

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Институт экологии и географии  
Кафедра географии

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ Г. Ю. Ямских  
подпись      инициалы, фамилия  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

05.03.02 География

05.03.02.03 «Экономическая и социальная география»

**Территориальная структура здравоохранения Красноярского края**

Научный руководитель	_____	<u>доц., канд. геогр.наук</u>	<u>И. Х. Усманова</u>
	подпись, дата	должность, учёная степень	инициалы, фамилия
Выпускник	_____		<u>Д. В. Хубаева</u>
	подпись, дата		инициалы, фамилия
Нормоконтролер	_____		<u>В. О. Брунгардт</u>
	подпись, дата		инициалы, фамилия

Красноярск 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Здоровоохранение Российской Федерации .....	4
1.1 Значение и состав здравоохранения.....	4
1.2 Здоровоохранение как отрасль экономики России.....	10
1.3 Проблемы развития отрасли .....	17
2 Система здравоохранения Красноярского края .....	20
2.1 Экономическое значение и положение отрасли	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
2.2 Состав отрасли, материально техническая база	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
2.3 Трудовые ресурсы .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
3 Территориальная организация здравоохранения Красноярского края	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
3.1 География материально-технической базы здравоохранения Красноярского края.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
3.2 География трудовых ресурсов отрасли	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
3.3 География заболеваемости населения Красноярского края	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
Заключение .....	21
Список используемых источников.....	23
Приложение А Основные показатели учреждений здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения в районах Красноярского края .....	27
Приложение Б Показатели обеспеченности населения врачами, медицинскими работниками и койками на 100000 человек населения (по Муниципальным образованиям Красноярского края) .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
Приложение В Показатели общей заболеваемости всего населения по городам и районам Красноярского края (на 1000 человек населения)	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## ВВЕДЕНИЕ

В Конституции Российской Федерации определены права человека. На ряду с такими основополагающими правами, как право на жизнь (п.1, ст. 20), право на свободу и личную неприкосновенность (п.1, ст. 22), право на свободу мысли и слова (п.1, ст. 29), право на благоприятную окружающую среду (ст. 42), существует право, без которого все остальные утрачивают своё значение – право на охрану здоровья и медицинскую помощь (п. 1, ст. 41) [13].

Система охраны здоровья является одной из важнейших систем, направленных на интересы каждого, влияющая на все население России. Эффективная система здравоохранения – это не только здоровье нации, но и благополучное будущее для каждого гражданина и для всей страны в целом.

По расчетам ВОЗ, по уровню здравоохранения Россия находится на 53-м месте, а относительно уровня расходов на эту систему на 124-м месте. Таким образом, преобразование данной системы – необходимая мера.

Цель данной работы - анализ территориальной структуры системы здравоохранения в Красноярском крае.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. На основе обработки статистических данных проанализировать особенности здравоохранения как отрасли экономики Красноярского края.

2. Выявить особенности территориальной организации здравоохранения Красноярского края.

Объект исследования – система здравоохранения в России.

Предмет исследования – структура здравоохранения в Красноярском крае.

В работе были использованы такие методы как – аналитический, синтез, статистический, сравнительно-географический, исторический, картографический.

В работе использовались монографии по теме работы таких авторов, как М.М. Левкевич, О.П. Щепин, Г.Э. Улумбекова.

Материалы периодической печати – «Главврач», «Вестник Российской академии медицинских наук», «Вестник Росздравнадзора», «Менеджер здравоохранения».

В работе также использовались интернет-ресурсы: сайт Федеральной службы государственной статистики, сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации и Красноярского края, сайт Всемирной организации здравоохранения.

# 1 Здоровоохранение Российской Федерации

## 1.1 Значение и состав здравоохранения

*«Инвестиции в здоровье – это самые разумные инвестиции, которые всегда окупаются».*

*Д-р Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ [7].*

Система здравоохранения поддерживает здоровье граждан, от которого зависит их работоспособность, в свою очередь, от работоспособности зависит производительность и, если продолжать цепочку, здравоохранение напрямую влияет на экономику страны в целом. Рассмотрение основ системы здравоохранения поможет понять, на чем основано функционирование этой системы и для чего эта система предназначена (рисунок 1).



Рисунок 1- Экономическое и социальное значение системы здравоохранения [24]

Главной целью системы здравоохранения является охрана здоровья граждан и состоит она в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья [4].

Большое значение системы здравоохранения проявляется уже в том, сколько законов регулирует эту систему. В России законодательная база по

здравоохранению многоступенчатая и многоотраслевая. Система источников об охране здоровья (рисунок 2) [18].



Рисунок 2 – Нормативно-правовая база по охране здоровья граждан РФ

Базовые нормативно-правовые акты, регулирующие сферу здравоохранения перечислены на рисунке 3.

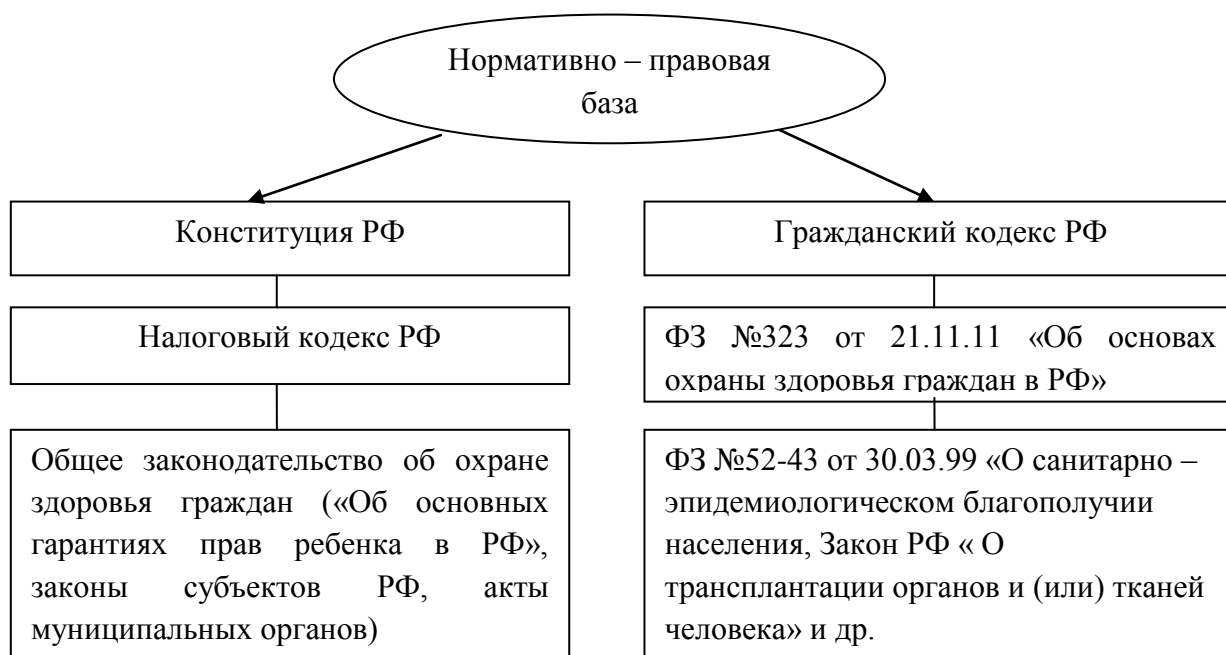


Рисунок 3 – Нормативно-правовая база регулирующая вопросы здравоохранения в РФ

Значение отрасли проявляется и в закреплении её развития не просто в планах отдельных субъектов РФ, но и в национальных проектах, которые представляют собой систему государственных мер, инструмент для роста качества и уровня жизни населения страны. Из четырёх нацпроектов социальной направленности проект по здравоохранению уступает по своим финансовым масштабам только проекту «Демография».

Система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем. Каждая из них имеет собственную структуру и функции. В структурном и организационном плане система здравоохранения России объединяет различные типы предприятий и учреждений, разделенных по различным уровням подчинения, профилю деятельности и уровням управления, источникам финансирования (рисунок 4).



Рисунок 4 – Структура системы здравоохранения РФ

Согласно ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в государственную систему охраны здоровья включены [21]:

- 1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы;
- 2) исполнительные органы государственной власти, органы управления субъектов РФ в сфере охраны здоровья;
- 3) медицинские организации и фармацевтические организации, организации по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения и другие.

Муниципальную систему здравоохранения составляют органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья и подведомственные им фармацевтические и медицинские организации. Частная система включает не только медицинские учреждения, фармацевтические организации и другие [21].

Формирование здорового образа жизни, повышение уровня здоровья и его охрана – является первостепенной задачей.

Охрана здоровья людей в Российской Федерации представляет собой структуру со сложной системой. В ее состав включено большое количество ведомств взаимосвязанных между собой на разных уровнях вертикали управления. Различные виды медицинской и медико – социальной помощи в Российской Федерации оказываются многочисленными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) (рисунок 5) [13].

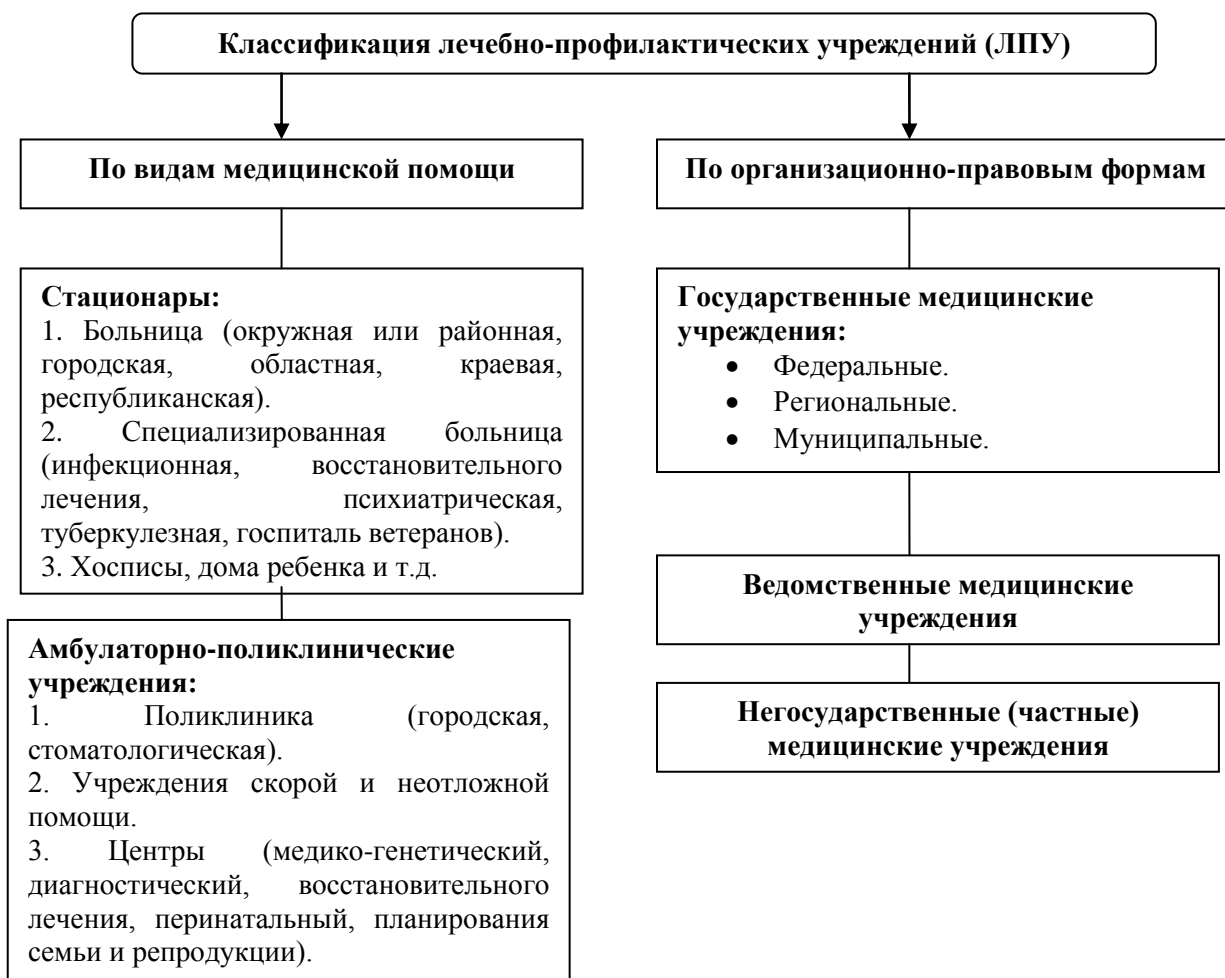


Рисунок 5 – Классификация лечебно-профилактических учреждений

Управление системой здравоохранения осуществляется на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, является комплексной задачей в решение которой вовлечены государственные и общественные учреждения сектора управления и экономики [31].

Финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации является бюджетно-страховым. Формирование финансирования системы здравоохранения (рисунок 6).



Рисунок 6 – Финансирование здравоохранения в РФ

Принципы системы межбюджетных финансовых отношений и полномочий в сфере оказания медицинской помощи дифференцированы между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов России и органами местного самоуправления [37].

Гражданам Российской Федерации оказывается как бесплатная, так и платная медицинская помощь. Платная медицинская помощь осуществляется за собственные средства граждан, или за счет предприятий. Финансовые средства федерального и регионального бюджета, обеспечивающие обязательное медицинское страхование (ОМС), позволяют гражданам России получать бесплатную медицинскую помощь [23].

Все эти мероприятия национального проекта «Здравоохранение» должны привести к положительным результатам. Бюджет данного проекта составляет 1725,8 млрд руб. Нацпроект «Здравоохранение» включает себя различные федеральные проекты (рисунок 7).



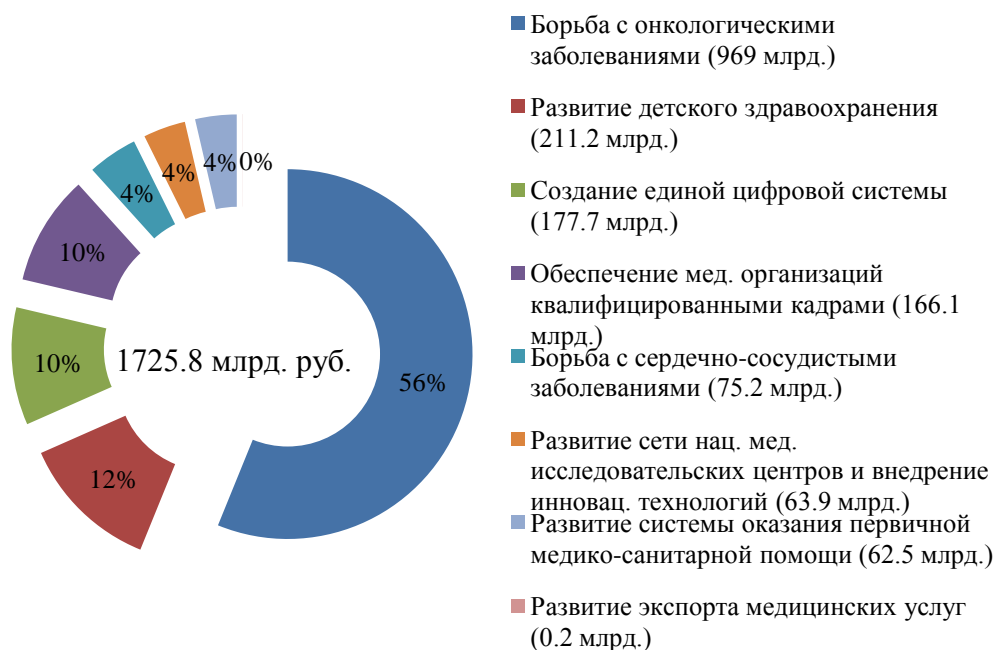


Рисунок 7 - Финансирование федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение»

На федеральные проекты планируется затратить 1725.8 млрд рублей. Больше половины всего финансирования будет потрачено на проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» - 56 % или 969 млрд рублей, 12 % средств предусмотрено на «Развитие детского здравоохранения», и по 10 % на проект «Создание единой цифровой системы» и «Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами». Сроки реализации этой задачи поставлены по конец 2024 года [18].

Ключевые цели национального проекта – снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей), смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности населения от сердечно-сосудистых (до 450 случаев на 100 тыс. населения) и онкологических заболеваний (до 185 случаев на 100 тыс. населения), укрепление здоровья граждан, привлечение населения к здоровому образу жизни, насыщение ЛПУ высококвалифицированными специалистами, умеющими и знающими работу на высокотехнологичной аппаратуре, внедряющими новые технологии, обеспечение охвата граждан профилактическими медосмотрами не реже одного раза в год, рост объема экспорта медицинских услуг [19].

Также важно отметить, что система здравоохранения должна реализоваться на условиях общего равенства, то есть независимо от расы, пола, возраста, родственного, религиозного, имущественного и должностного положения, и так далее. Эту защиту гражданам, должно гарантировать государство. Мероприятия государственного и частного уровней, такие как охрана здоровья граждан, поддержание и улучшение здоровья, являются главным принципом системы здравоохранения. С соблюдением правил равенства всех граждан и их защиты от дискриминации.

## 1.2 Здравоохранение как отрасль экономики России

В Российской Федерации деятельность в области здравоохранения и социальных услуг в 2019 году была равна 3,3 % ВВП (рисунок 8).

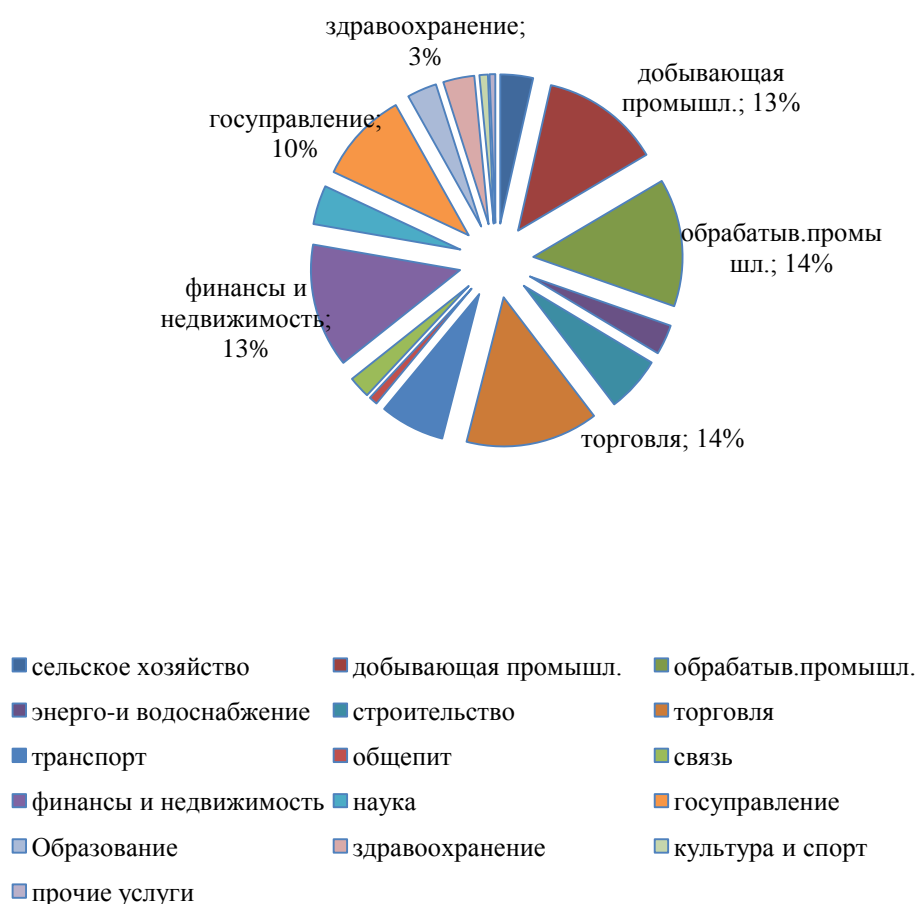


Рисунок 8 – Структура ВВП Российской Федерации в 2018 году [36]

Основным источником деятельности государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений являются денежные потоки из бюджетов всех уровней. Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение в 2014-2019гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение на 2014-2019 года [30]

Показатели	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Расходы федерального бюджета, всего, млрд. руб.	27 057,2	29 577,0	31 282,3	33 003,2	34 216,0	36 472,0
в том числе:						
Здравоохранение, млрд руб.	2 547,6	2 718,6	3 082,9	3 386,5	3 296,0	3 657,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	3,6	3,6	3,7	3,8	3,3	3,5

Международные организации, такие как ВОЗ и Всемирный банк, признают влиятельную роль государственных систем для охраны здоровья и

образования, оценивая экономические выгоды от инвестиций в человеческий капитал через образование, обучение и профессиональное развитие [1].

Обычно расходы на здравоохранение составляют существенную часть национальных бюджетов; как правило, это одна из самых крупных статей расходов государственного управления, что позволяет оказывать значительное влияние на экономику страны. В 2016 г. в 28 странах, входящих в ЕС общий объем государственных расходов на здравоохранение составил 7% ВВП (от 8,9 % в Норвегии и 8,7 % в Дании до 3 % на Кипре и 3,4% в Латвии). По данным, представленным в таблице 1, мы видим, что Россия не на много опережает Кипр и Латвию. Хотя в последние годы в РФ здравоохранению стало уделяться большее внимание и расходы на здравоохранение увеличились. Но до минимальных стандартов финансирования по ВОЗ, а это должно составлять не менее -5,5 – 6% ВВП, Россия еще не дотягивает. Системы здравоохранения вносят чистый вклад в экономический и социальный прогресс, таким же образом как они способствуют устойчивому развитию и экономическому росту, основанному на праве справедливости [36].

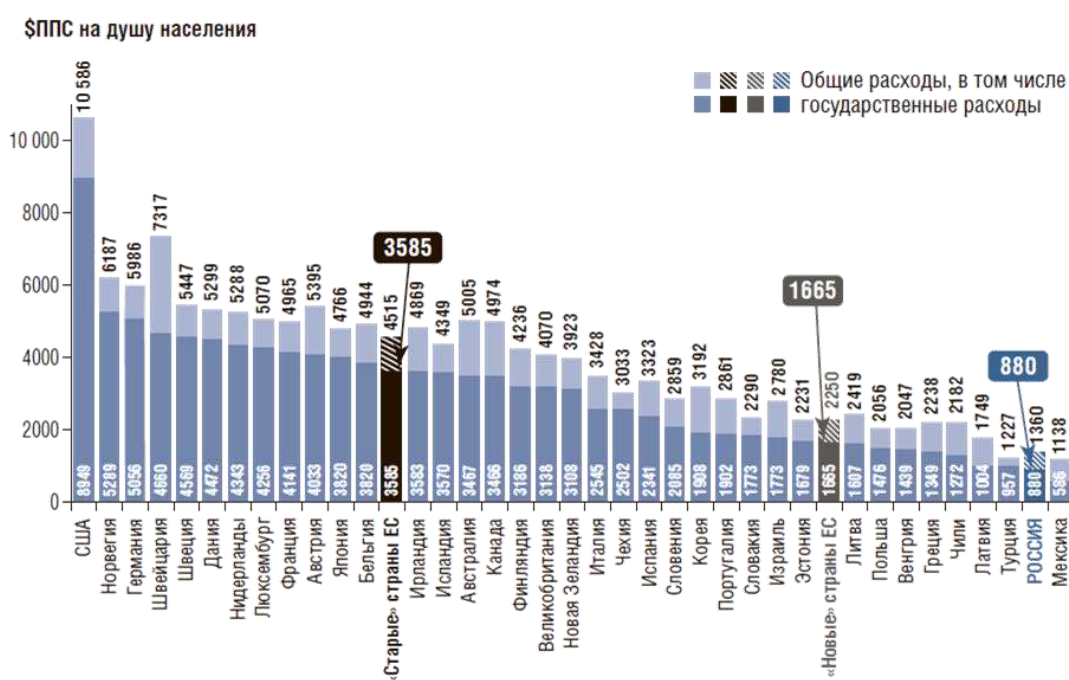
Таблица 2 – Государственные расходы на здравоохранение по странам мира, % от ВВП [30]

Страна	Год	Расходы на здравоохранение	Страна	Год	Расходы на здравоохранение
Россия	2018	3,2	Армения	2018	1,3
Европа			Индия	2016	0,9
Австрия	2016	7,6	Казахстан	2018	2,0
Беларусь	2018	4,0	Киргизия	2018	2,4
Бельгия	2016	8,4	Китай	2016	2,9
Болгария	2016	4,2	Республика Корея	2016	4,3
Венгрия	2016	4,9	Таджикистан	2018	2,3
Германия	2016	9,4	Турция	2016	3,4
Дания	2016	8,7	Япония	2016	9,1
Италия	2016	6,7	Африка		
Латвия	2016	3,4	Алжир	2016	4,5
Нидерланды	2016	8,4	Египет	2016	1,4
Норвегия	2016	8,9	ЮАР	2016	4,4
Польша	2016	4,5	Аргентина	2016	5,6
Республика Молдова	2018	4,1	Бразилия	2016	3,9

Окончание таблицы 2

Страна	Год	Расходы на здраво- охранение	Страна	Год	Расходы на здраво- охранение
Великобритания	2016	7,8	Канада	2016	7,7
Украина	2018	3,3	Мексика	2016	2,9
Финляндия	2016	7,3	США	2016	14,0
Франция	2016	9,6	Австралия и Океания		
Швеция	2016	9,1	Австралия	2016	6,3
Эстония	2016	5,0	Новая Зеландия	2016	7,3
			Азербайджан	2018	0,9

Российская Федерация в вопросах финансирования системы здравоохранения отстает не только от стран ЕЭС, но и тратит в половину меньше на данную сферу деятельности в сравнении со странами «большой семерки»: Великобритания, Канада, США, Франция, Япония – 9,6-14 % ВВП. Мы отстаем в этом вопросе даже от развивающихся стран - Венгрия, Польша, Болгария – 4,5-4,2 % ВВП. На рисунке 5 представлены подушевые государственные расходы на здравоохранение стран мира, России, «Новых-8» (Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия и Словения) и «Старых» стран ЕЭС (рисунок 9) [37].



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
 Источники: Минздрав России, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

Рисунок 9 – Подушевые государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации, «Новых-8» и «Старых» странах ЕС [37]

Согласно данным представленным в таблице 3 в 2018 году в Российской Федерации насчитывалось 5,2 тыс. больничных организаций, 20,2 тыс. АПУ с мощностью 272 посещения в смену.

Таблица 3– Основные показатели здравоохранения Российской Федерации 2005-2018 год [18]

	2005	2010	2015	2018
Число больничных организаций	9479	6308	5433	5257
из них негосударственные	293	224	245	319
из них частной формы собственности	...	115	180	259
Число больничных коек: всего, тыс.	1575,4	1339,5	1222,0	1172,8
из них в негосударственных организациях	32,4	21,7	24,1	27,0
из них частной формы собственности	...	4,1	12,8	17,3
на 10 000 человек населения	110,9	93,8	83,4	79,9
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.	21,8	15,7	18,6	20,2
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену	256	258	263	272
Численность врачей: всего, тыс. чел.	690	716	673	704
на 10 000 человек населения	49	50	46	48
Численность среднего медицинского персонала: всего, тыс. чел.	1529,8	1508,7	1549,7	1491,4
на 10 000 человек населения	107,7	105,6	105,8	101,6

С 2005 года по 2018 год число больничных организаций сократилось на 44,5%, число больничных коек на 25,5 %, число амбулаторно-поликлинических учреждений на 7,3 % (рисунок 10).

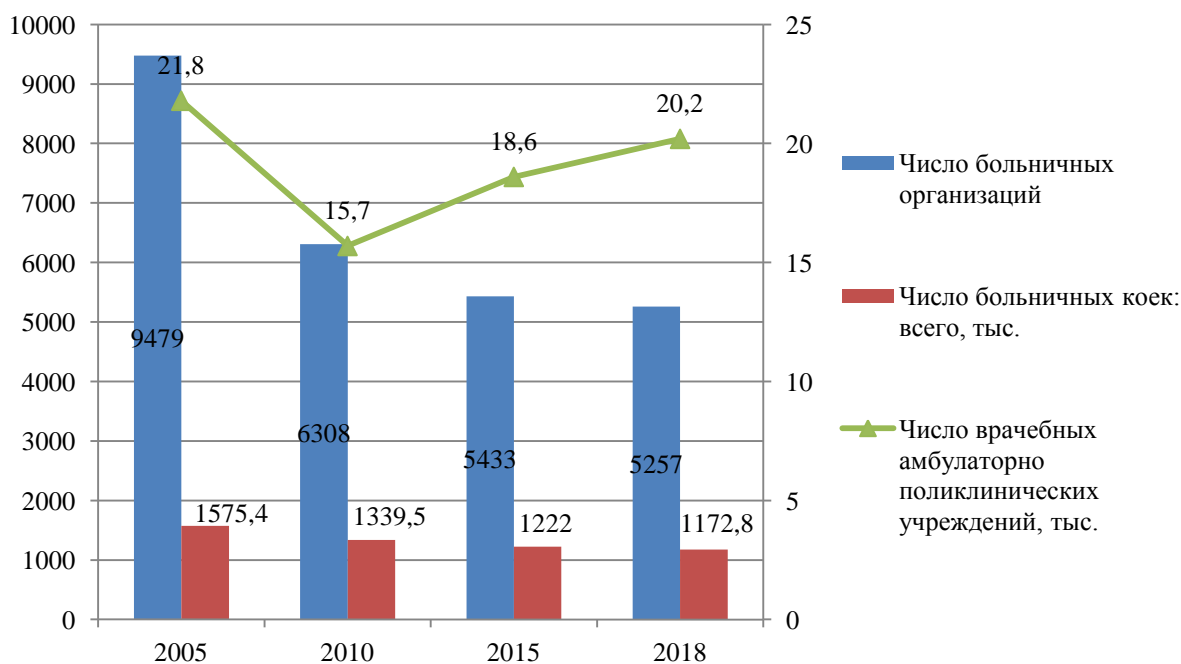


Рисунок 10 – Динамика численности больничных организаций, амбулаторно-поликлинических учреждений, больничных коек в Российской Федерации

Также сократилась численность среднего медицинского персонала на 2,5 %, но возросла численность врачей на 14 тыс. человек или 2 % (рисунок 11).

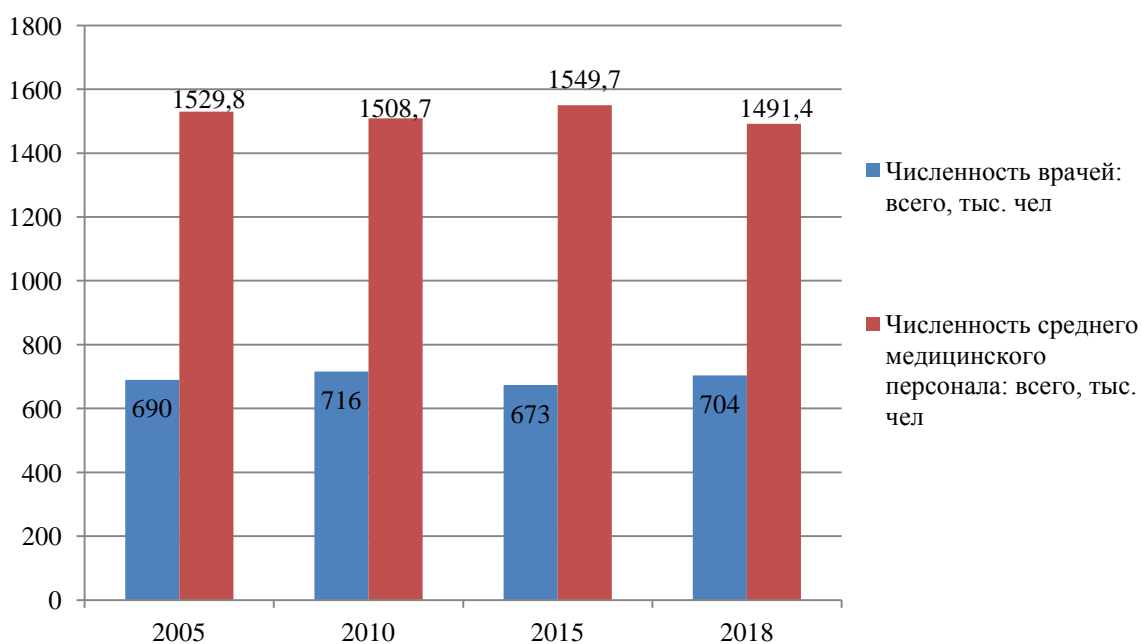


Рисунок 11 – Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала в Российской Федерации

Из данных, представленных в таблице 2, мы видим, что в 2021 году планируется снижение расходов на здравоохранение в сравнении с 2020 годом

на 0,2%, хотя % расходов в России на здравоохранение и так составляет очень низкую долю.

Таблица 4 - Расходы бюджетной системы Российской Федерации на плановый период 2020 и 2021 годов [1]

Показатели	2020 год	2021 год
Расходы федерального бюджета, всего, млрд руб.	38 307,0	40 582,0
в том числе:		
Здравоохранение, млрд руб.	3 961,0	4 079,0
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	3,6	3,4

Вопрос финансирования системы здравоохранения является первостепенным для Правительства России, это не раз подчеркивалось Президентом РФ В. В. Путиным. Гарантом получения бесплатной медицинской помощи в РФ является Конституция. В социально-экономической политике государства здравоохранение заложено, как неотъемлемый элемент [1].

Для развития и функционирования системы здравоохранения необходимо достаточное финансирование. Недостаточность бюджетов муниципальных образований и регионального бюджета, возлагает большую часть этих расходов на федеральный бюджет. Все это влечет за собой рост теневой экономики в данном секторе.

Государственное финансирование состоит из следующих источников: федеральных и региональных налогов, и взносов в систему обязательного медицинского страхования. Федеральные и региональные налоги собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ. Взносы в ОМС — это взносы за работающее население, которые равны 5,1 % Фонда оплаты труда (ФОТ), уплачиваемые работодателем, и взносы регионов на неработающее население. Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) (рисунок 12) [37].



Рисунок 12 – Формирование источников государственного финансирования в Российской Федерации [31]

На рисунке 13 представлена структура распределения государственных расходов на здравоохранение. Видно, что на оказание медицинской помощи тратится около 85% средств, из которых 70% направлены в фонд оплаты труда.



Рисунок 13 – Структура распределения государственных расходов на здравоохранение в 2018 году [31]

Внебюджетные федеральные и территориальные фонды (ФФОМС и ТФОМС), формируемые посредством нормативных отчислений из фонда оплаты труда предприятий и организаций, играют не последнюю роль в финансировании здравоохранения. Но все-таки большая часть расходов данного сегмента ложится на систему ОМС [37].

Внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования перечисляют финансы в ЛПУ за предоставленные услуги населению. Они в свою очередь их получают, как отчисления от фонда заработной платы предприятий [26].

Основные части проекта бюджета ФОМС на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов в сравнении с бюджетом ФОМС на 2018 год и его ожидаемым исполнением представлены в таблице 5 [20].

Таблица 5 - Основные параметры проекта бюджета ФОМС на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов

Наименование показателя	На 2018 год Федеральный закон № 368-ФЗ	Ожидаемое исполнение 2018 год		2019 год проект	2020 год проект	2021 год проект
		сумма	% исполнения			
Фонд заработной платы, млрд рублей	22,610			24,208	25,576	27,308
Индекс потребительских цен	1,040			1,043	1,038	1,040



### Окончание таблицы 5

Наименование показателя	На 2018 год Федеральный закон № 368- ФЗ	Ожидаемое исполнение 2018 год		2019 год проект	2020 год проект	2021 год проект
		сумма	% исполнения			
Всего доходов, млрд рублей	1 887,860	1 899,573	100,6	2 098,172	2 349, 925	2 495, 797
Всего расходов, млрд рублей	1 994,095	1 991,582	99,9	2 190, 422	2 350, 456	2 501, 474
Дефицит(-), Профицит(+) млрд рублей	-106,235			-92,249	-0,531	-5,677

Из данных, представленных в таблице 5, наблюдается дефицит денежных средств в бюджете ФОМС.

В России создана и развивается госпрограмма «Развитие здравоохранения до 2025 года». На текущий момент данная госпрограмма является основным источником финансирования всех бюджетных реформ здравоохранения.

Данная программа планирует под собой в ближайшее время расходы на здравоохранение в пределах 34.91 трлн. рублей. Ожидается, что от реализации данной программы в России увеличится продолжительность жизни и снижение смертности трудоспособного населения до 380 на 100 тысяч населения, снижение смертности от болезней сердца и системы кровоснабжения, а также онкологических заболеваний [25].

Платные медицинские услуги должны предоставляться как дополнение к бесплатным медицинским услугам. Медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые пациентам за счет их личных средств, а также за счет средств работодателей или иных средств на основании договоров, в том числе добровольного медицинского страхования, являются одним из основных источников финансирования здравоохранения.

### 1.3 Проблемы развития отрасли

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) первое место в приоритетах граждан России, занимает здоровье, а удовлетворенность доступностью медицинской помощью, наоборот, наименьшая среди характеристик удовлетворенностью жизнью [2].

По мнению россиян третьей по важности проблемой после низких зарплат, уровня жизни и экономики, является здравоохранение (рисунок 14).



Рисунок 14 – Распределение ответов по наиболее весомым проблемам российских граждан в масштабах страны в 2016 году, % [2]

Были выявлены основные проблемы: не профессионализм врачей, недоступность медицинской помощи из-за дорогих лекарств и медицинских услуг, недостаточность современного оборудования.

В соответствии с частью 7 статьи 11 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в 2018 году разработаны и направлены в Министерство науки и высшего образования Российской Федерации для утверждения 51 проект федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, а также проекты примерных основных образовательных программ ординатуры, учитывающих требования профессиональных стандартов и содержащих унифицированные образовательные модули по наиболее значимым разделам здравоохранения [22].

Разработка профессиональных стандартов осуществляется профессиональным сообществом совместно с Союзом медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата». В 2018 году к процедуре аккредитации были допущены выпускники по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки», окончившие образовательные организации высшего образования, а также впервые – выпускники образовательных организаций среднего профессионального образования, окончившие обучение после 1 января 2018 год.

Качество оказываемой медицинской помощи в России напрямую связано с нехваткой денежных средств. Чтобы устранить эту проблему и добиться эффективной системы охраны здоровья необходимо:

1. Необходимо наращивать объем платных медицинских услуг. Согласно основному Закону России, у граждан есть право на обеспечение бесплатной медицинской помощью. Но система обязательного медицинского страхования не может обеспечить все население.

Для обновления системы здравоохранения и развития платных услуг был представлен проект, в основе которого заложено пять критериев (рисунок 15).



Рисунок 15 – Критерии развития платных услуг

Данный проект в настоящее время не осуществлен. Требуется оценка всех возможностей программы. На первом этапе бесплатные услуги будут получены лишь некоторыми группами населения, лимитировано по времени и объему, свыше положенного объема – платно. [28].

2. В настоящее время денежные средства задействованы не по назначению и неэффективно. Это зафиксировала Счетная палата в 2017 году. 4.7 млрд рублей были задействованы не по назначению, неэффективно - 34.8 млрд рублей. Дальнейшим действием в решении проблемы будет рациональное и эффективное использование бюджетных средств.

Всемирная организация здравоохранения выделяет семь причин неэффективности системы здравоохранения (рисунок 16) [39].



Рисунок 16 – Причины неэффективности системы здравоохранения по ВОЗ

Предоставление гражданам в России качественных медицинских услуг осуществляется на низком уровне. Российская Федерация находится во второй сотне по национальной поддержке охраны здоровья. Другими словами, систему здравоохранения следует реформировать, найти дополнительные инвестиции с последующим эффективным использованием. Для доступности здравоохранения всем гражданам страны необходим плотный сегмент между государственным и частным сектором системы здравоохранения.

[ Глава 2 – изъята ]

[ Глава 3 – изъята ]

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие Российской Федерации в будущем напрямую зависит от благополучия граждан. Одним из основополагающих критериев благополучия является здоровье. А важнейшим критерием эффективности системы здравоохранения – финансирование, которое, в свою очередь, в России недостаточное. В 2019 году доля расходов на здравоохранение – 3,5% ВВП, что значительно ниже расходов развитых стран. Тем не менее, в России реализуются национальный проект «Здравоохранение», способствующий укреплению и развитию существующей системы. По данным ВЦИОМ основными проблемами в сфере здравоохранения граждане выделили: недоступность медицинской помощи из-за дороговизны лекарств и медицинских услуг, не профессионализм врачей, недостаточность современного оборудования. С 2005 по 2018 год в России значительно сократилось количество больничных и амбулаторно-поликлинических организаций, число коек, а также численность среднего медицинского персонала, но увеличилось количество врачей.

Как и в Российской Федерации, в Красноярском крае доля деятельности в области здравоохранения и социальных услуг не велика – 3,5 % ВРП, и также как и в целом по России сократилось число больничных, амбулаторно-поликлинических учреждений и число коек, и врачей. Это связано с проводимыми мероприятиями по оптимизации сети учреждений здравоохранения, переводу оказания медицинской помощи со стационарной на амбулаторно-поликлиническую, развитию стационарозамещающих технологий. Обеспеченность койками в Красноярском крае почти такая же, как и в среднем по России, по Сибирскому Федеральному округу регион занимает 7 место, по обеспеченности врачами – 5 место.

В городских округах Красноярского края находится половина всех больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений, соответственно больничных коек тоже. В Красноярске концентрируется треть больничных учреждений и коек. Среди районов наиболее обеспеченными койками в 2018 году были Эвенкийский, Таймырский, Туруханский районы. Нарращивание интенсивности работы амбулаторно-поликлинических учреждений за счет качественного изменения назначений и медицинских услуг таких как, квалификация врачей, их внимательность к пациентам – это необходимые требования для большей части районов Красноярского края. Больше 70 % трудовых ресурсов сконцентрировано в городских округах. В краевом центре находится 43 % работающих в больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения края, в Норильске почти 10 %, но укомплектованность врачебных должностей остается не полной – 63 %. Наибольшая обеспеченность врачами в Эвенкийском, Таймырском, Туруханском районах. По заболеваемости на 1000 населения лидируют Норильская, Западная и Лесосибирская группа районов. В структуре заболеваемости населения края на первом месте болезни органов дыхания. Наибольший вклад в заболеваемость дают Северные территории с суровыми

климатическими условиями, город Норильск, Таймырский, Эвенкийский районы. Болезни системы кровообращения, занимающие второе место в структуре заболеваемости, наиболее выражены на территории Каратузского, Березовского районов и в городе Ачинске. На заболеваемость населения могут влиять как географическо-климатические, социально-экономические факторы, так и доступность и качество медицинской помощи. Состояние здоровья населения Красноярского края, населения России в целом оставляет желать лучшего. Меры, применяемые для улучшения ситуации и повышения эффективности системы, определяют будущее края и страны.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авксентьев, Н. А. Прогноз расходов на здравоохранение в России до 2030 года / Н. А. Авксентьев // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. – 2017. – № 1(35). – С. 63–76.
2. Аналитический обзор ВЦИОМ [Электронный ресурс] : Всероссийский центр исследования общественного мнения. – Режим доступа: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid>.
3. Арутюнян, Р. В. Экологическая безопасность Красноярского края с позиции анализа риска для здоровья населения / Р. В. Арутюнян, Л. М. Воробьева, С. В. Панченко, К. А. Печкурова, С. М. Новиков, Т. А. Шашина, Н. С. Додина, Д. В. Горяев, И. В. Тихонова, С. В. Куркатов, С. Е. Скударнов, О. Ю. Иванова // Атомная энергия. – 2015. – Т. 118, № 2. – С. 113–117.
4. Багдасарьян, И. С. Особенности социальной поддержки населения Красноярского края / И. С. Багдасарьян, А. А. Родникова, А. В. Киселева // Постулат. – 2016. – № 12 (14). – С. 22.
5. Баева, А. А. Проблемы регионального управления в системе здравоохранения / А. А. Баева // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. – 2017. – № 6. – С. 80–85.
6. Беляев, С. А. Направления улучшения экономической деятельности медицинского учреждения / С. А. Беляев // КНЖ. – 2017. – № 4 (21). – С. 109–111.
7. Выступление директора Европейского регионального бюро ВОЗ, на 68-ой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ [Электронный ресурс] : Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/68th-session/speeches-and-presentations/Day-1-Monday-17-September-2018/opening-address-by-dr-zsuzsanna-jakab,-who-regional-director-for-europe-at-the-68th-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>.
8. Горяев, Д. В. Особенности территориального распределения и динамики показателей неинфекционной заболеваемости населения Красноярского края, ассоциированной с воздействием факторов риска окружающей среды / Д. В. Горяев, И. В. Тихонова // Анализ риска здоровью. – 2016. – № 4. – С. 54–63.
9. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Красноярского края по итогам деятельности за 2018 год [Электронный ресурс] : приложение к письму Правительства Красноярского края от 27.03.2019 № 3-03713 // Министерство здравоохранения Красноярского края. – Режим доступа: [https://kraszdrav.ru/project/gosudarstvenniiy\\_doklad](https://kraszdrav.ru/project/gosudarstvenniiy_doklad).
10. Кабичкина, Ю. М. Проблемы финансирования физической культуры и спорта в России / Ю. М. Кабичкина, Е. Е. Бондаренко, С. Н. Меликсетян // Современные научные исследования и разработки. – 2018. – № 3 (20). – С. 271–276.

11. Калашников, К. Н. Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации / К. Н. Калашников // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 1. – С. 72–87.
12. Карепина, О. И. Развитие государственного финансового контроля в сфере здравоохранения / О. И. Карепина, С. Н. Меликсетян // Финансы и кредит. – 2016. – № 30 (702). – С. 33-49.
13. Конституция Российской Федерации : офиц. текст. – Москва : Маркетинг, 2001. – 39 с.
14. Лобкова, Е. В. Управление эффективностью региональной системы здравоохранения / Е. В. Лобкова, А. С. Петриченко // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, № 2. – С. 274-295.
15. Меликсетян, С. Н. Финансовое обеспечение высшего образования: Проблемы и решения : монография / С. Н. Меликсетян. – BeauBassin :LapLambert, 2018. – 131 с.
16. Меликсетян, С. Н. Финансовый аспект формирования и развития человеческого капитала государства / С. Н. Меликсетян // InternationalScientificandPracticalCongressofEconomistsandLawyers ISAE «Consilium». – 2015. – С. 90-95.
17. Министерство здравоохранения Красноярского края [Электронный ресурс] : сайт министерства здравоохранения Красноярского края // Учреждения здравоохранения. – 2020. – Режим доступа: <https://kraszdrav.ru/ministerstvo>.
18. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]: сайт министерства здравоохранения РФ // Банк документов. – 2020. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry>.
19. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» [Электронный ресурс] : Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie>.
20. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов [Электронный ресурс] :федер. закон Российской Федерации от 28 янв. 2018 г. - № 433-ФЗ // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/55827.html/>.
21. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] :федер. закон Российской Федерации от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 11.02.2013) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
22. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс] :федер. закон Российской Федерации от 29 дек. 2012 г. № 273-ФЗ // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/).



23. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон Российской Федерации от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Российская газета. – 2011. – 28 нояб.

24. Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс] : постановление правительства Красноярского края от 30 сент. 2013 № 516-п // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации «Консорциум Кодекс». – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/422436851>.

25. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : постановление Правительства Российской Федерации от 26 дек. 2017 г. № 1640 // Информационно-правовой портал. – 2018. – 15 янв.

26. Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2018 год [Электронный ресурс] : постановление Правительства Красноярского края от 26.11.2017 № 799-11 // Министерство здравоохранения Красноярского края. – Режим доступа: [https://kraszdrav.ru/documents/programma\\_gosgarantiy/territorialnaya\\_programma\\_gosudarstvennih\\_garantiy\\_krasnoyarskogo\\_kraya](https://kraszdrav.ru/documents/programma_gosgarantiy/territorialnaya_programma_gosudarstvennih_garantiy_krasnoyarskogo_kraya).

27. Пищита, А. Н. Реформа законодательства о здравоохранении в РФ: основные тренды развития российского здравоохранения / А. Н. Пищита // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 2. – С. 76–82.

28. Радченко, Д. Р. Проблемы финансирования здравоохранения в России в современных условиях / Д. Р. Радченко // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2019. – Т. 8, № 6 (36). – С. 43-48.

29. Развитие здравоохранения [Электронный ресурс] : государственные программы Красноярского края // Официальный портал Красноярского края. – Режим доступа: <http://www.krskstate.ru/realization/gosprog/0/id/16471>.

30. Родионова, О. В. Проблемы эффективности современного социального государства: общемировые и российские тенденции / О. В. Родионова, К. Е. Сигалов // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2018. – Т. 8, № 6 (36). – С. 43-48.

31. Садовникова, Ю. Ю. Оценка эффективности управления системой здравоохранения в Российской Федерации: современные проблемы и тренды формирования / Ю. Ю. Садовникова, Л. Н. Тимейчук, Г. Г. Уварова // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2019. – № 4. – С. 55-63.

32. Сочнева, Е.Н. Проблемы внедрения эффективного контракта в практическую деятельность бюджетных учреждений Красноярского края / Е. Н. Сочнева // Современные проблемы экономического и социального развития. – 2015. – № 11. – С. 141-144.

33. Сочнева, Е. Н. Социальное предпринимательство государственных организаций Красноярского края / Е. Н. Сочнева // Восточный вектор: социально-экономическое развитие Красноярского края. – 2015. – С. 69-72.

34. Территориальное устройство Красноярского края [Электронный ресурс] : административно-территориальное деление края // Официальный портал Красноярского края. – Режим доступа: <http://www.krskstate.ru/msu/municipal>.
35. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю [Электронный ресурс] : Здравоохранение в Красноярском крае. – 2020. – Режим доступа: <https://krasstat.gks.ru/folder/32925>.
36. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] : Здравоохранение в России. – 2020. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/13721>.
37. Финансирование здравоохранения в России (2021-2024 гг.) [Электронный ресурс] : Высшая школа организации и управления здравоохранением. – 2020. – Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-/>.
38. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.
39. Эффективность системы здравоохранения [Электронный ресурс] : политика здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/391433/Health-Systemp-Inet-New.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/391433/Health-Systemp-Inet-New.pdf?ua=1).
40. Carlos Pestana Barros, Antonio Gomes de Menezes. An Analysis of Hospital Efficiency and Productivity Grow Using the Luenberger Productivity Indicator // IZA Discussion Paper. – № 2689. – March 2007. – 14 p.
41. Najafi M. Determining of health expenditures elasticity from health financing resources in iran health system // Экономика и предпринимательство. – 2014. – № 2 (43). – С. 24-28.

**[ Приложения А-В – изъяты]**

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Институт экологии и географии  
Кафедра географии

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

*A.K.*  
подпись

Г. Ю. Ямских  
инициалы, фамилия

«29» июль 2020 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

05.03.02 География

05.03.02.03 «Экономическая и социальная география»

**Территориальная структура здравоохранения Красноярского края**

Научный *Усманова* 29.06.2020  
руководитель подпись, дата

доц., канд. геогр. наук  
должность, учёная степень

И. Х. Усманова  
инициалы, фамилия

Выпускник *Хубаева* 29.06.2020  
подпись, дата

Д. В. Хубаева  
инициалы, фамилия

Нормоконтролер *Брунгард* 29.06.20  
подпись, дата

В. О. Брунгард  
инициалы, фамилия

Красноярск 2020