

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа по теме «Решение проблем здравоохранения территорий Красноярского края» содержит 87 страниц текстового документа, 39 использованных источников, 13 таблиц, 1 рисунок.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ.

Объектом исследования являются учреждения здравоохранения территорий Красноярского края. Предмет исследования – управление системой здравоохранения при решении проблем территорий в области медицинских услуг и здоровья населения.

Цель работы – разработка рекомендаций органам власти в области решения проблем учреждений здравоохранения, повышения уровня здоровья населения, качества и доступности медицинских услуг (на примере города Шарыпово Красноярского края).

В работе поставлены и решены следующие задачи:

- исследована теоретическая и правовая основа управления системой здравоохранения, финансовый механизм системы здравоохранения;
- выявлены и проанализированы проблемы и направления развития здравоохранения Российской Федерации;
- проведена оценка состояния здоровья населения и системы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края, выявлены основные проблемы;
- проведен анализ мероприятий по повышению уровня развития и эффективности управления системой здравоохранения Красноярского края;
- разработаны направления решения проблем здравоохранения территорий и предложения в области качества и доступности медицинских услуг;
- проведена оценка эффективности разработанных предложений.

В итоге был разработан ряд рекомендаций и предложений по решению проблем здравоохранения города Шарыпово Красноярского края: организационно-управленческие мероприятия (организация школ здоровья и центра грудного вскармливания), укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения города (реконструкция и капитальный ремонт), мероприятия по повышению уровня здоровья населения города (дополнительная диспансеризация и вакцинация) и по решению кадровых проблем городской больницы (целевое обучение медицинского персонала).

В качестве реализации одного из перспективных предложений был разработан проект строительства родильного отделения КГБУЗ «Шарыповской городской больницы» на основании механизма государственно-частного партнерства.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретическая и правовая основа управления системой здравоохранения.....	5
1.1 Правовое обеспечение функционирования системы здравоохранения.....	5
1.2 Финансовый механизм системы здравоохранения.....	10
1.3 Проблемы и направления развития здравоохранения Российской Федерации.....	22
2 Состояние системы города Шарыпово Красноярского края.....	32
2.1 Исследование показателей здоровья населения и текущего состояния системы здравоохранения территорий Красноярского края.....	32
2.2 Основные проблемы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края.....	39
2.3 Анализ мероприятий по повышению уровня здоровья населения и эффективности системы здравоохранения Красноярского края.....	44
3 Разработка направлений решения проблем здравоохранения территорий Красноярского края.....	56
3.1 Исследование направлений развития здравоохранения территорий.....	56
3.2 Предложения по решению проблем в области качества и доступности медицинских услуг города Шарыпово Красноярского края.....	62
3.3 Оценка эффективности предложений по решению проблем здравоохранения города Шарыпово.....	72
Заключение.....	79
Список использованных источников.....	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы обусловлена тем, что проблемы качества и обеспеченности услугами здравоохранения в последние годы приобрели особое значение. Это связано отчасти с демографической ситуацией в России. С течением времени в стране увеличивается доля пожилых людей, снижается численность населения.

Перед государством встают такие задачи как увеличение продолжительности жизни, снижение смертности, повышение рождаемости. Эти демографические показатели напрямую связаны со сферой здравоохранения, а именно, они зависят от качества оказания медицинских услуг, степени профессиональности врачей и, конечно же, доступности медицинской помощи для всего населения.

Объект исследования – учреждения здравоохранения территорий Красноярского края.

Предмет исследования – управление системой здравоохранения при решении проблем территорий в области медицинских услуг и здоровья населения.

Цель работы – разработать рекомендации органам власти в области решения проблем учреждений здравоохранения и повышения уровня здоровья населения (на примере города Шарыпово Красноярского края).

В работе поставлены и решены следующие задачи:

— исследована теоретическая и правовая основа управления системой здравоохранения, финансовый механизм системы здравоохранения;

— выявлены и проанализированы проблемы и направления развития здравоохранения Российской Федерации;

— проведена оценка состояния системы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края;

— исследованы показатели здоровья населения и текущего состояния системы здравоохранения территорий Красноярского края;

— выявлены основные проблемы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края;

— проведен анализ мероприятий по повышению уровня развития и эффективности управления системой здравоохранения Красноярского края;

— разработаны направления решения проблем здравоохранения территорий и предложения по решению проблем территорий в области качества и доступности медицинских услуг;

— проведена оценка эффективности разработанных предложений.

Теоретической основой работы являются работы отечественных и зарубежных авторов по вопросам исследуемой темы; законодательство Российской Федерации; официальные инструктивно-методические материалы; публикации в периодической печати, статистическая отчетность.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемых источников литературы и приложений.

1 Теоретическая и правовая основа управления системой здравоохранения

1.1 Правовое обеспечение функционирования системы здравоохранения

В соответствии с Конституцией РФ здоровье – одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие другие блага, возможность пользоваться другими правами (выбор профессии, свобода передвижения и др.). В Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. О праве на охрану здоровья и медицинскую помощь говорится в ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. [1].

Проблемы правового регулирования и защиты социально-экономических интересов граждан, поиск способов преодоления негативных последствий постсоветской политико-правовой модернизации, которые выразились в демографическом кризисе, являются приоритетными для государственного строительства. Благополучное состояние здоровья населения – это фактор устойчивого развития государства и общества, поэтому важно изменение вектора государственных реформ в сторону «реанимации» социальной сферы общественной жизни.

Под охраной здоровья населения понимается комплекс мер различного характера (экономического, социального, правового, научного, санитарно-эпидемиологического и др.), направленных на поддержку и укрепление здоровья каждого человека в целях активной долголетней жизни, а также предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Состояние здоровья человека зависит от социально-экономических условий, работы

систем жизнеобеспечения, психического состояния человека, удовлетворенности условиями жизни и т.д. [1].

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, и международными договорами Российской Федерации.

В соответствии с Конституцией РФ, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [1].

Одним из главных документов по обеспечению доступности медицинской помощи и повышению эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки, разработана Государственная программа Российской Федерации – «Развитие здравоохранения» [3].

Программа включает в себя 10 задач и 11 подпрограмм, их решающие. Все задачи можно объединить перечисленные задачи в несколько генеральных направлений:

— повышение эффективности имеющихся служб (обеспечить приоритет профилактики охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;

— повысить эффективность оказания высокотехнологичной медицинской и скорой помощи; повысить эффективность службы родовспоможения и детства;

— повысить эффективность и прозрачность контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья; развить сферы реабилитации населения и системы санаторно-курортного лечения);

— внедрение и развитие инноваций в имеющихся структурах (развить и внедрить инновационные методы по диагностике, профилактике и лечению в сфере персонализированной медицины;

— обеспечить паллиативную медицинскую помощь пациентам, страдающим неизлечимыми заболеваниями);

— устранение имеющегося дефицита кадров и ресурсов (обеспечить систему здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; обеспечить системность развития отрасли).

В соответствии с действующей редакцией Госпрограммы непосредственными результатами её реализации в 2020 году будут [3]:

— снижение смертности от всех причин (на 1 000 населения) до 11,4 в 2020 году;

— снижение младенческой смертности (случаев на 1 000 родившихся живыми) снизится с 7,8 в 2016 году до 6,4 в 2020 году;

— снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) до 622,4 в 2020 году;

— снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения) до 10,0 в 2020 году;

— снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения) до 190,0 в 2020 году;

— снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 году;

— снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год) до 10,0 в 2020 году;

— снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения (процент) до 26,0 в 2020 году;

— количество зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения) снизится до 61,6 в 2020 году;

— увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 40,2 в 2020 году;

— увеличение количества среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, до 3,0 в 2020 году;

— 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 составит 200 % к 2018 году;

— отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации составит 100 % к 2018 году;

— отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации составит 100 % к 2018 году;

— увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет в 2020 году [4].

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются [2]:

1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного

медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Следует рассмотреть полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования. К ним относятся:

1) разработка и реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования;

2) организация обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации;

3) установление круга лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию;

4) установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

5) утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования и единых требований к территориальным программам обязательного медицинского страхования;

6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

7) установление ответственности субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании;

8) организация управления средствами обязательного медицинского страхования;

9) определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

10) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования [2].

1.2 Финансовый механизм системы здравоохранения

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы обязательного медицинского страхования (ОМС), проведенной в 2011–2015 гг. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [2].

В результате реформирования ОМС произошла стабилизация финансовых потоков в эту систему. Обеспечено выравнивание имевших место

различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г., до введения в действие нового закона, размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет. ОМС уменьшило барьеры, существовавшие ранее для получения медицинской помощи гражданами за пределами мест своего постоянного проживания. Сейчас полис ОМС, выданный в любом регионе, дает право его владельцу на получение бесплатной медицинской помощи на всей территории страны.

С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника – средств ОМС, а не двух – средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее. Теперь расходы на оказание медицинской помощи – за исключением так называемых социально значимых ее видов (лечение больных туберкулезом, СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника: средств ОМС.

Одноканальное финансирование позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объемами и сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, то есть расходовать государственные средства эффективно. Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских учреждениях. Но попытки связать нарастающие финансовые проблемы отрасли с переходом на одноканальную систему финансирования, на наш взгляд, безосновательны.

Главная причина этих проблем – это снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного

финансирования, действительно, сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.

До 2014 г. федеральные медицинские учреждения получали основной объем финансирования из федерального бюджета за оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

С 2014 г. финансирование 456 видов (из 1007) видов высокотехнологичной медицинской помощи было передано в систему ОМС. Но в утвержденной Правительством РФ Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов не было предусмотрено дополнительного финансирования территориальных фондов ОМС в тех субъектах РФ, на территории которых были расположены федеральные медицинские учреждения. До середины 2014 г. Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не были сформулированы и рекомендации по расчету нормативов затрат федеральных медицинских учреждений, подлежащих возмещению из средств ОМС [3].

В результате недостатка денег и федерального регулирования часть территориальных фондов ОМС запланировали для федеральных медицинских учреждений меньшие объемы высокотехнологичной помощи, чем они оказывали ранее, и по тарифам, не возмещающим их объективно более высокие затраты по сравнению с региональными клиниками. Соответственно финансовое положение части федеральных медицинских учреждений резко ухудшилось.

Чтобы избежать этого, следовало рассчитать потребность учреждений в финансовых средствах на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, обособить эти средства в бюджете Федерального фонда ОМС и передавать их субъектам РФ сверх подушевых нормативов финансирования базовой программы ОМС. Принятие впоследствии методических рекомендаций по расчету нормативов затрат на оказание высокотехнологичной медицинской

помощи, возмещаемых из средств ОМС, ослабило остроту возникшей проблемы. Но согласно Закону, об обязательном медицинском страховании с 2015 г. финансовое обеспечение всех видов высокотехнологичной медицинской помощи должно было полностью перейти в систему ОМС [2].

Это грозило одномоментным возникновением проблем с финансовым обеспечением деятельности многих федеральных клиник. Для снижения этих рисков Правительством РФ было принято решение о направлении из средств Федерального фонда ОМС субсидии федеральному бюджету в размере 77,1 млрд руб. для оплаты высокотехнологичной помощи, которая продолжала осуществляться Минздравом России. То есть, буква закона об обязательном медицинском страховании была соблюдена (источником финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи стали средства ОМС), но механизм финансирования федеральных медицинских учреждений (плательщик в лице Минздрава России и метод оплаты) остался прежним [2].

В 2015 году был создан новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств ОМС.

Принцип объединения средств из разных источников стал основой финансирования и такой сложной части системы здравоохранения, как оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Для эффективного использования государственных средств объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые федеральными медицинскими учреждениями, планируются и оплачиваются не автономно, а в увязке с планированием объемов помощи, оказываемых другими медицинскими организациями.

Для того, чтобы это стало возможным, были сформированы механизмы одноканального финансирования федеральных медицинских учреждений в системе ОМС, адекватно учитывающие специфику позиционирования этих учреждений в системе оказания медицинской помощи. Функцию покупателя ВМП, оказываемой федеральными медицинскими учреждениями, мог бы выполнять Федеральный фонд ОМС. Такое решение не означало бы лишения

Минздрава России возможности в соответствии с его полномочиями определять приоритеты развития федеральных медицинских учреждений.

Оценивая вектор изменений в системе финансирования российского здравоохранения, уместно заметить, что в западноевропейских странах со страховой моделью доля расходов системы ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения уже в конце 1990-х гг. составляла 70–85 %. Постсоветские страны Центральной и Восточной Европы также вышли примерно на эти параметры одноканальной системы финансирования. Например, в Эстонии данный показатель в середине нулевого десятилетия составлял 85 %.

В России пока этот показатель (54 %) заметно меньше, то есть уровень консолидации государственных средств ниже. Но следует принять во внимание, что из средств ОМС в европейских странах финансируются широкие по охвату населения и перечню медикаментов программы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении.

В нашей стране из бюджетных средств продолжает финансироваться оказание социально значимых видов медицинской помощи (больным туберкулезом, психическими заболеваниями, ВИЧ инфицированным и т.д.), лекарственное обеспечение определенных категорий населения, инвестиции в медицинское оборудование и медицинские здания.

В условиях экономического кризиса постановка вопроса о развитии одноканального финансирования не оправдана. Этот процесс, как показывает практика, сопряжен с перераспределением не только средств, но и управленческих функций между органами исполнительной власти и фондами ОМС.

Решать эти проблемы в условиях кризиса очень непросто, да и любая ошибка в перераспределении средств по субъектам финансирования может усугубить и без того сложное экономическое положение медицинских организаций. Но по мере улучшения экономической ситуации дальнейшее

развитие одноканального финансирования, должно стать частью системных реформ в отрасли.

Целесообразно продолжить переход на одноканальную систему финансирования отрасли прежде всего в части расходов на медицинское и диагностическое оборудование, а также затрат на расходные материалы.

Сегодня основная часть инвестиционных расходов (свыше 100 тыс. руб.) покрывается из бюджета, что снижает экономическую ответственность учреждений за их рациональное использование, сдерживает участие частного медицинского бизнеса в системе ОМС (они самостоятельно покрывают эти расходы, поэтому оказываются в неравном положении). При этом предельный размер инвестиционных расходов, включаемых в тариф в системе ОМС, ни разу не пересматривался после принятия закона об ОМС (2011 г.), хотя цены на оборудование за эти годы существенно повысились.

Ситуация, при которой основная часть оборудования и расходных материалов закупается за счет бюджета одними субъектами системы (органами управления здравоохранением всех уровней), а медицинская помощь, для оказания которой они используются, оплачивается другими субъектами (фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями), неизбежно создает дисбалансы между инвестициями и планируемыми объемами помощи. Одни учреждения имеют оборудование и необходимый кадровый потенциал, но не получили достаточных объемов для полной загрузки техники, другие, наоборот, получили дополнительные объемы, но остались без необходимого оборудования.

В рамках системы ОМС легче согласовывать планирование инвестиций и объемов помощи. В последние три года Минздравом России и Федеральным фондом ОМС были предприняты несколько попыток нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны были содействовать повышению ее эффективности.

В первую очередь следует отметить внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи – за законченные случаи лечения,

классифицированные по клинико-статистическим группам (КГС, их число, рекомендованное Минздравом России и Федеральным фондом ОМС, составило 187).

Ранее наиболее распространенными были методы оплаты за число койко-дней по тарифам, дифференцированным по профилям коек (отделений больниц: терапевтические, хирургические, гинекологические и т.п.) с нормированной длительностью пребывания на больничной койке по группам заболеваний или отдельным заболеваниям. Метод оплаты за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам (далее – метод оплаты по КСГ), – это превалирующий метод оплаты стационарной помощи в европейских странах. Он стимулирует повышение аллокационной и технологической эффективности использования ресурсов стационарного сектора: каждая клиника становится заинтересованной в оказании более сложных видов помощи, максимально используя свои сравнительные преимущества, и в сокращении средней длительности стационарного лечения. В 2013 г. были начаты пилотные проекты по апробации этого метода оплаты стационарной помощи в нескольких регионах.

С 2014 г. он был включен в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и Минздрав России вместе с Федеральным фондом ОМС стали ориентировать региональные власти на скорейший переход к оплате по КСГ [4].

В результате 33 субъекта РФ отчитались об использовании данного метода оплаты в 2014 г.

Но проблема состоит в том, что внедрение этого метода происходит в условиях, когда рассчитывать на его быстрое позитивное влияние на эффективность использования ресурсов отрасли не приходится. Как показывает опыт любой страны, внедрявшей этот метод, он сразу, одномоментно приводит к значительному улучшению финансового положения одних клиник и резкому ухудшению положения других.

Адаптация к новым условиям оплаты и соответственно переход к более эффективному использованию своего ресурсного потенциала требует времени. Поэтому введение такого метода оплаты всегда сопровождается формированием резервного фонда и предоставлением в течение нескольких лет переходного периода выравнивающих субсидий части медицинских организаций, чтобы их адаптация была менее болезненной и не привела к обвальной приостановке оказания ряда услуг.

В нашей стране переход к оплате по КСГ был начат в условиях сокращения государственного финансирования здравоохранения. Естественно, что никаких резервных фондов для демпфирования издержек перехода создать было невозможно.

Вместо этого утвержденная методика внедрения КСГ предусматривает использование ряда корректирующих коэффициентов, которые призваны снизить расхождение между поступлениями от оплаты по КСГ и прежним объемом финансирования учреждений. Тарифы оплаты по КСГ при этом становятся практически индивидуальными, а оплата по КСГ – формальной. Динамика изменения этих коэффициентов в последующие годы остается неопределенной. Не завершено и формирование современной системы КСГ: число групп заболеваний, по которым дифференцируются тарифы, очень невелико – 187 против 600–2500 в европейских странах.

Этого явно недостаточно для того, чтобы создать у медицинских организаций стимулы к повышению доли сложных видов медицинских вмешательств и развитию новых медицинских технологий. Главным достижением введения метода КСГ называется сокращение сроков госпитализации пациента. Но такая оценка является весьма спорной.

Во-первых, сокращение сроков госпитализации возможно и при прежнем методе оплаты за нормированный койко-день, и оно реально имело место в предшествующие годы (табл.1).

Во-вторых, никак не комментируется влияние КСГ на сложность проводимых работ и структуру случаев госпитализации – информация на этот

счет отсутствует. Между тем во всем мире введение этого метода преследует цель обеспечить связь между тарифами и реальными затратами на лечение больных разной категории сложности, и на этой основе поощрить проведение более сложных медицинских вмешательств. Что же касается планирования с использованием КСГ в качестве единицы учета объемов стационарной помощи, то оно так и не было введено, хотя разговоры об этом ведутся давно.

Таблица 1– Среднее число дней пребывания пациента на койке [25]

2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
13,8	12,6	12,4	12,3	12,1	11,8

Если теперь обратиться к первичной медико-санитарной помощи, то следует констатировать, что провозглашенный переход на подушевой принцип ее оплаты оказался неподготовленным.

Последние Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливают зависимость между поступлениями поликлиник и объемами помощи: «фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи» [12]. По сути это означает, что реально будет производиться оплата объемов амбулаторной помощи в пределах лимита средств, устанавливаемого по подушевому нормативу финансирования.

Предсказуемость затрат на оказание ПМСП несомненно возрастет. Но стимулы для поликлиник останутся прежними: чем больше больных и чаще их обострения, тем больше будут денежные поступления. Настойчивость разработчиков этого документа в сохранении объемов помощи как единицы оплаты не может быть случайной. Есть опасение «потерять» объемы ПМСП при использовании подушевого принципа оплаты. Обычные аргументы в этой

логике: если не будем платить за врачебные посещения, то их число снизится, попасть к врачу будет трудней. Согласиться с такими аргументами трудно.

Во-первых, снижение числа посещений не равнозначно ухудшению доступности медицинской помощи.

Подушевой принцип оплаты способен создать стимулы к повышению качества услуг при меньшем числе посещений. Ориентация на качественные аспекты деятельности поликлиник позволит компенсировать потери объемных показателей. Исчезнет и искусственное дробление случаев лечения на большое число посещений, которое является обычной практикой при оплате услуг по числу посещений.

Во-вторых, по меркам европейских стран врачебных посещений у нас много – 9,5 на одного жителя в год против 6,9 в среднем по ЕС (на 37% больше), а по сравнению с Великобританией и Скандинавскими странами – в 2–3 раза больше. Конечно, россияне чаще болеют, но не этим определяется столь значительный разрыв в объемах амбулаторной помощи. Например, в Москве заболеваемость не сильно отличается от европейской, но число посещений на одного жителя в последнее десятилетие здесь доходило до 14,0 (причем без учета ведомственной сети) и лишь в 2014 г. снизилось до 12,1 – как результат новых акцентов в организации ПМСП.

В-третьих, всем известно, что часть посещений – это приписки. Борьба с ними крайне сложно. Кардинально решает проблему как раз метод подушевой оплаты, при котором поступления поликлиники определяются лишь численностью постоянно наблюдаемого населения.

Исходя из всего вышесказанного представляются чрезмерными опасения «утраты» объемов амбулаторной помощи. Мы далеки от мысли, что надо сокращать число посещений до европейского уровня, но небольшое их сокращение (на 15–20% на одного жителя, что примерно соответствует доле приписок и искусственного дробления обращений на отдельные посещения) никак не отразится на доступности ПМСП.

Более того, даже если допустить риск снижения доступности (в территориях с недостаточной мощностью сети учреждений ПМСП), его можно нейтрализовать путем включения числа посещений в показатели результативности деятельности поликлиник, используемые для их поощрения: чем острее проблема, тем выше «вес» объемных показателей в общей системе оценки деятельности поликлиники. Это намного лучше, чем создавать сильную мотивацию к росту числа посещений, смещая акцент от качественных к количественным показателям работы медицинских организаций.

Столь же малоэффективными стали рекомендации Минздрава России об обязательном информировании с 2015 г. медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услуг [5]. Оно декларировалось как способ формирования у населения объективного представления о затратах государства на медицинскую помощь, предупреждения коррупции в виде дополнительного вознаграждения врачам, побуждения граждан к более ответственному отношению к своему здоровью. Однако такая информация гражданам не особенно интересна. Согласно опросу взрослого населения, проведенному Левада-центром по заказу НИУ ВШЭ в сентябре – октябре 2014 г. (размер выборки – 4500 респондентов), более половины населения относятся к такому информированию безразлично (28 %) или отрицательно (30 %), а одобряют его лишь 28 %.

Еще одно институциональное нововведение, инициированное Минздравом России, – дополнительное медицинское страхование «ОМС+».

Летом 2015 г. министерством были разработаны методические рекомендации по реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта дополнительного медицинского страхования сверх обязательного медицинского страхования.

Цели этого нововведения формулировались как расширение возможностей применения медицинских и сервисных услуг, лекарственных средств сверх программ обязательного медицинского страхования, разделение платных и бесплатных медицинских услуг, переход к цивилизованному

способу взаимодействия участников в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования и т.п. Но предложенный механизм дополнительного медицинского страхования, по сути дела, оказался формой добровольного медицинского страхования.

Гражданам предлагалось приобрести пакеты дополнительных медицинских и сервисных услуг. Но, как известно, российское население предпочитает добровольному медицинскому страхованию прямую оплату медицинской помощи, когда в ней возникает необходимость. Такого же отношения следовало ожидать и применительно к «ОМС+».

Данные о численности лиц, которые приобрели эти пакеты услуг, не опубликованы, и больше об этом нововведении Минздрав России и Федеральный фонд ОМС не говорят.

Последнее из объявленных Минздравом России нововведений в системе финансирования здравоохранения – введение в 2016 г. в составе страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, института страховых поверенных, которые должны будут сопровождать застрахованного и отвечать за исполнение регламента профилактических мероприятий.

Предполагаемый функционал страховых поверенных пока не вполне ясен. Часть функций, которые предлагается закрепить за страховыми поверенными (информирование застрахованных, экспертиза качества оказанной им медицинской помощи), уже и так входит в обязанности сотрудников страховых медицинских организаций, и речь идет, в сущности, лишь о введении нового красивого названия для их обычной работы.

Часть предполагаемых функций (организация своевременного прохождения диспансеризации) должны выполнять участковые врачи, они способны это делать лучше, чем сотрудники страховых организаций, и рациональнее было бы направить усилия государства на укрепление участковой службы, чтобы она смогла работать более эффективно.

Для того, чтобы институт страховых поверенных стал действенным помощником застрахованных в своевременном получении качественных

профилактических и медицинских услуг, численность таких поверенных должна была бы быть значительно увеличена по сравнению с существующим персоналом страховых медицинских организаций.

Без большого числа таких поверенных, а, следовательно, без значительных дополнительных затрат на оплату их труда, результативность их работы будет малозаметной. Но дополнительного финансирования из средств ОМС создания этого института, очевидно, не предусматривается, соответствующие издержки будут возложены на страховые медицинские организации, которые вполне предсказуемо ограничатся незначительными изменениями в составе персонала и объеме его работы. По всей видимости, институт страховых поверенных ожидает судьба прежних инноваций Минздрава: правильные декларации, привлечение общественного внимания, мало ощутимые результаты [14].

1.3 Проблемы и направления развития здравоохранения Российской Федерации

Сегодня в системе здравоохранения Российской Федерации, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, существуют проблемы, которые требуют решения поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС было проведено исследование в рамках общей дискуссии о ситуации, проблемах и возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации [13].

Цель исследования заключалась в получении экспертных оценок системе здравоохранения в Российской Федерации, проблемах и перспективах развития. В качестве инструмента сбора мнений применялась онлайн-анкетирование через сеть Интернет среди экспертов, к которым предъявлялись достаточно строгие требования [27]. Контроль качества данных обеспечивался за счет ряда

специальных мероприятий. По мнению экспертов, к главным проблемам следует отнести (рис. 1):

1. Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие как: нехватка квалифицированных кадров (13,0 %), наличие проблем в кадровой политике (уровень заработной платы, условия работы) (11,0 %) и некачественную и деградирующую подготовку современных кадров (10,4 %).
2. Сниженное влияние и контроль современной политики (17,5 %).
3. Дефицитное финансирование системы здравоохранения (11,7 %).

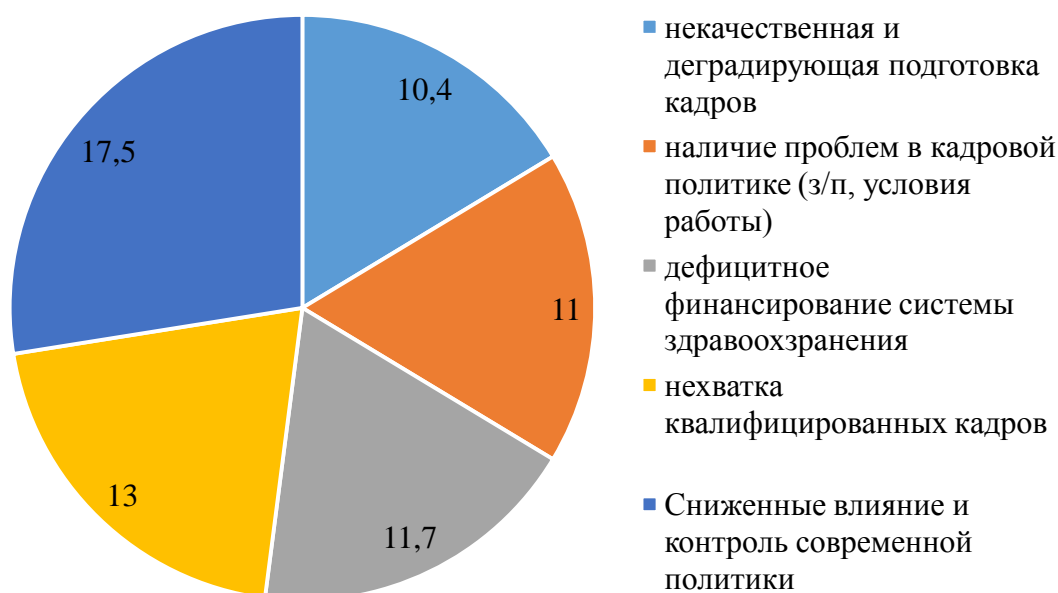


Рисунок 1 – Значимые проблемы развития системы здравоохранения в Российской Федерации, %

Рассмотрим, как складывается ситуация в России по данным проблемным аспектам.

Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Первая важная кадровая проблема – нехватка квалифицированных кадров. По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах Российской Федерации 580 431 врачей и 1 287

659 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации в 2014 году составил 1 к 2,3, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой [10]. Обеспеченность населения Российской Федерации (на 10 тыс.) врачами составляет 40,3, средними медицинскими работниками – 100,0.

Согласно данным Счетной палаты [11], в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора (таблица 2).

Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей – более 19 тыс. человек (без учета врачей, работающих в медицинских организациях Крымского федерального округа).

Таблица 2 – Численность работников в сфере здравоохранения 2013–2014 гг.

Показатель	2013 г.	2014 г.	Абс. изменение
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг)	578 783	565 939	-12 844
Средний медицинский (фармацевтический) персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг)	1 442 157	1 401 660	-40498
Младший медицинский персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг)	687 139	650 464	-36 675

По данным Росстата (форма федерального статистического наблюдения ЗП-здрав) [26]

В итоге оптимизация в сфере здравоохранения привела к снижению доступности услуг и ухудшению результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ростом на 3,7 % числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6 % внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения. Согласно, аудиторской проверке Счетной палаты на сегодняшний день существует

потребность во врачах и среднем медицинском персонале в количестве 55 тыс. и 88 тыс. человек [11].

Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и по итогам возможная их корректировка.

Вторая важная проблема – наличие проблем в кадровой политике (уровень заработной платы, условия работы). В целом по итогам 2014 г. заработная плата работников бюджетной сферы в абсолютных значениях выросла.

Согласно данным Росстата, уровень средней заработной платы врачей в 2014 г. по сравнению с 2013 г. вырос на 4,0 тыс. рублей, среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 2,2 тыс. рублей, младшего медицинского персонала – на 1,8 тыс. рублей [24]. Однако на уровень зарплаты медработников большое влияние оказывает высокий процент внутреннего совместительства, который составляет четверть от всего фонда оплаты труда. Это означает, что рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника, когда вместо положенных 8 часов врач работает 12 часов и более [11].

Одновременно с повышением заработной платы, уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников. По итогам 2014 года дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,6 раз, среднего медицинского персонала с 2,5 раза до 1,6 раза [10].

Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах [22].

Третья важная проблема – некачественная и деградирующая подготовка кадров. Проведенный экспертный опрос показал, что существует недостаточная подготовка кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество оказания медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи.

Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР [22].

Четвертая важная проблема – отток профессиональных кадров в частный сектор. Экспертами отмечается тенденция оттока профессиональных кадров в частный сектор. Население России все больше стали пользоваться платными услугами, в 2014 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2 % по сравнению с 2013 г. Как отмечает, аудитор Счетной палаты снижения доступности медицинской помощи для населения рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной [22].

А также были высказаны следующие проблемные аспекты в системе здравоохранения: низкое качество оказываемых услуг и препаратов (8,1 %), коммерциализация медицинской отрасли, в том числе коррупция (5,8 %), недоступность некоторых услуг и препаратов (5,2 %), неоднозначное отношение людей (больных) к современной медицине (отсутствие уважения, культуры) (5,2 %), низкий уровень оснащенности медицинских учреждений необходимыми лекарствами и оборудованием (3,2 %), недостаточное внедрение инноваций и технологий (1,9 %), высокая зависимость от иностранных производителей и технологий (1,3 %), влияние внешних независимых факторов (0,6%), сложное восприятие нововведений медицинских услуг (0,6 %), не востребованность медицинской помощи (0,3 %), неэффективное распределение времени при оказании медицинских услуг (0,3 %).

Наиболее эффективные мероприятия по реализации государственной программы «Развитие здравоохранения», направлены на охрану здоровья матери и ребенка, совершенствование оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации, и развитие и внедрение инновационных методов диагностики заболеваний [8].

К наименее эффективным мерам отнесли – внедрение основ персонализированной медицины, кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами и оказание паллиативной помощи населению (таблица 3).

Таблица 3 – Оценка эффективности мер по реализации государственной программы «Развитие здравоохранения»

Показатель	Балл	SD	N
Охрана здоровья матери и ребенка	2,9699	0,9842	133
Совершенствование оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации	2,7895	0,9133	133
Развитие и внедрение инновационных методов диагностики заболеваний	2,686	1,1299	86
Управление развитием отрасли	2,6846	1,0420	130
Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан	2,6154	0,9097	130
Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную	2,6119	0,9251	134
Развитие первичной медико-санитарной помощи	2,6119	0,9332	134
Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья	2,6098	0,8929	123
Развитие международных связей в сфере охраны здоровья	2,4344	0,9270	122
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населения	2,3985	0,9609	133
Развитие и внедрение инновационных методов профилактики и лечения заболеваний, а также основ персонализированной медицины	2,2835	0,8442	127
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	2,2481	0,8739	133
Оказание паллиативной помощи населению	2,2000	0,8799	125
Кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами	2,1729	0,8212	133
Внедрение основ персонализированной медицины	2,1680	0,8302	125

Формирующийся в мире запрос на новое качество жизни требует создания методов диагностики и лечения, основанных на принципах персонифицированной медицины, не инвазивных надежных экспресс-технологий мониторинга в домашних условиях, дистанционных методов получения медицинских услуг, характеризующихся профилактической направленностью, безопасностью, высокой эффективностью.

К ключевым научно-технологическим направлениям, формирующим облик конкурентоспособных товаров (работ, услуг) в здравоохранении, в первую очередь относятся:

— развитие технологий персонифицированной медицинской помощи, которые позволят индивидуализировать диагностические процессы, обеспечить узконаправленное медикаментозное или иное терапевтическое воздействия, что значительно усилит полезный эффект от лечения и снизит затраты на лечение;

— распространение «умных» лекарств, эффективность которых модулируется либо их окружением, либо специальными компонентами самого препарата, направленными на повышение его эффективности, специфичности и точности локализации;

— применение методов не инвазивной («безхирургической», «малотравматичной») диагностики;

— создание систем мониторинга и постоянного слежения за определенными группами больных и (или) определенными группами диагнозов для оказания своевременной помощи в критических состояниях;

— обеспечение оказания паллиативной помощи населению Российской Федерации.

Указанные мероприятия позволят обеспечить мобилизационный сценарий развития отечественного здравоохранения, а также эффективнее воздействовать на снижение заболеваемости и смертности населения от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, а также заболеваний, связанных с нарушением метаболических процессов (диабет, ожирение и др.).

Данный сценарий конкурентоспособного развития предполагает изменение существующей модели управления, привлечение частных инвестиций и развитие принципов конкуренции всех производителей услуг и ресурсов отрасли. Намеченные перспективы по импорт замещению на рынках услуг требуют изменений региональных подходов к размещению государственных закупок. Конкурентоспособная модель государственно-частного здравоохранения связана с инвестированием в проекты по развитию высоких технологий и человеческого капитала с параметрами окупаемости, далеко выходящими за сложившиеся на рынке среднесрочные пределы. Основные барьеры вызваны дефицитом конкурентоспособных по мировым критериям профессиональных кадров, как на уровне корпораций, так и государственного управления, неэффективностью механизмов координации усилий. Экспертами были предложены меры, которые могут повысить качество и/или доступность медицинских услуг для населения:

1. Перевод медицинских работников на «эффективный контракт», создание стимулов для работы медицинского персонала (49 %).

2. Развитие фундаментальной науки в таких отраслях, как доказательная медицина, биостатистика, фармакоэкономика, экономический анализ с привлечением экспертов и преподавателей из других стран (44 %).

3. Пересмотр системы индикаторов, отражающих состояние дел в сфере здравоохранения (показатели продолжительности жизни, смертности населения поставлены в один ряд с показателем средней заработной платы врачей) (43 %).

4. Развитие санаторного лечения, в том числе среди детей (42 %).

5. Разработка научно-обоснованной методологии оценки эффективности расходования средств (34 %).

6. Создание системы независимой экспертизы при принятии решений, связанных с бюджетными расходами (41 %).

7. Развитие предпринимательских и инвестиционных программ, направленных на развитие сферы здравоохранения (40 %).

8. Преобразование диспансеризации в действующие программы профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний (40 %).

9. Совершенствование механизма возмещения стоимости лекарственных препаратов и соплатежей (39 %).

10. Включение сферы производства медикаментов в предмет надзора за обращением лекарственных средств (35 %).

11. Включение в систему индикаторов показателей, на которые опирается ВОЗ при составлении рейтингов (30 %).

12. Другое (6,3 %), а именно:

— внедрение механизма реального медицинского страхования (0,7 %);

— государственный контроль (0,7%);

— достаточное финансовое обеспечение (0,7 %);

— избегать перегрузки и переработки врачами (0,7 %);

— ориентация медицины на подготовку высококвалифицированных специалистов, а не на покупку оборудования и пересмотр системы взаимодействия ОМС и учреждения здравоохранения (0,7 %);

— пересмотр отраслевых норм времени приёма одного пациента врачом (0,7 %);

— повышение престижа и организации поликлинической помощи (0,7 %);

— решения вопроса нехватки квалифицированных медицинских работников (0,7 %);

— увеличение государственного финансирования отрасли (0,7 %);

— повышение управленческой грамотности руководителей (0,7 %).

Таким образом, в заключение можно сказать, что существуют как проблемы, так и ряд перспективных точек повышения эффективности системы здравоохранения. При этом, мнения экспертов показывают нам достаточно широкий спектр направлений приоритетов, на которые можно обратить внимания при выработке политики в области здравоохранения. Каждое из

указанных направлений должно быть неразрывно связано друг с другом и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, управленческими механизмами и инструментами, которые позволят сформировать системный подход к развитию и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации.

2 Состояние системы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края

2.1 Исследование показателей здоровья населения и текущего состояния системы здравоохранения территорий Красноярского края

Проведем анализ основных показателей медицинских организаций Красноярского края, оказывающих медицинскую помощь населению в амбулаторных условиях.

Проанализировав количество дневных стационаров Шарыповского района и города Шарыпово за 2013–2015 гг., видим, что в Шарыповском районе в 2014 г. и 2015 г. по сравнению с 2013 г., отметилась положительная динамика роста стационаров вдвое. Из этого следует, что за последние два года отмечился рост числа дневных стационаров, чего не скажешь о городе Шарыпово, там число дневных стационаров по сравнению с районом, практически остается неизменным, за исключением 2014 года, где количество стационаров выросло лишь на 1 учреждение. За последний год уровень числа стационаров в обеих муниципальных образованиях остается неизменным. Из вышеизложенного, следует, что проблема такова, что в городе Шарыпово по сравнению с районом отмечается спад числа стационаров.

Рассмотрев данные таблицы 4 (по числу мест дневных стационаров города Шарыпово) видим, что в городе с 2013 по 2015 гг. отмечается спад числа мест. В Шарыповском районе, число мест в дневных стационарах остается неизменным. Но, несмотря на спад с каждым годом, числа мест в дневных стационарах города Шарыпово, отмечается положительная тенденция роста числа мест в дневных стационарах по сравнению с районом.

Таблица 4 – Основные показатели медицинских организаций Красноярского края и города Шарыпово, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Показатель	г. Шарыпово			Красноярский край		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Число посещений в медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений всего, в тыс.) на 1000 чел. населения	12,0	11,6	11,7	9,1	8,5	8,3
Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь по городам и районам	467,1	472,4	469,2	372,6	361,7	362,1
Число мест в дневных стационарах Красноярского края (число мест в мед организации всего) на 10 000 чел. населения	15,4	14,9	13,9	23,1	23,3	21,7
Средняя занятость места в году в дневных стационарах (мед организации всего)	308,8	305,4	312,5	289,3	284,8	289,3
Средняя длительность пребывания больного в дневных стационарах (медицинских организаций всего)	11,9	11,5	11,1	11,3	10,6	10,1
Структура посещений в поликлинике и на дому (удельный вес посещений в поликлинике) по поводу заболевания	52,3	50,3	46,5	62,5	59,3	59,3
Плановая мощность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях (всего, абсолютные числа) на 1000 чел. населения	41,1	41,5	41,6	27,4	27,3	27,2

Число выездов скорой медицинской помощи по городам и районам в городе Шарыпово зафиксировано больше, чем в Шарыповском районе. Причем в городе Шарыпово тенденция выездов скорой помощи с годами уменьшилась. Из этого можно сделать вывод, что потребность вызовов скорой помощи у жителей Шарыповского района меньше, это говорит о том, что уровень состояния здоровья граждан Шарыповского района выше чем у жителей города Шарыпово.

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь в городе Шарыпово по сравнению с Шарыповским районом, оказалась больше. Это

свидетельствует о том, что в городе Шарыпово, граждане чаще обращаются за помощью, нежели в Шарыповском районе. Из этого можно сделать вывод о том, что состояние здоровья граждан Шарыповского района значительно лучше.

Средняя длительность пребывания больных в дневных стационарах в г Шарыпово значительно меньше чем в Шарыповском районе. Но можно отметить, что в обоих муниципальных образованиях, прослеживается положительная динамика уменьшения пребывания больных в стационарах по годам.

Рассмотрим основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Красноярском крае

По показателю рождаемости видим, что в городе Шарыпово происходит спад с годами. По сравнению с 2013г рождаемость составила 14,2 %, в 2015 отметился спад на 0,3 %. В Шарыповском районе также отмечается спад рождаемости с годами. В 2013 г, показатель рождаемости составил 19,0 %, в 2015 г. – 15,2. В итоге спад в Шарыповском районе составил 3,8 %. Сравнивая муниципальные образования, можно сделать вывод, о том, что в Шарыповском районе отметился наибольший спад рождаемости, чем в городе.

Немаловажной проблемой города Шарыпово и Шарыповского района остается проблема смертности населения. В городе Шарыпово этот показатель растет с каждым годом. Если в 2013 г. этот показатель составлял 11,9 %, то уже к 2015 г. он составил уже 12,5 %. В итоге смертность в 2015 г. по сравнению с 2013 г., увеличилась на 0,6 %. В Шарыповском районе с 2013 по 2014 г., также отмечается увеличение смертности, но всего лишь на 0,1 %, к 2015 г. – показатель смертности составил 16,8 %. Из этого следует, что уровень смертности с 2013 по 2015 уменьшился на 0,3 %. Сравнивая муниципальные образования, можно сделать вывод о том, что уровень смертности населения в Шарыповском районе на 0,3 % меньше, чем в городе Шарыпово.

Таблица 5 – Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Красноярском крае и городе Шарыпово

Показатель	г. Шарыпово			Красноярский край		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Рождаемость (на 1000 населения)	14,2	13,8	13,9	14,4	14,4	14,4
Смертность (на 1000 населения)	11,9	12,4	12,5	12,7	12,7	12,7
Число врачей акушеров - гинекологов на 10 000 чел. населения	0,84	0,85	0,64	2,54	2,45	2,45
Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста	47,4	64,3	67	35	33,2	32,6
Заболеваемость детей первого года жизни по городам и районам (на 1000 детей, достигших одного года жизни)	5430,1	4789,2	4550,4	2505,3	2652,1	2621,5
Заболевания перинатального периода на 1000 детей 1 года жизни	473,6	461,2	317,4	242,8	241,9	202,4
Несчастные случаи, травмы и отравления на 1000 населения	20,2	23,8	13,2	13,9	13,3	13,6
Доля детей, находящихся на грудном вскармливании, к числу детей, достигших 1 года жизни (%) с 3 до 6 мес.	20,5	29,3	28,3	23,5	24,5	23,1
Доля детей, находящихся на грудном вскармливании, к числу детей, достигших 1 года жизни (%) с 6 до 12 мес.	25,2	24,1	22	55,8	55,6	57,9
Обеспеченность акушерами-гинекологами на 10 000 женского населения	3,9	3,5	3,9	4,8	4,6	4,6

Анализируя число врачей акушеров-гинекологов, в городе Шарыпово практически остается неизменным, за исключением 2015 г. Там отмечается прибыль всего на 1 врача. В Шарыповском районе ситуация, складывается иначе, наименьшее число врачей акушеров гинекологов, приходится на 2014 г. и составляет 9 человек. В 2013 и 2015 гг. – цифра не меняется, число докторов составляет 10 человек. В итоге, можно сделать вывод о том, что в Шарыповском районе на 2015 г. врачей акушеров гинекологов по сравнению с

городом Шарыпово, отметились больше на 7 человек. Из этого следует, что в городе Шарыпово отмечается проблема нехватки кадров.

Аборты – еще одна значимая проблема города Шарыпово и Шарыповского района. В обеих муниципальных образованиях цифра с каждым годом растет. Если в 2013 г показатель составлял 47,4, то к 2015 г. цифра составила 67,0. Из этого следует, что число абортов на 1000 женщин фертильного возраста по сравнению с 2013 г., увеличилась на 19,6

Заболеваемость перинатального периода- еще одна из главных проблем, причем исходя из данных, в городе Шарыпово по сравнению с Шарыповским районом, этот показатель значительно выше. Но положительной тенденцией является то, что с каждым годом, в городе Шарыпово этот показатель уменьшается. Если в 2013 г. заболеваемость перинатального периода, составляла 473,6, то уже к 2015 году, произошел спад на 156,2. В Шарыповском районе за последние годы, вообще не отмечается заболеваемости, за исключением 2013 г., где этот показатель составил 47,6 %, что значительно ниже, чем в городе Шарыпово в том же году.

Сеть и медицинские кадры медицинских организаций Красноярского края.

Укомплектованность врачами в г Шарыпово на 2013 г., составила 57,3, к 2015 г. этот показатель вырос до 59,8. Самый низкий показатель отмечался в 2014 г. и составил 54,7. Следовательно укомплектованность врачами города Шарыпово увеличилась в 2015 г. по сравнению с 2013 на 2,5.

В Шарыповском районе, самый высокий показатель укомплектованности врачами, был зафиксирован в 2013 году и составил 60,0. В 2014 г., также, как и в городе Шарыпово, отмечается падение числа укомплектованности врачами и составил 56,0. В 2015 г. наблюдается увеличение данного показателя и оставляет 57,1. Сравнивая два муниципальных образования, можно сделать вывод о том, что в городе Шарыпово и в Шарыповском районе, укомплектованность врачами увеличивается.

Таблица 6 – Сеть и медицинские кадры медицинских организаций Красноярского края и города Шарыпово

Показатель	г. Шарыпово			Красноярский край		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Обеспеченность населения врачами клинических специальностей	1,9	18,3	17,9	24,3	22,9	23,1
Число врачей (кроме зубных), имеющих квалификационную категорию	87	77	63	6467	5886	5498
Число врачей (кроме зубных), имеющих сертификат специалиста	124	123	124	10525	10081	10158
Укомплектованность врачами	57,3	54,7	59,8	60,2	56,4	60,9
Укомплектованность средним медицинским персоналом	76,9	75,3	81,3	71,4	74,2	74,9
Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10000 населения	95,8	96	95,7	99,5	97,6	97,5
Обеспеченность акушерками на 10 000 женского населения	7	7,1	7,1	7,55	7,5	7,4
Обеспеченность медицинскими сестрами на 10 000 женского населения	64	63,6	63,5	69,1	68,6	69,2
Удельный вес средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	75,8	73	80	69,8	69,2	69
Удельный вес средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста	89,7	89,6	91,1	86,6	89,8	91,35

Рассмотрев, число врачей, имеющих сертификат специалиста, в городе Шарыпово показатель, практически остается неизменным, за исключением 2014 г., где составил 123 чел.

В Шарыповском районе, с каждым годом происходит незначительный спад, данного показателя, если в 2013 г. число врачей, имеющих сертификат специалиста, составляло 15 человек, то к 2013 г., этот показатель снизился до 13 чел. Из чего можно сделать вывод о том, что в Шарыповском районе происходит убыль сертифицированных специалистов, что является немаловажной проблемой.

Укомплектованность средним медицинским персоналом в городе Шарыпово на 2013 г. составлял 76,9. В 2014 году, произошел спад на 1,6. Но к

2015 году, происходит увеличение данного показателя и составляет-81,3. И по сравнению с 2013 годом, возрастает на 4,4.

В Шарыповском районе как и в городе Шарыпово укомплектованность средним медицинским персоналом в 2014 уменьшается, по сравнению с 2013 на 1,7. В 2015 происходит подъем данного показателя и составляет 82,7.

Значимой проблемой как для города Шарыпово является недостаток числа медицинских сестер. Причем с каждым годом, происходит спад данного показателя. В 2013 г в городе Шарыпово, число медицинских сестер составило 304 человека, а в 2014 число медицинских сестер снизилось на 5 человек. В 2015 г произошел спад еще на 1 человека. В Шарыповском районе, ситуация с недостатком медицинских сестер обстоит еще более сложнее. В 2013 году число медицинских сестер составило всего 58 человек, в 2014 году, показатель снизился на 1 человека, а к 2015 году численность медицинских сестер в Шарыповском районе и вовсе составило 53 человека. В итоге можно сделать вывод о том, что в Шарыповском районе преобладает существенная нехватка медицинских сестер, по сравнению с городом.

Проанализировав число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, в обеих муниципальных образованиях, видим, что в Шарыповском районе, по сравнению с городом, преобладает существенный недостаток средних мед работников, имеющих квалификационную категорию. В городе Шарыпово число данной категории в 2013 году составило 345 человек, а в 2014 году, показатель снизился до 329 человек. Но в 2015 году отмечается рост числа данной категории мед работников, и по сравнению с 2014 годом цифра возросла до 359 человек. В Шарыповском районе в 2013 году число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, составило 66 человек, в 2014г произошел прирост всего на одного человека, однако к 2015 г, число данной категории составило 75 человек и по сравнению с 2013 годом выросло на 9 человек.

2.2 Основные проблемы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края

Одной из важнейших задач, стоящих перед органами власти, является создание условий для обеспечения жизненно важных потребностей и законных интересов населения, проведение мер по социальной защите населения. Деятельность региональной системы здравоохранения как раз и направлена на удовлетворение жизненно важной потребности человека в медицинской помощи.

Из данной задачи вытекают функции, основные направления деятельности органов власти в сфере здравоохранения: владение, пользование, распоряжение государственной собственностью (имуществом учреждений здравоохранения), содержание учреждений здравоохранения, формирование, утверждение и исполнение бюджета (в том числе расходов на здравоохранение), комплексное социально-экономическое развитие территории региона, включая развитие территориальных учреждений здравоохранения [28].

Произошедший переход на одноканальную систему финансирования означает уход от сметного принципа обеспечения здравоохранения. В данный момент необходимо решить ряд задач:

1. Увеличить объемы финансирования здравоохранения, ликвидировав дефицит Программы государственных гарантий по обеспечению населения Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

2. Отработать механизмы оплаты медицинской помощи, способствующие повышению ее качества и доступности.

3. Отработать механизмы оплаты труда медицинского персонала, обеспечивающие его заинтересованность в повышении качества и доступности оказываемой медицинской помощи.

4. Восстановить управляемость отраслью на основе единых организационных и финансовых принципов [18].

Еще одной немаловажной проблемой здравоохранения является недостаток кадров. Понятно, что без решения кадрового вопроса в первичном звене, реформу в здравоохранении провести невозможно. Для привлечения людей, надо создать оптимальные условия.

Чтобы пригласить на работу молодых специалистов, врачей из других городов и регионов нужно предоставить жилье, хотя бы служебное. При исследовании проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения нельзя обойти вниманием низкую социальную защищенность медицинских работников. Установленные законодателем гарантии являются явно недостаточными. Представляется целесообразным закрепить следующие льготы работникам здравоохранения:

- бесплатный проезд на общественном транспорте для работников поликлиник, обслуживающих больных на дому;

- право на пользование не реже чем через каждые 10 лет непрерывной врачебной работы длительным отпуском сроком до одного года.

Данную проблему каждый регион старается решить собственными силами, разрабатываются целевые программы по привлечению молодых специалистов из других регионов.

Совершенствование системы здравоохранения – одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а состояние здоровья населения – важнейшая цель этого развития.

Основными управляемыми объектами системы здравоохранения являются медицинские учреждения. Они как некоммерческие организации, во-первых, призваны выполнять социально-культурные функции, во-вторых, они не имеют в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли. Несмотря на это медицинские учреждения могут осуществлять и направленную на получение прибыли предпринимательскую деятельность, но лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы.

В рамках региональной системы здравоохранения наряду с государственными медицинскими учреждениями функционируют и

негосударственные (частные) медицинские учреждения. Особенностью их статуса является то, что влияние на них со стороны органов власти ограничено. Они не управляют, а регулируют отдельные стороны деятельности (регистрируют, лицензируют, осуществляют нормативное регулирование, санитарно-эпидемиологический надзор и т.д.).

Центральное место в общем правовом статусе медицинских учреждений занимает их административно-правовой статус. Именно нормы административного права придают правовую определенность и осуществляют правовое обеспечение управления деятельностью медицинского учреждения.

Административно-правовой статус медицинского учреждения можно сформулировать как установленное нормами административного права положение медицинского учреждения, т.е. его способность в пределах административной правосубъектности самостоятельно решать свойственные данному медицинскому учреждению цели и задачи, осуществлять необходимые для этого функции, быть участником правоотношений, регулируемых нормами административного права [21].

В процессе исследования административно-правового статуса медицинских учреждений было выявлено отсутствие единого нормативного акта, регламентирующего деятельность медучреждений. Многочисленные нормативные акты не содержат норм, которые бы комплексно определяли все элементы административно-правового статуса, поэтому представляется необходимым разработать и принять Федеральный закон «Об основах организации и деятельности медицинских учреждений».

В качестве «профессиональных» проблем системы здравоохранения следует выделить такие, как:

- 1) огромная интенсивность труда отдельных подразделений;
- 2) наличие психологических и эмоциональных нагрузок, обусловленных постоянным общением с лицами, страдающими определенными заболеваниями, престарелыми, инвалидами;

3) недостаточное финансирование программ социального развития, препятствующее нормальному функционированию системы управления;

4) недостаточность материальной и научно-методической базы деятельности.

Ожидаемый результат масштабных планов переустройства отечественного здравоохранения в интересах общественного и отраслевого развития может быть достигнут не столько посредством предлагаемых к реализации организационно-структурных и юридически оформленных преобразований, сколько за счет человеческого фактора, базисной основой которого является личность руководителя, видящего перспективы, понимающего поставленные цели и задачи, умеющего их реализовывать, глубоко заинтересованного в результатах деятельности и непрерывном самосовершенствовании.

Важнейшим вопросом текущего момента является кадровое обеспечение новых организационно-правовых форм, при которых приоритетными становятся творческая инициатива, управленческие умения и навыки.

Эффективность функционирования организации в условиях рынка существенным образом зависит от того, насколько продуманными и сбалансированными окажутся стратегии развития медицинской организации и управления персоналом с учетом имеющихся ресурсов, компетенций медицинского персонала, предприимчивости руководителя.

Накопившийся за последние годы опыт реализации концептуальных подходов и планов реформирования здравоохранения свидетельствует о недостаточном внимании к одному из важнейших факторов внутриотраслевой эффективности – кадровому потенциалу руководителей [19].

Расплывчатое представление о востребованном в перспективе профессионально-личностном образе медицинского работника, осуществляющего управленческие функции, отсутствие мотивации к активному изменению традиционных, зачастую откровенно устаревших

методов кадровой работы становится тормозом вывода отрасли из сложившейся ситуации [20].

Преобразования, происходящие в области управления других сфер общественной жизни, не встречают пока должной заинтересованности у тех, кто ответственен за сохранение и укрепление здоровья нынешних и будущих поколений российских граждан, не оказывают необходимого влияния на совершенствование технологий и механизмов управления кадровым потенциалом, качественные характеристики которого далеки от параметров, необходимых для принципиального улучшения системы оказания медицинской помощи. Укоренившийся в кадровой работе механистический подход затрудняет реагирование на происходящие в здравоохранении перемены, меняющиеся приоритеты.

Совершенствование системы управления кадровым потенциалом должно идти в направлении рационального планирования подготовки и распределения кадров, с акцентом на формировании руководителя нового типа, способного успешно работать в новом организационно-правовом формате. Требуется более широкое и гибкое использование мотивационных механизмов и методов социальной защиты работников, ориентация на потребителя медицинской помощи и услуг с тем, чтобы обеспечить органы и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи охраны и укрепления здоровья граждан, перспективного развития отрасли, отвечающего потребностям и растущим запросам населения.

Такой специалист, в принципе, сегодня должен владеть пониманием проблем общественного здоровья как важнейшей социально-экономической категории; четко представлять организационно-функциональную модель системы здравоохранения; знать основы методологии обеспечения качества и эффективности медицинской помощи, а соответственно и эффективности деятельности всей системы [17].

Подведя итог вышесказанному, можно сделать некоторый вывод. Соблюдение конституционных гарантий по оказанию медицинской помощи и

созданию благоприятных санитарно-эпидемиологических условий жизнедеятельности населения предполагает структурные преобразования в системе здравоохранения, предусматривающие:

— новые подходы к принятию политических решений и формированию бюджетов всех уровней с учетом приоритетности задач охраны здоровья населения;

— формирование новой нормативно-правовой базы деятельности учреждений здравоохранения в условиях рыночной экономики;

— приоритетность в системе здравоохранения профилактических мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения, угроз возникновения эпидемий;

— защиту прав пациента на получение своевременной и качественной медицинской помощи как исходное условие формирования здорового образа жизни;

— разработку программ и проектов по привлечению специалистов здравоохранения в регионы, где существует проблема нехватки кадров, а также создание четкой системы критериев отбора медицинских работников на руководящие должности в сфере здравоохранения.

2.3 Анализ мероприятий по повышению уровня здоровья населения и эффективности системы здравоохранения Красноярского края

Состояние здоровья и непосредственно связанное с ним долголетие являются важнейшими условиями полноценной и счастливой жизни человека. И одновременно с индивидуальной личностной ценностью, они имеют важнейшее общественное значение, являясь одной из ключевых составляющих качества человеческого капитала.

В предстоящие годы улучшение состояния здоровья и увеличение продолжительности жизни населения будут обеспечены за счет создания новой системы охраны здоровья – интегрированной, прозрачной и эффективной.

Интегрированное здравоохранение — это система, в которой обеспечивается комплексный подход к охране здоровья и координация деятельности организаций, оказывающих разные виды медицинской помощи, а население, как активный партнер организаций здравоохранения, включается в предотвращение, выявление и лечение заболеваний.

Прозрачное здравоохранение — это система, в которой действуют ясные и реалистичные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи, легальные, понятные и справедливые условия получения медицинской помощи за плату на основе добровольного медицинского страхования, доступные для профессионального сообщества и для пациентов информационные медицинские системы, используются различные механизмы представительства пациентов при решении вопросов охраны здоровья.

Эффективное здравоохранение — это система, в которой ресурсы распределяются в соответствии с вкладом ее звеньев в улучшение здоровья населения и все ее субъекты заинтересованы в обеспечении наибольшего социального и медицинского эффекта на единицу затрат.

Краевая система здравоохранения учитывает изменяющуюся систему расселения, в которой наряду с сохранением большого количества мелких населенных пунктов, рассредоточенных по всей территории Красноярского края, усилится урбанизация в центральной группе районов, увеличивающуюся мобильность граждан и транспортную доступность территорий, активное развитие системы связи и коммуникаций.

Еще одним значимым фактором, определяющим новую систему здравоохранения, является демографическая ситуация. Развитие объективных демографических процессов в предстоящие годы приведет к старению населения края и соответствующему росту хронических заболеваний. Однако развитие и повышение эффективности здравоохранения, популяризация среди населения здорового образа жизни, улучшение экологической ситуации приведут к значительному росту среди старших возрастных групп доли людей, сохраняющих здоровье и активность до самых преклонных лет. Данные

особенности развития демографической ситуации найдут отражение в новой структуре и организации деятельности отрасли.

Значимыми направлениями технологического развития отрасли являются применение современных фармакологических препаратов, пролонгирующих критические состояния, и таргетной терапии, позволяющих существенно повысить выживаемость населения по основным заболеваниям (сердечно-сосудистым и онкологическим), а также создание краевого банка генетического материала человека, позволяющего на основе 3D-принтирования осуществлять трансплантацию органов и тканей в краевой клинической больнице, онкологическом центре и центре охраны материнства и детства. Проведение расшифровки генетической причины многих серьезных заболеваний (рак, сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология) приведет к повышению выживаемости пациентов с данными заболеваниями; разграничение медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и на платной основе в результате конкретизации государственных гарантий оказания медицинской помощи населению и развития добровольного медицинского страхования.

На протяжении последнего десятилетия в Красноярском крае, как и в целом по России, отмечается положительная динамика основных медико-демографических показателей – рост рождаемости, снижение смертности, переход от естественной убыли к приросту населения.

В 2009 году в крае впервые с 1992 года было отмечено превышение рождаемости над смертностью, с тех пор тенденция естественного прироста населения продолжает развиваться. В 2015 году при коэффициенте рождаемости 14,4 случаев на 1000 человек и коэффициенте смертности 12,7 случаев на 1000 человек естественный прирост населения края составил около 5 тысяч человек.

Перечень и иерархия основных причин смерти в крае остаются неизменными на протяжении многих лет: на первом месте с большим отрывом от остальных стоят болезни кровообращения (47,0 % в структуре смертности

населения края), на втором – новообразования (18,0 %), на третьем – внешние причины (12,4 %).

Показатели общей заболеваемости населения не имеют выраженной тенденции к снижению, что, однако, не является свидетельством ухудшения здоровья населения, а связано с развитием диагностических технологий, а также проведением мероприятий диспансеризации определенных групп населения и выявлением заболеваний на более ранних стадиях. Рост регистрируемой заболеваемости наблюдается для всех классов болезней, кроме инфекционных и паразитарных, травм и отравлений (наличие которых, как правило, носит объективный характер и не зависит от повышения уровня выявления в результате развития диагностики).

С начала 2000-х годов основными направлениями работы в здравоохранении края были улучшение состояния здоровья детей и матерей, укрепление первичной медико-санитарной помощи, профилактика наиболее распространенных заболеваний социального характера, совершенствование специализированной медицинской помощи. Значительные результаты были достигнуты в направлениях повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи и широкого привлечения к участию в территориальной программе обязательного медицинского страхования частных медицинских организаций.

Несмотря на произошедшие позитивные изменения в работе системы здравоохранения края, на сегодняшний день нерешенным остается ряд проблем:

— преимущественная ориентация на лечение заболеваний, а не на их предотвращение, низкая мотивация населения к здоровому образу жизни, высокая распространенность поведенческих факторов риска заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);

— неполное соответствие системы подготовки кадров потребностям современной трехуровневой системы оказания медицинской помощи (высокотехнологичной, профилактической и первичной медико-санитарной) как по численности, так и по качеству подготовки специалистов, приводящее к недостаточному профессиональному уровню врачей и руководителей медицинских учреждений и способствующее сохранению проблемы абсолютного и структурного дефицита кадров;

— низкая эффективность использования медицинского оборудования, в том числе в результате недостатка подготовленных кадров;

— отсутствия доверия в отношении пациента к врачу;

— консервация устаревших и вызывающих нарекания населения процедур (регламентов) организации обслуживания пациентов в лечебных учреждениях;

— структурные проблемы системы организации медицинской помощи: чрезмерная нагрузка на стационарную помощь при относительно слабом развитии первичной, реабилитационной, медико-социальной помощи и недостаточная координация деятельности медицинских учреждений и врачей на разных этапах оказания медицинской помощи;

— сложность и затратность обеспечения в полном объеме необходимой медицинской помощью части населения края из-за редкоочаговой системы расселения и сложной транспортной доступности отдельных населенных пунктов;

— отсутствие прозрачной и понятной населению связи между объемом и качеством медицинской помощи, оказанной по программе обязательного медицинского страхования, и объемом финансирования медицинского учреждения, предоставившего услугу;

— отсутствие публичных правил конкуренции за предоставление медицинских услуг в рамках реализации Программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, неразвитость механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении.

Целью здравоохранения Красноярского края является увеличение продолжительности жизни за счет обеспечения доступной и качественной медицинской помощи, которая будет способствовать сохранению и укреплению здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержанию активной долголетней жизни всех членов общества.

Для достижения поставленной цели, качественного преобразования отрасли основными направлениями деятельности в предстоящие годы должны стать:

1. Развитие эффективной системы профилактики заболеваний и содействие формированию у населения ценности здорового образа жизни путем повышения роли профилактической составляющей в деятельности первичного медицинского звена (участковой службы) на основе развития диагностической службы, проведения широкомасштабной диспансеризации различных возрастных групп населения, развития профилактических программ и повышение их качества, постоянного наблюдения за группами риска; путем популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных занятий, проведения мероприятий по профилактике алкоголизма и наркомании, по противодействию потреблению табака.

2. Кадровое обеспечение системы здравоохранения и преодоление дефицита медицинских кадров путем повышения качества медицинского образования и развития системы непрерывного профессионального образования; реализации мероприятий, способствующих профессиональному росту специалистов (профессиональная подготовка, аккредитация, аттестация); привлечения и закрепления кадров в учреждениях здравоохранения, в том числе путем целевой подготовки специалистов, обеспечения жильем, повышения уровня оплаты труда в соответствии с оценкой эффективности деятельности. Рост квалификации врача, наряду с технологическим развитием отрасли и совершенствованием системы оказания медицинской помощи,

позволит интенсифицировать работу медицинского персонала при обеспечении высокого качества и эффективности лечения.

3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи путем:

— выстраивания многоуровневой системы, предусматривающей полный охват первичной медицинской помощью всех населенных пунктов края, формирование сети межрайонных центров специализированной помощи второго уровня (сосудистые центры, травмоцентры, родильные дома второго уровня, консультативно-диагностические центры и др.) и совершенствование работы региональных центров третьего уровня, осваивающих и оказывающих высокотехнологичные виды помощи, часть которых в дальнейшей перспективе может быть тиражирована в межрайонных центрах;

— организации в северных территориях края преимущественно двухуровневой системы оказания медицинской помощи с использованием при оказании первичной специализированной медицинской помощи дистанционного консультирования центрами поддержки принятия врачебных решений и направлением больных в региональные клиники для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

— расширения сети и изменения инфраструктуры медицинских амбулаторных организаций первичного звена, дневных стационаров с внедрением стационарозамещающих технологий, развитием диагностической, патронажной и реабилитационной служб при сокращении круглосуточного коечного фонда. В этих условиях круглосуточный стационар будет осуществлять интенсивный этап лечения и раннюю реабилитацию больных с последующим переводом на дальнейшую реабилитацию в дневные стационары, амбулаторно-поликлинические учреждения и сопровождением пациента со стороны медико-социальных служб (в том числе с использованием дистанционных вариантов обслуживания);

— совершенствования неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи, обеспечения быстрой доставки больных в стационары (медицинская эвакуация) необходимого уровня и оказания своевременной медицинской

помощи; оказания экстренной неотложной и первичной медико-санитарной помощи на уровне районных больниц и создание краевых центров компетенций по основным направлениям;

— внедрения мобильных сканирующих систем (гаджетов) диагностики состояния основных параметров организма человека (сердечный ритм, давление, насыщение крови кислородом, сахар крови и др.) с организацией центра расшифровки (интерпретации) проведенных исследований; осуществления в дистанционном режиме персонифицированного динамического наблюдения за больными, выявления предвестников критических состояний, в том числе чреватых риском внезапной смерти;

— развития дистанционных и мобильных форм консультирования и медицинского обследования;

— пополнения специализированной медицинской помощи современными высокотехнологичными методами.

Совершенствование системы оказания медицинской помощи по отдельным составляющим системы здравоохранения предусматривает следующие мероприятия: в части охраны здоровья матери и ребенка – организацию трехуровневой системы службы родовспоможения; развитие межрайонных реанимационно-консультативных центров; формирование сети медико-генетической службы, организацию кабинетов перинатальной (дородовой) диагностики в межрайонных центрах с внедрением технологий телемедицинского консультирования; создание условий по охране репродуктивного здоровья населения.

В части оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи для взрослого и детского населения, при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, туберкулезе, травмах:

— включение в систему оказания специализированной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями первичных сосудистых центров в городах Зеленогорске, Железногорске и Красноярске в дополнение к функционирующим первичным сосудистым центрам на базе учреждений

здравоохранения в городах Красноярске, Норильске, Минусинске, Лесосибирске, Ачинске и Канске;

— функционирование Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в г.Красноярске, регионального сосудистого центра на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

— формирование уровневой системы лечебно-профилактических учреждений для оказания медицинской помощи онкологическим больным, включая завершение развития краевого онкологического диспансера, а также внедрение скрининговых мероприятий;

— совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях путем доставки их непосредственно в травмоцентры на базе краевых и районных учреждений здравоохранения, расположенных вдоль федеральной и региональной автомобильных дорог, с использованием при необходимости санитарной авиации;

— снижение заболеваемости туберкулезом и улучшение медицинской помощи больным туберкулезом за счет совершенствования методов диагностики и лечения больных, обеспечения ограничительных и противоэпидемических мероприятий, развития системы медицинской реабилитации и санаторного лечения больных туберкулезом.

В части оказания медицинской помощи на селе – организация ее на принципах этапности в зависимости от состояния здоровья пациента и потребности в том или ином уровне медицинской помощи:

1-й этап – оказание первичных видов медицинской помощи (первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной консультативно-диагностической медицинской помощи) в фельдшерско-акушерских пунктах, участковых поликлиниках, районных больницах и межрайонных центрах;

2-й этап – предоставление специализированной медицинской помощи в специализированных центрах (первичные сосудистые, травмоцентры, центры гемодиализа и др.);

3-й этап – предоставление высокоспециализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в краевых медицинских организациях и федеральных специализированных медицинских организациях на территории и за пределами края.

4. Развитие системы лекарственного обеспечения населения края в рамках федерального плана мероприятий по реализации «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года» и в соответствии с приоритетными направлениями, определенными в Стратегии, – обеспечение доступности лекарственной помощи сельскому населению, рациональное и безопасное использование лекарственных препаратов, совершенствование оказания лекарственной помощи онкологическим пациентам.

5. Изменение системы финансирования здравоохранения. В рамках направления предусматривается включение в систему оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования всех медицинских организаций, вне зависимости от формы собственности, а также развитие добровольного медицинского страхования, в результате чего будет исключено предоставление медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, платных услуг, а медицинские и сервисные услуги, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования, будут предоставляться застрахованным гражданам в рамках программ добровольного медицинского страхования.

В результате структурных преобразований отрасли с усилением нестационарного звена и оптимизацией системы управления снизится доля расходов на медикаменты, расходные материалы, вспомогательные нужды, управление, что повысит эффективность деятельности отрасли на единицу затрат.

6. Развитие информатизации в здравоохранении с целью повышения качества оказания медицинской помощи, эффективности и результативности процессов управления системой здравоохранения путем внедрения медицинской электронной информационной системы, интегрированной электронной медицинской карты, технологии электронной цифровой подписи для врача, минимизации объема медицинских документов в бумажном виде, современных средств коммуникации между врачами, врачами и пациентами, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступа к электронным информационным и обучающим ресурсам, внедрения телемедицинских технологий, применения навигационных технологий ГЛОНАСС и других современных информационных технологий для скорой медицинской помощи, интеграции регионального сегмента информационной системы с едиными федеральными ресурсами в сфере здравоохранения.

7. Совершенствование медико-социальной помощи пожилым людям с целью создания условий для их активного участия в жизни общества. Увеличение продолжительности жизни, рост в структуре населения доли людей пожилого и старческого возраста приведут к увеличению потребности в развитии медико-социальной помощи, создании домов и центров социального ухода для пожилых людей.

8. Расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля путем создания общественных советов при органах государственной власти в сфере охраны здоровья, экспертных и консультативных органов по основным направлениям развития здравоохранения, формирования системы общественного контроля и независимой оценки качества работы медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В результате реализации основных направлений развития здравоохранения, выстраивания многоуровневой системы медицинского

обслуживания и развития специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, повысится выявление заболеваний на ранних стадиях и эффективность лечения, улучшатся показатели здоровья населения края, до 77 лет возрастет продолжительность жизни.

К 2030 году общий коэффициент смертности в крае сократится на 30 % (с 12,7 случаев на 1000 человек в 2014 году до 9 случаев на 1000 человек). На 15-60 % будет сокращена смертность по всем основным причинам и социально-значимым заболеваниям, при этом будет обеспечена опережающая динамика показателей по сравнению с российскими.

Более чем два раза снизится младенческая смертность в результате мер профилактики и выстраивания трехуровневой системы перинатальной помощи (с 8,3 случаев на 1000 родившихся живыми в 2014 году до 4 случаев на 1000 родившихся) [23].

3 Разработка направлений решения проблем здравоохранения территорий Красноярского края

3.1 Исследование направлений развития здравоохранения территорий

К настоящему времени с 2012 г. были осуществлены некоторые мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения города Шарыпово.

Частично проведено оснащение учреждений современным лечебно-диагностическим оборудованием.

Например, Филиал «Березовская ГРЭС» ПАО «Юнипро» выделил средства КГБУЗ «Шарыповской городской больнице» на приобретение эндоскопического оборудования для терапевтического отделения лечебного учреждения. Новый комплект включает в себя такие аппараты как гастродуоденоскоп, колоноскоп, бронхоскоп.

Оборудование позволяет проводить не только комплексные исследования пищевого тракта и бронхолегочной системы, но и лечебные процедуры при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, а также эрозиях пищевого и дыхательного трактов.

Помимо самих аппаратов был куплен стерилизатор, шкаф для хранения, мойка и ряд дополнительных устройств, позволяющих продлить срок эксплуатации оборудования.

Сотрудничеств ПАО «Юнипро» и учреждений здравоохранения города Шарыпово носит долгосрочный характер. На средства энергетиков в 2013 году был приобретен эндоскопический аппарат для Шарыповской поликлиники. Годом ранее в поликлинике был подарен экспертный аппарат УЗИ. Новое оборудование в прошлом году получил городское родильное отделение.

Для хирургического отделения в 2015 году были приобретены мобильные рентгенустановки и визиограф.

Возрос показатель обеспеченности врачами клинических специальностей. В отдаленных от поликлиник микрорайонах города открыто 5 кабинетов общей врачебной практики и 3 стоматологических кабинета.

В 2013 году, согласно закону Красноярского края от 26.06.2014 № 6-2503 «Об исполнении краевого бюджета на 2013 год», была осуществлена реконструкция здания хирургического отделения КГБУЗ «Шарыповской городской больницы» с увеличением площади корпуса № 6 «Больничного городка» г. Шарыпово.

Государственным заказчиком явилось Краевое государственное казенное учреждение «Управление капитального строительства». Утвержденная сумма, составляла 115000,0 тыс. руб., а исполнено – 106 880,9 тыс. руб.

Удалось повысить доступность для населения первичной медико-санитарной помощи и улучшить качество лечебно-диагностической помощи.

Вместе с тем, в системе здравоохранения г. Шарыпово, остается ряд нерешенных проблем.

Так, КГБУЗ «Шарыповская городская больница» недостаточно оснащена лечебно-диагностическим оборудованием в соответствии с табелем оснащения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.12.2005 № 753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований» [5].

Так, например, кабинет врача-эндокринолога, не оснащен такой медицинской техникой как: анализатор активности щитовидной железы, медицинский ручной динамометр, ультрафиолетовый, гелиотерапевтический облучатель, медицинский поляриметр, стетофонендоскоп, отражательный фотометр.

В большинстве учреждений здравоохранения необходимо проведение капитального ремонта. Установка по обеззараживанию сточных вод в инфекционном отделении КГБУЗ «Шарыповская городская больница»

находится в аварийном состоянии, что может привести к распространению инфекционных заболеваний среди населения и ухудшит санитарно-эпидемиологическую ситуацию в городе Шарыпово.

Для снижения нагрузки на КГБУЗ «Шарыповская городская больница» как минимум требуется открытие 2 кабинетов общей врачебной практики. Также необходимо выделение площадей для КГБУЗ «Шарыповская городская больница». Несмотря на некоторое улучшение медико-демографической ситуации, на относительно высоком уровне сохраняется общая смертность населения.

Рождаемость стабилизировалась на недостаточном уровне: 13,9 детей на 1000 населения (в восьмидесятые годы 20 века она составляла 15,0-16,0 детей на 1000 населения). В городе Шарыпово происходит спад рождаемости с годами. По сравнению с 2013г рождаемость составила 14,2%, в 2015 отмечился спад на 0,3 %.

Серьезную озабоченность вызывает состояние физического и нравственно-психологического здоровья подростков и молодежи, их репродуктивного здоровья.

Так, заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем составляет 17,0 на 1000 подросткового населения, а доля подростков, имеющих хламидиоз составляет 16 % от числа обратившихся в городскую больницу, доля взрослого населения, из числа обратившихся, составляет всего 8 %.

Количество аборт у девушек-подростков составляет 29 % от их общего количества. Ежегодно до 25 % юношей призывного возраста признаются ограниченно годными к службе в Вооруженных Силах Российской Федерации.

По-прежнему учреждения здравоохранения испытывают недостаток врачебных кадров. В амбулаторно-поликлинических учреждениях и КГБУЗ «Шарыповская городская больница» дефицит врачей составляет 84 человека.

С целью закрепления молодых врачей для работы в городе предусматривается выплата им подъемных средств в течение первого года работы после окончания интернатуры при условии заключения трудового договора на 3 года.

Для вновь открывающихся кабинетов общей врачебной практики требуется подготовка 4 специалистов (врачей).

Перечисленные основные проблемы подтверждают необходимость разработки направлений и мероприятий по повышению доступности и качества услуг здравоохранения, здоровья населения.

Направлениями развития здравоохранения муниципальных образований города Шарыпово являются:

- повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи;

- снижение заболеваемости населения;

- улучшение репродуктивного здоровья населения.

Первоочередными задачами в рамках указанных направлений являются:

- развитие сети кабинетов общей врачебной практики;

- организация центра реабилитации больных после перенесенного инсульта или инфаркта миокарда;

- организация центра по охране репродуктивного здоровья подростков;

- организация центра грудного вскармливания;

- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения г. Шарыпово;

- укомплектование первичного звена здравоохранения врачебными кадрами.

Для решения перечисленных задач предлагается реализация следующих мероприятий.

1. Организационно-управленческие мероприятия: организация «Школ здоровья» в учреждениях здравоохранения с целью формирования здорового образа жизни у населения с освещением их деятельности в средствах массовой информации.

2. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения:

— реконструкция незавершенного строительством здания приемного отделения и операционного блока КГБУЗ «Шарыповская городская больница»; проведение капитального ремонта КГБУЗ «Шарыповская городская больница»;

— реконструкция родильного отделения КГБУЗ «Шарыповская городская больница»;

— капитальный ремонт кровли главного корпуса КГБУЗ «Шарыповская городская больница»;

— капитальный ремонт помещений КГБУЗ «Шарыповская городская больница» под центр реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда;

— приобретение медицинского оборудования для поликлиники города: датчики для УЗИ сердечно-сосудистой системы (5 ед.); аппарат мониторинга сердечно-сосудистой системы «По Холтеру» (6 ед.); маммограф (1 ед.);

— приобретение современного лечебно-диагностического оборудования для КГБУЗ «Шарыповская городская больница»;

— приобретение лечебно-диагностического оборудования для КГБУЗ «Шарыповская городская больница»;

— оснащение центра реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда медицинским оборудованием;

— оснащение центра грудного вскармливания;

— оснащение центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи медицинским оборудованием, мебелью, оргтехникой.

3. Мероприятия по повышению уровня здоровья населения: дополнительная диспансеризация работающих граждан (8000 чел. ежегодно); дополнительная диспансеризация работающих в условиях, связанных с вредными факторами (2500 чел. ежегодно); дополнительная иммунизация обязательных контингентов населения против гриппа (15 тыс. чел. ежегодно); дополнительная иммунизация взрослого населения против гепатита В (6500 чел. ежегодно).

4. Кадровая политика:

— оплата обучения 5 студентов в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

— оплата обучения 10 студентов в Красноярском базовом медицинском колледже имени В.М. Крутовского и 10 студентов в Красноярском медицинском техникуме;

— подготовка врачей общей практики для новых открывающихся кабинетов;

— выплата подъемных средств в течение первого года работы после окончания интернатуры молодым врачам (4 врача).

Перечисленные мероприятия являются первоочередными для доведения до региональных органов управления (Министерства здравоохранения Красноярского края) и решения их в приоритетном порядке для города. Перечисленные и проанализированные тенденции в состоянии здоровья и системе здравоохранения города Шарыпово свидетельствуют, что существуют серьезные проблемы в системе управления отраслью, накопившиеся годами и решаемые нерегулярно и точечно. В связи с этим, в данной работе разработаны предложения для региональных органов управления системой здравоохранения Красноярского края в отношении учреждений здравоохранения города Шарыпово.

3.2 Предложения по решению проблем территорий в области качества и доступности медицинских услуг

Под доступностью медицинской помощи понимается возможность получения пациентом необходимой ему медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания.

Для решения проблем города Шарыпово в области качества и доступности медицинских услуг предлагается ряд мероприятий, представленных в табл. 8–11.

Таблица 8 – Организационно-управленческие мероприятия

N п/п	Наименование мероприятий	Сроки выполнения	Потребность финансовых средств в тыс. рублей	Источники финансирования
1	Организация «Школ здоровья» в учреждении здравоохранения с целью формирования здорового образа жизни у населения с освещением их деятельности в средствах массовой информации (2 школы на начальном этапе – одна школа для взрослого населения и одна школа для детей)	2018-2019 годы	Потребность в финансировании определяется размером оплаты труда работников (врачей и медицинских сестер), совмещающих должности (основную и в школе/центре)	Краевой бюджет
2	Организация центра грудного вскармливания при городской больнице (детском отделении и родильном отделении) с целью оказания помощи матерям в налаживании грудного вскармливания детей 1 года жизни (в родильном отделении и после выписки на дому)	2018-2019 годы	Потребность в финансировании определяется размером оплаты труда работников (врачей и медицинских сестер), совмещающих должности (основную и в школе/центре)	Краевой бюджет

Под «школой здоровья» понимаются средства и методы индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленные на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по профилактике заболеваний и повышения качества жизни, сохранению здоровья и с целью формирования здорового образа жизни у населения.

Целями школы являются:

— школы, созданные для лиц, больных неинфекционными заболеваниями, имеющими социальное значение;

— школы для беременных – с целью профилактики внутриутробного негативного воздействия различных факторов на плод: физических, психогенных, химических, инфекционных и др., подготовки к родам, а также получения ими навыков правильного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.

— школы для пациентов и лиц с факторами риска – организационная форма обучения целевых групп населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья: основной целью подобных школ является формирование определенной культуры отношения к укреплению здоровья, профилактике заболеваний с учетом потенциальных и имеющихся проблем.

В Школу направляются больные, не прошедшие обучение (первичный цикл) или больные, уже прошедшие обучение на повторный цикл (поддерживающий цикл). Численность пациентов в группе не более 8–10 человек. Занятия в Школе носят циклический характер и проводятся в интерактивной форме. Полный цикл обучения в Школе состоит из 6-8 занятий по 90 минут. Продолжительность обучения пациентов обычно составляет 1-2 месяца; периодичность занятий – 1-2 раза в неделю; продолжительность занятий 1-1,5 часа.

Структура занятий:

- 20–30 % – лекционный материал;
- 30–50 % – практические занятия;
- 20–30% – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;
- 10 % – индивидуальное консультирование.

Занятия проводятся в группах по 8-10 человек; контингент слушателей для занятий в Школе здоровья отбирается врачом (фельдшером) на основании данных анамнеза, результатов клинко-инструментальных и биохимических исследований с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих

заболеваний; набранная группа пациентов является «закрытым коллективом», т.е. в процессе проведения занятий к ней не присоединяются новые больные; критерии исключения: нарушение когнитивных функций; наличие острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации.

Для реализации организационно-управленческих мероприятий необходимо:

— для организации «Школ здоровья» необходимо привлечение врачей (2 человека) и среднего медицинского персонала (2 человека), 2 работника для проведения занятий по общефизической подготовке с детьми, подростками и взрослым населением (должен быть составлен график занятий по дням недели для разных категорий населения). Требуется организация работы 3 кабинетов при городской больнице, оснащенных мебелью;

— для организации центра грудного вскармливания: выделение врачей (2 человека) и среднего медицинского персонала (3 человека), которые могут совмещать работу в детском и родильном отделении городской больницы города Шарыпово. Также требуется выделение одного кабинета для ежедневного приема пациентов (при детском отделении городской больницы) и оснащение его мебелью. Работа центра грудного вскармливания должна предполагать возможность посещения матери и ребенка на дому.

Далее были разработаны приоритетные мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения города Шарыпово (табл. 9).

Таблица 9 – Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения города Шарыпово Красноярского края

№ п/п	Наименование мероприятий	Сроки выполнения	Потребность финансовых средств в тыс. рублей	Источники финансирования
1	Реконструкция незавершенного строительством здания приемного отделения и операционного блока МУЗ «Шарыповская городская больница»	2018-2019	1 500 000	Краевой бюджет
2	Завершение капитального ремонта КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	2018-2019	1 100 000	Краевой бюджет
3	Капитальный ремонт кровли главного корпуса КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	2018-2019	500 000	Краевой бюджет
4	Капитальный ремонт помещений МУЗ «Шарыповская городская больница» под центр реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда	2018-2020	750 000	Краевой бюджет
Приобретение медицинского оборудования				
5	- датчики для УЗИ сердечно-сосудистой системы (5 ед.)	2018-2019	1 250 000	Частные инвестиции БГРЭС
	- аппарат мониторинга сердечно-сосудистой системы «По Холтеру» (6 ед.)	2018- 2019	556 000	Краевой бюджет
	- маммограф (1 ед.)	2018-2019	500 000	Краевой бюджет
6	Приобретение современного лечебно-диагностического оборудования для КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	2018-2019	1 200 000	За счет платных услуг КГБУЗ
7	Оснащение центра реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда медицинским оборудованием, центра грудного вскармливания	2018-2019	320 000	Краевой бюджет
8	Оснащение центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи мед.оборудованием, мебелью, оргтехникой	2018-2019	280 000	Частные инвестиции БГРЭС

Оценка стоимости работ и приобретения оборудования произведена на основании данных, предоставленных КГБУЗ «Шарыповская городская больница», а также на основании данных сайта гос. закупок (zakupki.gov.ru).

Таблица 10 – Мероприятия по повышению уровня здоровья населения города Шарыпово Красноярского края

N п/п	Наименование мероприятий	Сроки выполнения	Потребность финансовых средств в тыс. рублей	Источники финансирования
1	Дополнительная диспансеризация работающих граждан (4500 чел. ежегодно)	2018-2019	270 000	Краевой бюджет
2	Дополнительная диспансеризация работающих в условиях, связанных с вредными факторами (2500 чел. ежегодно)	2018-2019	1 100 000	Краевой бюджет
3	Дополнительная иммунизация обязательных контингентов населения против гриппа (25 тыс. чел. ежегодно)	2018-2019	504 525	Краевой бюджет
4	Дополнительная иммунизация взрослого населения против гепатита В (6500 чел. ежегодно)	2018-2019	168 175	Краевой бюджет

Таблица 11 – Мероприятия по решению кадровых проблем городской больницы города Шарыпово Красноярского края

N п/п	Наименование мероприятий	Сроки выполнения	Потребность финансовых средств в тыс. рублей	Источники финансирования
1	Оплата обучения 5 студентов в в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Оплата обучения 10 студентов в Красноярском базовом медицинском колледже имени В.М. Крутовского и 10 студентов в Красноярском медицинском техникуме	2018-2019	$146\,500 \cdot 5 = 732\,500$ $33\,000 \cdot 10 = 330\,000$ $35\,000 \cdot 10 = 350\,000$ Итого: 1 412 500	Краевой бюджет
2	Подготовка врачей общей практики для новых открывающихся кабинетов	2018-2019	650 000	Краевой бюджет
3	Выплата подъемных средств в течение первого года работы после окончания интернатуры молодым врачам (за исключением обучавшихся за счет средств бюджета города) (4 врача)	2018-2019	336 000	Краевой бюджет

С учетом разработанных мероприятий произведены расчеты плановых показателей системы здравоохранения и здоровья населения города (табл. 12).

Таблица 12 – Текущие и плановые показатели системы здравоохранения города Шарыпово Красноярского края

Наименование показателя	2015 год	2018 год	2019 год	2020 год
Обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими учреждениями (в посещениях на 10 тыс. населения)	140,0	141,0	141,3	145,0
Снижение уровня общей заболеваемости (в процентах к уровню 2015 года)	11	10	12	13
Снижение заболеваемости подростков инфекциями, передаваемыми половым путем (в процентах к уровню 2015 года)	3,0	2,0	2,5	1,5
Снижение количества абортс среди девушек-подростков (в процентах к уровню 2015 года)	2,0	1,5	2,0	1,8
Инфекционная заболеваемость населения управляемыми инфекционными болезнями (число на 10 тыс. населения)	10,1	10,2	9,7	8,9
Возвращение к работе или к активной жизни лиц, перенесших острый инфаркт миокарда (в процентах от числа лиц, перенесших острый инфаркт миокарда)	35,3	60,0	70,0	73,0
Доля населения, охваченного диспансеризацией (в процентах)	75	75	85	87
Доля трудоспособного населения, охваченного диспансеризацией	53	58	62	65
Доля амбулаторных учреждений, имеющих медицинское оборудование в соответствии с табелем оснащения (в процентах от общего количества учреждений)	25	20	40	75
Доля капитально отремонтированных отделений в муниципальных учреждениях здравоохранения от потребности (в процентах)	69	71	73	75
Обеспеченность врачами населения (число врачей в МУЗ в расчете на 10 тыс. населения)	25,2	26,2	26,4	28,0

Предложенные мероприятия планируется финансировать за счет средств краевого бюджета и частных инвестиций (БГРЭС).

Общая потребность финансовых средств составляет 17 334 700 тыс. рублей, в т. ч. из бюджета региона – 13 504 700 тыс. рублей, за счет частных средств (на условиях ГЧП) – 1 430 000 тыс. рублей.

Для оказания стационарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории города Шарыпово развернуто родильное отделение на 25 коек, которое занимает одну вторую часть пятиэтажного блочного здания, построенного под общежитие.

Здание было сдано в эксплуатацию в 1982 году, внутренняя перепланировка помещений, с учетом развертывания родильного отделения, не проводилась. До настоящего времени за смежной стеной родильного отделения находится действующее общежитие. Здание родильного отделения находится в жилом секторе, не имеет своей территории, отсутствует санитарно-защитная зона.

В 2007 г. году сотрудниками ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае» в г. Шарыпово была проведена санитарно-эпидемиологическая экспертиза состояния родильного отделения и было выдано заключение, что родильное отделение муниципального учреждения здравоохранения «Шарыповская центральная районная больница» не соответствует требованиям СанПин 2.1.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров» (здание имеет один вход, имеющаяся его структура и планировка помещений не исключают возможности перекрещивания «чистого» и «грязного» технологических потоков, отсутствуют санпропускники, не все развернутые площади соответствуют предъявленным требованиям, не подведена горячая и холодная вода в палаты новорожденных, матерей, отсутствует кондиционирование воздуха, система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением).

В зимний период на I -II этапах температура воздуха опускается до отметки +10 °С – 12 °С. Капитальный ремонт родильного отделения был проведен один раз, в 1996 году.

В феврале 2008 года закончилось действие лицензии на осуществление медицинской стационарной деятельности по специальности «акушерство и

гинекология», «неонтология». В связи с чем, Шарыповская межрайонная прокуратура неоднократно выносила представление об устранении нарушений законодательства о лицензировании. Существующее здание невозможно привести в соответствие с требованиями санитарного законодательства даже с учетом реконструкции, невозможно получение положительного санитарно-эпидемиологического заключения.

Органами Государственного пожарного надзора неоднократно выносились предписания об отсутствии второго пожарного выхода в родильном отделении, который не предусмотрен конструктивной схемой здания. Имеется заключение экспертной организации ООО «НеоПроект+» (свидетельство о допуске к подготовке проектной документации № П–128-2010-4559013103 от 12.08.2010 года №048/2010), которым установлена невозможность и даже опасность устройства второго пожарного выхода, поскольку здание не предназначено для медицинских целей.

На основании вышеизложенного следует, что давно назрела необходимость строительства нового родильного дома на территории города Шарыпово, но, учитывая тот факт, что в настоящее время идет оптимизация системы здравоохранения, поэтому, более целесообразно планировать строительство родильного дома с учетом оказания медицинской помощи не только беременным и роженицам г. Шарыпово и Шарыповского района, но и беременным и роженицам города Ужура и Ужурского района. В первую очередь этому способствует хорошая транспортная доступность (расстояние от города Ужура до города Шарыпово составляет 71 километр, а от города Ужура до города Ачинска 133 километра).

За основу расчета коечного фонда родильного дома было взято: количество беременных женщин, состоящих на учете в женской консультации с низкой и средней степенью риска: по г. Шарыпово – 678 человек и средней степенью риска по г. Ужур – 377 человек, что в целом составляет 1 055 человек.

Средняя длительность пребывания родильницы в акушерском стационаре – 5,0 койко/дней. Среднее число дней занятости акушерской койки в году – 290.

Исходя, из представленных данных следует, что количество акушерских коек составляет 18 шт.

Структура родильного дома строилась в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» [6]:

1. Структура родильного отделения на 30 коек: комната фильтр; физиологическое родовое отделение – 10 коек (50 %); смотровая; родовой зал; операционный блок; предоперационная палата; операционная; материальная; палата для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет.

2. Палата (пост) интенсивной терапии и реанимации для беременных женщин и родильниц – 3 койки из расчета на 1000 родов в год.

3. Обсервационное отделение – 8 коек (44 %); смотровая; палата патологии беременности; предродовая палата; родовой зал (индивидуальный родовой зал; операционный блок; предоперационная; операционная материальная; палата для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; палаты для новорожденных; манипуляционная; процедурный кабинет; изолятор (мельтцеровский бокс).

4. Отделение для новорожденных – 18 коек. Палата (пост) интенсивной терапии и реанимации новорожденных – 4 койки из расчета 4 койки на 1000 родов в год; кабинет вакцинопрофилактики новорожденных.

5. Отделение патологии беременности: 12 коек (66 %); палаты для беременных женщин; манипуляционная; процедурный кабинет.

6. Клинико-диагностическая лаборатория: кабинет функциональной диагностики; физиотерапевтический кабинет.

7. Централизованное стерилизованное отделение.

8. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами.

Институтом «Абакангражданпроект» в 2012 году была разработана проектно-сметная документация на строительство объекта «Роддом на 25 коек

в г. Шарыпово». Стоимость проектно-сметной документации на строительство роддома составила 5 800 тыс. руб.

В связи с отсутствием бюджетных ассигнований, оплата за выполненные работы по разработке проектно-сметной документации произведена не в полном объеме, а в пределах выделенного лимита 2007 года (средства краевого бюджета) в сумме 2 866,66 тыс. руб.

Для решения задач, поставленных Правительством Красноярского края (Постановление Правительства от 20.11.2009 № 592-п (ред. от 22.04.2011) «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае» и согласно Постановлению Правительства Красноярского края от 30.09.2013 № 516-п (ред. от 14.12.2016) «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» (с изм. и доп. вступившими в силу с 09.01.2017) следует:

— включить строительство объекта на 45 коек (25 акушерских коек, 20 гинекологических коек) в г Шарыпово на 2018–2020 годы;

— предусмотреть денежные средства на строительство объекта из регионального бюджета в сумме 820 421,50 тыс. руб.;

— разработку проектно-сметной документации на объект «Родильный дом на 45 коек» (25 акушерских коек и 20 гинекологических коек) в г. Шарыпово в сумме 15 000,00 тыс. руб.;

— оплата за проведение экспертизы проекта КГУ «Красноярская краевая государственная экспертиза» в сумме 5 975,60 тыс. руб.

На данный момент строительство роддома в городе Шарыпово приостановлено, в связи с нехваткой своевременного государственного финансирования. Для решения данной проблемы, необходимо привлечь частное финансирование. Частным партнером в данном случае, будет являться БГРЭС.

Березовская ГРЭС – филиал Э.ОН Россия, расположенный в г. Шарыпово (Красноярский край). Станция работает на буром угле. Установленная мощность – 1600 МВт. По итогам 2016 года выработка электроэнергии

составила 10,02 млрд. кВт/ч, отпуск тепла – 696,6 тыс. Гкал. Численность персонала 1011 человек. Всего с момента пуска Березовская ГРЭС выработала более 170 млрд. кВт.ч электроэнергии. Берёзовская ГРЭС работает в составе объединённой энергетической системы Сибири. Доля выработки станции в энергобалансе Сибири составляет около 6 %, в энергобалансе Красноярского края 18–20 % [19].

Для решения проблемы несвоевременного и недостаточного финансирования предлагается проект совместного финансирования строительства роддома, как механизм ГЧП.

На строительство данного объекта, в 2010 г., предполагалось финансирование полностью из Федерального бюджета [18]. Ввод в эксплуатацию родильного отделения, планировался в 2013–2014 гг. Государственная поддержка в виде прямого финансирования из федерального бюджета составляла 380 млн руб. Но, ввод в эксплуатацию родильного отделения так и не был введен в установленные сроки, в связи с задержкой и нехваткой средств из федерального бюджета.

На данный момент, финансирование строительства родильного отделения из федерального бюджета не предоставляется.

3.3 Оценка эффективности предложений развития здравоохранения города Шарыпово

В результате выполнения предложенных мероприятий общая заболеваемость населения должна снизиться на 10 %, а от управляемых инфекционных заболеваний на 7 %. К работе или к активной жизни будут возвращаться до 70 % лиц, перенесших острый инфаркт миокарда. Улучшится качество жизни лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Качественно нового уровня достигнет нравственно-психологическое и половое воспитание подростков.

Таблица 13 – Заболеваемость населения города Шарыпово Красноярского края за 2016 г. и прогнозный период

Показатели, %	Периоды		
	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	45,0	50,0	60,0
Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	34,0	36,0	38,0
Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	35,0	40,0	45,0
Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	30,0	32,0	35,0
Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом	5,0	7,0	9,0

Должна увеличиться обеспеченность врачами муниципальных учреждений здравоохранения, улучшится материально-техническая база муниципального здравоохранения. Открытие кабинетов общей врачебной практики позволит приблизить к населению первичную медико-санитарную помощь и повысить ее доступность (табл. 14). Реализация мероприятий позволит за счет профилактических мероприятий и снижения заболеваемости населения уменьшить экономические потери, улучшить демографическую ситуацию, повысить качество лечебно-диагностической помощи населению г. Шарыпово.

Кроме того, ремонт установки по обеззараживанию сточных вод инфекционного отделения КГБУЗ «Шарыповской ГБ» позволит предотвратить распространение инфекционных заболеваний среди населения и сохранит благополучную санитарно-противоэпидемическую обстановку в городе. Немаловажную роль, играет приобретение современного оборудования, которое позволит, улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

Таблица 14 – Обеспеченность медицинскими кадрами за периоды 2018–2020 гг. города Шарыпово

Показатели, на 10 тыс. человек населения	Периоды		
	2016 г.	2018 г.	2020 г.
Обеспеченность населения врачами - всего населения, в том числе:	36,3	37,1	38,0
городского населения	38,5	38,6	38,8
сельского населения	17,6	17,8	17,9
оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях - всего населения, в том числе:	18,2	18,3	18,3
городского населения	19,6	19,6	19,8
сельское население	8,4	8,6	9,0
оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях - всего населения, в том числе:	13,5	13,5	13,5
городское население	15,5	15,5	15,5
сельское население	7,8	7,8	7,8
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом — всего населения, в том числе:	100,6	101,4	102,5
городское население	104,1	104,2	104,6
сельское население	76,7	76,7	76,8
оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях - всего населения, в том числе:	47,4	47,6	47,8
городское население	49,1	49,2	49,6
сельское население	41,8	41,8	41,9
оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях - всего населения, в том числе:	43,5	43,6	43,6
городское население	48,0	48,2	48,4
сельское население	30,0	30,0	30,0

В городе Шарыпово уже был положительный опыт реализации механизма ГЧП в сфере здравоохранения. Для того чтобы решить проблему ветхого состояния хирургического отделения, МБУЗ «Шарыповской ГБ» был заключен договор с БГРЭС о государственно-частном партнерстве. На ремонт было выделено 115 млн рублей из краевого бюджета. Здание корпуса – самое старое медицинское учреждение города: его построили еще в 1967 году, и оно было сельской больницей. 6 млн руб. было выделено БГРЭС, где 3 млн руб. было выделено на приобретение оборудования. Врачи получили современный аппарат УЗИ, передвижной рентгеновский аппарат и рентгенсистему С-дуга, комплект эндоскопического оборудования, плазменный стерилизатор и многое

другое. За выделение денежных средств на медицинское оборудование, БГРЭС получает льготы по налогообложению.

В данном проекте рассмотрим вариант государственно-частного партнерства родильного отделения КГБУЗ «Шарыповской ГБ» и БГРЭС.

Предполагается, что на строительство данного объекта требуется из краевого бюджета выделить 338 421 тыс. руб., из этой суммы, софинансирование города на строительство отсутствует, средства из федерального бюджета, как сказано выше, не предусмотрены. Перспективным направлением решения проблемы недостатка государственного финансирования является механизм ГЧП.

За выделение денежных средств на строительство родильного отделения города Шарыпово БГРЭС от государства предоставляются льготы по налогообложению. Общий доход БГРЭС составляют 6 540 млн руб., 850 млн руб. – облагаемая налогом прибыль БГРЭС, 77 млн руб. тратится на социальную сферу, из 77 млн руб. 6 млн руб. выделяется на оборудование (аппарат ИВЛ, аппарат УЗИ, КЮВЕЗЫ и т.д.). В связи с нехваткой средств из регионального и местного бюджета, предполагается финансирование от БГРЭС не только на оборудование, но и на строительство.

Реализация государственно-частного партнерства в здравоохранении потребует принятия в Красноярском крае законов и подзаконных актов устанавливающих порядок реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Далее дадим оценку предложенным мероприятиям.

Для оценки предложенных мероприятий, рассмотрим таблицу 15, в которой предлагается проект по решению проблемы с нехваткой финансирования для скорейшего завершения строительства.

Таблица 15 – Проектные показатели строительства родильного отделения в городе Шарыпово

Название и описание проекта	«Строительство родильного отделения на 25 акушерских коек»		«Строительство родильного отделения на 25 акушерских и 20 гинекологических коек»			
	Региональный бюджет		Федеральный бюджет	Региональный бюджет	Местный бюджет	Частные инвесторы (Березовская ГРЭС - филиал ОАО "Э.ОН Россия)
Инвесторы проекта: финансирование проекта осуществляется за счет средств	Региональный бюджет		Федеральный бюджет	Региональный бюджет	Местный бюджет	Частные инвесторы (Березовская ГРЭС - филиал ОАО "Э.ОН Россия)
тыс. руб.:	100 000 (план 2008 г.)		—	820 421,50 тыс. руб.	—	38 421 тыс. руб.
Всего, тыс. руб.:	210 000 (план 2008 г.)		820 459 921 тыс. руб.			
Сроки реализации:	2016 - 2020 гг.		2018 – 2020 гг.			
Разработка проектно-сметной документации (ПСД):	Институт «Абакангражданпроект», 2008 г., стоимость: 5 800 тыс. руб.		—			
Оплачено за разработку ПСД	—	2 866,66 тыс. руб. (49 %)	—	15 000,00	—	—
Оплата 51 % ПСД и ее доработка, 2017 г.	—	2 933,34 тыс. руб. (51 %) + 4 200 тыс. руб. (доработка)	—	—	—	—
Экспертиза проекта КГУ «Красноярская краевая государственная экспертиза»	—	1 200 тыс. руб.	—	5975,60 тыс. руб.	—	—
Фактически выделено финансирования	—	11 200 (2009 - 2012 год)	—	—	—	—
Стоимость строительства объекта в ценах II квартала 2017 г.	—	216 000 тыс. руб.	—	820421,50 тыс. руб.	0	38 421 тыс. руб.
Итого:	—	227 200 тыс. руб.	820459921+11 200 = 820476121 тыс. руб.			
Влияние на экономику территории						
Новых постоянных рабочих мест (ед.)	40		60 (с учетом увеличения мощности объекта)			

Из данных таблицы 15, можно увидеть, что изначально планировалось строительство родильного отделения на 25 акушерских коек, но так и не было осуществлено в установленные сроки. Финансирование проекта планируется осуществить за счет средств регионального бюджета. По плану на 2008 г., общая сумма составляла 210 000 руб. Сроки реализации данного проекта 2016-2020 гг. На данный момент, финансирование из средств федерального бюджета не предоставляется, поэтому, проект приостановлен. Финансирование планируется из средств регионального бюджета и за счет частных инвестиций.

Видим, что стоимость проектно-сметной документации составляла 5 800 тыс. руб. За разработку ПСД, региональным бюджетом было оплачено только 49%, т.е. 2 866,66 тыс. руб., а также 15000,00 на разработку 45 коек. В 2017 году, оплата ПСД составила 51 % плюс 200 000 руб. доработка. Также региональным бюджетом было выделено 1 200 тыс. руб. на Красноярскую краевую государственную экспертизу, фактически выделено 11 200 руб. в период за 2009–2011 гг. На экспертизу строительства роддома на 45 акушерских коек выделено 5 975,60 тыс. руб. Стоимость строительства объекта составила 216 000 тыс. руб. В итоге общая сумма на строительство родильного отделения составила 227 200 тыс. руб. (на 25 коек).

На данный момент предполагается выделить 820 421,50 – из регионального бюджета, частный инвестор (Березовская ГРЭС – филиал ОАО «Э.ОН Россия») выделит сумму, в размере 38 421 тыс. руб., плюс 11 200 тыс. руб. уже выделено региональным бюджетом. В итоге общая сумма на строительство составит 820 476 121 тыс. руб. (45 коек)

В результате механизма ГЧП, видим появление 60 новых постоянных рабочих мест.

В результате строительства данного родильного отделения в городе Шарыпово:

- увеличится количество новых рабочих мест (60 ед.);
- строительство роддома будет планироваться с учетом оказания медицинской помощи не только беременным и роженицам г. Шарыпово и

Шарыповского района, но и беременным и роженицам города Ужура и Ужурского района. В первую очередь этому способствует хорошая транспортная доступность (расстояние от города Ужура до города Шарыпово составляет 71 километр, а от города Ужура до города Ачинска 133 километра);

— с появлением нового роддома и оснащенный современным оборудованием, исчезнет необходимость направлять рожениц и беременных с высокой и средней степеней патологического риска, в родильные дома, находящиеся в г. Ачинске и г. Красноярске.

Сумма, запрашиваемая у ГРЭС для финансирования капитального строительства родильного отделения на 45 коек составляет 38 421 тыс. руб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Конституция РФ определяет здравоохранение как предмет совместного ведения РФ и ее субъектов. В соответствии с этим система управления здравоохранением носит иерархический характер. Основной объем массовых видов медицинской помощи населению оказывается на территориальном уровне. Система здравоохранения включает в себя лечебно-профилактические и иные учреждения системы здравоохранения, ведомственные учреждения, фармацевтические учреждения.

Главная цель здравоохранения – удовлетворение потребностей населения в услугах сферы здравоохранения, отнесенных к предметам ведения местного самоуправления, на уровне не ниже государственных минимальных социальных стандартов.

На основе комплексного подхода осуществлено исследование проблем системы здравоохранения территорий Красноярского края, а также, разработаны методы и анализ разрешения проблем в данной сфере. Изучена теоретическая и методологическая основа состояния сферы здравоохранения г. Шарыпово и Красноярского края, дан анализ ситуации в сфере здравоохранения в городе Шарыпово.

В данной работе, направлениями развития здравоохранения территорий города Шарыпово являются:

— повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи;

— снижение заболеваемости населения и повышение качества жизни;

— улучшение репродуктивного здоровья населения.

Первоочередными задачами в рамках указанных направлений являются:

— развитие сети кабинетов общей врачебной практики;

— организация центра реабилитации больных после перенесенного инсульта или инфаркта миокарда;

— организация центра по охране репродуктивного здоровья подростков;

— укрепление материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения;

— укомплектование первичного звена здравоохранения врачебными кадрами.

Для решения перечисленных задач предлагается реализация следующих мероприятий:

— организационно-управленческие мероприятия: организация «Школ здоровья» в учреждениях здравоохранения города с целью формирования здорового образа жизни у населения с освещением их деятельности в средствах массовой информации;

— укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения: реконструкция незавершенного строительством здания приемного отделения и операционного блока КГБУЗ «Шарыповская городская больница»; проведение капитального ремонта КГБУЗ «Шарыповская городская больница»; капитальный ремонт кровли главного корпуса КГБУЗ «Шарыповская городская больница»; капитальный ремонт помещений КГБУЗ «Шарыповская городская больница» под центр реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда; приобретение медицинского оборудования для поликлиники города; оснащение центра реабилитации больных после инсульта или инфаркта миокарда медицинским оборудованием; оснащение центра охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи медицинским оборудованием, мебелью, оргтехникой;

— мероприятия по повышению уровня здоровья населения: дополнительная диспансеризация работающих граждан (4500 чел. ежегодно); дополнительная диспансеризация работающих в условиях, связанных с вредными факторами (2500 чел. ежегодно); дополнительная иммунизация обязательных контингентов населения против гриппа (25 тыс. чел. ежегодно); дополнительная иммунизация взрослого населения против гепатита В (6500 чел. ежегодно);

— кадровая политика: оплата обучения 5 студентов в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; оплата обучения 10 студентов в Красноярском базовом медицинском колледже имени В.М. Крутовского и 10 студентов в Красноярском медицинском техникуме; подготовка врачей общей практики для новых открывающихся кабинетов; выплата подъемных средств в течение первого года работы после окончания интернатуры молодым врачам (4 врача).

Проанализированы основные проблемы здравоохранения на территориальном и краевом уровне, определена их специфика и возможность их устранения. Разработаны предложения по усовершенствованию проблем сферы здравоохранения на территориальном уровне, а также разработаны рекомендации по решению этих проблем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) // Российская газета. 25.12.1993. № 237.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 23.11.2011. № 263.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318 (утратил силу).
4. Александрова А.Л., Колесник А.Ю., Якимович М.В. Методика мониторинга результативности услуг здравоохранения на муниципальном уровне. М., 2005. – 80 с.
5. Антропов В. В. Бюджетная система здравоохранения: три варианта одной модели / В. В. Антропов // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 11/12. – С. 5–10.
6. Аюшиев А. Д. Об актуальных вопросах финансирования здравоохранения / А. Д. Аюшиев, А. М. Баженов // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 10. – С. 31–38.
7. Бабушкина Е.И. Модернизация здравоохранения: интеграция отечественного и зарубежного опыта / Гайдарова А.Х., Долгова И.Г., Кимпаев И.А., Малишевская Т.Н., Разумова Т.О., Чернова Т.В. // Москва, 2014.
8. Бойко Ю. П. Концептуальные подходы к реформированию систем охраны здоровья в мире / Ю. П. Бойко, Г. А. Комаров, Л. А. Меламед // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 2. – С. 5–14.
9. Винокуров Б.Л., Яковлев Е.П., Грачев А.Г. Управление муниципальными субъектами в государственной системе здравоохранения. - М., 2009. - 104 с.
10. Вялков А. И. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения / А. И. Вялков // Главврач. – 2005. – № 3. – С. 25–33.

11. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. - М: ГЭОТАР-Мед, 2003. - 528 с.
12. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. - М., ГЭОТАР-Мед, 2001. - 336 с.
13. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - №1. - 92 с.
14. Галкин В. А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи – актуальная задача здравоохранения / В. А. Галкин // Терапевтический архив. – 2005. – № 1. – С. 6–8.
15. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007. – 109 с.
16. Заборовская А. С. Организация финансирования здравоохранения в регионах России / А. С. Заборовская, С. В. Шишкин // Здравоохранение. – 2005. – № 11. – С. 41–49.
17. Иванова М.С. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт // Адвокат – 2003. – № 12. – С. 5-11.
18. Ильин В.А., Колинько А.А., Дуганов М.Д. Эффективность здравоохранения региона / Под рук-вом В.А. Ильина. Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.
19. Кузнецов П. П. О переходе учреждений здравоохранения на новую модель планирования и учета / П. П. Кузнецов // Главврач. – 2004. – № 12. – С. 84–88.
20. Кучеренко В. З. Основные направления реформирования российского здравоохранения на современном этапе / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 8. – С. 11–19.
21. Пищита А.Н. Реформа законодательства о здравоохранении в РФ: основные тренды развития российского здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 2. – С. 76-82.
22. Саадиева М.М. Региональная модернизация здравоохранения // Финансы и кредит. – 2014. – № 5 (581). – С. 50-53.

23. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф. Актуальные аспекты заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Сибирском федеральном округе // Медицина экстремальных ситуаций. – 2013. – № 2 (44). – С. 12-16.

24. Урсу Е.П., Куликов А.Ю. Финансирование системы здравоохранения на региональном уровне. Взаимосвязь качественных и количественных показателей с величиной финансирования здравоохранения // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2014. – Т. 2. – № 4. – С. 69-74.

25. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) / М. Г. Колосницына, Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, А. Л. Темницкий, И. М. Шейман, С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 80 с.

26. Цыганкова С. М., Левкевич М. М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения: монография / С. М. Цыганкова, М. М. Левкевич. – М: Инфра-М. – 2014. – 156 с.

27. Чемодурова Н.А. Опыт интеграции учреждений здравоохранения Самарской области с единой государственной информационной системой здравоохранения для управления административно-хозяйственной деятельностью // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 1. – С. 6-12.

28. Щепин В. О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития / В. О. Щепин, В. К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 2. – С. 3–7.

29. Щепин В. О. Структурные преобразования в здравоохранении: монография / В. О. Щепин. – М.: РАРОГЪ, 1997. – 221 с.

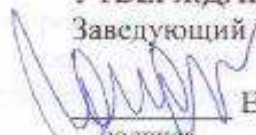
30. Щепин В. О. Актуальные вопросы информатизации в здравоохранении и медицинской науке / В. О. Щепин, В. А. Тишук // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 4. – С.
3–5.

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт экономики, управления и природопользования
Кафедра социально-экономического планирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой



Е.В. Зандер

подпись

« 23 » 06 2017г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

080504.65 – Государственное и муниципальное управление

Решение проблем здравоохранения территорий Красноярского края

Научный
руководитель


подпись, дата

доцент, канд. экон. наук
должность, ученая степень

Е.В. Лобкова
инициалы, фамилия

Выпускник


подпись, дата

С.В. Нарожная
инициалы, фамилия

Рецензент


подпись, дата

доцент кафедры экономики
канд. экон. наук
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный
университет науки и технологий имени
академика М.Ф. Решетнева»

А.В. Цветных
инициалы, фамилия

Красноярск 2017