всего на укрепление ПМСП – привлечение кадров, повышение их квалификации, материально-техническое оснащение поликлиник, развитие профилактики заболеваний, улучшение ведения хронически больных и больных с множественными заболеваниями.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016–2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем [20, с.65].

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения должны стать структурные преобразования в системе оказания медицинской помощи:

- 1) повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи на основе укрепления участковой службы;
- 2) централизация специализированной диагностической и консультативной амбулаторной помощи;
- 3) развитие стационарозамещающей помощи с акцентом на ее оказание в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- 4) укрупнение стационаров, создание многопрофильных больниц;
- 5) дифференциация стационаров по степени интенсивности оказываемой медицинской помощи;

6) инвестиции в новые информационно-медицинские технологии, развитие на их основе новых форм оказания медицинской помощи и усиление преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса;

7) развитие государственно-частного партнерства в оказании медицинской помощи населению [20, с.65].

С выходом из экономического кризиса необходим пересмотр приоритетов бюджетной политики. В среднесрочной перспективе государственное финансирование здравоохранения должно быть увеличено с 3,6–3,7% ВВП до среднего уровня стран Центральной и Восточной Европы (4,8–4,9% ВВП).

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения должны выступать:

- развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;

- развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;

- введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);

- развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;

- активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи [65, с.54].

Критическим условием повышения эффективности всей системы оказания медицинской помощи является в современных условиях укрепление участковой службы. Это включает решение двух главных задач:

- 1) преодоление дефицита врачей участковой службы;

- 2) реорганизация действующей модели участковой службы [64, с.22].

Важно подчеркнуть, что повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи может быть обеспечено только при условии кадрового укрепления участковой службы. Не будет достаточно врачей первичного звена – продолжится бессистемное и хаотичное развитие ПМСП по принципу «латать тришкин кафтан» – перераспределение функций и попытки «выравнивания» нагрузки отдельных категорий врачей с последующим воспроизведением исходных проблем.

Предлагаются следующие главные меры по преодолению дефицита врачей участковой службы:

А) Среднесрочное планирование подготовки врачей для участковой службы.

Действующая практика планирования кадров органами управления здравоохранением всех уровней концентрируется на вопросах преодоления текущего их дефицита и по существу сводится к представлению ежегодных заявок в медицинские университеты на распределение выпускников медицинских вузов в учреждения здравоохранения. Необходимо создать систему перспективного планирования подготовки кадров. В качестве первого шага – на 5–7 лет. В перспективных планах следует предусмотреть первоочередную подготовку врачей для участковой службы и установить количественные параметры такой подготовки.

Среднесрочные и текущие плановые задания по подготовке врачей для участковой службы должны быть доведены до медицинских вузов. Необходимо возложить на них обязанность подготовки врачей с практическими навыками, достаточными для первого этапа работы в качестве участковых врачей, с последующим повышением их квалификации [64, с.22].

Б) Создание сильных экономических стимулов для работы врачей в первичном звене.

Нужно выделить участкового врача в экономическом отношении по сравнению с узкими специалистами поликлиник и поднять его престиж. Но для

привлечения и закрепления участковых врачей нельзя ограничиться простым разовым повышением их заработной платы, как это было сделано в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006 г. Участковые врачи должны иметь ясную перспективу повышения зарплаты при условии: а) освоения новых технологий лечения и организационно-координационных функций, б) достижения установленного набора показателей качества и эффективности работы [64, с.23].

По мнению экспертов, реализация указанного приоритета позволит переместить часть медицинской помощи на более ранние и менее затратные этапы, своевременно диагностировать заболевания и раньше начинать лечение пациентов. Тем самым усилится профилактическая направленность, а соответственно и медико-экономическая эффективность всей системы оказания медицинской помощи.

3.2 Предложения, направленные на укрепление здоровья граждан, проживающих на территории Пензенской области

Развитие и совершенствование системы здравоохранения сегодня, по-прежнему, остается объектом пристального внимания всех уровней региональной власти и является одним из первоочередных направлений стратегического развития Пензенской области.

Проведенное исследование показало, что стратегическими приоритетами отрасли на территории Пензенской области являются:

- совершенствование системы материнства и младенчества;
- информатизация здравоохранения;
- повышение доступности медицинской помощи в труднодоступных населённых пунктах;

- инновационное развитие медицины;
- создание трёхуровневой системы института страховых представителей;
- непрерывная подготовка кадров.

Рассмотрим более подробно некоторые из них.

Сегодня все понимают, что состояние и перспективное развитие здравоохранения в значительной степени зависит от подготовки, профессионального уровня и обеспеченности системы медицинскими кадрами как главным ресурсом здравоохранения. Проблема кадрового обеспечения здравоохранения остается актуальной для большинства субъектов РФ, и Пензенская область не является исключением. В настоящее время для пензенского здравоохранения остаются нерешенными ряд основных проблем в области региональной кадровой политики и управления трудовыми ресурсами:

- несоответствие численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой деятельности, задачам и направлениям модернизации здравоохранения;
- несбалансированность медицинского персонала по структуре между врачами общего профиля и узкими специалистами;
- врачами и сестринским персоналом;
- городской и сельской местностью;
- медицинскими организациями первичного звена и специализированных видов помощи;
- несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения;
- недостаточное использование методов планирования численности медицинского персонала;
- невысокий, в сравнении со средними показателями производственной деятельности в Пензенской области, уровень заработной платы;
- рост тенденции оттока из региональной системы здравоохранения молодых и опытных специалистов;

- недостаточно активное участие в решении кадровых вопросов профессиональных общественных организаций, помощи попечительских советов и спонсоров [26].

На сегодняшний день региональной системе здравоохранения не хватает 820 врачей. Наибольшая потребность в специалистах с высшим профессиональным образованием существует по следующим специальностям:

- общая врачебная практика;
- анестезиология-реаниматология;
- неврология;
- рентгенология;
- педиатрия;
- фтизиатрия;
- клиническая лабораторная диагностика;
- кардиология;
- терапия;
- скорая медицинская помощь;
- инфекционные болезни [22].

Медицинские организации испытывают недостаток в среднем персонале подразделений, расположенных в сельской местности, скорой медицинской помощи, лабораторного звена и т.д.

При этом эксперты отмечают, что данная проблема усугубляется текучестью кадров. В государственных учреждениях самая большая текучесть врачей наблюдается среди специалистов со стажем работы от 3 до 10 лет - 26,7%, из числа уволенного среднего медперсонала большую часть, а именно 32,5% составили специалисты со стажем 1-3 года, что свидетельствует об оттоке молодых, но уже достаточно опытных специалистов [26].

В результате оттока молодых медицинских кадров уменьшается число специалистов наиболее работоспособного возраста. Это говорит о том, что есть проблемы с закреплением в учреждениях кадров, завершивших подготовку в интернатуре, в том числе и за счет целевых мест в интернатуре и ординатуре.

В этой связи, на территории Пензенской области меры, направленные на привлечение и закрепление медицинских кадров, должны, на наш взгляд базироваться на следующих основных принципах:

- 1) материальная мотивация медицинских работников к трудоустройству в лечебно-профилактические учреждения Пензенской области;
- 2) обеспечение социальных гарантий молодым специалистам, включая предоставление жилья;
- 3) профессиональная заинтересованность и перспективы профессионального роста.

Другими словами, в целях привлечения в государственные и муниципальные медицинские организации Пензенской области квалифицированных специалистов и ликвидации оттока медицинских кадров, в регионе необходимо сформировать условия, позволяющие медицинским работникам государственных и муниципальных медицинских организаций получить конкурентный уровень материального обеспечения.

Параллельно решению задачи по повышению заработной платы органам государственной власти необходимо предусмотреть меры по восполнению кадровых ресурсов, своевременной профессиональной переподготовке и повышению квалификации специалистов.

В этой связи Министерству здравоохранения Пензенской области целесообразно:

1. Максимально использовать целевую форму подготовки медицинских кадров в интернатуре по дефицитным врачебным специальностям на базе Пензенского государственного университета.

2. Продолжить работу по внедрению в регионе трехсторонних договоров (студент, образовательная организация, Минздрав) с образовательными организациями высшего образования и профессиональными образовательными организациями для целевой подготовки кадров по специальностям, востребованным в городах и сельской местности Пензенской области.

3. При проектировании новых и реконструкции существующих зданий медицинских организаций предусматривать необходимый объем площадей для осуществления образовательного процесса.

4. Возродить элементы наставничества в медицинских организациях государственной системы здравоохранения с целью оказания помощи выпускникам для грамотного решения медицинских вопросов.

5. Развивать и поддерживать социальную рекламу как инструмент по формированию позитивного образа врача: пропагандировать на постоянной основе в средствах массовой информации Пензенской области социальные программы региона, направленные на повышение привлекательности медицинской профессии, привлечение выпускников медицинских вузов на целевое обучение в интернатуре и ординатуре.

Органам местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Пензенской области:

- рассмотреть вопрос о принятии необходимых мер по осуществлению полномочий в сфере охраны здоровья в части создания благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников для работы в медицинских организациях в соответствии с Федеральным законом № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

- изыскать возможность предоставления служебного жилья молодым врачам-специалистам при устройстве в медицинскую организацию.

Государственному бюджетному образовательному учреждению дополнительного профессионального образования «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации необходимо обеспечить обучающимся интернам и ординаторам условия для отработки основных общепрофессиональных практических навыков на тренажерах.

Все эти рекомендации в совокупности позволят, на наш взгляд, решить кадровые проблемы в регионе.

Еще один региональный приоритет - охрана здоровья сельского населения. Данная проблема в области приобретает особую значимость, поскольку медико-социальные и правовые проблемы здравоохранения наиболее ярко проявляются именно в сельской местности. Для Пензенской области, 58% жителей которой проживают в сельских административных районах, данная проблема крайне актуальна.

Сельские жители традиционно имеют более низкий уровень развития социальной инфраструктуры, качества и уровня жизни в сравнении с горожанами. Неблагополучные социальные условия отрицательно сказываются на состоянии здоровья сельских жителей.

На сегодняшний момент следует констатировать, что основными медико-социальными проблемами развития здравоохранения на селе являются преобладание в его структуре маломощных лечебно-профилактических учреждений, их неудовлетворительная материально-техническая база, недостаточное обеспечение медицинской техникой, лекарственными средствами. Такое же состояние материально-технической базы имели амбулатории, участковые и районные больницы. Отсутствие современного медицинского оборудования в сельских учреждениях не позволяет внедрять новые эффективные методы диагностики и лечения пациентов, что влечёт за собой негативные медико-социальные и экономические последствия.

Проблемы обеспечения доступности лекарственной помощи обусловлены удалённостью аптечных предприятий от населения, отсутствием экономической заинтересованности в открытии в ряде населённых пунктов аптечных точек, поскольку там проживает незначительное число жителей.

Острой проблемой является низкая доступность для сельских жителей специализированной медицинской помощи.

На сегодняшний день в качестве приоритетных задач на уровне региона мы видим:

- обеспечение доступности флюорографического обследования сельского населения и жителей отдаленных районов (организация подвоза

транспортом муниципалитета жителей к стационарным и передвижным рентгеновским установкам);

- с целью раннего выявления заболеваний и формирования у населения принципов здорового образа жизни необходимо оказать содействие в обеспечении населения автотранспортом для прохождения обследования в центрах здоровья лиц, проживающих на удаленном расстоянии от лечебной организации района.

Еще одним из главных инструментов повышения доступности и качества медицинской помощи, и в первую очередь, для населения, проживающего в отдаленных труднодоступных местах, может и должна стать телемедицина.

Программа модернизации здравоохранения создает хорошие предпосылки для дальнейшего развития телемедицины, в то же время, развитие телемедицинских технологий могло бы существенно повысить эффективность модернизации регионального здравоохранения.

Однако сегодня требуется принятие нормативных правовых актов, регламентирующих правовой статус телемедицинских технологий, область их применения, требования к ним, установление ответственности лечащего врача и консультантов. А самое главное - определить источники и механизмы финансирования этих услуг. Учитывая, что телемедицинские технологии дорогое удовольствие, внедрение их необходимо осуществлять программно-целевым методом с привлечением средств федерального бюджета, потому, что развитие этих технологий могло бы решать еще одну задачу - повышение квалификации медицинских работников, работающих в отдаленных поселках, и не имеющих возможности покинуть рабочее место на длительный период.

Особо хочется остановиться на необходимости гарантирования жителям сельской местности доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

И, наконец, на современном этапе развития регионального здравоохранения, нельзя не упомянуть проблемы информатизации.

До недавнего времени в региональном здравоохранении почти полностью отсутствовали хоть какие-то признаки автоматизации. Карты, бюллетени,

процедурные отчеты, учет пациентов, лекарственных препаратов – весь документооборот производился на бумаге. Это сказывалось на скорости, а следовательно, и качестве обслуживания пациентов, затрудняло работу врачебного, медицинского персонала, что вело к врачебным ошибкам, большим затратам времени на заполнение карт, составление отчетов. Это осложняло руководство ЛПУ (отсутствие контроля работы подразделений, недостаток оперативной, аналитической информации) и работу контролирующих органов.

В настоящий момент в регионе достигнут существенный прогресс в обеспечении медицины электронными сервисами, о которых мы говорили во второй главе данного исследования.

В то же время предстоит еще долгий путь в направлении комплексной информатизации регионального здравоохранения. По мнению экспертов, характерными особенностями развития информатизации здравоохранения на современном этапе являются, во-первых, направленность на решение локальных учетно-расчетных задач и ведение документации, обеспечение делопроизводства. Во-вторых, не развиты аналитические схемы поддержки принятия решений и контроля использования ресурсов. В-третьих, отсутствие электронного документооборота и слабо развитый парк современного компьютерного оборудования. В-четвертых, несовершенное программное обеспечение, отсутствие лицензионного программного обеспечения, отсутствие защиты информации. В-пятых, проблема привлечения квалифицированных специалистов и низкий уровень компьютерной грамотности.

Очевидно, что необходимо создание интегрированных информационных ресурсов системы регионального здравоохранения, единых решений по обеспечению систем безопасности и защите персональных данных, организации межведомственного взаимодействия с использованием медицинской информации. Развитие корпоративных порталов и повсеместное внедрение в ЛПУ интернета также способствует возрастанию роли информационно-коммуникационных технологий в системе российского

здравоохранения, как на уровне всей страны, так и в масштабах Пензенской области.

На сегодняшний момент мы видим следующие направления информатизации Пензенской системы здравоохранения:

- необходимо повсеместное внедрение информационных систем в медицинских организациях, обеспечивающее работу и заполнение медицинской документации. Для этого требуется модернизация обеспечения функционирования имеющихся подсистем, включая поликлиническое звено;

- обеспечить стопроцентное введение электронных медицинских карт — и амбулаторных, и стационарных. Для этого необходимо приобрести дополнительно около 400 единиц компьютерного оборудования [67].

Таким образом, подводя итог всему вышеизложенному, хочется отметить, что важнейшей задачей политики в области здравоохранения должно стать упрочнение позиций органов управления здравоохранением, так как эффективность реализации политики в сфере охраны здоровья граждан напрямую зависит от эффективности работы системы здравоохранения. На сегодняшний день здравоохранению Пензенской области необходимы изменения, которые позволят ей добиться повышения качества медицинской помощи. Однако при этом нельзя забывать о том, что любые нововведения требуют времени и тщательной проработки.

Заключение

Здравоохранение является одним из важнейших и жизненно необходимых критериев, определяющих качество жизни граждан любой страны. Это фундамент благополучного развития и существования любого государства.

В настоящее время здоровье населения идеологически возведено в ранг одного из критериев развития страны, что полностью соответствует фундаментальному праву человека в условиях современной цивилизации и установкам Всемирной организации здравоохранения на полное физическое и социальное благополучие, психическое и духовное развитие личности при максимальной продолжительности жизни.

Российское здравоохранение является одной из наиболее ресурсоемких отраслей социальной сферы. Эффект работы отрасли измеряется не только в показателях медицинской статистики, но и способствует достижению стабильного экономического роста страны и ее регионов, сохраняя жизнь и здоровье, и возвращая к активному труду граждан трудоспособного возраста, способствуя улучшению демографической ситуации за счет снижения младенческой смертности и смертности от управляемых причин. Именно поэтому повышение эффективности работы отрасли здравоохранение так значимо для общества в целом.

Система здравоохранения в России – одна из подсистем социальной политики общества и находится в тесной взаимосвязи со многими другими подсистемами и институтами социума. Она представляет собой относительно самостоятельную целостную многоуровневую структурированную совокупность взаимосвязанных элементов, находящихся в отношениях координации, иерархии, субординации, имеет свои внутренние и внешние функции, направленные на разработку и реализацию мер по снижению заболеваемости, инвалидности, смертности населения.

Принципиальное значение для функционирования системы здравоохранения имеет тот факт, насколько совершенно законодательство, регулирующее данную сферу. Проведенное исследование показало, что правовая основа функционирования системы здравоохранения сформирована. Ее основу составляют Конституция РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и многочисленные стандарты оказания медицинской помощи по различным группам заболеваний и состояний. Таким образом, российское государство гарантирует каждому человеку охрану здоровья в соответствии с нормами международного права и внутренним законодательством.

В сложных экономических условиях системе здравоохранения удалось обеспечить динамику сокращения показателей смертности от отдельных причин и увеличения заработной платы медицинским работникам; сохранена доступность бесплатной медицинской помощи для населения; реализован комплекс мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ее эффективности.

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы ОМС, проведенной в 2011–2015 гг. Ее главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г. размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

В последние годы предпринимались попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услугах, дополнительное медицинское страхование «ОМС+» и др. Но эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов. Кроме того, многие важные вопросы совершенствования организации, управления и финансового обеспечения системы оказания медицинской помощи остались нерешенными.

Сегодня перед здравоохранением стоят очень важные задачи: необходимо осуществлять лечение и профилактику заболеваний, закреплять и развивать демографические тенденции, развивать ресурсосберегающие технологии, при этом добиваясь повышения качества и доступности медицинской помощи населению. В Пензенской области региональная политика в области здравоохранения способствовала достижению позитивных результатов. В настоящее время в сети здравоохранения региона функционирует 53 государственных ЛПУ: из них 16 областных больниц и диспансеров, 4 городские больницы, родильный дом, станция скорой медицинской помощи, 5 межрайонных центров, 19 районных больниц, в составе которых развернуто и функционирует 17 участковых больниц, 70 амбулаторий и 541 ФАП. Бесплатно для населения оказывают медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий – 8 федеральных учреждений здравоохранения и 6 медицинских организаций негосударственной формы собственности. В сети государственных медицинских организаций Пензенской области работает 4 139 врачей и 12165 средних медицинских работников.

В результате реализации на территории региона программно-целевого подхода удалось добиться стабилизации демографической ситуации и показателей здоровья населения. Данный подход направлен на раннюю

диагностику заболеваний, своевременное и полноценное лечение больных, включая использование высокотехнологичных видов медицинской помощи, развитие профилактической направленности здравоохранения, в том числе формирование здорового образа жизни. В нашей области выстроена трёхуровневая система оказания медицинской помощи.

В зависимости от профилей и этапов оказания медицинской помощи все медицинские организации разделены на три уровня.

Первый уровень представлен учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в объеме первичной доврачебной и первичной врачебной помощи.

На втором уровне организована работа городских больниц и районных больниц, выполняющих функции межрайонных лечебно-диагностических консультативных центров. Между межрайонными центрами закреплены зоны ответственности для организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Определены маршруты движения больных при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в плановом и экстренном порядке при заболеваниях, влияющих на демографические показатели.

На третьем уровне (специализированная, в том числе высокотехнологичная) медицинская помощь оказывается в областных больницах и диспансерах, в том числе за счет создания на их базе областных консультативно-диагностических центров для взрослого и детского населения.

Для достижения приоритетов в сфере здравоохранения на территории Пензенской области в 2013 году была разработана и в 2014 году начала реализацию государственная программа Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы». Она объединила в себя все мероприятия ранее действовавших долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения, мероприятия приоритетного национального проекта

«Здоровье» и расходы на финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Реализация Государственной программы направлена на обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения. В 2015 году государственная программа «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы» включала в себя 7 подпрограмм и достигла выполнения всех ключевых целевых показателей и индикаторов в полном объеме.

Однако, несмотря на это, развитие и совершенствование системы здравоохранения сегодня, по-прежнему, остается объектом пристального внимания всех уровней власти и является одним из первоочередных направлений стратегического развития Пензенского региона.

Проведенное исследование показало, что стратегическими задачами отрасли на территории Пензенской области являются:

- совершенствование системы материнства и младенчества;
- информатизация здравоохранения;
- повышение доступности медицинской помощи в труднодоступных населённых пунктах;
- инновационное развитие медицины;
- создание трёхуровневой системы института страховых представителей;
- непрерывная подготовка кадров.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения в ближайшие годы должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников.

В этой связи автором представлены ряд рекомендаций, однако нельзя забывать о том, что любые нововведения требуют времени и тщательной проработки.

Список использованных источников

1. Конституция Российской Федерации. – СПб.: Питер, 2015г. - 62с.
2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон РФ от 29.11.2010г. № 326-ФЗ. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 03.07.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 03.07.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
4. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики: указ Президента РФ от 07.05.2012 г. № 597. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 07.05.2012г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
5. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента РФ от 07.05.2012 г. № 598. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 07.05.2012г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
6. Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения: постановление Правительства РФ от 30.06.2004г. № 323. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 01.07.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
7. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: постановление Правительства РФ от 19.06.2012г. № 608. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 29.11.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
8. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от

15.04.2014г. № 294. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 15.04.2014г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

9. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: постановление Правительства РФ от 28.11.2014г. № 1273. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 17.11.2015г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

10. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008г. № 1662-р. [Электронный ресурс]. Дата обновления: от 08.08.2009г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

11. Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации: приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.12.2013г. № 1160. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 12.02.2015г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

12. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Пензенской области: постановление Правительства Пензенской области от 31.01.2013 № 30-пп. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 27.09.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

13. Об утверждении государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014 - 2020 годы»: постановление Правительства Пензенской области от 02.10.2013г. № 743-пп. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 29.11.2016г. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.

14. Антимонов А.В., Сергеев В.В. О факторах эффективного сотрудничества территориального органа Росздравнадзора с общественными организациями. //Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 76-79.

15. Богма К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения. //Здравоохранение Российской Федерации. - 2016. - № 3. - С. 162-167.
16. Быковская Т.Ю., Ляшенко К.Н. Качество медицинской помощи на современном этапе реализации национального проекта «Здоровье» (методические, медико-социологические и правовые аспекты). //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 5. - С. 25-32.
17. Власов Я.В., Каменева А.И. Анализ деятельности Общественных советов по защите прав пациентов при Территориальных органах Росздравнадзора в 2015 году. //Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 5. - С. 168-175.
18. Выступление Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой на «Правительственном часе» в Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/12/23/3357-vystuplenie-ministra-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-veroniki-skvortsovoy-na-pravitelstvennom-chase-v-sovete-federatsii-federalnogo-sobraniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения 23.12.2016).
19. Вялков А.И., Сквирская Г.П. Логистические исследования в управлении здравоохранением. Принципы построения и реализации дорожных карт. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 13-19.
20. Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М., Серёгина И.Ф. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению. //Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 5. - С. 62-66.
21. Галстян Г.С. Совершенствование механизма государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. – СПб.: Астерион, 2014. – 170 с.
22. Годовой доклад о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы». [Электронный ресурс]. Режим

доступа:

http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy/Informaciya_po_realizacii_gosudarstvennoy_programmy_i_ocenke_ee_effektivnosti (дата обращения 10.12.2016).

23. Гревцев О.В. Органы исполнительной власти, осуществляющие административно-правовое регулирование в области здравоохранения. //Закон и право. - 2014. - № 2. - С. 128-130.

24. Губернатор Брянской области Александр Богомаз выразил заинтересованность организацией системы здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://health.pnzreg.ru/news/2016/12/16/12483995> (дата обращения 18.12.2016).

25. Долгова И.Г., Бабушкина Е.И., Гайдарова А.Х., Кимпаев И.А., Малишевская Т.Н., Разумова Т.О., Чернова Т.В. Модернизация здравоохранения: интеграция отечественного и зарубежного опыта. - М.: ООО «Буки Веди», 2014. – 164 с.

26. Дополнительные и обосновывающие материалы к государственной программе Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы». [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy (дата обращения 10.12.2016).

27. Здравоохранение в России: 2015. - М.: Росстат, 2015. – 174 с.

28. Зевелева Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы – М.: ИМЭМО РАН, 2012 – 104 с.

29. Кадыров Ф.Н. Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 1. - С. 9-17.

30. Кадыров Ф.Н., Кулбужева Л.Ю. Актуальные проблемы внедрения профессиональных стандартов. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 4. - С. 69-77.

31. Кадыров Ф.Н. Особенности применения профессиональных стандартов в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 8. - С. 66-77.
32. Калининская А.А., Юсупова М.М. Анализ показателей деятельности и пути реформирования здравоохранения села. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 5. - С. 6-15.
33. Калмыков Н.Н. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-medsina.pdf> (дата обращения 27.11.2016).
34. Конинин Н.М., Моторина Е.И. Современная система и структура государственного контроля в сфере медицинской помощи в Российской Федерации. //Вестник Саратовской государственной юридической академии. – 2016. – № 1. – С. 58-63.
35. Кривенко Н.В. Применение многоуровневого и интегративного подходов в управлении изменениями в здравоохранении. //Международный научно-исследовательский журнал. - 2015. - № 9-1 (40). - С. 45-47.
36. Куликова О.М. Современные подходы к управлению в сфере здравоохранения РФ //Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 37 (79). - С. 53-55.
37. Левкевич М., Рудлицкая Н. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения. Реализация и оценка эффективности. – М.: Инфра-М, 2016. – 218 с.
38. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 542 с.
39. Лудупова Е.Ю., Денисова М.А. Подходы к обеспечению внутреннего контроля качества медицинской помощи через оценку удовлетворенности пациентов в медицинской организации. //Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 6. - С. 61-66.

40. Медведева Н.В., Галкина Д.О. Оценка государственной политики в сфере здравоохранения. //Материалы Афанасьевских чтений. - 2016. - № 2 (15). - С. 56-63.
41. Медико-демографические показатели Пензенской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://pnz.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/pnz/ru/statistics/population/ (дата обращения 10.12.2016).
42. Минздрав России обозначил пять направлений стратегического развития Российской Федерации по здравоохранению. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.cap.ru/news/2016/09/16/Minzdrav_Rossii_oboznachil_pyatj_napravlenij_strategicheskogo_ra/?page=50 (дата обращения 29.11.2016).
43. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: новый вектор развития. //Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 6. - С. 7-11.
44. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2015-godu-i-zadachah-na-2016-god> (дата обращения 29.11.2016).
45. Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и федеральных государственных бюджетных учреждений Росздравнадзора в 2015 году, планах на 2016 год и плановый период. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru/about/board/documents/29981> (дата обращения 27.11.2016).
46. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. [Электронный ресурс].

Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennyye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya> (дата обращения 30.11.2016).

47. Обухова О.В. Высокотехнологичная медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 4. - С. 33-41.

48. О врачах и качестве медицинской помощи. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12346> (дата обращения 30.11.2016).

49. Пепеляева А.В. Современные подходы к управлению здравоохранением региона. //Экономика и предпринимательство. - 2016. - № 10-1 (75-1). - С. 773-777.

50. Перхов В.И., Колесников С.И., Горин С.Г. Новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2017 году: особенности и риски. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 9. - С. 6-11.

51. Перхов В.И., Обухова О.В., Базарова И.Н., Горин С.Г. Организация и результаты мониторинга медико-экономических показателей высокотехнологичной медицинской помощи. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 1. - С. 8-13.

52. Петрухина И.К. Оценка эффективности фармаконадзора в регионах Приволжского федерального округа. //Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 6. - С. 60-65.

53. Пивень Д.В., Кицул И.С. Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 6-12.

54. Пискунов С.В., Чевтаева Н.Г. Государственно-частное партнерство в управлении здравоохранением. //Вопросы управления. - 2015. - № 3 (15). - С. 38-48.

55. Плесовских В.Д., Плесовских В.В. Административно-правовые аспекты управления здравоохранением в Российской Федерации. //Вестник

Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2013. – №3. – С. 80-88.

56. Плохов В.Н. О национальной системе здравоохранения. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 6. - С. 45-52.

57. Полинская Т.А., Шишов М.А. О перечне прав граждан в сфере охраны здоровья. //Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 5. - С. 160-163.

58. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет. Левада-Центр. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.levada.ru/2016/05/05/protivostoyanie-logik-vrach-patsient-i-vlast-v-usloviyah-reformirovaniya-sistemy-zdravoohraneniya/> (дата обращения 20.11.2016).

59. Развитие здравоохранения Пензенской области. //Ремедиум Приволжье. – 2015. - № 2. – С. 19-20.

60. Развитие здравоохранения Пензенской области. //Ремедиум Приволжье. – 2016. - № 2. – С. 19-21.

61. Реализация государственной программы Пензенской области «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» в 2015 году. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/Dolgosrochnye_celevye_programmy/Informaciya_po_realizacii_gosudarstvennoy_programmy_i_ocenke_ee_effektivnosti (дата обращения 10.12.2016).

62. Саитгареева А.А., Бударин С.С., Волкова О.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах. //Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 6. - С. 12-23.

63. Самородская И.В., Степченков В.И., Батрова Ю.В., Саверский А.В. Стандарты медицинской помощи в России и США. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 4. - С. 46-54.

64. Семёнов В.Ю. Некоторые результаты реализации программ модернизации здравоохранения Российской Федерации. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 10. - С. 16-23.
65. Скляр Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении. //Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 3. - С. 51-57.
66. Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства. //Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 4. - С. 6-13.
67. Старченко А.А. Актуальные проблемы информатизации здравоохранения в Пензенской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22755672> (дата обращения 11.12.2016).
68. Степанова Я.В. Управление здравоохранением в субъектах Российской Федерации. //Вестник Сибирского университета потребительской кооперации. - 2014. - № 2 (9). - С. 102-106.
69. Структура Министерства здравоохранения Пензенской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://health.pnzreg.ru/files/health_pnzreg_ru/about/struktura_ministerstva_2016_v2.pdf (дата обращения 11.12.2016).
70. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: мифы, реальность, решения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rusrand.ru/analytics/analyticszdravoohranenie-rossii-mify-realnost-reshenija> (дата обращения 17.12.2016).
71. Фисенко В.С., Рогинко Н.И., Петроченков Г.А. О деятельности управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения. //Вестник Росздравнадзора. - 2014. - № 5. - С. 44-47.
72. Хасанов З.М., Хасанов Ф.З. К вопросу о политике Российской Федерации в сфере здравоохранения. //Российский электронный научный журнал. - 2014. - № 8 (14). - С. 129-137.

73. Хасанов Ф.З. Нормативно-правовое обеспечение и основные направления государственной политики в сфере здравоохранения. //Медицинское право. - 2015. - № 6. - С. 8-12.
74. Цыганкова С.М., Левкевич М.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения. - М.: ИНФРА-М, 2013. – 154 с.
75. Шарикадзе Д.Т., Иванов И.В., Павлова Е.Е. Анализ обращений граждан в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения за период 2014–2015 гг. //Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 6. - С. 9-12.
76. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – 48 с.
77. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А., Боярский С.Г., Сажина С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.hse.ru/data/2016/06/21/1116116168/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf> (дата обращения 27.11.2016).
78. U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient?cmpid%3D=socialflow-facebook-business>. (дата обращения 30.11.2016).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Структура Министерства здравоохранения РФ



Приложение Б

Показатели уровня смертности в РФ на 100 тыс. человек населения

	2012 г.	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2018 г.
	Факт	Целевое значение	Факт	Целевое значение	Факт	Целевое значение	Факт,	Целевое значение
Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения	737,1	706,6	698,1	721,7	680,3	691,7	631,8	649,4
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. населения	203,1	201,2	203,3	199,4	202,2	197,8	203,2	192,8
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения	12,5	12,00	11,3	11,9	10,1	11,9	9,0	11,8
Смертность от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения	14,4	14,1	14,3	13,5	14,0	12,9	12,1	10,6
Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми	10,0	8,2	8,2	8,1	7,4	8,0	6,5	7,5
Смертность от всех причин на 100 тыс. населения	13,3	13,0	13,0	12,8	13,1	12,5	13,1	11,4
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	70,2	70,8	70,8	71,4	70,9	72,0	71,2	74,3

Приложение В

Сеть и кадры медицинских организаций РФ в 2014-2015 гг.

Наименование	2014	2015
Число медицинских организаций - всего	8483	8044
Из них:		
Число мед. организаций, оказывающих мед. помощь в стационарных условиях	4865	4688
Численность коечного фонда	11379997	1097134
Средняя занятость койки (в днях)	321	319
Средняя длительность пребывания пациента на койки (в днях)	11,6	11,4
Летальность (в %)	1,60	1,71
Число мед. организаций, оказывающих мед. помощь в амбулаторных условиях (за исключением стоматологических поликлиник)	1529	1412
Число стоматологических поликлиник	704	676
Мощность МО, оказывающих мед. помощь в амбулаторных условиях по числу посещений в смену	3302219	3314116
Численность врачей (тыс.)	542,5	543,6
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1342,6	1309,8

Приложение Г

Государственные учреждения здравоохранения Пензенской области

1. ГБУЗ «Башмаковская районная больница»
2. ГБУЗ «Белинская районная больница»
3. ГБУЗ «Бессоновская районная больница»
4. ГБУЗ «Городищенская районная больница»
5. ГБУЗ «Городская детская поликлиника»
6. ГБУЗ «Городская поликлиника»
7. ГАУЗ «Городская стоматологическая поликлиника»
8. ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника»
9. ГБУЗ «Земетчинская районная больница»
10. ГБУЗ «Иссинская районная больница»
11. ГБУЗ «Каменская межрайонная больница»
12. ГБУЗ «Камешкирский филиал ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница»
13. ГБУЗ «Клиническая больница № 4»
14. ГБУЗ «Клиническая больница № 5»
15. ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарьина»
16. ГБУЗ «Колышлейская районная больница»
17. ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника»
18. ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница»
19. ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница»
20. ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная стоматологическая поликлиника»
21. ГБУЗ «Лопатинская районная больница»
22. ГБУЗ «Лунинская районная больница»
23. ГКУЗ «Медицинский центр «Резерв»»
24. ГБУЗ «Мокшанская районная больница»
25. ГБУЗ «Наровчатская районная больница»
26. ГБУЗ «Нижнеломовская межрайонная больница»

27. ГБУЗ «Никольская районная больница»

продолжение Приложения Г

28. ГБУЗ «Областная наркологическая больница»

29. ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»

30. ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»

31. ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»

32. ГБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер»

33. ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»

34. ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

35. ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница»

36. ГБУЗ «Пензенская областная станция скорой медицинской помощи»

37. ГБУЗ «Пензенская районная больница»

38. ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»

39. ГБУЗ «Пензенский дом ребёнка»

40. ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн»

41. ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»

42. ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи»

43. ГБУЗ «Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр»

44. ГБОУ СПО «Пензенский областной медицинский колледж»

45. ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики»

46. ГБУЗ «Сердобская межрайонная больница им. А.И. Настина»

47. ГБУЗ «Сосновоборская районная больница»

48. ГБУЗ «Спасский филиал ГБУЗ «Нижнеломовская межрайонная больница»

49. ГБУЗ «Тамалинская районная больница»

50. ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»

51. ГБУ «Центр по транспортному обслуживанию государственных учреждений здравоохранения Пензенской области»

52. ГБУ «Центр сертификации и контроля качества лекарственных средств»

53. ГБУЗ «Шемышейская районная больница»

Приложение Д

Основные показатели здравоохранения Пензенской области на конец года

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Численность врачей всех специальностей								
всего, чел.	5335	5340	5432	5566	5379	5353	5464	5246
на 10 000 человек населения	38,7	38,9	39,2	40,4	39,3	39,3	40,3	38,9
Численность среднего медицинского персонала								
всего, чел.	15316	15376	15448	15534	15333	14971	14618	14307
на 10 000 человек населения	111,0	112,0	111,6	112,8	112,0	110,0	107,8	106,1
Число больничных организаций, ед.	50	50	50	54	52	50	45	44
Число больничных коек								
всего, тыс. ед.	13,3	13,3	12,7	12,8	12,8	11,7	11,4	11,0
на 10 000 человек населения, коек	96,7	96,5	91,4	93,3	93,5	86,3	83,8	81,2
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, ед.	73	85	79	89	92	212	249	224
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций								
всего, тыс. посещений в смену	29,3	29,5	30,1	30,4	31,3	32,2	32,3	31,6
на 10 000 человек населения	212,4	214,9	217,3	221,2	229,0	236,6	238,2	234,2
Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий и организаций, имеющих женские консультации и детские отделения, ед.	93	88	138	143	144	147	207	121
Число коек для беременных, рожениц и родильниц								
всего, ед.	623	666	631	598	596	548	468	459
на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет, ед.	17,4	19,0	18,0	17,8	18,2	17,1	14,9	14,6

Число ФАП, ед.	583	576	563	549	563	538	531	303
----------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Приложение Е

Исполнение целевых показателей государственной подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Наименование целевого показателя	Единица измерения	Значения целевых показателей		Абсолютное отклонение	Относительное отклонение, в %
		план.	факт.		
Смертность от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	899,1	862,9	-36,2	-4,0
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	на 100 тыс. населения	204,8	214,8	10,0	4,9
Снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных)	%	1,0	0	0	0
Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. населения	6,5	4,2	-2,3	-36,4
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез	на 100 тыс. населения	46,4	38,7	-7,7	-16,6
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	на 100 тыс. населения	15,5	15,8	0,3	1,9
Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий	%	7,2	0	0	0
Смертность от транспортных травм всех видов	на 100 тыс. населения	17,4	17,1	-0,3	-1,7
Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез	%	73,0	73,0	0,0	0,0
Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, в общем количестве лиц, состоящих на диспансерном наблюдении	%	25,2	32,7	7,5	29,8
Увеличение объема заготовки компонентов донорской крови автоматическими методами	%	0,1	0,1	0,0	0,0
Число доноров крови и её компонентов	на 1000 населения	10,5	10,5	0,0	0,0

