

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (НА МАТЕРИАЛАХ ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Выпускная квалификационная работа бакалавра

заочного отделения 5 курса группы 05001155

Устиновой Ирины Витальевны

**Научный руководитель
кандидат социологических наук,
доцент Быхтин О.В.**

**Рецензент:
Заместитель начальника управления –
начальник отдела развития
здравоохранения и демографической
политики Гайворонская С.А.**

БЕЛГОРОД, 2016 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	10
РАЗДЕЛ II. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	26
РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	67
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	70
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	77

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется тем, что качество медицинского обслуживания разработано в законодательных актах, федеральных законах на государственном уровне, но проблема качества медицинских услуг была и остается актуальной. Она является стратегической проблемой, от решения которой зависит стабильность и развитие нашего государства. Решение любой крупной проблемы невозможно без эффективного управления, которое предполагает сосредоточение внимания и сил на основном направлении.

Реформы по улучшению медицинского обслуживания идут медленно и не позволяют решать самые насущные задачи. Следует подчеркнуть, что не все принятые законы (особенно на уровне субъектов Российской Федерации) обеспечивают необходимую правовую поддержку эффективному развитию медицинского обслуживания.

Одной из важнейших задач является реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Учитывая, что бесплатная медицинская помощь в рамках указанной программы оказывается, в основном, муниципальными учреждениями, важнейшей задачей остаётся повышение эффективности использования финансовых средств, поступающих в систему здравоохранения на муниципальном уровне, и усиление контроля за их расходованием.

Конституцией Российской Федерации (раздел первый глава 2 статья 41) гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна оказываться гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений¹. Но не

¹ Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года (в ред. от 21.07.2014) // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

всегда граждане, обратившиеся в медицинское учреждение, получают качественное медицинское обслуживание.

Необходимость улучшения общественного здоровья делает неизбежным развитие сферы медицинских услуг. В связи с недостаточным финансированием, которое не позволяет обеспечивать нормальное функционирование материально-технической базы медицинских учреждений, особую важность приобретает эффективное управление инфраструктурой медицинских учреждений.

Необходимость формирования новых форм организационно-экономических отношений в лечебно-профилактических учреждениях, отсутствие эффективного механизма управления качеством медицинского обслуживания в системе лечебно-профилактических учреждений, также делает актуальной тему исследования.

Степень научной изученности темы. Проблемам государственного регулирования системы здравоохранения посвящены работы Н.А. Герасимовой, Т.В. Ерохиной¹; проблемные аспекты процесса использования технологий управления системой здравоохранения рассматривали В.С. Блюм, А.И. Вялков, В.П. Заболотский, Т.В. Зарубина, Г.Я. Илюшин, Н.Г. Куракова, А.П. Столбов²; роль информатизации как инструмента повышения качества предоставления медицинских услуг обоснована в трудах В.К. Гасникова, А. Кайдалов, В.Ф. Мартыненко, И.Ф.

¹ См. : Герасимова Н.А. Совершенствование системы управления здравоохранением в регионе. Воронеж, 2011; Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в РФ. Саратов, 2012.

² См. : Блюм В.С., Заболотский В.П. О здравоохранении // Электронный математический и медико-биологический журнал. 2011. №4; Вялков А.И. Технологии в системе управления здравоохранением Российской Федерации. М., 2013; Зарубина Т.В. О перспективах развития образования врачей // Врач и информационные технологии. 2011. №5; Илюшин Г.Я., Шапошник С.Б. Использование информационно-коммуникационных технологий в медицине // Информационное общество. 2013. №2; Куракова Н.Г. Информатизация как инструмент создания «саморегулируемой системы организации медицинской помощи»: что нужно, чтобы это положение проекта «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» реализовалось? // Врач и технологии. 2012. №2; Столбов А.П. Здравоохранение: новые реформы - старые проблемы // Врач и технологии. 2014. №2.

Серегина, В.Е. Шибанова¹; большое внимание организационно-методическим основам использования информационных технологий в системе здравоохранения уделили Т.Н.Ерогов, М.В. Жукова, Н.А. Капитоненко, Г.Д. Репина, Е.Л. Топоровская². Методы оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения, а так же способы определения показателей эффективности мероприятий информатизации здравоохранения в своих трудах обосновывали И.Л. Беляев, И. Лапрун, Г.С. Лебедев³.

Теоретические и практические аспекты государственной поддержки здравоохранения освещены во многих работах отечественных авторов (А.М. Анохина, Ю.П. Лисицына, А.В. Сахно, Л.П. Семеновой, К.Н. Хабибуллина и др.).⁴

Формирование научных взглядов на здравоохранение как социальную систему находится в русле развития процессов познания медико–

¹ См. : Гасников В.К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований. Ижевск, 2011; Кайдалов А. Информатизация медицины: проблемы и решения // PC Week Doctor. 2011. №2(2). URL : <http://www.pcweek.ru/themes/detail.php?ID=111200> (дата обращения: 03.04.2016); Мартыненко В. Ф., Серегина И. Ф. Технологии повышения качества медицинской помощи // Врач и информационные технологии. 2011. №6; Шибанов В. Е. Современные технологии для эффективного управления муниципальными учреждениями здравоохранения // Современные наукоемкие технологии. 2012. № 9.

² См. : Егоров Т. Н. Организационно-методические основы управления качеством медицинских услуг. СПб., 2013; . Жукова М. В. Развитие методического обеспечения оценки эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в сфере оказания сервисных услуг // Экономист лечебного учреждения. 2013. № 1; Капитоненко Н. А., Репина Г. Д., Топоровская Е. Л. Организационные подходы к формированию информационной системы отрасли здравоохранения // Вестник общественного здоровья и здравоохранения. 2014. № 1.

³ См. : Беляев И.Л. Информатизация здравоохранения // ИТ в здравоохранении. 2012. № 3; Лапрун И. Эффективность внедрения медицинских информационных систем // PC Week Doctor : электронный журнал. М., 2011. № 1. URL: http://www.pcweek.ru/?ID=108436&SPHERE_ID=13906 (дата обращения: 03.04.2016); Лебедев Г. С. Методика оценки потенциальной эффективности информационных систем здравоохранения // Информационно-измерительные и управляющие системы. 2014. № 12.

⁴ Анохин А.М. Всемирная организация здравоохранения как социальный институт, 2011; Лисицын Ю.П. К вопросу о критериях качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 11; Сахно А.В. Социология медицины и общественное здоровье. М., 2011; Семенова Л.П. Социология медицины. М., 2011; Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. СПб., 2010.

социальных, экономических, политических проблем здравоохранения, которые отражаются в становлении социологии медицины.

Представителями социологической науки исследованы проблемы взаимодействия системы здравоохранения с обществом, различными социальными институтами. Раскрытию данных проблем посвящены работы Б.А. Войцеховича, З.П. Замараевой, Р.Э. Кесаевой, М.А. Ковалевского, Г.И. Куценко, Ю.П. Лисицына, Н.Б. Найговзиной, Ю.П. Попковой, В.И. Стародубова, А.В. Тихомирова, С.Ю. Фоканова, О.А. Чеботаревой, Д.Р. Шиляева, С.В. Шойко, В.К. Юрьева, А.С. Ямщикова¹

Основной проблемой исследования является противоречие между объективной необходимостью совершенствования управления системой здравоохранения и недостаточной разработанностью научно-методических механизмов.

Гипотеза – для успешного функционирования системы здравоохранения необходимо принятие комплекса мер организационного, правового и информационного характера, способствующих повышению качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению.

Объектом исследования является система здравоохранения в регионе.

Предметом исследования являются механизмы управления системой здравоохранения Белгородской области.

¹ Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ростов-на-Дону, 2011; Замараева З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России: дис....д-ра социол. наук. М., 2012; Кесаева Р.Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: дис.... д-ра социол. наук. Волгоград, 2006; Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке. М., 2012; Найговзина Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М., 2014; Попкова Ю.В. Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников: дис... канд. мед. наук. Саратов, 2010; Фоканов С.Ю. Сравнительный анализ системы здравоохранения как социального института в России и Великобритании: дис... канд. социол. наук. М., 2013; Чеботарева О.А. Патернализм в отечественной медицине: дис.... канд. социол. наук. Волгоград, 2014; Шойко С.В. Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение: дис... канд. экон. наук. М., 2011; Ямщиков А.С. Совершенствование организационно-экономических механизмов системы здравоохранения крупного города: дис... д-ра экон. наук. М., 2014.

Целью выпускной квалификационной работы является разработка направлений совершенствования управления развитием системы здравоохранения Белгородской области.

В этой связи основными **задачами** исследования являются:

1. Рассмотреть организационно-правовые основы управления развитием системы здравоохранения;
2. Проанализировать практику управления развитием системы здравоохранения Белгородской области;
3. Разработать практические рекомендации по совершенствованию управления развитием системы здравоохранения Белгородской области.

В качестве **теоретико-методологической основы выпускной квалификационной работы** выступают основополагающие труды отечественных ученых Н.А. Герасимовой и Т.В. Ерохиной¹.

В качестве методологической основы исследования выступает комплексный подход, а также методы экспертных оценок, наблюдения, теоретический анализ; сравнительный анализ; обобщение инструктивно-методических документов; анализ нормативно-правовых документов.

Исследование базируется на принципах системности, структурно-функционального анализа, положений теории организации и управления, анализа статистических данных, интерпретации социологических исследований.

Эмпирическая база исследования включает следующие источники:

- Конституция РФ, законодательные акты Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации;²

¹ Герасимова Н.А. Совершенствование системы управления здравоохранением в регионе. Воронеж, 2011; Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в РФ. Саратов, 2014.

² Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года (в ред. от 21.07.2014) // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных

– приказы и письма Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации по вопросам, отнесенным к реализации программы здравоохранения Российской Федерации;¹

– постановления и распоряжения правительства и Губернатора Белгородской области, приказы департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, регламентирующие реализацию программы здравоохранения на территории Белгородской области.²

программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Постановление Правительства РФ от 15 февраля 2011 г. № 85 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

¹ О Комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 года: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05 февраля 2008 г. № 48 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь: приказ Минздравсоцразвития РФ от 30 декабря 2010 г. № 1240н // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

² Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 - 2012 годах : Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2396-р // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; О долгосрочной целевой программе «Формирование и развитие системы региональной кадровой политики» на 2011 - 2015 годы: Постановление правительства Белгородской области от 23 октября 2010 г. № 357-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область»; Стратегия социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года: Постановление правительства Белгородской области от 25 января 2010 г. № 27-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область»; Об утверждении Положения, структуры и штатных расписаний департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области: Распоряжение правительства Белгородской области от 09 июля 2007 г. № 119-рп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область»; Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011 - 2012 годы: Постановление правительства Белгородской области от 28 марта 2011 г. № 114-пп //

Научно-практическая значимость выпускной квалификационной работы характеризует то, что теоретические выводы и рекомендации, разработанные в результате исследования, могут использоваться региональными органами управления, территориальными структурами при принятии решений в области медицинского обслуживания, что позволит принимать оптимальные административные и экономические решения, повысит качество медицинского обслуживания в регионе.

Структура выпускной квалификационной работы состоит из введения, трех разделов, заключения, списка источников и литературы, приложений.

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современное состояние системы российского здравоохранения по ряду критериев не отвечает потребностям общества, государства и граждан. Трудности переходного периода общественных трансформаций, экономические и политические коллизии последних двух десятилетий оказали огромное влияние на процессы функционирования социальных институтов, потребовали их фундаментальной модернизации. Государство перестало быть единственным субъектом регулирования социальных отношений в обществе. Становится все более заметным проявление интересов негосударственных субъектов в тех областях, которые ранее определялись политикой централизации государственного управления.

Для достижения стратегических целей и задач развития страны до 2020 г. требуются «самые серьезные, системные изменения и в организации медицинской помощи, и в техническом перевооружении медицинских организаций, и в качественном изменении кадрового потенциала здравоохранения. Вся организация оказания медицинской помощи должна быть устроена по-новому»¹. Ввиду этого целью совершенствования системы здравоохранения должно быть улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности лечебно–профилактических учреждений и формирования здорового образа жизни при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли.

С начала 90–х гг. XX в. кардинально изменились общественные приоритеты в российском здравоохранении. Так, если еще сравнительно недавно гарантом удовлетворения интересов и потребностей граждан в медицинских услугах выступало государство, то сейчас эти функции распределены между различными субъектами, в число которых помимо

¹ Россия 2020. Главные задачи развития страны. М., 2012. С. 16.

государственных структур включены местные органы самоуправления, представители бизнеса и предпринимательства.

Повышение интереса к модели общественного здравоохранения в России в последние годы связано, прежде всего, с проведением в стране административной реформы, главная цель которой (по замыслу ее «архитекторов») – «коррекция форм государственного вмешательства в экономику, отказ от избыточного бюрократического регулирования, повышение эффективности действий государственной власти в тех сферах, где ее участие абсолютно необходимо»¹. Важным направлением сокращения масштабов государственного регулирования экономики является развитие саморегулирования хозяйственной деятельности.

К настоящему времени ход административной реформы в сфере здравоохранения характеризуется в высшей степени неопределенностью и непоследовательностью. Вместо планомерной работы по формированию современной модели здравоохранения обществу предлагаются программы, представляющие собой не что иное, как попытку «реанимировать» устаревшую административно-государственную модель управления этой социальной сферой. Более того, налицо «прогностически неблагоприятные» признаки по сворачиванию реформ, в том числе и в сфере здравоохранения.

С 1 января 2006 года вступили в действие поправки к «Основам законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан»¹, в соответствии с которыми стандарты медицинской помощи могут быть федеральными и региональными, и утверждаются органами управления исполнительной власти, т.е. государственным регулятором соответствующего уровня.

Важное значение имеет установление правовой основы содержания понятия «система здравоохранения». Ранее существовавший и во многом

¹ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

остающийся и сейчас подход – это восприятие системы здравоохранения как определенной отрасли. Это система субъектов, осуществляющих охрану здоровья населения. При таком подходе маловероятно формирование системы эффективного управления здравоохранением. Ведомственная и уровневая разрозненность, отсутствие реального контроля за исполнением нормативных актов, разноплановость и бессистемность программ развития здравоохранения, слабость научного обоснования являются серьезным препятствием¹. При таком подходе к государственной системе здравоохранения, гражданин «выводится» за ее пределы, хотя ради него она и создается.

Иной подход отражен в международных документах, определяющих содержание понятия «система здравоохранения»², когда гражданин рассматривается в качестве основы системы отношений субъектов и объектов в сфере здравоохранения в целях улучшения охраны здоровья людей.

От потребностей граждан в сфере медицинской помощи и обеспечения должных условий своего здорового существования будет зависеть развитие системы здравоохранения и в России. Это, в свою очередь, потребует формирования и правового закрепления новых механизмов и технологий управления обеспечением здоровья нации, здоровья как национальной безопасности. Фактически система общественного здравоохранения – это интеграционное взаимодействие всех структур, оберегающих, здоровье, по обеспечению конституционно-определенного права населения быть здоровым и работоспособным. Система общественного здравоохранения – это функционально-организационная структура и совокупность отношений, представляющие научную и практическую деятельность по управлению одной из важнейших социальных сфер общества.

¹ Об охране здоровья граждан: федер. закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 // // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

² Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине // Менеджер здравоохранения. 2012. № 12. С.15.

Государственная политика в области здравоохранения строится на принципах: поддержки мер по сохранению и укреплению здоровья населения; отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности; соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; ответственности органов государственной власти, юридических лиц и должностных лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья населения; приоритетности финансирования системы здравоохранения; обеспечения гарантий предоставления гражданам медицинской помощи, соответствующей установленным стандартам качества медицинской помощи; обеспечения системы здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами; разграничения полномочий и предметов ведения в области здравоохранения между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления; соблюдения единства интересов граждан и государства в области здравоохранения; доступности медицинской помощи гражданам на территории всей Российской Федерации; реорганизации государственно – муниципального сектора путем передачи в государственно – муниципальный сектор ведомственных организаций здравоохранения; ответственности органов государственной власти, органов местного самоуправления и должностных лиц за неисполнение законодательства Российской Федерации в области здравоохранения; экономической заинтересованности граждан и юридических лиц в сохранении и укреплении здоровья населения; социальной справедливости при реализации прав граждан в области здравоохранения; социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья; координации действий органов государственной власти и органов местного самоуправления в области здравоохранения; приоритетности мер по профилактике заболеваний, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни; преемственности действий медицинских работников

на всех этапах оказания медицинской помощи; равных условий деятельности организаций здравоохранения, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации; государственной поддержки научных исследований в области разработки новых методов профилактики заболеваний, диагностики и лечения; участия населения в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также управления здравоохранением; развития международного сотрудничества в области здравоохранения¹.

Существующие системы здравоохранения различаются по основным их компонентам: функционально-организационному; управленческому; финансовому; нормативно-правовому; производственно-технологическому, а также по взаимодействию с иными системами государства. Поскольку данные компоненты, в свою очередь, являются подсистемами общей системы здравоохранения, то они нуждаются в разработке своих принципов реформирования на базе общих для всей системы общественного здравоохранения.

Здравоохранение как социальный институт прежде ассоциировалось с понятием «система здравоохранения» и воспринималось в качестве объединения медицинских работников и сотрудников санитарно-эпидемиологических служб, выполняющих лечебно-профилактическую работу и санитарно-эпидемиологические мероприятия в рамках системы здравоохранения и связанных общностью правовых и поведенческих норм, традиций, социальных и этических ценностей. Она обладает внутренней структурой и иерархией, внутренней и внешней устойчивостью связей. Фактически – это государственная структура управления здравоохранением как отраслью народного хозяйства.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации в нашей стране закреплено положение, в соответствии с которым функционируют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная, а

¹ Пиддэ А.Л. Организационно-правовые и экономические основы модернизации здравоохранения в современной России: проблемы и возможности // Руководитель ЛПУ. 2014. №6. С.14.

также законодательно закреплены две формы учреждений здравоохранения – государственная и муниципальная. Все это имеет непосредственное отношение к медицине, однако не охватывает всю систему здравоохранения.

Развитие системы здравоохранения и всей здравоохранительной деятельности общества, государства и личности является объективной необходимостью. Эта необходимость обуславливается ростом потребностей людей в результативном медицинском обеспечении.

Степень выполнения здравоохранением функций по охране здоровья населения во многом зависит от его материально-технической базы, наличия квалифицированных медицинских кадров, уровня развития медицинской науки. Однако влияние развития науки и техники на состояние медицинской помощи населению ограничивается степенью внедрения их достижений в повседневную медицинскую практику.

Практика показывает, что при разработке планов, программ и проектов, направленных на решение социальных проблем, особую важность приобретает та окружающая среда, в которой происходят события, связанные с переменами. Любые перемены могут быть осуществлены только в тех рамках, которые объективно существуют в каждом конкретном случае. Это и есть факторы внешней среды, влияющие на деятельность, связанную с переменами. Отметим следующие, наиболее значимые, на наш взгляд, факторы, влияющие на модернизацию здравоохранения:

- политическая, экономическая и социальная ситуация в стране;
- международные договоры страны (экономические и политические);
- демографическая ситуация в стране;
- социальная стратификация общества;
- социо-культурные особенности общества (в том числе национально-этнические);

– наличие и деятельность партий, общественно-политических организаций, профсоюзов, корпоративных организаций (элементов гражданского общества)¹.

Таким образом, под управлением развитием системы здравоохранения следует понимать научно обоснованную, поддержанную обществом совместную деятельность органов власти различного уровня, органов управления здравоохранением, медицинского сообщества, основанную на реальном учете имеющихся ресурсов и существующих факторов внешней среды с целью перевода российского здравоохранения на уровень, отвечающий современным требованиям, соответствующим мировым стандартам, и придания ему современного облика.

Реальная ситуация, сложившаяся в современной России, ставит перед необходимостью власть и общество к выбору альтернатив при принятии стратегических решений. Это в полной мере относится к управлению развитием системы здравоохранения. На наш взгляд, существует три группы альтернатив при выборе решения, связанного с управлением развитием системы здравоохранения. Они таковы:

I. Выбор нормативно-правовой основы управления развитием – модернизация здравоохранения осуществляется на основании общего закона и, в соответствии с ним, на основании законодательного закрепления всех деталей организации оказания медицинской помощи, или на основании законодательного закрепления деталей деятельности, совокупность которых позволит сформулировать общие принципы здравоохранения.

II. Выбор объекта – управление развитием системы здравоохранения осуществляется как модернизации отрасли или модернизируется собственно медицинская деятельность.

¹ Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М., 2014. С. 46.

III. Выбор предмета – управление развитием системы здравоохранения это модернизация деятельности медицинских организаций или модернизации отношений врача и пациента.

Если о первой группе альтернатив сказано выше, то вторая и третья группы альтернатив требует, на наш взгляд, некоторых пояснений.

Современное законодательство, регулирующее деятельность здравоохранения (Закон о медицинском страховании, законодательство о разграничении полномочий) не дает основания считать, что здравоохранение в Российской Федерации функционирует как отрасль. Свидетельством тому является то, что в настоящее время учреждение здравоохранения является самостоятельным хозяйствующим субъектом, имеющим право заключать договоры со страховыми медицинскими организациями, которое управляется органом управления здравоохранения соответствующего уровня и, в принципе, не подчиняющееся вышестоящим органам управления здравоохранением. В равной степени, органы управления здравоохранением не имеют возможности нормативного регулирования деятельности медицинских учреждений, не находящихся в их непосредственном ведении. Именно поэтому приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам хозяйственной деятельности (в том числе и по организации оплаты труда) направлены только для подведомственных министерству медицинских организаций, приказы органов управления здравоохранением субъекта Федерации – только на подведомственные учреждения субъекта Федерации, а муниципальные медицинские учреждения подчиняются органам управления здравоохранением муниципального уровня¹.

Медицинская деятельность не имеет территориального или ведомственного регулирования. Мало того, обеспеченная единым для всей страны законодательством, совокупность последовательных,

¹ Поляков И.В. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. СПб., 2014. С. 48.

мотивированных действий медицинского персонала (врача, фельдшера, медицинской сестры), целью которых является оказание медицинской помощи (предоставление медицинской услуги) может и должна быть единой для всей страны. Специфика может присутствовать только в связи с уровнем (этапом) оказания медицинской помощи.

Проектный подход в управлении развитием системой здравоохранения включает следующие характеристики:

- максимально конкретные цели и задачи;
- четко и строго определенные сроки реализации;
- строго и четко определенные и максимально сконцентрированные все виды ресурсов;
- строго определенные участники и ответственные за реализацию;
- исполнение согласованного плана-графика работ по реализации проекта;
- многосторонний, оперативный и стратегический контроль;
- информационная открытость.

Как правило, при реализации проектов наступает системный эффект. В нашем случае, показатели этого эффекта таковы:

1. Оснащение учреждений здравоохранения вызвало изменения в других отраслях.
2. Реализация приоритетного национального проекта привела к переходу к долгосрочному планированию и бюджетированию, что важно для экономического развития.
3. Реализация проекта потребовала долгосрочных отраслевых и межотраслевых стратегий.
4. Реализация проекта способствовала внедрению новых, современных технологий и совершенных коммуникационных сетей.
5. Для успешной реализации проектов внедряются современные, эффективные методы управления, взаимодействия и контроля.

По данным, опубликованным на сайте, посвященном реализации приоритетных национальных проектов, на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» за пять лет было израсходовано более 607 миллиардов рублей.

За все годы проекта суммарно было обучено около 53 тысяч врачей. Реализуемые мероприятия проекта возложили дополнительные обязанности на врачей первичного звена здравоохранения, поэтому, начиная с 2006 года более 290 тысячи медицинских работников ежегодно получают выплаты. Это способствовало росту заработной платы в среднем в 2,6 раза.

Кроме того, большое внимание было уделено профилактике и выявлению больных с ВИЧ-инфекцией, а также вирусными гепатитами В и С. Благодаря затраченным усилиям удалось добиться рождения свыше 50 тысяч здоровых детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Повысилась доступность лечения противовирусными препаратами для более 80 тысяч больных ВИЧ-инфекцией и более 20 тысяч больных вирусными гепатитами.

В программе расширенного неонатального скрининга в 2008 году приняли участие 83 субъекта Российской Федерации. За 10 месяцев на наследственные заболевания обследованы 1,1 млн. новорожденных. При всех выявленных случаях заболеваний проводятся уточняющая диагностика и лечение¹.

С 2008 года в рамках национального проекта «Здоровье» осуществляется аудиологический скрининг детей первого года жизни. Одновременно ведется работа по оснащению медучреждений соответствующим диагностическим оборудованием. Все это позволяет оказывать детям своевременную и грамотную медицинскую помощь, а при выявлении у ребенка полного нарушения слуха, направлять его на операцию по кохлеарной имплантации.

¹ Найговзина Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М., 2014. С. 56.

В рамках программы родовых сертификатов медицинское обслуживание получили около 1,5 млн. женщин. Благодаря дополнительному финансированию по талонам родовых сертификатов государственные и муниципальные женские консультации и учреждения родовспоможения приобретают современную диагностическую аппаратуру и лабораторное оборудование. На эти средства также закупаются медикаменты для обеспечения женщин в период беременности, дополнительное питание для беременных и кормящих матерей, жизненно важные лекарственные препараты для реанимации и выхаживания новорожденных, профилактики акушерских кровотечений и послеродовых септических осложнений. В результате удалось заметно снизить число осложнений во время беременности и родов, материнскую и младенческую смертность.

Таким образом, мероприятия национального проекта здоровье охватывают все наиболее болевые точки современной России. Мы можем уверенно говорить об их эффективности. Ведь по данным анализа показателя смертности за пять лет реализации мероприятий удалось добиться снижения смертности населения на 11,2%, в том числе и по причинам-лидерам.

Таким образом, следует констатировать, что совершенствование инфраструктуры медицинских организаций, а за счет этого и инфраструктурного обеспечения медицинской деятельности является фактором, способствующим улучшению оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день государственная поддержка здравоохранения осуществляется по средствам Государственной программы развития здравоохранения. Целью данной программы являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачи Государственной программы развития здравоохранения предусматривают:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины; повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении; повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения

На период реализации данной программы с 2013 по 2020 гг. объем бюджетных ассигнований из средств федерального бюджета выделено 2 038 088 713,4 тыс. рублей.

Поддержка здравоохранения при помощи реализации Государственной программы позволит:

- снизить смертность от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения; снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;
- снизить смертность от болезней системы кровообращения до 622,4 случая на 100 тыс. населения;
- снизить смертность от дорожно-транспортных происшествий до 10 случаев на 100 тыс. населения;

- снизить смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190 случаев на 100 тыс. населения;
- снизить смертность от туберкулеза до 11,2 случая на 100 тыс. населения;
- снизить потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10 литров на душу населения в год;
- снизить распространенность потребления табака среди взрослого населения до 26 процентов;
- снизить число зарегистрированных больных с диагнозом активный туберкулез, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения) до 61,6 случая на 100 тыс. населения;
- обеспеченность врачами составит 40,2 человека на 10 тыс. населения;
- количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека;
- повысить отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 200 процентов;
- повысить отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- повысить отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов; повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для

предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;

– увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении до 74,3 года¹.

Концепция регулирования медицинской деятельности заключается в том, что она должна базироваться на законодательном определении следующих понятий:

– медицинская деятельность, её виды и формы, лицензирование медицинской деятельности.

– Лица, участвующие в медицинской деятельности (врач, фельдшер, медицинская сестра, младшая медицинская сестра). Уровень разрешенной для каждой категории медицинских работников деятельности. Права и обязанности медицинских работников (в том числе право и обязанность получать лицензию на свою деятельность, право и обязанность страховать свою профессиональную ответственность, другие права и обязанности).

– Пациент, его статус, права и обязанности.

– Медицинская услуга, медицинская помощь.

– Оплата медицинской помощи – источники, способы, нормативы.

– Медицинская организация, виды, организационно-правовые формы, формы собственности.

– Органы управления здравоохранением.

– Страховые медицинские организации.

В этой связи вполне актуальным представляется разработка и принятие Федерального закона «О медицинской деятельности в Российской Федерации».

Подобный законодательный акт может быть комплексным документом, в котором должны найти место все аспекты обеспечения медицинской деятельности. На наш взгляд, такого типа закон не только не войдет в противоречие с уже принятыми законами, но и может стать основой

¹ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в РФ. Саратов, 2014. С. 15.

модернизации здравоохранения Российской Федерации. Преимущество комплексного закона состоит в том, что он может регулировать большую часть проблем здравоохранения, требующих решения, а также предоставляет возможность использовать принцип «от регулирования общего к регулированию частного». В условиях современной России такой принцип регулирования процессов следует считать наиболее целесообразным с политической, с экономической и с социальной точки зрения.

Управление развитием системы здравоохранения – это процесс осовременивания и использования всего того, что заложено в потенциале сформированной в советский период системы, когда успешно действовала государственная единая система здравоохранения, которая использовала все, что было накоплено теорией и социальной практикой, но в новом качестве, и это дало блестящий результат¹.

Таким образом, проанализировав вышеизложенный материал, сделаем следующие выводы:

1. Учитывая отечественный и зарубежный опыт, а главное общие закономерности и принципы развития системы здравоохранения, необходимо принять своеобразную «дорожную карту» обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения. Управление развитием системы здравоохранения – это востребованность социальной практики, которой требуется уже государственно-общественное управление здравоохранением. Ведь будущее России, возможные успехи зависят от образования и здоровья людей, от их стремления к самосовершенствованию и использованию своих навыков и талантов. И надо сделать все, чтобы граждане страны имели возможность получить качественное образование, поддержать свое здоровье, приобрести жилье, получить достойные доходы.

2. Концепция развития России на перспективу 20 лет рассматривает охрану здоровья как приоритетное направление государственной социальной

¹ Венедиктов Д.Д. Здравоохранение - это функциональная система // Московский доктор. 2011. № 20 (61). С.56.

политики, требующей участия государственных и общественных структур всех основных социальных институтов общества, расширения социальной базы здравоохранения за счет привлечения общественных объединений и прежде всего профессиональных ассоциаций, благотворительных и религиозных организаций, объединений семей и пациентов, поддерживающих инновационное отношение к обеспечению здоровья людей.

3. В ближайшей перспективе предстоит создать систему здравоохранения как управленческо-функциональную структуру охраны здоровья населения на основе комплексного подхода, обеспечивающего заинтересованность государства, правительства, хозяйственных, общественных организаций и самого населения. Без этого не решить особо значимые задачи: повышение уровня жизни населения, внедрение здорового образа жизни, повышение ответственности граждан за состояние своего здоровья, ответственность общества за здоровье граждан.

ГЛАВА II. АНАЛИЗ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области реализует полномочия в сфере здравоохранения, лекарственного обеспечения, демографической и семейной политики, координирует деятельность управлений социальной защиты населения и государственной регистрации актов гражданского состояния области. Департамент осуществляет деятельность, направленную на реализацию на территории области единой государственной политики, во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти, территориальными органами федеральных органов исполнительной власти, государственными органами Белгородской области, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

В структуру Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области входит:

1. Управление организации медицинской помощи и развития здравоохранения;
2. Управление фармацевтической деятельностью и обеспечение медицинских организаций;
3. Управление экономики, финансов, и материального обеспечения;
4. Управление организационно-контрольной и кадровой работы.

Важнейшим направлением развития здравоохранения в Белгородской области является оборудование больниц, поликлиник и фельдшерских пунктов новейшим оборудованием. В числе приоритетов выделяют следующие:

- ремонт и оснащение современным оборудованием поликлиник, больниц, фельдшерских пунктов, служб скорой помощи;
- улучшение качества медицинского обслуживания путем совершенствования оплаты медицинских услуг с применением медико-экономических стандартов;

– внедрение дифференцированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества выполненных работ.

В сфере здравоохранения Белгородской области совершенствуются экономические механизмы функционирования отрасли путем обеспечения сбалансированности Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и внедрения системы одноканального финансирования, перехода на финансирование медицинских организаций за фактически оказанные услуги, бюджетирование, ориентированное на достижение конечных результатов.

На современном этапе развития общества совершенствование управления на уровне области в системе качества медицинского обслуживания требует применения экономико-математических методов, которые позволяют разработать рациональные и эффективные варианты управления системой качества медицинского обслуживания области в соответствии с новыми условиями. Необходимо развивать информационную систему, обеспечивающую и совершенствующую деятельность каждого медицинского учреждения и медицинского работника. Управление системой качества медицинского обслуживания в области должно обеспечивать построение структурно-эффективной сети, укрепление ресурсной базы и достижение планируемых показателей в повышении медицинской помощи населению области.

Таким образом, можно отметить, что результаты функционирования медицинских учреждений области напрямую связаны с совершенствованием системы управления качеством медицинского обслуживания.

Одной из самых сложных проблем здравоохранения на государственном уровне является его финансирование, которое носит многоканальный характер.

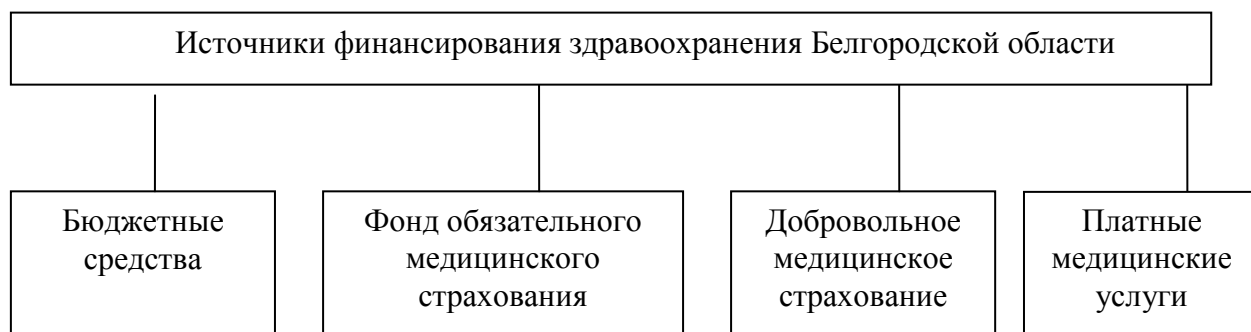


Рисунок 1. Источники финансирования здравоохранения Белгородской области.

Постановлением Правительства Белгородской области от 16 декабря 2014 года № 524-пп утверждена государственная программа (далее - Программа) «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы». Реализация Программы осуществляется посредством выполнения основных мероприятий 13 подпрограмм.

Общая сумма финансирования Программы на 2015 год составила 18586271,1 тыс. рублей, в том числе: 1790489,0 тыс. рублей средства федерального бюджета; 9044143,0 тыс. рублей средства областного бюджета; 7751339,1 тыс. рублей средства территориального внебюджетного фонда; 300,0 тыс. рублей средства внебюджетных источников. За отчетный год освоено 18261562,7 тыс. рублей (освоение - 98,3%), в том числе из средств федерального бюджета 1659400,3 тыс. рублей (92,7%); областного бюджета 8932927,3 тыс. рублей (98,8%); средств территориального внебюджетного фонда 7669235,2 тыс. рублей (98,9%)¹.

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» (далее - подпрограмма 1). Плановый объем финансирования подпрограммы 1 на 2015 год составил 187,0 тыс. рублей

¹ Об утверждении плана реализации государственной программы Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014 - 2020 годы» на 2014 год: Постановление Правительства Белгородской области от 15 сентября 2014 г. № 335-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область».

только за счет средств областного бюджета. За отчетный период освоение выделенных средств составило 147,2 тыс. рублей (78,7%).

Эффективность реализации подпрограммы оценивается рядом показателей:

– распространенность ожирения среди взрослого населения - 27,1% (при годовом плановом значении 40,0%);

– распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения - 27,2% (при годовом плановом значении 36,1%);

– потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) составило 5,1 литров на душу населения в год (при плановом значении показателя 5,15);

– распространенность потребления табака среди взрослого населения и среди детей и подростков - показатели уменьшились и составили 21,7% (при плановом значении 29,0%) и 7,3% (при плановом значении показателя 20,0%) соответственно¹.

В рамках мероприятия «Внедрение эффективных технологий профилактики и ранней диагностики неинфекционных заболеваний» в текущем периоде в области работало 586 школ здоровья, в которых было обучено 79322 человек (по вопросам артериальной гипертонии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, беременности, ведения здорового образа жизни, помощь желающим отказаться от курения).

В рамках подпрограммы выполнялись мероприятия по диспансеризации населения области. За 2015 год общее число граждан, прошедших диспансеризацию составило 288322 человека.

При реализации мероприятий «Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни среди населения Белгородской

¹ Об утверждении плана реализации государственной программы Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014 - 2020 годы» на 2014 год: Постановление Правительства Белгородской области от 15 сентября 2014 г. № 335-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область».

области, включая сокращение потребления алкоголя и табака» основное внимание уделялось популяризации здорового образа жизни населения, повышению информированности о поведенческих факторах риска и мотивации к сохранению и укреплению здоровья, и, в первую очередь, детей и подростков.

В 2015 году специалистами ОЦМП, совместно с областными лечебно-профилактическими учреждениями области и бригадами медицинских работников центральных районных больниц был организован 231 выезд агитационно-пропагандистского «Поезда Здоровья». В рамках выездов специалистами осуществлено 876 консультаций по вопросам формирования ЗОЖ, профилактике заболеваний, и охвачено консультациями 8675 человек.

Также в рамках реализации мероприятий подпрограммы 1 за отчетный период было проведено 76 различных акций, в том числе по измерению артериального давления, определения индекса массы тела, уровня холестерина и глюкозы в крови, а также по профилактике табакокурения.

Общее число граждан, охваченных агитационно-пропагандистскими и медицинскими мероприятиями «Поезда Здоровье», за отчетный период составило 31520 человек. За отчетный период специалистами ОЦМП было разработано и издано 16 наименований полиграфических материалов по вопросам формирования ЗОЖ общим тиражом 21000 экземпляров¹.

Подпрограмма 2 «Развитие первичной медико-санитарной помощи» (далее подпрограмма 2). На подпрограмму 2 в 2015 году денежные средства не выделялись, плановые показатели в 2015 году не предусмотрены.

Подпрограмма 3 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее - подпрограмма 3). Плановый объем финансирования подпрограммы 3 на 2015 год составляет

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

572779,8 тыс. рублей. За отчетный период было освоено 562617,8 тыс. рублей (освоение - 98,2%).

В рамках реализации основных мероприятий подпрограммы 3 для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направлено 2262 человека. По профилям «нейрохирургия», «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология и ортопедия (эндопротезы)», «онкология», «травматология и ортопедия», «трансплантация органов и тканей», «абдоминальная хирургия», «акушерство и гинекология», «офтальмология», «урология», «детская хирургия в период новорожденного», «педиатрия», «онкология», «оториноларингология» расход составил 303970,5 тыс. рублей.

Достигнуты целевые показатели в рамках подпрограммы 3:

- уменьшилась смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения и составила 776,6 (план 829,0);
- уменьшилась смертность от ДТП на 100 тыс. населения - 13,5 (план - 14,8);
- уменьшилась смертность от новообразований (в том числе злокачественных) на 100 тыс. населения - 194,0 (план - 204,0);
- заболеваемость туберкулезом за 2015 год составила 27,1 на 100 тыс. населения (план - 37,7);
- доля повторных госпитализаций в психиатрический стационар за 2015 год составила 9,9% (план - 10,3%);
- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут составила 86,4% (план 86,4%)¹.

Плановое значение показателя основного мероприятия 3.4.4 «Капитальный ремонт объектов государственной собственности Белгородской области», закрепленного за департаментом строительства и транспорта области, было скорректировано в соответствии с последней редакцией Программы от 1 февраля 2016 года № 27-пп. В 2015 году данное

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

мероприятие было вынесено за государственную программу, в связи с чем не финансировалось, и, соответственно, не реализовывалось в рамках государственной программы.

Подпрограмма 4 «Развитие государственно частного партнерства» (далее - подпрограмма 4). Плановый объем финансирования на 2015 год - 300,0 тыс. рублей за счет средств внебюджетных источников. Денежные средства за отчетный период не были освоены.

В настоящий момент на основании государственно-частного партнерства подписано соглашение между департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области и ООО «ПЭТ-ТЕХНОЛОДЖИ» о взаимодействии при строительстве Центра позитронно-эмиссионной томографии.

Подпрограмма 5 «Охрана здоровья матери и ребенка» (далее - подпрограмма 5). Общий объем финансирования подпрограммы 5 на 2015 год составил 1155540,1 тыс. рублей. За отчетный период для реализации основных мероприятий было освоено 1015243,2 тыс. рублей, что составило 87,9% от годового плана.

Эффективность реализации мероприятий подпрограммы 5 оценивается рядом показателей:

– младенческая смертность за 2015 год составила 6,3 случаев на 1000 родившихся живыми (при плановом значении показателя 6,3);

– смертность детей в возрасте 0-17 лет составила 68,0 случаев на 100 тысяч населения соответствующего возраста, что на 1,4% ниже годового планового значения (план - 69,0)¹.

Однако показатель материнской смертности за 2015 год является прогрессирующим и составляет 11,2 случаев на 100 тысяч родившихся живыми (плановое значение - 5,4). Отрицательная динамика значения показателя обусловлена тем, что за отчетный период было зарегистрировано

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

два случая материнской смертности. При анализе установлено, что один из этих случаев оказался непредотвратимым.

Плановое значение показателя основного мероприятия 5.1.2 «Капитальный ремонт объектов государственной собственности Белгородской области», закрепленного за департаментом строительства и транспорта области, было скорректировано в соответствии с последней редакцией Программы от 1 февраля 2016 года № 27-пп. В 2015 году данное мероприятие было вынесено за государственную программу, в связи с чем не финансировалось, и, соответственно, не реализовывалось в рамках государственной программы.

Подпрограмма 6 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей» (далее - подпрограмма 6). Финансирование подпрограммы 6 было предусмотрено в соответствии постановлением Правительства области от 7 сентября 2015 года № 323-пп. В 2015 году основное мероприятие 6.1.1 «Строительство (реконструкция) объектов социального и производственного комплексов, в том числе объектов общегражданского назначения, жилья, инфраструктуры», закрепленное за департаментом строительства и транспорта области, было вынесено за государственную программу, в связи с чем не финансировалось, и, соответственно, не реализовывалось в рамках государственной программы, что подтверждается редакцией постановления Правительства области от 1 февраля 2016 года № 27-пп¹.

Эффективность реализации подпрограммы 6 оценивается следующими показателями:

– охват реабилитационной медицинской помощью пациентов составил 9,0% (при плановом значении 9,0%);

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

– охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся реализован составил 77,0% (при годовом плановом значении 74,0%);

– охват санаторно-курортным лечением пациентов составил 16,0% (при плановом значении показателя 15,0%).

Подпрограмма 7 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» (далее - подпрограмма 7). Общий объем финансирования на 2015 год - 18733,0 тыс. рублей за счет средств областного бюджета. За отчетный период освоено 16326,4 тыс. рублей (87,2%). Оценка эффективности реализации подпрограммы 7 оценивается показателем «Обеспечение населения паллиативной медицинской помощью в стационарных условиях» с годовым плановым значением 0,066 койко-дней на 1 жителя (исполнение 98,5%).

Подпрограмма 8 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» (далее - подпрограмма 8). Плановый объем финансирования подпрограммы 8 на 2015 год составил 63511,0 тыс. рублей, из них: 22000,0 тыс. рублей за счет средств федерального бюджета и 41511,0 тыс. рублей за счет областного бюджета. За отчетный период было освоено 61647,8 тыс. рублей (97,1%). Оценка эффективности реализации подпрограммы 8 оценивается следующими показателями:

– обеспеченность врачами населения области, который за 2015 год составил 34,6 человек на 10 тысяч населения, что превышает годовое значение на 1,5% (плановое значение показателя - 34,1);

– доля врачей от общего количества среднего медицинского персонала государственных и муниципальных организаций здравоохранения Белгородской области составляет 33,0% (при плановом значении 33,0%);

– доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучившихся в рамках целевой подготовки для нужд области, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной и муниципальной систем здравоохранения составляет 86,0% (при плановом значении 90,0%);

– количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования составляет 1281 человек (при плане значения 1280 человек);

– количество специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, прошедших обучение по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего и дополнительного профессионального образования составляет 3240 человек (план - 3664);

– количество привлеченных молодых специалистов для работы в сельские учреждения здравоохранения составляет 44 человека (при плановом значении 40)¹.

Подпрограмма 9 «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» (далее - подпрограмма 9). Объем финансирования в 2015 году составил 776481,9 тыс. рублей. За отчетный период освоено 774655,5 тыс. рублей (99,8%).

Оценка эффективности реализации подпрограммных мероприятий, направленных на закупку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, оценивается показателями:

– удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах питания для детей-инвалидов, который на конец 2015 года имеет оценку 98,5% (при плановом значении 95,0%). Показатель зависит от количества граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, обратившихся письменно или устно по вопросу нарушения своих прав в части льготного лекарственного обеспечения.

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

Соответственно, чем меньше количество обратившихся граждан, тем выше показатель;

– число пациентов в регистре льготников составляет 1213,0 единиц (план - 1270,0);

– среднее количество рецептов на одного льготополучателя в год составляет 13,3 единиц (при плановом значении 19,0);

– охват иммунизацией населения групп риска составил 105,6% (при плановом значении 95,4%) - перевыполнение плана в рамках Национального календаря прививок обусловлено тем, что в 2015 году в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществлялась «догоняющая иммунизация» детей, рожденных в 2014 году, которые не были включены в план на 2015 год, а также тем, что в течение 2015 года были привиты дополнительные группы риска по бешенству;

– заболеваемость бешенством составила 0% (план - 0%);

– заболеваемость пневмококковой инфекцией составила 237,6 случаев на 100 тысяч населения (при плановом значении показателя 384,8);

– заболеваемость ветряной оспой составила 817,4 случаев на 100 тысяч населения (при плановом значении показателя 512,4) - увеличение уровня заболеваемости ветряной оспой обусловлено тем, что иммунизация групп риска не проводилась в 2015 году в связи с отсутствием финансирования;

– заболеваемость вирусным гепатитом А составила 1,85 случаев на 100 тысяч населения (при плановом значении показателя 2,54)¹.

Подпрограмма Г «Совершенствование территориального планирования» (далее подпрограмма Г). Объем финансирования подпрограммы Г на 2015 год составил 15845761,9 тыс. рублей, в том числе 4416,8 тыс. рублей за счет средств федерального бюджета; 8090006,0 тыс. рублей за счет средств областного бюджета и 7751339,1 тыс. рублей за счет

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

территориального внебюджетного фонда. За 2015 год было освоено 15685178,5 тыс. рублей (99%).

Оценка эффективности реализации основных мероприятий подпрограммы Г осуществляется мониторингом показателя «Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

На отчетную дату значение показателя составило 34,5%, что превышает годовое плановое значение на 8,8% (план - 31,7%). Подпрограмма Д «Обеспечение реализации государственной программы» (далее - подпрограмма Д).

Общий объем финансирования подпрограммы Г на 2015 год составил 82890,0 тыс. рублей, в том числе 1876,0 тыс. рублей за счет средств федерального бюджета и 81014,0 тыс. рублей за счет средств областного бюджета. За отчетный период освоено 75761,3 тыс. рублей (91,4%).

Показатель результативности реализации подпрограммы Д «Уровень достижения целевых показателей государственной программы» составил за 2015 год составил 91,40%. Показатель не был освоен на 8,6% в связи со сложившейся экономией по фонду оплаты труда.

Подпрограмма И «Обеспечение защиты и реализация прав граждан и организаций в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния» (далее подпрограмма И). Объем финансирования в 2015 году составил 70086,4 тыс. рублей. За отчетный период было освоено 69985,0 тыс. рублей (освоение - 99,9%)¹.

Уровень удовлетворенности населения услугами в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния составил 100% (при плановом уровне значения 75%) от числа граждан, опрошенных

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

специалистами Управления Министерства юстиции Российской Федерации по Белгородской области в рамках исполнения надзорных функций.

В рамках мероприятия «Осуществление переданных федеральных полномочий на государственную регистрацию актов гражданского состояния» за отчетный период зарегистрировано 62038,0 актовых записей и совершено 99143,0 юридически значимых действий, что превышает годовые плановые значения на 1,7% и 3,3% соответственно. По результатам проверок, проведенных Управлением Министерства юстиции Российской Федерации по Белгородской области в 2015 году предписаний об устранении нарушений законодательства Российской Федерации не вынесено.

Одной из проблем современного здравоохранения всё ещё остаётся вопрос обеспечения кадрами сельских медицинских учреждений.

На его решение направлен проект «Земский доктор», который стартовал в феврале 2012 года. Согласно постановлению Правительства Белгородской области от 6 февраля 2012 года №65-пп «Об осуществлении в 2012 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам» молодые сельские врачи – участники проекта имеют возможность безвозмездно получить финансовые средства для решения своих социальных нужд¹.

Проект «Земский доктор» – отличная возможность для молодых врачей в приобретении опыта работы и улучшении условий жизни для себя и для членов своей семьи. В департаменте здравоохранения и социальной защиты населения области формируется список кандидатов на участие в проекте.

Цель проекта заключается в содействии обеспечению медицинскими работниками в возрасте до 45 лет сельских медицинских учреждений.

Задачи проекта:

¹ Об утверждении плана реализации государственной программы Белгородской области «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014 - 2020 годы» на 2014 год: Постановление Правительства Белгородской области от 15 сентября 2014 г. N 335-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область».

– направление медицинских работников в возрасте до 45 лет на работу в сельские населённые пункты;

– повышение материального стимулирования медицинских работников, направленных на работу в сельские медицинские учреждения.

К участию в проекте допускаются выпускники медицинских вузов; молодые врачи в возрасте до 45 лет, желающие работать в сельской местности. Они должны постоянно проживать на территории нашей области и быть готовы отработать 5 лет в сельском лечебно-профилактическом учреждении. Программа распространяется на врачей всех специальностей.

Также участниками проекта могут стать и молодые специалисты в возрасте до 45 лет с других регионов России, для этого им необходимо трудоустроиться в сельском лечебно-профилактическом учреждении.

География участников проекта «Земский доктор» постоянно расширяется: начиная с 2012 года земскими докторами стали 27 жителей из других регионов, начиная с Архангельска и заканчивая Ханты-Мансийским автономным округом.

В 2012 году право на получение единовременных компенсационных выплат имели медицинские работники в возрасте до 35 лет, прибывшие в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшие на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившие с департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области соответствующий договор¹.

В 2012 году медицинский работник, подписавший договор, получал за счет областного бюджета единовременную компенсационную выплату в размере 100 тысяч рублей и 1 млн. рублей из средств федерального бюджета. На сегодняшний день сумма выплат составляет 1 млн. рублей из средств федерального и областного бюджетов в равных долях.

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

В 2012 году участниками партийного проекта «Земский доктор» стали 67 молодых врачей в возрасте до 35 лет: 17 человек приобрели квартиры, 16 вложили средства в строительство собственного дома, остальные приобрели автомобили, земельные участки для строительства дома и улучшили свои жилищные условия.

В 2012 году участники проекта направлены на работу в медицинские учреждения Белгородского (36), Борисовского (7), Шебекинского (6), Красненского (4), Старооскольского (3), Грайворонского, Губкинского, Корочанского, Прохоровского (по 2), Вейделевского, Красногвардейского, Крснояржского (по 1) районов.

В 2013 году участники проекта направлены на работу в медицинские учреждения Белгородского (25), Борисовского (3), Шебекинского (5), Красненского (3), Старооскольского (3), Грайворонского (1), Губкинского (2), Корочанского (4), Вейделевского (1), Яковлевского (2).

В 2014 году 29 участников проекта трудоустроены в медицинские учреждения Белгородского (11), Борисовского (5), Красненского (2), Шебекинского (2), Прохоровского (1), Корочанского (3), Яковлевского (2) районов, Старооскольского (1) и Губкинского (2) городских округов¹.

За три года реализации проекта его участниками стали уже 145 молодых врачей, которые были направлены на работу в 12 районов области.

В 2015 году проект рассчитан на 40 вакансий, так же были расширены условия. Так право на получение единовременных компенсационных выплат имеют медицинские работники в возрасте до 45 лет, прибывшие в 2015 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшие на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившие с департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области соответствующий договор.

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

Деятельность департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области в управлении развитием системой здравоохранения четко прослеживается в оказании государственной поддержки ОГБУЗ Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа.

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее многопрофильное лечебно–профилактическое учреждение территории. В ее состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1055 коек, перинатальный центр на 485 коек, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

В больнице, наряду со специализированной медицинской помощью, оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. В рамках реализации федеральной программы «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», больным с нейрососудистой патологией выполняются все виды высокотехнологичных вмешательств. В межтерриториальном центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья оказывается высококвалифицированная плановая и неотложная помощь на уровне европейских стандартов. Совершенствуются высокотехнологичные малоинвазивные оперативные вмешательства. В 2006 году была успешно осуществлена первая пересадка родственной почки, в апреле 2007 года впервые выполнена трансплантация трупной печени и почек. На сегодняшний день специалисты располагают успешным опытом 20 трансплантаций печени, 41 трупных и 6 родственных почек, в 2012 и 2015 годах осуществлена пересадка сердца¹.

В 2011 году открылся кардиохирургический центр Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа, призванный поднять

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

кардиологическую и кардиохирургическую помощь на новый уровень. Активно ведутся работы по совершенствованию мультимедийной системы. Она позволяет расширить информационное поле врачам больницы, оказывает неоценимую помощь в процессе профессиональной подготовки медицинских кадров.

С августа 2013 года в Белгородской области общественным советом по независимой оценке качества работы государственных и муниципальных учреждений, оказывающих социальные услуги в сферах образования, культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения и социального обслуживания населения проводится независимая оценка качества работы учреждений данного типа.

Критериями оценки являются открытость организации и доступность информации об организации, комфортность условий и доступность получения услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья, сроки предоставления услуг, доброжелательность, вежливость и компетентность работников.

На сегодняшний день проведено 10 этапов независимой оценки. При проведении независимой оценки использованы анкеты разработанные Министерством здравоохранения Российской Федерации. По результатам каждого этапа независимой оценки сформированы планы мероприятий по улучшению работы медицинских организаций.

Приведем некоторые результаты социологического опроса, которые позволили сформулировать следующие основные выводы.

1. Использование жителями Белгородской области медицинских услуг.

Треть опрошенных респондентов 37% довольно редко пользуются медицинскими услугами, 33% жителей довольно часто прибегают к медицинским услугам, 20% практически не пользуются услугами медицинских учреждений, и 10% вообще никогда не пользуются данными услугами. Чаще всего граждане обращаются в поликлинику к участковому врачу 42,7% или к специалисту узкого профиля 32,5%. Одна десятая часть

жителей 13,5% обращаются в коммерческие медицинские учреждения и 9% горожан обращаются к знакомым врачам. Процент лиц, посещающих знакомых врачей и коммерческие медицинские учреждения, выше среди тех, кто редко пользуется услугами системы здравоохранения. 34,6% опрошенных относились к льготной категории, а 65,9% не имели никаких льгот. Среди «льготников» 37,4% респондентов получали денежную компенсацию, а 63,6% получали дополнительное лекарственное обеспечение.

2. Оценка работы медицинских учреждений области.

Большинство жителей 69,6% удовлетворены качеством медицинских услуг. 21,9% опрошенных лиц недовольны медицинским обслуживанием. Меньше половины 44,8% оценивают работу участковых врачей удовлетворительно, одна треть 30,9% считает ее хорошей, четвертая часть 24,3% – неудовлетворительной. Работу врачей-специалистов оценивает как удовлетворительную почти половина респондентов 47,2%, чуть больше одной трети 36,2% считает, что она хорошая, и лишь 17% – ее неудовлетворительная. Причем, респонденты, которые платят за работу врачам, оценивают их работу ниже, чем те, кто им не платит.

45,4% жителей области оценивают работу служб, обеспечивающих их лекарствами, удовлетворительно, 26,7% считает, что эту работу можно оценить как хорошую, 27,9% неудовлетворенна услугами служб лекарственного обеспечения¹.

Всего одна треть населения 29,9% отчасти удовлетворена наличием лекарств в больницах. Практически столько же 28% граждан недовольны имеющимся ассортиментом, и лишь одна четвертая 24,2% часть жителей этим удовлетворена.

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

Работу служб скорой медицинской помощи 46% респондентов оценивают удовлетворительно, одна треть 32% считает, что она хорошая, а 22% не удовлетворены этими услугами.

3. Сложности, возникающие при использовании медицинских услуг.

Значительная часть граждан Белгородской области 45% никогда не платила врачам за работу, которую они должны делать совершенно бесплатно. Около четверти жителей 23,5% изредка делают это. Однако чуть больше одной десятой части 12,3% населения вынуждены платить довольно часто, а 7,9% платят постоянно врачам за ту работу, которую они должны делать бесплатно.

На вопрос: «Каким должно быть здравоохранение в Белгородской области и по России в целом?», около 65% опрошенных граждан полагают, что бесплатным. Такой же точки зрения придерживаются 72% респондентов пенсионного возраста, а 26% опрошенных из этой группы указали на возможность сосуществования как платных, так и бесплатных медицинских услуг. Люди выражают свои точки зрения по поводу того, что бесплатное медицинское обслуживание является не достаточно качественным и требует модернизации¹.

При проведении исследования в ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа» по основным направлениям, совершенствования медицинского обслуживания, были получены ответы на следующие вопросы:

1. На вопрос: «Необходимо ли улучшение материально-технической базы больницы, её медицинского оборудования, оснащения, лекарственного обеспечения?», 52 % опрошенных высказали свою положительную точку зрения по данному вопросу.

2. На вопрос: «Нужно ли повышение самостоятельности больницы, улучшение организации госпитализации, создание системы управления

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

качеством медицинского обслуживания, проведение мероприятий, направленных на повышение качества, эффективности, удовлетворенности пациентов, повышение ответственности пациентов за свое здоровье?». 29% респондентов сказали о том, что создание системы управления качеством медицинского обслуживания существенно улучшило бы качество предоставляемой медицинской услуги.

3. На вопрос: «Улучшение финансирования больницы, повышение уровня финансирования и тарифов в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), расширение использования дополнительных источников финансирования, включая дополнительную оплату работодателями и пациентами?». 23% сказали, что дополнительное финансирование значительно улучшило бы как материально-техническую базу больницы, так и сам процесс оказания медицинского обслуживания, а также лекарственное обеспечение больных.

4. На вопрос: «Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников, повышение уровня оплаты труда, оплата труда и премии с учетом объема, качества работы и удовлетворенности пациентов?» – 23% считают что, финансовое стимулирование медицинских работников, несомненно, улучшило бы как отношение к пациентам, так и повлияло бы на качество медицинского обслуживания.

5. На вопрос: «Укомплектование штатов и повышение квалификации персонала?». 12% опрошенных предложили постоянное повышение квалификации работников медицинских учреждений, для улучшения качества медицинского обслуживания¹.

Таким образом, анализ общественного мнения населения позволяет выявить как проблемы в организации медицинского обслуживания, так и средства повышения эффективности здравоохранения в области.

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.04.2016).

Основными недостатками, выявленными при социологических опросах населения, в организации медицинского обслуживания населения Белгородской области являются следующие:

- кадровая неуккомплектованность амбулаторно-поликлинической сети;
- задержки в лекарственном обеспечении, связанные с работой аптечных пунктов уполномоченных фармацевтических компаний;
- недостаточная преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждений, а также скорой медицинской помощи;
- ослабление контроля руководства лечебно-профилактических учреждений за соблюдением норм медицинской этики и деонтологии со стороны врачей и среднего медицинского персонала при общении с пациентами и их родственниками;
- невысокий уровень материально-технического оснащения амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждений;
- недостаточно комфортные условия пребывания больных в стационаре, нарушения санитарно-эпидемиологического режима в отделениях, невозможность получения пациентом лекарственного обеспечения в полном объеме в условиях стационара.

Для совершенствования системы управления качеством медицинского обслуживания необходима разработка программ по следующим направлениям:

1. Улучшение материально-технической базы лечебно-профилактического учреждения;
2. Повышение квалификаций медицинских работников, привлечение молодых специалистов;
3. Формирование межличностных партнерских отношений в коллективе;

4. Создание системы контроля управлением качества медицинского обслуживания;

5. Повышение качества работы лечебно-профилактического учреждения.

6. Уделение наибольшего внимания профилактике здоровья населения.

Более того, увеличение объемов финансирования здравоохранения без создания систем управления качеством медицинского обслуживания может не привести к улучшению его состояния.

Таким образом, рассмотрев и проанализировав государственную поддержку здравоохранения Белгородской области, можно говорить о том, что:

1. Важнейшим направлением развития здравоохранения в Белгородской области является оборудование больниц, поликлиник и фельдшерских пунктов новейшим оборудованием. В числе приоритетов выделяют следующие: ремонт и оснащение современным оборудованием поликлиник, больниц, фельдшерских пунктов, служб скорой помощи; улучшение качества медицинского обслуживания путем совершенствования оплаты медицинских услуг с применением медико-экономических стандартов; внедрение дифференцированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества выполненных работ.

2. В сфере здравоохранения Белгородской области совершенствуются экономические механизмы функционирования отрасли путем обеспечения сбалансированности Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и внедрения системы одноканального финансирования, перехода на финансирование медицинских организаций за фактически оказанные услуги, бюджетирование, ориентированное на достижение конечных результатов.

3. К числу основных задач, стоящих сегодня перед департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, относится и совершенствование подходов к выполнению государственного

задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также продолжение целенаправленной деятельности по разработке, внедрению и тиражированию высоких медицинских технологий. Это в целом работает на конечный результат – обеспечение населения области качественной, доступной и эффективной медицинской помощью.

РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Для улучшения состояния здоровья населения и улучшения деятельности в области здравоохранения должны быть предприняты кардинальные меры на уровне законодательных органов¹, Правительства Российской Федерации и соответствующих федеральных министерств, в субъектах Российской Федерации, в муниципалитетах.

Речь, прежде всего, идет о поднятии социально-экономического уровня жизни населения, о привитии здоровых навыков жизни, поднятии самоуважения граждан, о соблюдении и реальном обеспечении их прав человека и гражданина.

Стратегическими целями в области управления развитием системы здравоохранения должны стать:

- улучшение здоровья населения, уменьшение показателей смертности, увеличение показателей рождаемости;
- оказание медицинской помощи гражданам на территории региона;
- осуществление мероприятий по охране окружающей среды и надзору за санитарно–эпидемиологическим состоянием региона².

При реализации задач обеспечения доступности медицинского обслуживания необходимо учитывать, что возможность получения медицинской помощи (как первичной, так и специализированной) не гарантирует ее надлежащего качества. Повышение оснащенности медицинских учреждений и качества подготовки медицинских кадров, приводя к улучшению качества медицинской помощи, требует значительных финансовых вложений, но не гарантирует сохранения достигнутого уровня качества на протяжении длительного времени.

¹ Об охране здоровья граждан: федер. закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

² Парахина В.Н. Муниципальное управление. М., 2012. С. 27.

Эффективность и чёткость функционирования всех звеньев системы улучшения качества медицинского обслуживания возможны только при согласованном их взаимодействии. Поэтому руководящие органы здравоохранения федерального и территориального уровней, врачебные ассоциации, страховые медицинские организации, учебные заведения, осуществляющие подготовку и последипломное обучение медицинских кадров, медицинские учреждения, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, должны руководствоваться единой стратегией улучшения качества медицинского обслуживания. Для этого необходима разработка комплексной программы управления качеством медицинского обслуживания и ее выполнение с четким разграничением обязанностей и ответственности.

Совершенствование управления системы качества медицинского обслуживания наиболее эффективно и рационально в условиях, когда:

- органы управления системой здравоохранения района имеют четко определенные цели и задачи, которые должны быть достигнуты посредством совершенствования управления системы качества медицинского обслуживания;

- объективно оценена материально-техническая база и кадровый потенциал медицинского учреждения с целью выявления имеющихся скрытых и нерешенных возможностей;

- изучено мнение населения и медицинского персонала об объеме и качестве медицинского обслуживания в каждом отдельном учреждении.

Для более эффективной работы медицинских учреждений необходимо повышение «ресурсоёмкости» (финансовых, кадровых, технологических, информационных ресурсов, материально-технической базы), так как именно эти ресурсы полностью определяют качество оказываемой в нём медицинской помощи.

1. Для совершенствования качества медицинского обслуживания в условиях дефицита финансовых средств особенно важно внедрять передовые

технологии, экономически более выгодные формы ведения лечебно-диагностического процесса, наиболее эффективно использовать все имеющиеся ресурсы, минимизировать затраты по предоставлению медицинского обслуживания, смещать акценты на технологии и качество медицинских услуг, развивать стандарты оказания медицинской помощи и внедрять профилактические программы.

Также необходимо разрабатывать действенные методы оценки качества и эффективности медицинского обслуживания, удовлетворяющие запросы практического здравоохранения.

Оптимальное решение проблем системы здравоохранения возможно только посредством совершенствования организации и управления на основе системного подхода с использованием медицинских стандартов, единого информационного пространства, экономико-математических методов через систему информатизации основных направлений деятельности учреждений здравоохранения и органов управления муниципальным (территориальным) здравоохранением.

Среди множества подходов к исследованию качества медицинского обслуживания (по результатам, структуре медицинской помощи, данным опросов) для улучшения его состояния наиболее перспективным и одновременно труднореализуемым является оценка по процессу медицинского обслуживания. Приоритет оценки качества медицинского обслуживания по процессу его оказания позволит:

- определять реальные возможности исполнителей в обеспечении пациентов квалифицированной медицинской помощью;
- устанавливать влияние руководителей здравоохранения на устранение системных и частных причин ненадлежащего качества медицинской помощи.

2. Серьёзной проблемой является низкая заработная плата работников медицинских учреждений, что негативно отражается на его текущем состоянии и развитии, так как современные медицинские технологии весьма

трудоёмки. Часто применение нового диагностического и лечебного оборудования требует дополнительного числа специалистов различного профиля.

Для решения проблемы нехватки специалистов необходимо привлечение выпускников университетов для работы в сельской местности. Для стимулирования работы необходимо создание материальной заинтересованности специалистов, повышение заработной платы, введение премий, поощрений.

Необходимо также обеспечить прозрачность результатов оценки работы медицинского персонала. Каждый сотрудник должен знать, что он обязан делать в системе управления качеством медицинской помощи (КМП), как подводятся итоги работы, как они оцениваются и как вознаграждаются.

В целях повышения квалификации медицинских работников целесообразно осуществлять меры по совершенствованию системы квалификационного экзамена. Необходимо создание принципиально новых приказов и инструкций, где будут облегчены и уменьшены формализованные требования к претендентам на получение категории, такие как наличие определенного стажа, этапность в присвоении категорий.

Низкие доходы и неясные перспективы развития государственной системы здравоохранения заставляют врачей и младший медицинский персонал переориентироваться на медицинский бизнес, в рамках которого можно рассчитывать на финансовый успех за счёт профессиональных знаний и личной инициативы.

Появление возможности для врачей организовать собственный бизнес дало старт формированию многих видов предпринимательской деятельности в сфере медицины¹. Получили импульс к развитию малые формы медицинского бизнеса (в стоматологии, пластической хирургии, гинекологии, гомеопатии), не требующие значительных единовременных финансовых вложений. Быстрыми темпами развивается также

¹ Галкин В.В. Медицинский бизнес. М., 2012. С. 154.

фармацевтический и аптечный бизнес, страховая медицина. Это даёт медицинским работникам самостоятельность принятия решений, и непосредственное получение прибыли.

В медицине основным процессом, независимо от места и причин оказания медицинской помощи, является процесс взаимодействия определенного врача с конкретным пациентом. По отношению к нему все другие, включая процессы управления, материально-технического обеспечения, информационные процессы, подготовку специалистов, являются вспомогательными.

Качество медицинского обслуживания является управляемым объектом, а изменение его состояния может анализироваться не только в связи с изменениями финансирования, но и в процессе реструктуризации и модернизации любых частей отрасли (стационарной, амбулаторно-поликлинической, терапевтической, хирургической, педиатрической и т.д.).

3. Общение – это взаимодействие людей и поскольку в нем всегда разворачивается взаимопонимание ими друг друга, устанавливаются те или иные взаимоотношения.

Для межличностного общения типична такая ситуация, когда участники общения, вступая в контакты, преследуют по отношению друг к другу более или менее значимые для них цели, которые могут совпадать по своему содержанию, а могут и отличаться друг от друга. Цели эти – следствие действия определенных мотивов, имеющихся у участников общения, их достижение постоянно предполагает использование разнообразных способов поведения, которые у каждого человека формируются по-своему. Все это означает, что межличностное общение по основным своим характеристикам всегда является видом деятельности, суть которого составляет взаимодействие человека с человеком.

Совершенствование материально-технической базы медицинского учреждения, внедрение организационных новшеств происходит в результате активной трудовой деятельности людей. Движущей силой должен выступать

интерес к достижению определенного результата, что, в свою очередь, позволяет удовлетворить материальные и социальные потребности работников медицинского учреждения. Кроме заинтересованности, весь медицинский персонал должен обладать определенным уровнем профессиональной подготовки и общего развития, необходимыми личными качествами, здоровьем, что предопределяется социальными факторами.

4. Создание контроля системы качества медицинского обслуживания населения существенно улучшит регулирование медицинской деятельности в целом. Контроль за соблюдением законодательства в сфере медицинских услуг должен осуществляться на всех субъектах, оказывающих медицинские услуги, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности.

Основными направлениями контроля являются:

- контроль объемов и качества оказания медицинского обслуживания, а также услуг на платной основе;
- контроль качества профилактических медицинских осмотров;
- контроль эффективности бесплатного и льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий населения;
- контроль эффективности использования нового медицинского оборудования и медицинских изделий;
- контроль за соблюдением квалификационных требований медицинских работников и правил лицензирования;
- контроль за проведением экспертизы в области медицинского обслуживания (судебно-медицинской, судебно-наркологической, судебно-психиатрической, военно-медицинской);
- контроль за рекламой медицинских услуг.

Контроль должен основываться на правилах и стандартах оказания медицинского обслуживания, утвержденных нормативными актами. При этом упор должен делаться на контроль системы качества и предусмотренный объем оказания медицинского обслуживания.

Наиболее целесообразным является разработка государственной системы контроля качества медицинского обслуживания и механизм общественного и профессионального контроля, включающий следующие направления деятельности:

- определение субъектов Российской Федерации для внедрения инновационных методов управления качеством медицинского обслуживания;
- совершенствование нормативно-правовой базы системы управления качеством медицинского обслуживания в Российской Федерации;
- внедрение единых методов и технологий сбора и обобщения информации о состоянии качества медицинского обслуживания;
- создание системы ведомственной экспертизы и управления качеством медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения;
- реформирование системы вневедомственной экспертизы качества медицинского обслуживания;
- создание системы мониторинга деятельности учреждений здравоохранения по экспертизе и управлению качеством медицинского обслуживания;
- разработка и внедрение индикаторов качества медицинского обслуживания;
- формирование информационного банка данных о состоянии качества медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения и мерах по его улучшению;
- обеспечение процесса непрерывного обучения специалистов систем здравоохранения;
- формирование регистра экспертов по оценке качества медицинского обслуживания.

Для осуществления общего руководства системой управления качеством медицинского обслуживания, обобщения информации об его состоянии и подготовки для руководства территории решений по стратегическим вопросам улучшения качества медицинской помощи

целесообразным является создание в каждом субъекте федерации структуры управления указанной программой. Создание данной программы на муниципальном уровне существенно улучшило бы качество медицинского обслуживания населения.

Необходима разработка управленческих решений и профилактических мер, принимаемых по устранению и предупреждению некачественной медицинской помощи.

5. Для улучшения качества работы лечебно-профилактического учреждения совершенствование многих факторов (организационных, социальных, материально-технических) несомненно, будет влиять на всю деятельность медицинского учреждения.

К организационным факторам относятся:

- совершенствование организации управления, отработка управленческих процедур и технологий их осуществления, автоматизация систем управления;
- улучшение материально-технического и кадрового обеспечения медицинского учреждения;
- повышение качества текущего и перспективно планируемого медицинского обслуживания;
- совершенствование организации условий труда медицинского персонала.

Все организационные факторы тесно взаимосвязаны и представляют собой единую систему труда, и управления качеством медицинского обслуживания.

К числу социальных факторов относятся:

- материальная и моральная заинтересованности в результатах индивидуальной и коллективной деятельности медицинских работников;
- уровень квалификации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, общий культурно-технический уровень медицинского персонала;

- отношение к труду и трудовая дисциплина;
- здоровье и уровень благосостояния;
- экономическая и правовая защищенность медицинских работников;
- взаимоотношения в коллективе, его стабильность и сплоченность;
- развитие корпоративной трудовой морали, идеологии, формирование «духа единой команды».

Влияние социальных факторов на деятельность медицинского учреждения является опосредственным, проявляясь в росте удовлетворенности трудом и повышении трудовой активности, инициативы, ответственности, самодисциплины и самоконтроля медицинских работников.

Для более эффективной работы медицинского учреждения необходимо совершенствование материально-технической базы.

К материально-техническим факторам можно отнести:

- модернизацию действующего медицинского оборудования;
- замену устаревшего оборудования новым, более производительным;
- внедрение новых, прогрессивных, в том числе ресурсосберегающих технологий;
- повышение качества медицинского обслуживания.

Задачи удовлетворения потребности населения в высококачественном медицинском обслуживании, информационного обеспечения различных уровней управления по вопросам деятельности лечебно-профилактических учреждений, а также дифференцированной оценки и оплаты труда медицинских работников требует создания действенных механизмов оценки качества и эффективности медицинской помощи, внедрения их в практику здравоохранения.

В условиях острого дефицита бюджетных средств обеспечение гарантированных прав населения на получение бесплатного и качественного медицинского обслуживания требует оптимального использования предназначенных для этого ресурсов, что предполагает выбор приоритетов развития здравоохранения, определения и финансирования наиболее

эффективных форм медицинской помощи. В частности, следует наибольшее внимание уделять профилактике здоровья граждан с соответствующим перераспределением финансовых средств из стационарного в амбулаторно-поликлинический сектор. В рамках профилактических мер должна проводиться работа по формированию у населения навыков здорового образа жизни. Эти меры не требуют значительных финансовых затрат, будут способствовать снижению заболеваемости и смертности и помогут дать ощутимый социально-экономический эффект.

6. Профилактика – это система мер по предотвращению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика. Вот что сегодня является жизненно необходимым для каждого гражданина. Абсолютно все, не только больные, но и здоровые, начиная с ранних лет, должны знать, как сохранить свое здоровье и снизить риск заболеваний. Поэтому необходима разработка системы медицинской профилактики.

Таким образом, повышение качества, а также доступности медицинского обслуживания будут достигнуты за счёт их модернизации и существенного финансового вливания, как со стороны государства, бизнеса, так и со стороны самих потребителей.

Особого внимания в плане управления развитием системы здравоохранения требует направление профилактики и формирования имиджа здорового образа жизни в сознании населения.

В качестве конкретных мероприятий, основываясь на анализе состояния системы здравоохранения Белгородской области, считаем целесообразным реализацию проекта «**Живи долго!**». Паспорт проекта представлен в приложении 1 настоящего исследования.

1. Обоснование проектных мероприятий.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется стойким процессом убыли населения. С одной стороны, это связано с низким уровнем рождаемости, с другой, – с высокими показателями смертности населения на фоне роста заболеваемости.

В числе основных сдерживающих факторов, как и во всей России, стоят поздняя обращаемость граждан за медицинской помощью, а также недостаточная мотивация и ответственность граждан за сохранение собственного здоровья.

Особенно фактор позднего обращения граждан за медицинской помощью актуален при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности (инфаркты, инсульты, инфекционные, онкологические заболевания).

Несмотря на позитивные преобразования в здравоохранении Белгородской области в течение 2013-2015 гг. (в т.ч. укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, создание сети сосудистых центров, сети травматологических центров для пострадавших в ДТП, реализацию программ по формированию здорового образа жизни и диспансеризации взрослых и детей и др.), демографические показатели на территории области остаются неудовлетворительными.

Проект направлен на активное побуждение населения к управлению своим здоровьем и представляет собой комплекс мероприятий, направленных на информирование граждан о том, каковы причины ранних смертей и что может сделать сам гражданин, чтобы сохранить свое здоровье и предотвратить преждевременную смерть. Эти ключевые послы тесно увязаны с тематикой формирования здорового образа жизни через акцентирование внимания людей на причинно-следственных связях нездорового поведения и болезней.

Для ключевых и целевых аудиторий проекта с учетом уровня развития и потребностей каждой аудитории предусмотрен индивидуальный механизм информирования и вовлечения в проект, включающий в себя систему специальных мероприятий. Для каждой гендерно-возрастной группы – свои послания в зависимости от факторов нездоровья и причин ранней смертности.

Проект выстроен таким образом, что все события и мероприятия (акции для населения, конкурсы для лечебных учреждений и корпоративных участников, фестивали, субботники здоровья, смс-рассылка о здоровье и долголетьи) имеют универсальный характер и могут быть продолжены по истечении срока реализации Проекта. Таким образом, работу по формированию новых принципов отношения к здоровью у воронежцев можно сделать непрерывной.

Для успешной реализации Проекта необходимо тесное межведомственное взаимодействие — партнерство органов власти всех уровней, общественных, коммерческих и некоммерческих организаций, представителей духовенства. Такой подход позволит вовлечь максимальное количество людей в мероприятия Проекта и будет способствовать укреплению социальной ответственности в бизнес-сообществе и государственных структурах.

Также необходимо вовлечение в проект представителей экспертного сообщества из различных сфер деятельности, общественности, СМИ, что важно для обеспечения позитивного восприятия обществом его результатов, а также обеспечения спонсорского финансирования проекта.

2. Цели и задачи внедрения проекта.

Цель Проекта – содействие снижению смертности жителей Белгородской области и повышению продолжительности жизни путем реализации комплексных мер за счет стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Задачи Проекта:

1. Целенаправленное комплексное воздействие на причины преждевременной смертности населения и формирование культуры долгожительства.

2. Изменение поведения граждан через активизацию их мотивации в отношении сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни.

3. Инициирование своевременного обращения граждан в учреждения здравоохранения: для профилактических осмотров; при первых симптомах заболеваний; при острых состояниях, когда фактор времени играет решающую роль в спасении жизни человека.

4. Разрушение ложных стереотипов о здоровье, здравоохранении, долголетию и формирование у граждан продуктивных установок на управление собственным здоровьем.

5. Формирование общественного дискурса на тему активного отношения к здоровью и долголетию.

6. Формирование нового подхода к оздоровлению общества через вовлечение граждан в процесс самообразования по теме Проекта.

7. Формирование культуры здорового образа жизни и активного долголетия.

3. Целевая группа участников.

К целевой аудитории проекта относятся:

- 1) население Белгородской области;
- 2) департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области;
- 3) органы местного самоуправления районов Белгородской области;
- 4) некоммерческие организации и объединения региона;
- 5) коммерческие организации;
- 6) СМИ (областные, городские, районные; пресса, телевидение, радио, интернет);
- 7) профессиональное сообщество (мед. учреждения и коллеги из других регионов);
- 8) образовательные и медицинские учреждения.

4. Сроки реализации проекта.

Предлагаемый к реализации проект относится к среднесрочным объектам планирования. Общий период от разработки концепции проекта до реализации его базовых мероприятий – 2 года.

5. Состав мероприятий.

1. *«Донести до каждого».* Масштабное информирование и просвещение населения по вопросам активного долголетия через СМИ, Интернет. Распространение просветительской полиграфической продукции. Проведение лекций по темам Проекта в массовых аудиториях. Встречи с долгожителями с целью распространения опыта управления здоровьем и увеличения продолжительности жизни.

2. *«Обратись вовремя!».* Разъяснительные мероприятия с населением о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении симптомов заболеваний. Стимулирование граждан на регулярное посещение медицинских организаций с профилактической целью, проведения диспансеризации. Проведение акций с населением по выявлению факторов риска и первых признаков заболеваний (в торгово-развлекательных центрах, в крупных организациях, на предприятиях, ВУЗах и др. массовых местах).

3. *«Здоровое поколение».*

Образовательные программы для детей, родителей, педагогов по теме активного долголетия и формированию ЗОЖ. Организация в детских коллективах праздников, викторин, иных мероприятий по теме Проекта. Проведение в детских дошкольных учреждениях, школах, вузах, конкурсов на лучшие фото о семьях, ведущих здоровый образ жизни.

4. *«Двигаться - значит жить!».* Мероприятия по вовлечению граждан в занятия физической культурой и спортом, посещения общедоступных спортивных объектов. Распространение рекламных сертификатов на бесплатное посещение спортивных клубов, залов, бассейнов и др. Коллективные занятия физической культурой и спортом. Проведение масштабных физкультурных акций.

5. *«Питайся на здоровье!».* Информирование населения о принципах правильного питания и его роли в сохранении здоровья и продлении жизни. Проведение дегустаций продуктов здорового питания, соревнований и

конкурсов между организациями общественного питания. Мастер-классы поваров ресторанов и кафе для населения по приготовлению блюд здорового питания.

6. *«Инфаркту и инсульту – нет!»*. Проведение широкомасштабных просветительских мероприятий и акций по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний. Организация наличия и доступного использования приборов для измерения артериального давления в общественных местах, в организациях и на предприятиях различных сфер деятельности.

7. *«У природы нет плохой погоды»*. Проведение просветительских мероприятий и акций по профилактике стрессов. Тематические семинары, школы и мастер-классы, массовые акции «Антистресс».

8. *Конкурс «Территория здоровья»*. Серия мероприятий различного характера (просветительских, профилактических, спортивных, развлекательных и др.) в организациях, учреждениях, на предприятиях Белгородской области. Конкурсы идей и проектов, на лучшую территорию здоровья между учреждениями различных сфер, муниципалитетами, СМИ, ВУЗами и др.

9. *Медиа-сопровождение мероприятий Проекта*.

Программы на радио и телевидении, публикации в прессе. Сообщения в сети Интернет. Проведение встреч в редакциях СМИ. Конкурс для СМИ на лучшее освещение тем здоровья и долголетия.

6. Планируемые результаты проекта.

Результирующими показателями являются:

- создание комплексной системы профилактики заболеваний населения Белгородской области;

- улучшение качества жизни больных и увеличение ее продолжительности;

- заболеваемость населения Белгородской области, участвующих в проекте, снизится не менее чем на 15%.

7. Оценка эффективности проекта.

Оценка эффективности реализации мероприятий проекта основывается на достижении следующих показателей:

- увеличение посещаемости гражданами государственных учреждений здравоохранения с профилактической целью и целью диспансеризации;
- снижение преждевременной смертности населения Белгородской области от основных причин;
- увеличение продолжительности жизни населения Белгородской области.
- положительные изменения результатов социологических опросов целевых аудиторий по теме Проекта (опрос в начале и в конце проекта).

8. Ресурсное обеспечение проекта.

Финансовое обеспечение. Для финансового обеспечения проекта необходимо выделение денежных средств не менее 10 млн. рублей. Возможно несколько источников:

- бюджетное финансирование из средств областного бюджета;
- инвестиционное финансирование посредством привлечения инвестора.

Нормативно-правовое обеспечение. Законодательные акты, регламентирующие деятельность здравоохранения в рамках проекта.

Кадровое обеспечение. Привлечение врачей-специалистов в должном количестве со специальной подготовкой.

Материально-техническое обеспечение заключается в оснащении необходимым оборудованием учреждений и предприятий, участвующих в проекте. Приобретение оборудования, оснащение необходимым расходным материалом.

Информационное обеспечение. Создание web-сайта проекта, освещение о мероприятиях проекта в СМИ.

9. Оценка рисков внедрения проекта.

1. Риски участников проекта: отсутствие мотивации работников предприятий (организаций) в проведении мероприятий по профилактике и выявления факторов риска заболеваемости у населения.

Последствием данного риска может стать искажение аналитических данных, срыв работ проекта, сроков реализации проектных мероприятий и не достижение результата проекта.

С целью минимизации данного риска целесообразно разработать и внедрить в пилотных организациях систему моральной и материальной мотивации персонала.

Также в качестве альтернативы необходимо предусмотреть иные предприятия (организации) для участия в проекте.

2. Технические риски: недостаточная оснащенность центров медицинской профилактики необходимым оборудованием. Последствие – невозможность обеспечить охват требуемой целевой группы профилактическими обследованиями.

Для минимизации риска необходимо составление графика обследований, просчет сроков реализации проекта.

3. Финансовые риски: отсутствие заинтересованности руководства предприятий и учреждений в обеспечении материальной мотивации работников к ведению здорового образа жизни.

В результате проектные мероприятия не будут иметь необходимую эффективность, цель проекта будет не достигнута.

Для минимизации риска необходимо проведение адресной информационной работы среди руководителей предприятий с использованием аналитических данных, имеющегося положительного опыта.

Выводы:

1. Важной задачей современного здравоохранения является профилактика и своевременное выявление и эффективное воздействие на факторы риска заболеваний, пропаганда научно-обоснованных методов

профилактики, поддержание стремления людей к позитивным изменениям в образе жизни.

2. Особого внимания в плане управления развитием системы здравоохранения требует направление профилактики и формирования имиджа здорового образа жизни в сознании населения. Профилактика – это система мер по предотвращению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика сегодня является жизненно необходимым для каждого гражданина. Абсолютно все, не только больные, но и здоровые, начиная с ранних лет, должны знать, как сохранить свое здоровье и снизить риск заболеваний. Поэтому необходима разработка системы медицинской профилактики.

3. С целью снижения заболеваемости, предлагаемый к реализации Проект представляет собой комплекс мероприятий с населением Белгородской области, направленных на повышение заботы граждан о сохранении здоровья. Проект предусматривает межведомственное взаимодействие всех заинтересованных структур власти, бизнес-сообщества, общественных организаций и иных граждан и организаций, которые оказывают (могут оказывать) влияние на факторы продолжительности жизни населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая отечественный и зарубежный опыт, а главное общие закономерности и принципы развития системы здравоохранения, необходимо принять своеобразную «дорожную карту» обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения. Модернизация системы общественного здравоохранения – это востребованность социальной практики, которой требуется уже государственно-общественное управление здравоохранением. Ведь будущее России, возможные успехи зависят от образования и здоровья людей, от их стремления к самосовершенствованию и использованию своих навыков и талантов. И надо сделать все, чтобы граждане страны имели возможность получить качественное образование, поддержать свое здоровье, приобрести жилье, получить достойные доходы.

Концепция развития России на перспективу 20 лет рассматривает охрану здоровья как приоритетное направление государственной социальной политики, требующей участия государственных и общественных структур всех основных социальных институтов общества, расширения социальной базы здравоохранения за счет привлечения общественных объединений и прежде всего профессиональных ассоциаций, благотворительных и религиозных организаций, объединений семей и пациентов, поддерживающих инновационное отношение к обеспечению здоровья людей.

В ближайшей перспективе предстоит создать систему общественного здравоохранения как управленческо-функциональную структуру охраны здоровья населения на основе комплексного подхода, обеспечивающего заинтересованность государства, правительства, хозяйственных, общественных организаций и самого населения. Без этого не решить особо значимые задачи: повышение уровня жизни населения, внедрение здорового образа жизни, повышение ответственности граждан за состояние своего здоровья, ответственность общества за здоровье граждан.

Важнейшим направлением развития здравоохранения в Белгородской области является оборудование больниц, поликлиник и фельдшерских пунктов новейшим оборудованием. В числе приоритетов выделяют следующие: ремонт и оснащение современным оборудованием поликлиник, больниц, фельдшерских пунктов, служб скорой помощи; улучшение качества медицинского обслуживания путем совершенствования оплаты медицинских услуг с применением медико-экономических стандартов; внедрение дифференцированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества выполненных работ.

В сфере здравоохранения Белгородской области совершенствуются экономические механизмы функционирования отрасли путем обеспечения сбалансированности Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и внедрения системы одноканального финансирования, перехода на финансирование медицинских организаций за фактически оказанные услуги, бюджетирование, ориентированное на достижение конечных результатов.

К числу основных задач, стоящих сегодня перед департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, относится и совершенствование подходов к выполнению государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также продолжение целенаправленной деятельности по разработке, внедрению и тиражированию высоких медицинских технологий. Это в целом работает на конечный результат – обеспечение населения области качественной, доступной и эффективной медицинской помощью.

В качестве конкретных мероприятий, основываясь на анализе состояния системы здравоохранения Белгородской области, считаем целесообразным реализацию проекта «Живи долго!». Проект направлен на активное побуждение населения к управлению своим здоровьем и представляет собой комплекс мероприятий, направленных на информирование граждан о том, каковы причины ранних смертей и что

может сделать сам гражданин, чтобы сохранить свое здоровье и предотвратить преждевременную смерть. Эти ключевые послы тесно увязаны с тематикой формирования здорового образа жизни через акцентирование внимания людей на причинно-следственных связях нездорового поведения и болезней.

Подводя итог сказанному, можно дать ряд практических рекомендаций:

1. Пересмотреть состав экспертной комиссии по рассмотрению проектов в департаменте здравоохранения и социальной защиты населения области, расширив за счет представителей медицинской общественности, практикующих медицинских специалистов и т.д.

2. Нормативно закрепить обязательную оценку проектных инициатив, поступающих на экспертизу в департамент здравоохранения и социальной защиты населения области, на соответствие стратегическим принципам формирования политики здоровьесбережения и пропаганды ЗОЖ.

3. Обеспечить ежегодно инициацию не менее 50% проектов, целью которых является профилактика заболеваемости среди населения региона, реализация профилактических медицинских технологий в различных сегментах общества (трудовых коллективах, образовательных учреждениях, общественных объединениях и т.д.).

4. Разработать и нормативно закрепить принцип морального поощрения граждан за ведение здорового образа жизни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (в ред. от 21.07.2014) [Электронный ресурс] // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [Электронный ресурс]: федер. закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. № 5487 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326–ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.
4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий [Текст]: федер. закон от 29 декабря 2006 г. № 258–ФЗ // Собрание законодательства Рос. Федерации. – 2007. – № 1 (1 ч.) – Ст. 21.
5. Концепция долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации [Текст]: Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662–р // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2008. – № 47. – Ст. 5489.
6. Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно–эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [Текст]: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2010. – № 36.
7. Стратегия социально–экономического развития Белгородской области на период до 2025 года [Текст]: Постановление правительства

Белгородской области от 25 января 2010 г. № 27–пп // Белгородские известия. – 2010. – 10 марта.

8. Об утверждении Положения об управлении проектами в органах исполнительной власти и государственных органах Белгородской области [Текст]: Постановление Правительства Белгородской области от 31 мая 2010г. № 202-пп // Наш Белгород. – 2010. – № 38. – 15 апреля.

9. Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области [Текст]: Постановление Правительства области от 11 февраля 2013 г. № 59-р // Наш Белгород. – 2013. – № 64. – 27 июня.

10. Анохин, А.М. Всемирная организация здравоохранения как социальный институт [Текст] / А.М. Анохин. – М.: Мир, 2012. – 342 с.

11. Венедиктов, Д. Здравоохранение – это функциональная система [Текст] / Д. Венедиктов // Московский доктор. – 2012. – № 24. – С. 15-18.

12. Вёрткин, А. Л. Компьютерная модернизация медицины [Текст] / А.Л. Вёрткин, А.С. Скотников, М.А. Румянцев, Е.Д. Ларюшкина, А.С. Русакова // Врач скорой помощи. – 2011. – № 7. – С. 46-50.

13. Войцехович, Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Б.А. Войцехович. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 125 с.

14. Гасников, В.К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований [Текст] / В. К. Гасников. – Ижевск : РМЦНС, 2016. – 359 с.

15. Герасимова, Н.А. Совершенствование системы управления здравоохранением в регионе [Текст] : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 / Н. А. Герасимова. – Воронеж, 2012. – 257 с.

16. Гладун, З. Учреждение здравоохранения: основы правового статуса [Электронный ресурс] / З. Гладун // Дискуссии и обсуждения: [сайт]. – Режим доступа: <http://pravoznavec.info/diskussii-i-obsujdeniya/uchrezhdenie-zdravoohraneniya-osnovy-pravovogo-statusa.html>.

17. Егоров, Т. Н. Организационно–методические основы управления качеством медицинских услуг [Текст] : дис. ... канд. эконом. наук.: 08.00.05 / Т. Н. Егоров. – СПб., 2011. – 154 с.
18. Ерохина, Т.В. Государственное управление здравоохранением в РФ [Текст] / Т. В. Ерохина. – Саратов : Литагент «Ай Пи Эр Медиа», 2012. – 345 с.
19. Жукова, М. В. Оценка эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в новых экономических условиях [Текст] / М. В. Жукова // Экономика. – 2011. – № 2. – С. 134-138.
20. Жукова, М.В. Развитие методического обеспечения оценки эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в сфере оказания сервисных услуг [Текст] / М. В. Жукова // Экономист лечебного учреждения. – 2013. – № 1. – С. 50-53.
21. Замараева, З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России [Текст] : дис. ... д-ра социол. наук : 22.00.04 / З.П. Замараева. – М., 2012. – 144 с.
22. Зарубина, Т.В. О перспективах развития ИТ–образования врачей [Текст] / Т. В. Зарубина // Врач и информационные технологии. – 2012. – № 5. – С. 68-70.
23. Илюшин, Г.Я. Использование информационно–коммуникационных технологий в медицине [Текст] / Г.Я. Илюшин, С.Б. Шапошник // Информационное общество. – 2012. – № 2. – С. 76-91.
24. Кайдалов, А. Информатизация медицины: проблемы и решения [Электронный ресурс] / А. Кайдалов // PC Week Doctor : электрон. журн. / М, 2014. – № 2. – Режим доступа: <http://www.pcweek.ru/themes/detail.?ID=111200>.
25. Кесаева, Р. Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе [Текст]: дис.... д-ра социол. наук : 14.00.52 / Р. Э. Кесаева. – Волгоград, 2012. – 337 с.

26. Ковалевский, М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты [Текст] / М. А. Ковалевский, Н. Б. Найговзина. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2014. – 464 с.
27. Кузьменко, В. Г. Здравоохранение в условиях рыночной экономики [Текст] / В.Г. Кузьменко, В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко. – М.: Дело, 2012. – 297 с.
28. Лисицын, Ю. К вопросу о медицинской социологии [Текст] / Ю. Лисицын, Л. Семенова // Российское здравоохранение. – 2011. – № 6. – С. 51–54.
29. Лисицын, Ю.П. Здравоохранение в XX веке. [Текст] / Ю.П. Лисицын. – М.: Медицина, 2012. – 216 с.
30. Лучкевич, В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. [Текст] / В. С. Лучкевич. – СПб.: Наука, 2012. – 184 с.
31. Мунаев, Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России [Текст] : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Р.В. Мунаев. – М., 2009. – 167 с.
32. О ходе реализации программы модернизации здравоохранения: анализ за 12 месяцев // Программа модернизации : [сайт] / ОКГУЗ «МИАЦ» Белгородской области. – Белгород, 2012. – Режим доступа : <http://belmiac.ru/moder.html>.
33. Об информатизации здравоохранения [Электронный ресурс] / Документы : [сайт] / ТрастМед : современные технологические решения для медицины. – М., 2013. – Режим доступа : <http://1oms.ru/trustmed2/material.folder=2178&matID=2745>.
34. Официальный сайт департамента внутренней и кадровой политики области. – Режим доступа: <http://www.dkp31.ru>.
35. Официальный сайт департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. – Режим доступа: <http://www.belzdrav.ru>.

36. Пиддэ, А.Л. Организационно–правовые и экономические основы модернизации здравоохранения в современной России: проблемы и возможности [Текст] / А. Л. Пиддэ // Руководителю ЛПУ. – 2014. – № 6. – С.14–25.

37. Положение о Департаменте здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области [Электронный ресурс] : Утверждено распоряжением Правительства Белгородской области от 9 июля 2007 года №119–рп // Департамент здравоохранения и социальной защиты Белгородской области: офиц. сайт : [сайт]. – Режим доступа: <http://www.belzdrav.ru/menus.php?cid=2>.

38. Поляков, И.В. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений [Текст] / И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов. – СПб.: Питер, 2014. – 487 с.

39. Попкова, Ю.В. Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52 / Ю.В. Попкова. – Саратов, 2012. – 177 с.

40. Репина, Г. Д. Актуальные вопросы повышения эффективности управления муниципальными учреждениями здравоохранения с использованием информационных технологий [Электронный ресурс] / Г. Д. Репина, Е. Л. Топоровская, Н. А. Капитоненко, Т. И. Булдакова // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. журн. – М., 2013. – № 10. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/119/30/lang,ru/>.

41. Сахно, А.В. Социология медицины и общественное здоровье [Текст] / А.В. Сахно. – М.: Наука, 2011. – 240 с.

42. Селезнев, В.Д. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики [Текст] / В. Д. Селезнев, И.В. Поляков. – СПб.: Нева, 2013. – 311 с.

43. Симаков, О. В. Приоритетные направления здравоохранения на 2015-2017 гг. [Текст] / О. В. Симаков, Г. С. Лебедев. – М. : Наука, 2015. – 143 с.
44. Системный анализ в здравоохранении [Текст] / Под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово : КемГМА, 2011. – 46 с.
45. Столбов, А.П. Здравоохранение: новые реформы – старые проблемы [Текст] / А. П. Столбов // Врач и информационные технологии. – 2011.– № 2. – С. 12-14.
46. Тавровский, В.М. Автоматизация лечебно-диагностического процесса [Текст] / В.М. Тавровский. – Тюмень: Вектор Бук, 2011. – 464 с.
47. Тогунов, И. А. Конкуренция в здравоохранении и медицине [Текст] / И. А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 12. – С. 38-41.
48. Тогунов, И.А. Теория управления рынком медицинских услуг [Текст] / И. А. Тогунов. – Владимир: Дело, 2015. – 308 с.
49. Фоканов, С.Ю. Сравнительный анализ системы здравоохранения как социального института в России и Великобритании [Текст] : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / С.Ю. Фоканов. – М., 2013. – 146 с.
50. Хабибуллин, К.Н. Медицинская социология [Текст] / К. Н. Хабибуллин. – СПб.: Нева, 2010. – 169 с.
51. Чеботарева, О.А. Патернализм в отечественной медицине [Текст] : дисс. канд. социол. наук : 22.00.04 / О. А. Чеботарева. – Волгоград, 2006. – 144 с.
52. Шеян, И. Эффективности здравоохранения: как ее оценить? [Электронный ресурс] / И. Шеян // Информационные технологии в здравоохранении : электрон. журнал. – М., 2013. – Режим доступа : http://im?peers=1288052761344838_71318868&sel=12015.
53. Шибанов, В.Е. Современные технологии для эффективного управления муниципальными учреждениями здравоохранения [Текст] / В. Е. Шибанов // Современные наукоемкие технологии. – 2011. – № 9. – С. 12–17.

54. Шойко, С.В. Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение [Текст] : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / С.В. Шойко. – М., 2006. – 168 с.

55. Ямщиков, А.С. Совершенствование организационно–экономических механизмов системы здравоохранения крупного города [Текст]: дис. ... д-ра экон. наук : 08.00.05 / А. С. Ямщиков. – М., 2007. – 389 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Паспорт проекта: «Живи долго!»

Цель проекта	содействие снижению смертности жителей Белгородской области и повышению продолжительности жизни путем реализации комплексных мер за счет стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью.
Способ достижения цели (мероприятия проекта)	<ul style="list-style-type: none"> – «Донести до каждого» – «Обратись вовремя!» – «Здоровое поколение» – «Двигаться - значит жить!» – «Питайся на здоровье!» – «Инфаркту и инсульту - нет!» – «У природы нет плохой погоды» – Конкурс «Территория здоровья» – Медиа-сопровождение мероприятий Проекта
Результаты проекта	<ul style="list-style-type: none"> – создание комплексной системы профилактики заболеваний населения Белгородской области; – улучшение качества жизни больных и увеличение ее продолжительности; – заболеваемость населения Белгородской области, участвующих в проекте, снизится не менее чем на 15%.
Риски проекта	<ul style="list-style-type: none"> – Риски участников проекта – Технические риски – Финансовые риски
Пользователи результата проекта	<ul style="list-style-type: none"> – население Белгородской области; – департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области; – органы местного самоуправления районов Белгородской области; – некоммерческие организации и объединения региона; – коммерческие организации; – СМИ (областные, городские, районные; пресса, телевидение, радио, интернет); – профессиональное сообщество (мед. учреждения и коллеги из других регионов); – образовательные и медицинские учреждения.