

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 инициалы, фамилия
«_____» _____ 20____ г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

Совершенствование системы управления здравоохранением в Красноярском крае

38.03.04 «Государственное и муниципальное управление»
38.03.04.11 «Региональное управление»

Руководитель _____ доцент, канд. физ.-мат.. наук А.Р. Семенова
подпись, дата должность, ученая степень инициалы, фамилия

Выпускник _____ И.О. Кучменко
подпись, дата инициалы, фамилия

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1 Теоретические аспекты развития здравоохранения в Красноярском крае	7
1.1 Нормативно–правовое регулирование здравоохранения в Российской Федерации	7
1.2 Анализ и сравнение системы здравоохранения Российской Федерации и Красноярского края. .	12
Приоритеты и цели в области здравоохранения в Российской Федерации установлены следующими стратегическими документами	15
Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р;.....	15
Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351;.....	16
государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 (далее – государственная программа Российской Федерации);.....	16
Указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».....	16
и задачи государственной соответствуют приоритетам развития Красноярского , отраженным в Стратегии социально-экономического Красноярского края до года (далее – Стратегии). программа сформирована в с приоритетами, вытекающими из медико-демографической ситуации, состояния здравоохранения, его материально-технической , кадровой ситуации, а в соответствии с целями и , определенными мероприятий, утвержденным Губернатора Красноярского от 28.02.2013 № 61-рг «Об плана («дорожной карты») « в отраслях социальной , направленные на повышение здравоохранения в крае».....	16
Цель государственной программы Красноярского края соответствует цели, определенной в государственной программе Российской Федерации, и направлена на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи	16
Основными приоритетами развития здравоохранения Красноярского края, как и Российской Федерацией, являются: развитие системы первичной медицинской помощи, доступность первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни, лекарственное обеспечение населения Красноярского края; совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка; совершенствование кадровой политики, в том числе повышение качества	

медицинского образования; развитие информатизации в здравоохранении; повышение эффективного управления системой здравоохранения.....	16
1.3 Медицинская помощь в Красноярском крае.....	17
2.1 Анализ государственной системы здравоохранения Красноярского края.....	21
2.2 Состояние развития системы здравоохранения в Красноярском крае	31
2.3 Анализ Государственной программы «Развитие здравоохранения» в Красноярском крае	42
3 Пути улучшения развития системы здравоохранения Красноярского края	53
3.1 Направления улучшения государственного управления с целью изменений стратегического развития системы здравоохранения РФ	53
3.2 Мероприятия для улучшения системы здравоохранения Красноярского края	57
3.3 Предложения по совершенствованию программы Красноярского края «Развитие здравоохранения».....	66
Государственная программа Красноярского края «Развитие здравоохранения» (далее – Государственная программа) принята на основании Постановления Правительства Красноярского края от 30 сентября 2013 года № 516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения». В Приложении В приведен паспорт государственной программы Красноярского края.....	66
Изначально стоит отметить, тот факт, что сроки реализации программы указаны лишь в паспорте, поэтому уместно было бы предложить, чтоб название государственной программы выглядело следующим образом: Государственная программа Красноярского края «Развитие здравоохранения на период с 2014 по 2030 года»	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	74
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	76
ПРИЛОЖЕНИЕ А	82
ПРИЛОЖЕНИЕ В	88
Таблица В.1 – Паспорт государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения»	88
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	92
Таблица Г.1 – Паспорт программы Красноярского края «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы».....	92

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

Развитие здравоохранения как социально-экономической структуры должно происходить в гармоничном соответствии с экономическим и социальным развитием государства. Этот принцип тесно связан с вопросом служб и подразделов системы здравоохранения к национальным условиям.

Такая адаптация обеспечивается соответствующими технологиями принятия управлеченческих решений. Для управления системами здравоохранения с низкой степенью воли приемлемые и результативные классические приемы стратегического планирования, при которых в некоторой степени досягаемое планирование действий и их реализация в соответствии с условиями, которые изменяются, как самой системой, так и средой (сферы) ее функционирования.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В отношении населения РФ Конституция России 1993 г. закрепила право каждого на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Важнейшим нормативно-правовым актом, послужившим фундаментом для создания самостоятельного подразделения системы права – отрасли медицинского права, явились принятые в 1993 г. Основы законодательства РФ об охране здоровья

граждан.

Проблемы, накопившиеся в здравоохранении Красноярского края, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе, практически сформировался консенсус по поводу того, что в этой области необходимы существенные перемены. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие такие параметры системы здравоохранения России, как

- состояние здоровья населения;
- состояние системы здравоохранения;
- оценка населением состояния своего здоровья и его отношение к системе здравоохранения вообще и реформам в частности.

В настоящее время система здравоохранения Красноярского края сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями социально-экономического развития региона, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер.

Цель работы: совершенствование системы управления здравоохранением в Красноярском крае.

Объект исследования – система здравоохранения Красноярского края.

Предмет исследования – направления совершенствования системы управлением здравоохранения в Красноярском крае.

Задачи работы:

- исследованы теоретические и нормативно-правовые основы системы здравоохранения;
- проанализированы основные показатели здравоохранения в Красноярском крае;
- выявлены проблемы системы здравоохранения в Красноярском крае;
- разработаны предложения по совершенствованию управлением системой здравоохранения в Красноярском крае;

- проанализированы федеральные нормативно-правовые акты и государственные программы в сфере здравоохранения.

При написании работы был проведен сбор и анализ данных по показателям здравоохранения в Красноярском крае. Здравоохранение представляет собой особую сферу деятельности государства по обеспечению права граждан на жизнь и здоровье, усиление роли права, в том числе медицинского, в жизни общества, тем более в условиях проведения реформ, приобретает важное значение. Сегодня следует учитывать такой факт, что по ряду вопросов об охране здоровья граждан РФ законы и другие нормативно-правовые акты на федеральном уровне и особенно в регионах если и есть, то они во многом устарели и требуется их отмена или доработка и изменение.

1 Теоретические аспекты развития здравоохранения в Красноярском крае

1.1 Нормативно–правовое регулирование здравоохранения в Российской Федерации

Здравоохранение и медицинская деятельность – это широкая сфера общественных отношений, требующая правового регулирования. Такое регулирование медико-социальных отношений осуществляют компетентные государственные органы путем принятия соответствующих нормативных правовых актов.

В настоящее время система законов и иных правовых актов о здравоохранении и медицинской деятельности все более расширяется и совершенствуется.

Правовое регулирование медицинской деятельности осуществляется в рамках так называемого механизма правового регулирования. Современная теоретико-правовая наука включает в механизм правового регулирования:

- а) нормы права;
- б) правоотношения;
- в) акты реализации прав и обязанностей;
- г) акты применения права.

Естественно, что для полного (законченного цикла) правового регулирования общественных отношений только норм права и самих медико-социальных отношений недостаточно, необходимы также акты реализации прав и обязанностей и правоприменительные акты, издаваемые субъектами права. Без этих элементов весь механизм правового регулирования отношений лишается смысла, поскольку не осуществляется практическая реализация предписаний, содержащихся в нормах права. Но издание актов реализации прав и обязанностей и актов применения права – это уже юридическая практика, через которую собственно и осуществляется непосредственное воздействие права на общественные отношения.

Юридическая регламентация медицинской деятельности и медицинской помощи имеет как общеправовые основания, так и специфические характеристики. Действующее законодательство содержит необходимые организационно-правовые, финансово-правовые и процессуально-правовые механизмы, обеспечивающие реализацию и защиту конституционального права граждан на здоровье и медицинскую помощь (в том числе специализированную и высокотехнологичную), регулирование процесса взаимоотношений гражданина и субъектов, представляющих систему здравоохранения.

Законодательство о здравоохранении, осуществлении медицинской деятельности и оказании медицинской помощи является комплексным правовым образованием, в котором с учетом особенностей медико-социальных отношений проявляются три подхода (метода) к их регулированию: административно-правовой, гражданско-правовой и социально-правовой (смешанный).

Правовое регулирование в данной сфере общественных отношений включает в себя нормы:

- устанавливающие общие гарантии права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- закрепляющие систему и правовые статусы медицинских организаций;
- устанавливающие принципы охраны здоровья;
- определяющие юридические понятия и регламентирующие медицинскую деятельность (сам процесс получения медицинской помощи) в рамках отношения пациент – врач – медицинская организация (с учетом особенностей и специфики оказания отдельных видов медицинской помощи).

Общие гарантии права на охрану здоровья установлены Конституцией РФ и действующим законодательством. Основополагающими в данном контексте являются нормы ст. 41 Конституции РФ, которая гласит: «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, В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию».

Особой конституционной гарантией обеспечения права на охрану здоровья является система обязательного медицинского страхования, обеспечивающая в соответствии с законом возможность получения бесплатной медицинской помощи. Существует также ряд других законодательных гарантий, в том числе меры юридической ответственности. Право на охрану здоровья гарантируется не только российским законодательством, но и нормами международного права, в частности, Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод (от 4.11.1950 г.), которая запрещает жестокое и бесчеловечное обращение (ст. 3), запрещает произвольно лишать человека жизни (ст. 2), гарантирует защиту врачебной тайны (ст. 8), судебную защиту прав пациентов (ст. 5 и 6) и др.

Система здравоохранения законодательно определена и включает в себя органы государственной власти и управления, медицинские и фармацевтические организации и учреждения.

Организация охраны здоровья, как предусмотрено ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...»), указанный Федеральный закон осуществляется путем:

1) государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;

2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний (в том числе социально

значимых и представляющих опасность для окружающих), и по формированию здорового образа жизни населения;

3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;

4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

5) обеспечения аппаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания;

б) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

Законодательно закреплены девять основных принципов охраны здоровья (ст. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Прежде всего, все мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. При этом государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Также государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискrimинации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Другим принципом является приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Это обеспечивается путем:

1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных сотрудников медицинской организации;

- 2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;
- 3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
- 5) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

Кроме того, государство создает и развивает медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей (в том числе детей-инвалидов) и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Конкретные меры дисциплинарной, административной, уголовной, гражданско-правовой ответственности установлены специальным законодательством – Трудовым кодексом РФ, Кодексом об административных правонарушениях РФ, Уголовным кодексом РФ, Гражданским кодексом РФ.

Доступность и качество медицинской помощи – также важнейший принцип здравоохранения (ст. 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Общественные отношения в сфере осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи (т.е. медико-социальные отношения) широки и разнообразны. В то же время эти отношения, связанные со здоровьем человека, во многом специфичны, ибо обусловлены его физическим, нередко психическим состоянием в различных ситуациях общественной, политической, профессиональной, семейной, бытовой жизнедеятельности. Удельный вес такого рода общественных отношений, потребности в поддержании здоровья человека в надлежащем состоянии и его восстановлении (лечении) постоянно увеличиваются.

1.2 Анализ и сравнение системы здравоохранения Российской Федерации и Красноярского края

Изменения федерального законодательства привели к перераспределению ответственности и компетенции органов государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления. Полномочия органов государственной власти в части охраны здоровья населения определены законодательно, однако отсутствует полная организационно-правовая преемственность в оказании медицинской помощи на различных ее этапах. Это привело к общему рассогласованию в системе управления здоровьем населения и здравоохранением [1,2,3].

Муниципальный уровень управления здравоохранением находится в тесном взаимодействии с региональными системами здравоохранения. Несмотря на то, что в соответствии с законодательством эти системы функционируют как самостоятельные, муниципальное здравоохранение продолжает оставаться зависимым от субъекта федерации. Устойчивые традиции централизованного управления, недостаточность собственных

ресурсов, в том числе управленческих, отсутствие опыта, постоянно меняющаяся нормативно-законодательная база, незавершенность административных реформ создают условия для такой зависимости. Эта необходимость оправдана еще и тем, что основным принципом построения сети лечебно-профилактических учреждений остается этапность, требующая единого руководства и управления.

Муниципальное здравоохранение является частью системы здравоохранения субъекта федерации и во многом зависит от него. В настоящее время структура органов управления здравоохранением субъектов федерации и методы управления настолько разнообразны, что можно лишь говорить об общих чертах их работы и только в объеме полномочий, наделенных им Конституцией Российской Федерации и законодательством [4].

Согласно индексу эффективности систем здравоохранения субъектов РФ, Красноярский край в 2017 году занял 76 место из 85 возможных, при этом ухудшив свои позиции по сравнению с 2015 годом (см. табл. 1)

Таблица 1 – Оценка эффективности здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2017 году

Субъекты РФ	Оценка эффективности	ОПЖ при рождении (лет)	ВРП на душу населения (руб.)	Подушевые госрасходы на здравоохранение с учетом КД (руб.)	Продажа крепких алкогольных напитков на душу населения (литр)
1. Республика Дагестан	88,10	76,39	180824	13183	2,2
2. Ставропольский край	78,81	73,36	193489	14656	2,9

Окончание таблицы 1

3.Кабардино-Балкарская Республика	77,62	74,61	137437	15107	0,6
76.Красноярский край	26,55	70,4	565272	16155	6,6

Главным критерием при составлении списка стала ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Затем учитывались валовый региональный продукт, госрасходы на здравоохранение и уровень потребления крепкого алкоголя на душу населения.

Здравоохранение в Красноярском крае получило низкую оценку за эффективность. Для составления рейтинга, автором которого стала Высшая школа организации и управления здравоохранением, использовались данные Росстата за 2017 год.

Ранжирование происходило на основе четырех показателей, имеющих разный вес при подсчете. Главный показатель – ожидаемая продолжительность жизни при рождении (далее – ОПЖ). По нему можно сделать вывод каково здоровье населения целом. Анализировались также три показателя, влияющие на здоровье населения: валовой региональный продукт – от него косвенно зависят региональные расходы на медицину и возможность населения платить за медицинские услуги из собственных доходов, государственные расходы на здравоохранение, а также уровень потребления крепкого алкоголя на душу населения.

Ухудшение позиции региона в рейтинге связано с малой эффективностью расходования финансовых ресурсов в текущем году. Для того чтобы получить максимальный и быстрый эффект от увеличения государственного финансирования здравоохранения в виде снижения смертности (и соответственно роста ОПЖ), необходимо направлять дополнительные ресурсы на решение приоритетных проблем отрасли. Среди них – увеличение доступности массовых видов медицинской помощи: первичной медико-

санитарной помощи, бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, скорой и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, а также необходимо повышать эффективность управления ресурсами и правильно расставлять приоритеты.

Долгосрочные инвестиции в капитальное строительство и оказание дорогостоящих видов медицинской помощи (например, ЭКО и выхаживание младенцев с экстремально низкой массой тела) не могут привести к снижению показателей смертности всего населения. Более того, при снижении государственного финансирования здравоохранения увеличение объемов оказания этих видов медицинской помощи происходит за счет снижения других, более востребованных ее видов.

Очевидно, что сокращение потерь здоровья населения не может возлагаться лишь на один уровень власти или управления, будь то уровень Федерации, региона или муниципального образования [5]. На каждом уровне существуют ресурсы для воздействия на ситуацию: первичная и вторичная профилактика, доступность и качество первичной медико-санитарной помощи – на муниципальном уровне. На региональном и федеральном уровнях добавляются специализированная и высоко технологичная помощь, возможность разработки и финансирования целевых программ, направленных на детерминанты и предикторы неинфекционных заболеваний у различных групп населения [6,7].

Для этого необходимо разработать инструментарий, позволяющий своевременно получить и проанализировать информацию для принятия эффективных управленческих решений, направленных на комплекс проблем, определяющих здоровье населения, а также качество и доступность оказываемой медицинской помощи на всех ее этапах.

Приоритеты и цели в области здравоохранения в Российской Федерации установлены следующими стратегическими документами:

- Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением

Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р;

- Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351;

- государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 (далее – государственная программа Российской Федерации);

Указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

и задачи государственной соответствуют приоритетам развития Красноярского , отраженным в Стратегии социально-экономического Красноярского края до года (далее – Стратегии). программа сформирована в с приоритетами, вытекающими из медико-демографической ситуации, состояния здравоохранения, его материально-технической , кадровой ситуации, а в соответствии с целями и , определенными мероприятий, утвержденным Губернатора Красноярского от 28.02.2013 № 61-рг «Об плана («дорожной карты») « в отраслях социальной , направленные на повышение здравоохранения в крае».

Цель государственной программы Красноярского края соответствует цели, определенной в государственной программе Российской Федерации, и направлена на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи.

Основными приоритетами развития здравоохранения Красноярского края, как и Российской Федерации, являются: развитие системы первичной медицинской помощи, доступность первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни, лекарственное обеспечение населения Красноярского края; совершенствование специализированной, в том числе

высокотехнологичной, медицинской помощи; совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка; совершенствование кадровой политики, в том числе повышение качества медицинского образования; развитие информатизации в здравоохранении; повышение эффективного управления системой здравоохранения.

1.3 Медицинская помощь в Красноярском крае

В данный период для целей упорядочения организационного построения сети медицинских организаций разделены по видам, уровню предоставления медицинских услуг, условиям, формам медицинской помощи.

Медицинская помощь в Красноярском крае предоставляется по следующим видам:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов

и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшиими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи формируется как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях.

На первом уровне (подразделения районных и городских больниц и поликлиник) проводится выявление патологии, осуществление профилактической помощи, а также осуществление динамического диспансерного наблюдения за пациентами как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях, определение показаний для направления в межрайонные центры, оказание стационарной специализированной помощи по экстренным показаниям. На первом уровне оказывается медицинская помощь в условиях районных больниц и стационаров городских больниц, а также в городских поликлиниках и врачебных амбулаториях для прикрепленного населения.

На втором, межрайонном, уровне проводится определение возможности для проведения лечебных мероприятий на данном уровне либо установление показаний для направления в краевые медицинские организации. На втором уровне оказывается специализированная медицинская помощь (без высокотехнологичной специализированной медицинской помощи) в условиях медицинских организаций, на базе которых имеются монопрофильные и

многопрофильные специализированные межрайонные центры.

На третьем, региональном (краевом), уровне оказывается медицинская помощь пациентам, которым необходима высокозатратная технологичная медицинская помощь с использованием современной диагностической техники и высокотехнологичных методов исследования и лечения. На третьем уровне оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

При решении вопросов о расположении сети медицинских организаций учитывается:

- характер расселения населения;
- сложившиеся потоки движения больных;
- виды специализированной помощи для обслуживания межтерриториальных потоков;
- транспортная инфраструктура.

Кроме этого, принимается во внимание технологический стандарт медицинской организации (нормативы площади помещений, оснащение оборудованием, трудовые ресурсы, диагностические услуги).

На территории Красноярского края работает трехуровневая система оказания медицинской помощи больным по кардиологии, онкологии, травматологии, урологии, по акушерству и гинекологии, неонатологии.

На первом уровне наблюдение и оказание медицинской помощи предусмотрено для беременных с низкой степенью риска и осуществляется в районных больницах.

Второй уровень – для беременных средней степени риска. Он создан в 22 медицинских организациях Красноярского края, в том числе в 6 межрайонных центрах. Организован круглосуточный мониторинг состояния здоровья и течения беременности у женщин средней и высокой группы риска, состояния здоровья всех новорожденных для принятия своевременных решений о тактике ведения и переводе на следующий этап оказания помощи; за каждой

территорией Красноярского края закреплены кураторы от КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

В межрайонных центрах организованы реанимационно-консультативные центры с мобильными бригадами.

Третий уровень – КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (перинатальный центр). Именно здесь оказывают помочь беременным женщинам с высокой степенью риска и выхаживают новорожденных, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В данном учреждении действует круглосуточный акушерский и детский реанимационно-консультативные центры.

В год проводится более 2500 консультаций детей и 350 консультаций женщин. Около 400 детей и 100 женщин транспортируются санитарным транспортом, в том числе с использованием аппарата искусственной вентиляции легких – до 65 % от общего количества детей и женщин.

В соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи.

2 Анализ состояния здравоохранения Красноярского края

2.1 Анализ государственной системы здравоохранения Красноярского края

Развитие добычи полезных ископаемых, обрабатывающих производств, производства электроэнергии, газа и воды в Российской Федерации способствовали увеличению антропогенной нагрузки на окружающую среду.

Загрязнение окружающей среды различными отраслями промышленности, появление новых вызовов и угроз, потенцируя деградацию среды обитания, наносит ущерб здоровью населения и является острой экологической проблемой, имеющей приоритетное социальное и экономическое значение [9, 11, 14].

В городах, где сосредоточено промышленное производство и проживает основная часть населения, сложилась напряженная экологическая обстановка, связанная как с текущей работой предприятий, так и с наличием унаследованных от прошлой деятельности экологических проблем [16].

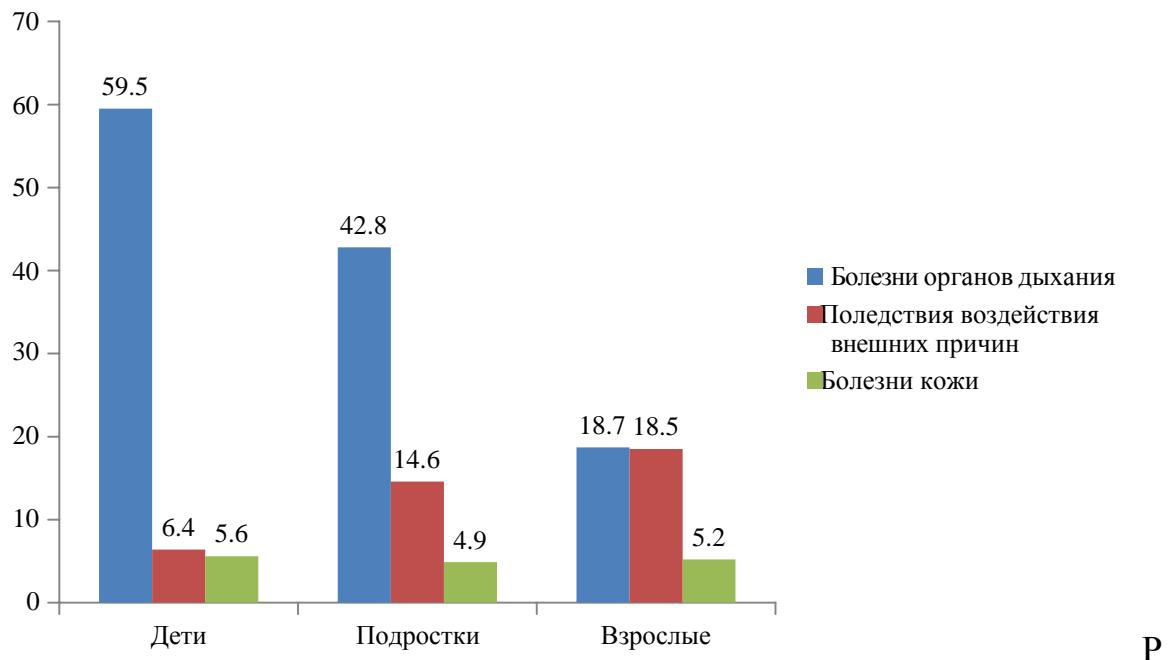
Существующая неблагоприятная окружающая среда современных городов, обусловленная интенсивным загрязнением выбросами промышленных предприятий и автотранспорта, вызывает рост заболеваемости и распространенности заболеваний всего населения, прежде всего детского, формирует экономические потери государства [15].

Становится очевидным, что здоровье населения является обобщенным показателем качества среды обитания и ее влияния на жизнедеятельность организма человека. В связи с этим показатели общественного здоровья являются интегральными индикаторами медико-экологического благополучия, критериями его оценки, а экологические процессы – ведущими детерминантами благополучия людей [13].

Промышленность Красноярского края как одного из регионов Российской Федерации с высокоразвитой индустрией и растущим уровнем

загрязнения от выбросов автотранспорта характеризуется значительным влиянием на состояние среды обитания его жителей. В этих условиях необходимым является мониторинг состояния здоровья населения как ведущего звена в изучении влияния на него факторов окружающей среды и формировании приоритетных мероприятий по устранению неблагоприятного воздействия факторов на здоровье населения, оценки и прогноза его состояния. Здоровье населения как комплекс количественных показателей, где в числе важнейших – показатели заболеваемости, в Красноярском крае характеризуется стабильным превышением средних показателей заболеваемости населения по Российской Федерации по многим классам болезней.

Заболеваемость с впервые установленным диагнозом среди населения Красноярского края в 2017 г. составила 785,9 случая на 1000 человек, достоверно снизившись по сравнению с 2016 г. на 2,5%.



Исунок 1 – Структура впервые выявленных заболеваний в Красноярском крае по возрастным группам (в %)

В структуре впервые выявленной заболеваемости населения первое место занимают болезни органов дыхания, на втором месте – травмы, отравления и

некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Третье место – болезни кожи и подкожной клетчатки у детей и подростков (рис. 1).

Показатели впервые выявленной заболеваемости населения Красноярского края в динамике за период 2013-2017 гг. и в сравнении с российскими данными представлены в Приложении А.

Показатели впервые выявленной заболеваемости населения Красноярского края превышают на протяжении 2013–2017 гг. средние данные по Российской Федерации по новообразованиям, болезням нервной системы, болезням системы кровообращения и пищеварения, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезням эндокринной и мочеполовой систем, болезням глаза и уха, травмам и отравлениям. Заболеваемость по классу болезней органов дыхания, крови и кроветворных органов, кожи и подкожной клетчатки регистрируется в крае ниже российского уровня. По болезням органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, врожденным аномалиям (порокам развития) уровень заболеваемости населения Красноярского края существенных различий не имеет.

Динамика показателей первичной заболеваемости населения Красноярского края за период 2013–2017 гг. нестабильна, так как наблюдается тенденция, как снижения, так и роста (см. рис. 2), но данная закономерность совпадает с тенденцией изменения российских данных.

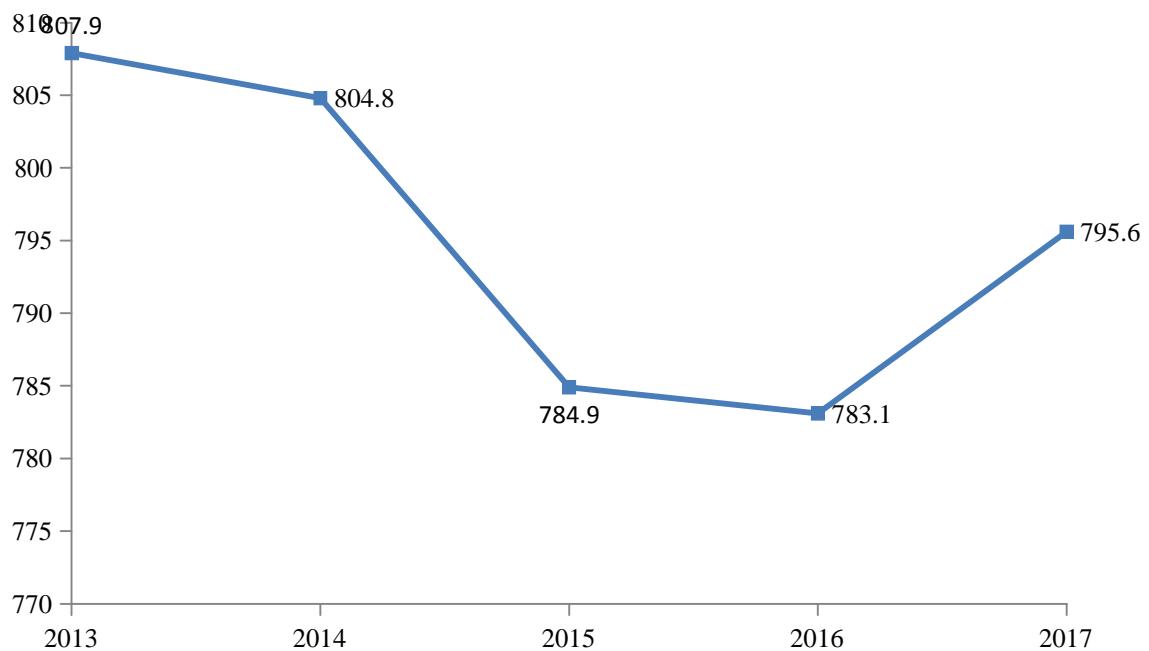


Рисунок 2 – Количество заболеваний на территории Красноярского края,
случаев на 1000 населения

Так, отмечается снижение уровня заболеваемости населения по классу болезней крови и кроветворных органов со среднегодовым темпом снижения 5,4 % – по Красноярскому краю, 0,8 % – по Российской Федерации; по болезням нервной системы – 2,1 и 0,2 % соответственно; по болезням костно-мышечной системы – 1,9 и 1,4 % соответственно.

Тенденция роста показателей заболеваемости за период 2013-2017 гг. как по Российской Федерации, так и по Красноярскому краю наблюдается по новообразованиям, болезням системы кровообращения со среднегодовым темпом прироста, превышающим российские показатели: 5,8 и 2,6 % соответственно – в крае; 1,7 и 1,3 % соответственно – в России. Тенденция снижения первичной заболеваемости населения Красноярского края сохраняется и в 2017 году. Снижение впервые выявленной заболеваемости наблюдается и по классам болезней: крови (среднегодовой темп снижения 2,6 %), нервной системы (среднегодовой темп снижения 2,8 %), органов дыхания (среднегодовой темп снижения 2,7 %), глаза и его придаточного аппарата (среднегодовой темп снижения 3,0 %), костно-мышечной системы

(среднегодовой темп снижения 1,9 %), уха (среднегодовой темп снижения 2,2 %).

По отдельным классам болезней первичная заболеваемость населения Красноярского края растет: тенденция роста заболеваемости отмечается по новообразованиям (среднегодовой темп прироста 4,3 %), классам болезней эндокринной системы (среднегодовой темп прироста 1,5 %), системы кровообращения (среднегодовой темп прироста 0,5 %), мочеполовой системы (среднегодовой темп прироста 0,5 %).

При оценке территориального распределения показателей заболеваемости населения установлено, что на значительном числе территорий Красноярского края уровень впервые выявленной заболеваемости по основным классам болезней в 1,5 раза и более превышает средние показатели по краю, характеризуя их как территории риска.

К территориям риска с уровнем впервые выявленной заболеваемости, превышающим средний показатель по Красноярскому краю, относятся: Идринский и Шушенский районы – по 12 классам болезней; г. Норильск, Эвенкийский район, г. Красноярск, г. Назарово – по 11 классам болезней; г. Ачинск, Дзержинский район – по 10 классам болезней; г. Минусинск, Шарыпово, Тасеевский район – по 9 классам болезней; г. Дивногорск, Лесосибирск, Балахтинский, Большеулуйский, Северо-Енисейский, Ужурский районы – по 8 классам болезней; Боготольский район – по 7 классам болезней; Бирюльский район – по 6 классам болезней; Курагинский район – по 5 классам болезней (см. табл. 2).

Таблица 2 – Перечень территорий Красноярского края по наиболее распространенным классам заболеваний, связанных с воздействием окружающей среды

Наименование класса болезни	Наименование города, района
Новообразования	г. Ачинск, Дивногорск, Красноярск, Минусинск, Назарово, Норильск, Шарыпово, Большеулуйский, Енисейский, Идринский, Кежемский, Курагинский, Нижнеингашский, Северо-Енисейский, Шушенский районы
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	г. Лесосибирск, Минусинск, Шарыпово, Балахтинский, Бирюсский, Боготольский, Дзержинский, Енисейский, Ермаковский, Идринский, Казачинский, Козульский, Курагинский, Новоселовский, Тасеевский, Туруханский, Ужурский, Шушенский, Эвенкийский районы
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	г. Дивногорск, Красноярск, Минусинск, Шарыпово, Березовский, Боготольский, Дзержинский, Идринский, Ирбейский, Каратузский, Козульский, Новоселовский, Пировский, Саянский, Шушенский, Эвенкийский районы
Болезни нервной системы	г. Ачинск, Красноярск, Минусинск, Назарово, Бирюсский, Дзержинский, Идринский, Краснотуранский, Курагинский, Тасеевский, Ужурский, Шушенский, Эвенкийский районы
Болезни системы кровообращения	г. Красноярск, Лесосибирск, Минусинск, Назарово, Норильск, Балахтинский, Березовский, Бирюсский, Боготольский, Большемуртинский, Большеулуйский, Дзержинский, Ермаковский, Идринский, Каратузский, Краснотуранский, Курагинский, Манский, Мотыгинский, Северо-Енисейский, Тасеевский, Туруханский, Ужурский, Шушенский, Эвенкийский районы
Болезни органов дыхания	г. Ачинск, Бородино, Дивногорск, Канска, Лесосибирск, Назарово, Норильск, Шарыпово, Балахтинский, Богучанский, Партизанский, Рыбинский, Северо-Енисейский, Сухобузимский, Таймырский Долган-Ненецкий, Тасеевский, Туруханский, Тюхтетский, Ужурский, Шушенский, Эвенкийский районы
Злокачественные новообразования	г. Ачинск и Ачинский район, города Бородино, Красноярск, Лесосибирск, г. Минусинск и Минусинский район, г. Шарыпово и Шарыповский район, Березовский, Ермаковский, Новоселовский, Сухобузимский, Шушенский районы

Проведенный анализ показателей состояния здоровья населения 55 городских округов и муниципальных районов Красноярского края показал, что в большинстве территорий лидируют группы заболеваний, обусловленных

воздействием разнородных неблагоприятных факторов среды обитания населения. Территориями риска с уровнем впервые выявленной заболеваемости населения, обусловленной воздействием факторов окружающей среды, превышающим в 1,5 раза и более средние показатели по Красноярскому краю, являются:

- по новообразованиям – 15 территорий;
- по болезням крови, кроветворных органов – 19;
- по болезням эндокринной системы – 16;
- по болезням нервной системы – 13;
- по болезням системы кровообращения – 25;
- по болезням органов дыхания – 21;
- по злокачественным новообразованиям – 11.

Анализ показывает, что частота регистрации заболеваний наиболее высока в промышленных городах – Ачинске, Красноярске, Лесосибирске, Минусинске, Назарово, Норильске, где население имеет выраженную химическую нагрузку. Стоит отметить, что «повышенная» степень риска здоровью в 2017 г. отмечалась среди населения 21 территории, где проживает 66,1 % населения края: г. Ачинск, Дивногорск, Красноярск, Норильск, Лесосибирск, Минусинск, Назарово, Шарыпово, Ачинский, Балахтинский, Богоильский, Большеулуйский, Дзержинский, Идринский, Краснотуранский, Минусинский, Назаровский, Тасеевский, Ужурский, Шарыповский, Шушенский районы.

К территории с «высокой» степенью риска здоровью населения в 2017 г. относится Эвенкийский район (в 2016 г. – г. Шарыпово, Бирюльский, Эвенкийский районы). Состояние здоровья населения Красноярского края, выраженное показателями первичной заболеваемости, характеризуется высокими уровнями неинфекционной заболеваемости, в том числе обусловленной воздействием факторов окружающей среды, превышающими средние данные по Российской Федерации. Изменяясь на протяжении

последних лет, как в сторону снижения, так и роста показателей заболеваемости населения по классам болезней, Красноярский край характеризуется общими с Российской Федерацией тенденциями, но имеет более высокие темпы снижения и прироста отдельных факторов.

Территориальное распределение показывает, что в значительном числе городов и районов Красноярского края уровень впервые выявленной заболеваемости превышает средние краевые показатели, наиболее часто регистрируют заболевания в промышленных городах с выраженной химической нагрузкой – Ачинске, Красноярске, Лесосибирске, Минусинске, Назарово, Норильске, наряду с прилегающими к ним территориями, где общая численность проживающего в них населения составляет 66,1 % всего населения края.

На протяжении 2014-2017 гг. уровень заболеваемости населения Красноярского края в целом впервые выявленными болезнями, обусловленными воздействием факторов окружающей среды, имеет тенденцию роста по классу болезней нервной системы, системы кровообращения, органов дыхания, осложнениям беременности и родов, злокачественным новообразованиям. Динамика роста заболеваемости населения болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы с 2005 по 2008 годы, сменилась в 2009 году снижением показателей заболеваемости.

В Приложении Б представлено ранжирование территорий Красноярского края по среднемноголетнему уровню заболеваемости населения (2005-2017 г.г.), обусловленной воздействием факторов окружающей среды.

Здоровье населения Красноярского края характеризуется высокими показателями неинфекционной заболеваемости, связанной с действием различных факторов риска.

Красноярский край по многим критериям, характеризующим состояние оказания медицинской помощи населению, улучшил свои показатели за 2017 год. Так за указанный период смертность в регионе снизилась до рекордной цифры – 12,5 случаев на тысячу человек. Снизились цифры младенческой

смертности, а также количество случаев смерти заболеваний органов дыхания, инфаркта миокарда и инсульта. На 4 % снизилось количество смертей от злокачественных образований [12].

Обеспеченность педиатрическими койками в Красноярском крае составляет 24,1 койки на 10 тыс. человек в 2017 году (в 2015 году – 27,3 койки на 10 тыс. человек) и приблизилась к показателю Российской Федерации (25,2 койки на 10 тыс. человек в 2017 году).

По предварительным данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации показатели смертности в отчетном периоде будут иметь положительную динамику. Так показатель смертности от болезней системы кровообращения за 2017 год составил 428,6 случаев на 100 тыс. населения против 582,7 случаев в 2016 году, показатель смертности от новообразований составил 173,1 случаев на 100 тыс. населения (2016 год – 240,7 случаев на 100 тыс. населения). Отмечается также снижение смертности от туберкулеза с 15,1 случаев на 100 тыс. населения в 2016 году до 9,6 случаев на 100 тыс. населения в 2017 году.

На территории Красноярского края увеличивается смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП). В целях снижения смертности в крае необходимо создать систему этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в зависимости от степени тяжести полученных травм.

На сегодняшний день доля протяженности автомобильных дорог, охваченных обслуживанием травмоцентрами всех уровней, от всей протяженности дорог Красноярского края составляет лишь 65 %.

По предварительным данным показатель смертности населения в дорожно-транспортных происшествиях составляет 13,4 случаев на 100 тыс. населения (2016 год – 12,7).

Один из важнейших приоритетов в работе медицинской отрасли – снижение показателя младенческой смертности. В 2017 году общее число умерших детей в возрасте до 1 года, по отношению к 2016 году, уменьшилось с 238

до 224 человек, однако за счет снижения рождаемости относительный показатель младенческой смертности вырос и составил 6,2 случаев на 1 000 родившихся живыми (в 2016 году 5,9 случаев). В структуре младенческой смертности ведущей причиной по-прежнему являются состояния, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом, врожденные аномалии и внешние причины смерти.

В 2017 году серьезно уменьшился показатель материнской смертности достигнув значения 8,4 случаев на 100 тыс. родившихся живыми (2016 год – 10,1).

Достижение таких результатов стало возможным, благодаря реализации поручения Президента Российской Федерации по строительству сети перинатальных центров, соблюдению маршрутизации беременных женщин и новорожденных, отработке навыков первичной реанимации новорожденных, соблюдению протоколов и порядков оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Введен в эксплуатацию патологоанатомический корпус для КГБУЗ «Идринская районная больница», завершены строительно-монтажные работы патологоанатомического корпуса для КГБУЗ «Сухобузимская районная больница».

В отчетном году велось строительство перинатального центра в г. Норильске, станции скорой медицинской помощи в г. Минусинске, реконструкция центральной районной больницы в с. Богучаны, Богучанского района и Красноярского краевого онкологического диспансера в г. Красноярске. В рамках подготовки к XXIX Всемирной зимней универсиаде 2019 года велось строительство медицинского центра в Деревне Универсиады на территории кампуса ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет», вертолетной площадки для санитарного авиатранспорта в районе Николаевской сопки (г. Красноярск), реконструкция КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича». Ввод в эксплуатацию указанных объектов (за исключением Красноярского краевого онкологического диспансера) запланирован на 2018 год.

Кроме того, разработана проектная документация родильного дома в г. Шарыпово, велись работы по проектированию акушерского корпуса в г. Енисейске, лечебно-диагностического корпуса в с. Ирбейское, поликлиники в п. Емельяново Емельяновского района.

2.2 Состояние развития системы здравоохранения в Красноярском крае

С 2014 года отрасль перешла на единую систему управления здравоохранением на территории края. В настоящее время сформирована и эффективно работает трехуровневая система оказания медицинской помощи по акушерству и гинекологии, неонатологии, кардиологии, онкологии, травматологии, урологии.

В 2017 году медицинскую помощь жителям края оказывали 140 краевых медицинских организаций (107 – первого уровня, 22 – второго уровня, 11 – третьего уровня), организовано 99 кабинетов общих врачебных практик, 62 участковых больницы, 80 врачебных амбулаторий.

В настоящее время высокотехнологичная медицина развивается в основном в Красноярске (3 центра). Необходимо открыть дополнительно инвазивные центры на базе межрайонных больниц, которые позволят максимально приблизить к сельским районам высокотехнологичную помощь.

Внедрение в краевых учреждениях современных методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы позволило снизить смертность от инфаркта миокарда до 10,4 % (15,1 % в 2016 году) и от мозгового инсульта до 15,6 % (18,2 % в 2016 году).

С целью повышения эффективности амбулаторно-поликлинических учреждений в крае ведется работа по созданию комфортной среды пребывания для пациентов с учетом требований для маломобильных граждан, организована предварительная запись, разделены потоки больных и здоровых граждан,

осуществлена маршрутизация пациентов, сокращено время проведения профилактических осмотров.

С 2016 года в 93 медицинских организациях края, в том числе в 4-х федеральных учреждениях внедряется программа повышения эффективности работы. Мероприятия Программы направлены на изменение имиджа поликлиник, регистратур, в том числе перераспределение функционала регистраторов.

Во всех поликлиниках внедряются элементы бережливого производства (за счет исключения избыточных функций, не требующих обязательного врачебного участия, оптимизации бумажной работы, сокращения времени ожидания у регистратур, кабинетов специалистов и диагностических служб, сокращение маршрута скрининга этапа диспансеризации). Начата реализация приоритетной инициативы «Моя поликлиника».

С целью приближения врачебной помощи сельскому населению в крае развернута широкая сеть медицинских учреждений – фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), участковых и районных больниц, врачебных амбулаторий, кабинетов общих врачебных практик, организована работа выездных бригад, продолжает работу передвижной-консультативно-диагностический центр «Войно-Ясенецкий (Св. Лука)», который ежегодно осматривает более 50 тысяч человек сельского населения. Функционирует мобильный комплекс «Мобильная поликлиника» Краевой клинической больницы.

На данный момент не во всех поселениях с численностью населения менее 100 человек сформированы домовые хозяйства с возможностью оказания первой помощи. За три года число домовых хозяйств увеличилось на 48 единиц – с 386 в 2015 до 434 в 2017 году.

Отдельное внимание уделяется формированию здорового образа жизни. С этой целью на территории края функционирует 15 центров здоровья, в которых, в течение отчетного года, обследовано 56 753 человек (39 907 взрослых и 16 846 детей). По результатам обследований доля граждан с факторами риска

составила 73,3 % среди взрослых и 67,0 % среди детей. Всем обратившимся проведено углубленное профилактическое консультирование.

В течение года в 42 муниципальных образованиях края проведено 18 межведомственных информационно-профилактических акций и кампаний, с общим числом участников 371 677 человек.

По-прежнему одной из основных задач системы здравоохранения является решение вопросов кадровой политики, а именно сокращение дефицита кадров.

В учреждениях здравоохранения на сегодняшний день работают 10 322 врача, 27 091 средних медицинских работников.(см.рис. 3) В 2017 году прибыло 447 врачей (122 участковых терапевтов, 56 участковых педиатров) и 543 специалиста со средним медицинским образованием.

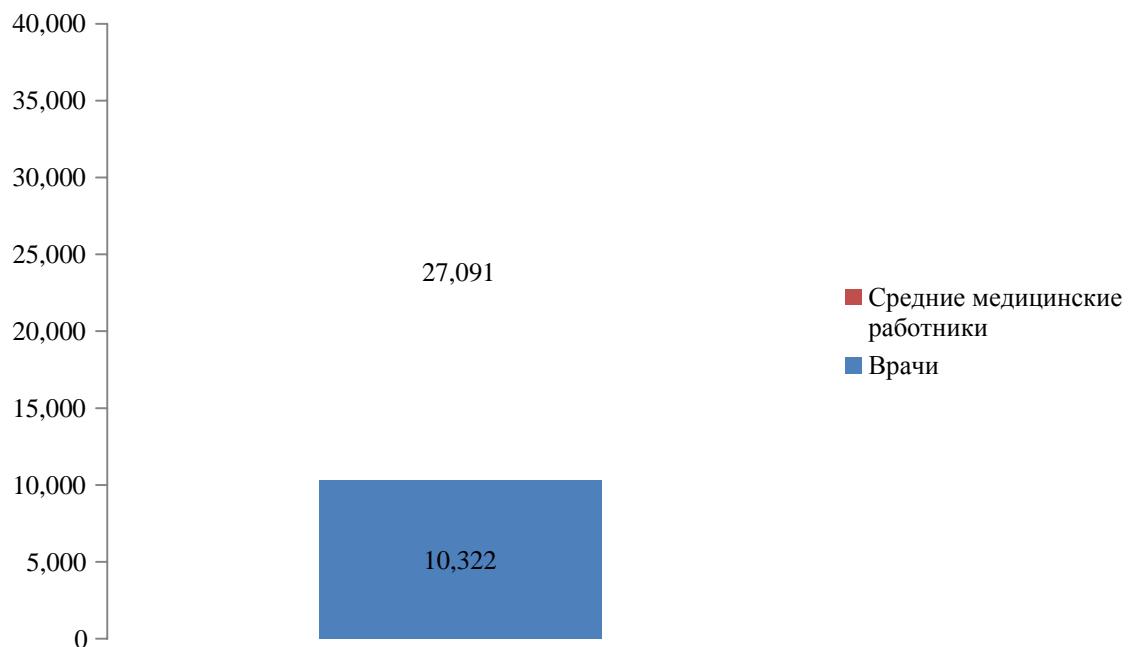


Рисунок 3 – Количество врачей и специалистов со средним медицинским образованием в Красноярском крае в 2017 году

Приняты дополнительные меры социальной поддержки медицинских работников. В рамках реализации программы «Земский врач» в 2017 году заключены договора на предоставление единовременных компенсационных выплат со 140 врачами (2016 – 100 человек).

Обеспеченность врачами, работающими в учреждениях, подведомственных министерству здравоохранения, составляет 35,7 человек на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом 92,2 человек на 10 тыс. населения.

Важнейшей задачей 2017 года явилась реализация Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. Показателями результативности исполнения «майских» Указов Президента Российской Федерации кроме медико-демографических показателей определен рост реальной зарплаты медицинских работников в 1,5 раза.

По итогам 2017 года:

- соотношение среднемесячной заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее образование к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Красноярском крае составило 157,8 % (за IV квартал 2017 года – 186,8 %, при плане с 1 октября 2017 года – 180,0 %);
- соотношение среднемесячной заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Красноярском крае составило 83,7 % (за IV квартал 2017 года – 96,3 %, при плане с 1 октября 2017 года – 90,0 %);
- соотношение среднемесячной заработной платы младшего медицинского персонала к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в Красноярском крае составило 54,8 % (за IV квартал 2017 года – 83,3 %, при плане с 1 октября 2017 года – 80,0 %).

Одним из основных и приоритетных направлений в системе здравоохранения является льготное лекарственное обеспечение. Система в крае сформирована с учетом финансовых обязательств федерального и краевого бюджетов. В 2017 году сохранены в полном объеме государственные гарантии по льготному лекарственному обеспечению. На эти цели направлено 2,9 млрд рублей (в 2016 году 2,7 млрд рублей). Лекарственную помощь на льготных условиях в 2017 году получили порядка 320 тыс. человек.

Важным направлением в системе лекарственного обеспечения является доступность для сельских жителей. С 2015 года ведется работа по поэтапному подключению ФАПов, расположенных в сельских населенных пунктах, где отсутствуют аптечные организации, к осуществлению выписки и отпуску лекарственных препаратов (при наличии лицензии на фармацевтическую деятельность).

В Красноярском крае насчитывается более 1 700 сельских населенных пунктов. Обслуживают сельское население 145 аптечных организаций государственной и муниципальной форм собственности, около 155 аптечных организаций частной формы собственности. Обслуживание жителей сельских поселений, в которых отсутствуют аптечные организации требует модернизации, так как на территории Красноярского края существует необходимость введения около 739 обособленных структурных подразделений медицинских организаций (ФАПов, врачебных амбулаторий и др.), имеющих лицензии на фармацевтическую деятельность. В малонаселенных труднодоступных населенных пунктах края, в которых отсутствуют фельдшерско-акушерские пункты и аптечные организации, 416 домовых хозяйств нуждаются в укомплектовании аптечками для оказания первой медицинской помощи, с обучением ответственных лиц.

В целях совершенствования системы оказания лекарственной помощи сельскому населению необходима поэтапная работа по внедрению выписки льготных рецептов и отпуску лекарственных препаратов (при наличии лицензии на фармацевтическую деятельность) сельским жителям фельдшерами ФАПов, расположенных в отдаленных сельских поселениях, где отсутствует аптечная организация.

По результатам проводимой работы в части организации лекарственного обеспечения сельских жителей в 2017 году достигнуты следующие показатели:

– лицензию на фармацевтическую деятельность имеют 72 % обособленных подразделений медицинских организаций районов края;

- договоры между медицинскими и аптечными организациями на поставку лекарственных препаратов для розничной реализации через обособленные подразделения заключены для 75,5 % ФАПов из числа имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность;
- порядка 20 % льготных рецептов от общей выписки рецептов жителям сельских населенных пунктов выписываются фельдшерами ФАПов.

В 2017 году возведено 17 модульных зданий фельдшерско-акушерских пунктов, приобретено медицинское оборудование для 97 медицинских учреждений, в 51 учреждении здравоохранения края проведены капитальные ремонты, за счёт федерального и краевого бюджетов поставлен 51 автомобиль скорой медицинской помощи.

Таблица 3 – Отклонение фактических показателей от прогнозных

Наименование показателей	Единица измерения	Прогноз на 2017 год	Факт 2017 год (на 01.01.2018)	Отклонение от прогноза
Среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения	дней	332,0	300,0	-9,6%
Обеспеченность больничными койками	коек на 10 тыс. жителей	89,8	82,0	-8,7 %
Обеспеченность врачами	человек на 10 тыс. населения	50,3	49,1	-2,4 %
Обеспеченность средним медицинским персоналом	человек на 10 тыс. населения	119,7	117,1	-2,2 %

Показатели «среднегодовая занятость койки в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения» и «обеспеченность больничными койками» края по итогам 2017 года не достигли своих прогнозных значений, в связи с тем, что не завершены работы по перепрофилированию коечного фонда.

Показатели по обеспеченности врачами и средним медицинским персоналам не достигли прогнозных значений по причине низкого притока молодых специалистов в учреждения здравоохранения края, кроме того

в связи с переводом части работников в прочий персонал (медицинский регистратор, медицинский дезинфектор) из-за отсутствия соответствующего образования.

Несмотря на значительные успехи в сфере здравоохранения на территории Красноярского края, существует ряд проблем, требующих решения для усовершенствования жизни населения, увеличения рождаемости, снижения смертности и повышения доступности медицины для жителей отдаленных местностей.

Проанализировав ситуацию в крае, стоит заметить, что необходимо провести анализ учреждений здравоохранения края и определить требующие первоочередного финансирования в части проведения капитального ремонта. На сегодня принято решение для краевой клинической больницы в Красноярске предусмотреть средства регионального и федерального бюджетов, так как этот объект строится в рамках Универсиады.

В мире появляются новые технологии лечения, закупается новое оборудование, растет уровень оказания помощи, но все это требует дополнительных расходов, а бюджет не меняется. Сегодня его увеличение – это одна из главных задач в области медицины. Сфере здравоохранения правительству необходимо изыскать еще 10 млрд рублей на капитальный ремонт больниц.

Был проведен опрос, касающийся наиболее актуальных проблем здравоохранения. Было опрошено 500 респондентов в возрасте 20-60 лет. На основании данного опроса можно сделать вывод, что наиболее острыми проблемами жители края считают очереди в больницах и поликлиниках, отсутствие необходимого оборудования, а также непрофессионализм врачей (рис.4).

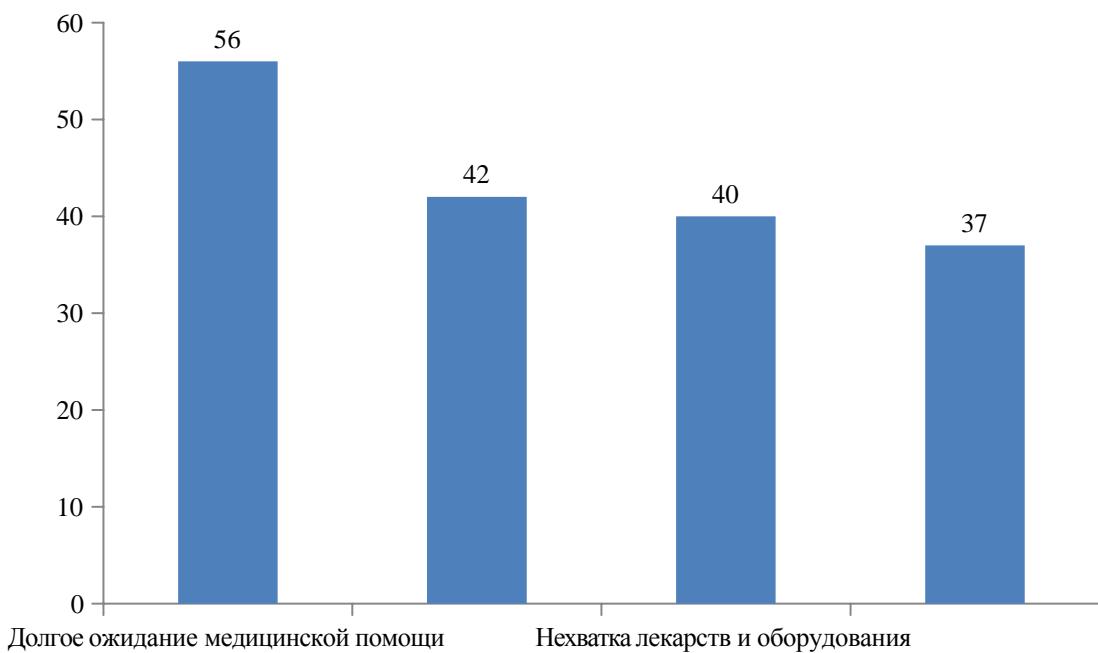


Рисунок 4 – Проблемы здравоохранения в Красноярском крае

На долгое ожидание медицинской помощи пожаловались больше половины респондентов (56 %), обратившихся в медучреждения по полису ОМС.

Еще 42 % обратили внимание на некомфортные условия в больницах и поликлиниках – отсутствие сидячих мест и плохую вентиляцию, а 40 % – на нехватку нужных лекарств и оборудования. Более трети респондентов (37 %) указали на недостаточный профессиональный уровень врачей и столько же – на то, что специалистов просто не хватает.

При этом 52 % опрошенных оценивают систему здравоохранения негативно и только 37 % – удовлетворительно. Варианты «хорошо» и «скорее хорошо» выбрали 9 % респондентов.

По мнению почти половины участников опроса, проблемы помогло бы решить «наказание рублем» – финансирование медицинских учреждений в зависимости от качества услуг. Еще треть (35 %) считают, что надо увольнять руководителей больниц и поликлиник, оказывающих некачественный услуги, а четверть (25 %) высказываются за контроль со стороны независимых организаций, защищающих права пациентов.

Подавляющее большинство респондентов (82 %) называют правильной систему, при которой права пациентов защищают страховые компании. Основной функцией страховых представителей 55 % участников опроса назвали защиту в случаях врачебных ошибок, 42 % считают важным информирование о бесплатных медицинских услугах.

Стоит отметить, уровень информирования людей о тех услугах, которые могут быть получены бесплатно, невысокий.

В 2017 году на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни, а также развитие первичной медико-санитарной помощи, совершенствование системы лекарственного обеспечения было направлено свыше 1 млрд рублей, а также 21 млн рублей потрачено на приобретение медицинского оборудования, более 163 млн рублей потребуется на капитальный ремонт больниц и поликлиник.

Несмотря на широкий охват решения вопросов в области здравоохранения в крае, тем не менее, на сегодня пока удается решить далеко не все. Необходимо повысить качество оказываемой медицинской помощи в поликлиниках, где необходимо сократить сроки ожидания планового приемы врача-терапевта, значительно уменьшить количество дней, необходимых для прохождения профилактических медицинских осмотров, привлечь в поликлиники пациентов, которые как минимум три года не обследовались у специалистов.

Важной мерой является проект по работе в лечебных учреждениях с «молчунами», или теми, кто за последние несколько лет ни разу не посещал врача. Эффект таких мероприятий очевиден в виде предотвращения заболеваний на ранней стадии. Стоит отметить, что число жителей Красноярского края, страдающих от злокачественных опухолей, за 4 года выросло на 25,3 %. Если в 2013 году на 100 тыс. красноярцев приходилось 361 больных раком, то в 2017 году их стало уже 453. Всего за 2017 год в крае зарегистрировали 13 013 случаев злокачественных опухолей у населения. У женщин на первом месте рак молочной железы, у мужчин рак

чаще поражает органы дыхания. Основной причиной может служить именно поздняя диагностика болезней.

Важной проблемой системы здравоохранения (в целом по РФ) являются нормы времени, которые применяются при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе при посещении врачом- специалистом пациента на дому. Практика показывает, что они недостаточны, и для более качественного оказания медицинской помощи они должны быть увеличены. Так, на одно посещение пациентом участкового врача-терапевта или педиатра в связи с заболеванием отводится 15 минут, семейного врача - 18 минут, офтальмолога - 14 минут, оториноларинголога - 16 минут, невролога и акушера-гинеколога - 22 минуты. Нормы времени на повторное посещение в связи с болезнью и на посещение в целях профилактики несколько ниже.

Оформление медицинской документации должно занимать не более 35% времени, отводимого на посещение. К нормам применяются корректирующие коэффициенты в зависимости от плотности проживания и половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости. Нормы времени устанавливаются на федеральном уровне. Действующие нормы установлены Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога». Для пересмотра действующих норм краевой профсоюзной организации медицинских работников необходимо выходить к Общероссийскому профсоюзу медицинских работников с обоснованием новых норм времени.

Другой важной проблемой является внедрение эффективного контракта в систему здравоохранения, который на практике осуществляется весьма трудно

[7]. Тяжело идет также внедрение платных услуг в систему оказания медицинской помощи. Часто их конечная стоимость оказывается ниже себестоимости их оказания [8]. Многие исследователи говорят о коммерциализации данной сферы и появления у нее характерных признаков предпринимательства [9].

Недостаток квалифицированных кадров в больницах и поликлиниках остается проблемой краевого здравоохранения. Кадры здравоохранения – это интеллектуальный потенциал отрасли, который требует длительной подготовки, постоянного профессионального развития и пристального внимания со стороны органов управления в субъектах Российской Федерации [5]. Как и в большинстве стран, именно наличие серьезных кадровых проблем в системе здравоохранения Российской Федерации делает отрасль малоэффективной, снижает доступность и качество медицинской помощи населению. В 2017 году в различные медучреждения региона пришли работать 264 врача, 463 средних медработника, 30 участковых терапевтов, 20 педиатров.

По программе «Земский доктор» в села приехали 100 специалистов, но этого недостаточно. Медицинские учреждения территорий заполнены кадрами лишь на 80 %. Молодые специалисты, закончившие институт, имеют возможность переехать в сельскую местность, при этом им выделяется субсидия в размере 1 миллиона рублей, которая должна компенсировать затраты на переезд и обустройство на новом месте [10]. Для решения кадровой проблемы целесообразно принять закон о бесплатном обучении специалистов по программам ординатуры и компенсации расходов на аренду жилья медработникам. Также необходимо рассмотреть вопрос о льготном обеспечении медицинских работников жильем [10].

Важно исследовать проблему подготовки управленческих кадров в области руководства медицинскими учреждениями. Вопросы менеджмента как и раньше весьма актуальны для краевого здравоохранения. Подготовка врача, востребованного рынком труда в области медицины, который весьма специфичен и не только в России, имеет свои особенности, заключающиеся в

продолжительности образовательной подготовки и узкой специфике деятельности врача. Встает вопрос о формировании специалиста, хорошо разбирающегося в медицине, с хорошим кругозором, знающим экономические структуры медицинских учреждений, в том числе и фармацевтических компаний. Менеджер должен быть готовым и способным использовать свои знания, профессиональные навыки, ставить цели и задачи, генерировать новые идеи, инициировать проектную деятельность, управлять командой. Данную подготовку возможно осуществить в рамках реализации магистерской программы по направлению «Менеджмент», где в процессе обучения будут использованы разнообразные интерактивные формы работы с использованием современных психотехнологий и педагогических приемов. [1].

2.3 Анализ Государственной программы «Развитие здравоохранения» в Красноярском крае

Традиционно под здравоохранением в нашей стране понимался комплекс государственных, социальных, экономических и медицинских мер по охране и улучшению здоровья общества. Сегодня ситуация меняется – здравоохранение является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и специфичной отраслью народного хозяйства. Вместе с тем, интерес к здоровью нации со стороны правительства растет и структурно усложняется.

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 Красноярского края «Развитие здравоохранения» (далее – Государственная программа) принята на основании Постановления Правительства Красноярского края от 30 сентября 2013 года №

516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения».[2]

Программа включает в себя 9 задач и 9 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).

Сегодня в системе здравоохранения Красноярского края, 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.

Неоспоримым является факт, что здравоохранение является весьма значимым направлением социальной политики государства. Именно здравоохранение выступает одним из механизмов формирования человеческого капитала. Это и другие факторы объясняют столь высокий интерес к проблеме повышения эффективности осуществления медицинской помощи в России [3, С. 22]. Можно сказать, что миссией системы здравоохранения Красноярского

края является увеличение продолжительности жизни граждан 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.

Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС было проведено исследование [3] в рамках общей дискуссии о ситуации, проблемах и возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации.

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 [4] среди экспертов.

Контроль качества данных обеспечивался за счет ряда специальных мероприятий. По мнению экспертов к главным проблемам следует отнести:

1) Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие как: нехватка квалифицированных кадров (13,0%), наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы) (11,0%) и некачественную и деградирующую подготовку современных кадров (10,4%).

2) Сниженные влияние и контроль современной политики (17,5%).

3) Дефицитное финансирование системы здравоохранение (11,7%).

Данные проблемы обозначены в Государственных программах субъектов РФ, в том числе и в Государственной программе Красноярского края и их пути решения закреплены в подпрограммах. Рассмотрим как складывается ситуация в Красноярском крае по данным проблемным аспектам.

1. Финансирование системы здравоохранения

В расходах краевого бюджета на здравоохранение наблюдается общая тенденция – превышение планируемых расходов над выполненными. Стоит заметить, что в 2017 году наблюдается сокращение расходов на здравоохранение (см. рис 5).

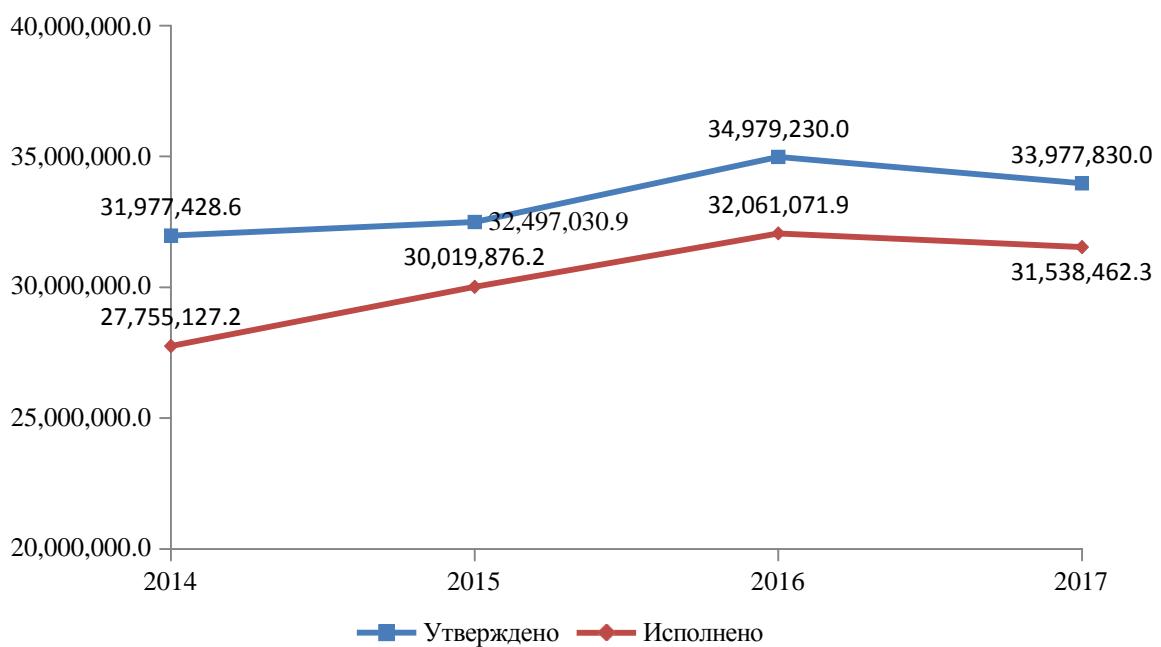


Рисунок 5 – Расходы краевого бюджета в 2014-2017 годах, тыс.рублей

Необходимо рассмотреть ведомственную структуру расходов краевого бюджета. Исполнение не наблюдается ни по одной статье. Наиболее значительный разрыв в финансировании стационарной медицинской помощи. Но данная тенденция наблюдается и на общероссийском уровне, где общая сумма расходов на здравоохранение сокращена в 2017 году на 20 %, расходы на стационарную помощь упали на 34 %, расходы на амбулаторную помощь – на 10%. Объяснить данную тенденцию можно оптимизацией расходов бюджета, сокращением менее эффективных расходов.

Таблица 4 – Ведомственная структура расходов краевого бюджета в 2017 году, тыс.рублей

Наименование показателя	Утверждено	Исполнено
Здравоохранение	33 977 830,0	31 538 462,25
Стационарная медицинская помощь	6 713 002,2	3 865 394,5
Амбулаторная помощь	107 188,1	57 151,8
Скорая медицинская помощь	30 439,6	18 306,9

Окончание таблицы 4

Санаторно-оздоровительная помощь	128 787,0	127 080,3
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	717 018,0	713 670,6
Другие вопросы в области здравоохранения	26 282 795,1	26 279 467,9

Установлена прямая связь между ожидаемой продолжительностью жизни и расходами на здравоохранение, поэтому тенденция сокращения расходов на здравоохранение, существующая в Красноярском крае, может негативно сказаться в будущем. На данный момент Красноярский край отстает от общероссийских показателей ожидаемой продолжительности жизни. В Красноярском крае за 2017 год данный показатель составил 70,4 года, а в среднем по России 72,4 года.

Для решения данной проблемы предлагается развитие следующих приоритетных направлений [8]:

1. Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По мнению И.М. Шеймана и С.В. Шишкина, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, допустим, затраты на высокотехнологичную помощь. Только наведя порядок в этой сфере, можно переходить к решению других проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4-5 лет [13].

2 Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

3. Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов

оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилию профилактической работы и др. Речь идет о перспективных и проспективных способах оплаты, среди которых приоритетным является подушевое финансирование и поэтапное внедрение системы фондодержания.

4. Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из «находок» современной модернизации здравоохранения, а как решение «парамедицинских проблем»: дорожная и транспортная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами и многое другое.

2. Кадровое обеспечение системы здравоохранения

Первая важная кадровая проблема – нехватка квалифицированных кадров. В Красноярском крае обеспеченность врачами в 2017 году составила 40,9, ежегодно обеспеченность врачами в крае повышается, но тем не менее данная проблема является основополагающей для рационального развития здравоохранения.

В данной сфере существует еще одна, не менее важная проблема – некачественная подготовка кадров. На территории Красноярского края 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 [6].

В завершении не обходимо упомянуть также важную проблему, а именно отток профессиональных кадров в частный сектор. Жители Красноярского края все больше стали пользоваться платными услугами, в 2017 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2% по сравнению с 2016 годом. В условиях снижения доступности медицинской помощи для населения рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной.

Можно также выделить следующие проблемы, требующие решения в Государственной программе и отраженных в ее задачах и подпрограммах (см. рис. 6).

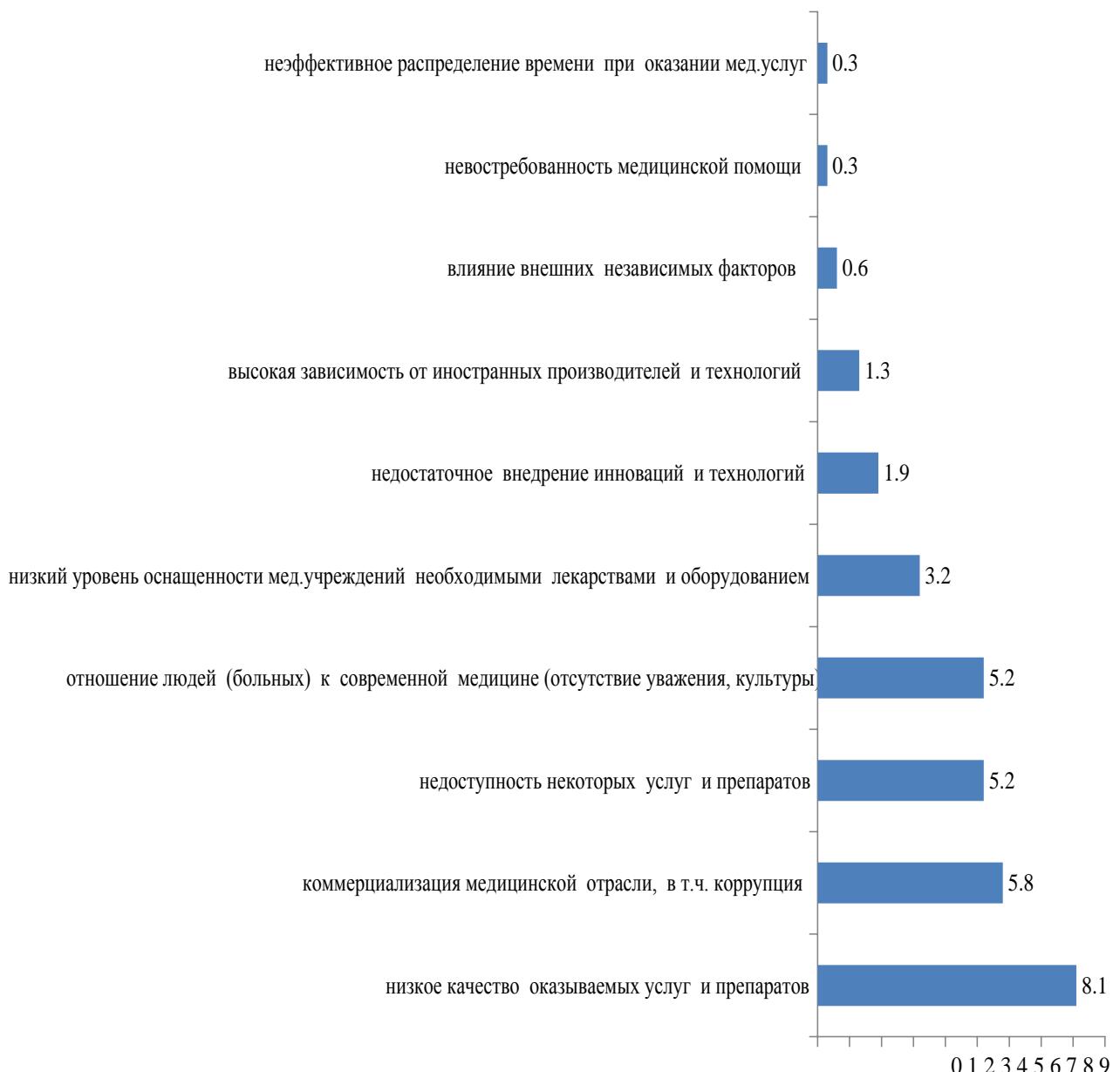


Рисунок 6 – Проблемные аспекты в сфере здравоохранение Красноярского края,
в %

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. К наименее эффективным мерам относится – внедрение основ персонализированной медицины, кадровое обеспечение системы

здравоохранения в соответствии с современными запросами и оказание паллиативной помощи населению. На данных направлениях стоит сконцентрировать наибольшее внимание при планировании дальнейшей реализации Программы.

Основными причинами, формирующими недостаточную положительную динамику в состоянии здоровья населения Красноярского края, как и в целом по стране, являются:

- низкая мотивация населения к здоровому образу жизни;
- высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- низкая профилактическая активность в работе участковых врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих.

К дополнительным причинам, сдерживающим развитие отрасли здравоохранения в Красноярском крае, следует отнести:

- несбалансированность кадрового и материально-технического обеспечения и коечного фонда различных уровней системы оказания медицинской помощи для отдельных нозологий;
- неполное соответствие региональной системы подготовки кадров потребностям трехуровневой системы организации медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, профилактической и первичной медико-санитарной;

- низкая обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам;
- низкая социальная привлекательность работы в медицинских организациях здравоохранения участковых врачей и среднего медицинского персонала.

Итак, современная специфика здравоохранения заключается в том, что кроме обычных мер социальной поддержки медицинским работникам необходимы дополнительные, связанные с повышенным уровнем их ответственности и условиями труда. В силу сложившегося в стране в целом уровня жизни и в связи с более низкими доходами в сравнении с другими профессиональными категориями для медицинских работников, в первую очередь, характерна потребность в более высоких объемах социальных льгот и гарантий по сравнению с другими профессиональными группами. В результате реализации основных направлений развития здравоохранения повысится процент выявленных заболеваний на ранних стадиях и возрастет эффективность лечения, улучшатся показатели здоровья населения края, возрастет продолжительность жизни.

Необходимо обеспечить создание автоматизированных рабочих мест, которые позволяют повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника. Возможность объединения автоматизированных рабочих мест в рамках единой информационной системы здравоохранения Красноярского края позволит повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций. Возможность систематизации и анализа первичной медицинской информации позволит повысить обоснованность принимаемых решений в управлении развитием отрасли.

Успешность и эффективность реализации программы зависит от внешних и внутренних факторов. В числе рисков, которые могут создать препятствия для достижения заявленной в программе цели, следует отметить следующие:

1. Финансово-экономические риски – недофинансирование мероприятий программы за счет бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации; превышение на момент проведения аукционов уровня цен по отношению к стоимости, предусмотренной программой; рост инфляции выше прогнозного уровня, а следовательно, изменение затрат. Реализация данного риска может привести к срыву исполнения мероприятий программы.

2. Организационные и управленческие риски – недостаточная проработка вопросов, решаемых в рамках программы, недостаточная подготовка управленческого потенциала, неадекватность системы мониторинга реализации программы, отставание от сроков реализации мероприятий.

Сегодня в здравоохранении есть три «тревожных направления»:

- первая – это доступность первичной медицинской помощи в сельской местности и в удаленных районах страны,
- вторая – возможность получения качественной бесплатной медицинской помощи в стационаре, если человек серьёзно заболевает
- третья – доступность, ценовая и ассортиментная, лекарственных препаратов.

3 Пути улучшения развития системы здравоохранения Красноярского края

3.1 Направления улучшения государственного управления с целью изменений стратегического развития системы здравоохранения РФ

Для решения выявленных проблем в развитии системы здравоохранения предлагается развитие следующих приоритетных направлений:

1. Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По С.Э. Ермакова, А.А. Сальникова, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, к примеру, затраты на высокотехнологичную помощь. Осуществив приведение в порядок данной сферы, можно переходить к решению иных проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4–5 лет [9, с.812].

2. Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

3. Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилию профилактической работы и др. Речь идет о перспективных способах оплаты, среди которых приоритетным является подушевное финансирование и поэтапное внедрение системы фондосодержания.

4. Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из «находок» современной модернизации здравоохранения, а как решение «парамедицинских проблем»: дорожная и транспортная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами.

Следует отметить, что к ключевым научно-технологическим направлениям, формирующими облик конкурентоспособных товаров (работ, услуг) в здравоохранении и находящимися в зависимости от инновационного и экономического развития государства, в первую очередь относятся [18]:

- развитие технологий персонализированной медицинской помощи, которые позволяют 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, специфиности и точности локализации;
- 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.

В настоящее время, в сельской местности проживает почти треть населения Российской Федерации – 27 % от общего числа населения. Часто болеющему человеку из села приходится обращаться за помощью в ближайший пункт, где находится аптека или фельдшерский пункт. Это связано с тем, что ни одна коммерческая аптечная сеть не хочет открывать аптечный пункт в селе, это

связано с нерентабельностью этого бизнеса, чаще всего она бывает нулевая. В селах и деревнях очень часто не хватает квалифицированного медицинского персонала, так как никто не хочет работать за низкую заработную плату и отсутствует перспектива продвижения по карьерной лестнице.

Указанные мероприятия позволяют 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 импортозамещению 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.

Для формирования стратегических задач в сфере здравоохранения предлагаем меры, которые могут повысить качество и/или доступность медицинских услуг для населения [2, с.48]:

- 1) Перевод медицинских работников на «эффективный контракт», создание стимулов для работы медицинского персонала.
- 2) Развитие фундаментальной науки в таких отраслях, как доказательная медицина, биостатистика, фармакоэкономика, экономический анализ с привлечением экспертов и преподавателей из других стран.

- 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).
- 4) Развитие санаторного лечения, в том числе среди детей.
- 5) Разработка научно-обоснованной методологии оценки эффективности расходования средств.
- 6) Создание системы независимой экспертизы при принятии решений, связанных с бюджетными расходами.
- 7) Развитие предпринимательских и инвестиционных программ, направленных на развитие сферы здравоохранения.
- 8) Преобразование диспансеризации в действующие программы профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний.
- 9) Совершенствование механизма возмещения стоимости лекарственных препаратов и социальных платежей.
- 10) Включение сферы производства медикаментов в предмет надзора за обращением лекарственных средств.
- 11) Включение в систему индикаторов показателей, на которые опирается ВОЗ при составлении рейтингов.
- 12) Другое, а именно:
 - внедрение механизма реального медицинского страхования;
 - государственный контроль;
 - достаточное финансовое обеспечение;
 - избегать перегрузки и переработки врачами;
 - ориентация медицины на подготовку высококвалифицированных специалистов, а не на покупку оборудования и пересмотр системы взаимодействия ОМС и учреждения здравоохранения;
 - пересмотр отраслевых норм времени приёма одного пациента врачом;
 - повышение престижа и организации поликлинической помощи;

- решения вопроса нехватки квалифицированных медицинских работников;
- увеличение государственного финансирования отрасли;
- повышение управленческой грамотности руководителей.

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.

3.2 Мероприятия для улучшения системы здравоохранения Красноярского края

Для начала необходимо выделить проблемы лекарственного обеспечения на территории Красноярского края (табл. 5)

Таблица 5 – Проблемы лекарственного обеспечения

Проблемы	Подпроблемы	Мероприятия
Отсутствие понятия и четких критериев определения взаимозаменяемости лекарственных средств	Отсутствие понятия и процедур определения взаимозаменяемости лекарственных средств является барьером входа на рынок лекарственных препаратов, средством дискриминации российских лекарственных препаратов и устранения конкуренции в гражданском обороте и на торгах;	Введение понятий взаимозаменяемости лекарственных препаратов, определение порядка установления их взаимозаменяемости;

Окончание таблицы 5

	<p>Отсутствие инфраструктуры для применения результатов установления взаимозаменяемости лекарственных препаратов (реестр взаимозаменяемых лекарственных препаратов) препятствует наилучшему выбору (цена/качество) населением лекарств в связи с отсутствием информации о возможности их замены;</p>	<p>Формирование реестра взаимозаменяемых лекарственных препаратов; Ведение электронных справочников по замене препаратов;</p>
Проблемы доступности лекарственных препаратов для населения	Сложность получения на льготных рецептах лекарственные препараты и рецепты, находящиеся в коммерческой продаже, в связи необходимостью посещения врачей	Упрощение процедур получения рецептов, в том числе формализация процедуры, отказ от необходимости записи к врачу в случае постоянного обеспечения хронического больного или инвалида определенным лекарственным препаратом (система «одного окна»)
Обращение на рынке лекарственных препаратов с негарантированным качеством	Отсутствие утвержденных в Российской Федерации правил производства и контроля качества лекарственных средств	<p>1.Разработка и утверждение Правил производства и контроля качества лекарственных средств, разработанных на основе международных правил производства лекарственных средств (GMP), осуществление перехода фармпроизводителей на соблюдение правил производства и контроля качества лекарственных средств;</p> <p>2.Разработка программы по поддержке отечественных производителей в вопросах технического перевооружения и модернизации, строительства новых линий и корпусов;</p>

Следует обратить внимание на предложение по созданию реестра лекарственных средств. Государственный реестр лекарственных средств

содержит перечень отечественных и зарубежных лекарственных средств, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Согласно действующего законодательства сведения из государственного реестра лекарственных средств относятся к открытым данным и публикуются в открытом доступе.

Несмотря на то, что по обеспеченности населения врачами Россия сегодня занимает «выигрышную» позицию в мире (по оценкам ВОЗ и Всемирного банка число врачей в относительном выражении в России выше, чем в таких странах, как Германия, Великобритания и Франция), вряд ли об этом можно говорить без сопутствующих методологических оговорок. В частности, потребность в медицинской помощи в России значительно выше, чем в постиндустриальном мире, а социальный контекст – существенно слабее. Кроме того, особенности природно-климатических условий и специфика расселения в России требуют особого подхода к формированию механизмов кадрового обеспечения здравоохранения. Дефицит врачей становится одной из наиболее острых проблем, стоящих на повестке дня российской государственной власти. [10; 13; 14]. При этом основной акцент делается, и это совершенно справедливо, не столько на потребности в увеличении численности врачей как таковой, сколько на необходимости нивелирования диспропорций в структуре подготовки кадров и их рационального распределения.

С учетом того, что у нас последние 20 лет никем не регистрировалось обучение тому или иному профилю, у нас есть, например, профицит более чем на 200 % стоматологов и дефицит на 40 % анестезиологов-реаниматологов» [5; 14]. В 90 % регионов России имеет место дефицит врачей по специальностям: «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия». В связи с этим также чрезвычайно актуальна проблема дефицита специалистов «первичного контакта», обеспечивающих наполнение активно развивающегося звена первичной медико-санитарной помощи, на роль которого в повышении качества общественного здоровья сделана особая ставка.

Особенно остро ситуация складывается в сельских территориях, где нередко, особенно в малочисленных населенных пунктах, отсутствует даже минимально необходимая медицинская помощь.

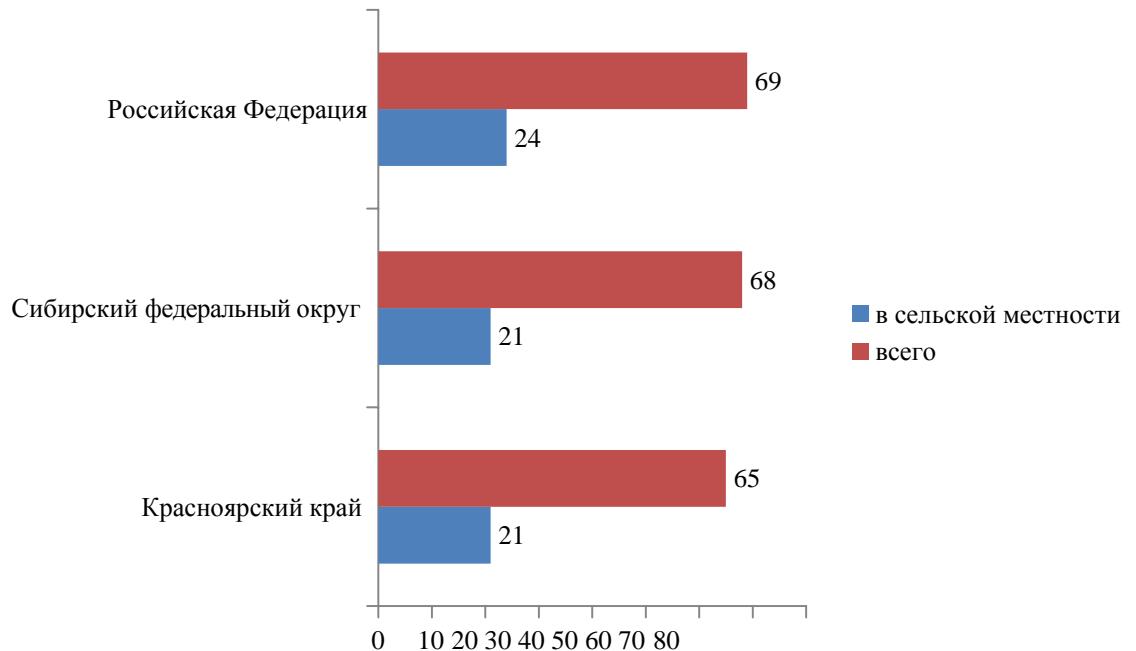


Рисунок 7 – Обеспеченность врачами: общая и в сельской местности на 10 тыс. чел

На территории Красноярского края отмечается меньшая обеспеченность специалистами, данный факт можно объяснить размерами края и наличиями труднодоступных территорий (см. рис. 7).

Социальная инфраструктура, в частности инфраструктура здравоохранения, имеет сетевой характер [1]. Формирование оптимальной пространственной модели здравоохранения не может обсуждаться исключительно в терминах пропорционального размещения объектов инфраструктуры, а должно опираться на построение эффективного комплекса коммуникаций между пациентами и медицинскими службами в контексте трехуровневой системы оказания медицинской помощи. В связи с этим представляется разумной идея построения структуры, опирающейся на межрайонные центры как узловые элементы оказания вторичной медицинской помощи.

Подобная структура имеет под собой не только экономические основания, но и преимущества с точки зрения медицины и благополучия пациентов. Однако до сих пор разумная пропорция между первичной, вторичной и третичной медицинской помощью, прежде всего в части разделения полномочий и ответственности между организациями различного уровня, в России не найдена.

С одной стороны, это необходимо как для развития здравоохранения, так и для приближения высокотехнологичной медицинской помощи к населению. Для этого необходимо обучать как можно больше специалистов данным методам. Трехуровневая система медицинской помощи – это адекватный способ организации современной медицины. Каждый уровень решает свои задачи. Первый уровень ориентирован на первичный прием, профилактику и амбулаторное лечение. Второй – работает с более сложными проблемами, зачастую требующими стационарного лечения. Третий – это медпомощь, дающая эффект в наиболее сложных случаях, многие из которых ранее считались безнадежными.

Важнейшая характеристика первичной медико-санитарной помощи – ее территориальная доступность. Для каждого региона определены задачи по созданию недостающих медицинских ресурсов первичного уровня.

По словам врача, трехуровневая система позволит «разделить компетенции» медицинских учреждений, что приведет к повышению их эффективности. Особое значение это будет иметь для первичного амбулаторного звена, так как именно на него ложится очень большая нагрузка и отделение его от других стадий выгодно как врачам, так и пациентам.

Активизация диагностических и профилактических мероприятий уже дает свои результаты. Так, массовая вакцинация населения позволила в десять раз уменьшить заболеваемость гриппом.

Основные больничные койки предлагается переместить на второй уровень системы здравоохранения. Укрупнение лечебных стационаров, конечно, дает возможность более эффективно использовать и оптимизировать

имеющиеся ресурсы. Но главная цель – создание необходимых условий для внедрения в массовую врачебную практику современных методов лечения.

Необходимо создать службу экстренной специализированной медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях. Расположение таких центров позволяет доставлять в них пациентов в течение «терапевтического окна», когда медпомощь наиболее эффективна. Для обеспечения этих сроков предлагается до конца 2018 года в Красноярском крае создать единую централизованную диспетчерскую службу скорой помощи. При помощи системы ГЛОНАСС она позволит оптимизировать маршрутизацию больных и сократить время доставки пациента в стационар.

Вместе с тем с позиций доступности высококачественных социальных услуг жители сельских территорий находятся в зоне повышенного риска по ряду причин. Прежде всего, социальная инфраструктура имеет сетевую организацию, что приводит к пространственной удаленности мелких населенных пунктов от ее узловых элементов. Вторая причина следует из первой: неравномерность сети подразумевает нерегулярный характер насыщенности ее элементов финансовыми, материальными и кадровыми ресурсами, при этом периферийные зоны обеспечиваются слабо не только количественно, но и качественно. Можно возразить, что различия городских и районных медицинских учреждений в уровне квалификации медицинского персонала являются спорным и сложно доказуемым фактом, однако он все же имеет основания.

Крупный город предоставляет значительно больше возможностей для повышения квалификации, обмена опытом и распространения новой актуальной информации, а также новых технологий, что является важным моментом для молодых специалистов. Наконец, в городе значительно жестче конкуренция кадров за рабочее место, тогда как на селе администрация медицинского учреждения ограничена узкими границами в выборе персонала. Поэтому квалификация врача, работающего в сельской амбулатории, при прочих равных условиях будет ниже, чем квалификация аналогичного

специалиста, занятого в крупной больнице регионального значения. Иными словами, жители села обречены на более «скромное» медицинское обслуживание, чем жители крупных городов. В качестве подтверждения этого факта приведем данные субъективной оценки жителями Красноярского края удовлетворенности качеством медицинской помощи в сравнительном контексте разделения на территории и виды медицинских услуг.

Коэффициент удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в муниципальных районах заметно ниже, чем в крупных городах, практически по всем основным ее видам. Особенно это касается качества диагностики, скорой и госпитальной медицинской помощи. Заметное неравенство складывается в части получения скорой медицинской помощи.

Важным шагом в этом направлении стала Программа «Земский доктор», реализуемая в стране с 2012 года, позволившая привлечь в сельские населенные пункты молодых специалистов. В Красноярском крае продолжает действовать программа «Земский доктор», по которой молодые специалисты, заключившие договор на трудоустройство в территориях края, получают единовременную выплату в размере одного миллиона рублей.

Право на получение единовременной компенсационной выплаты возможно при наличии одновременно нескольких критериев (в т.ч. возраст, образование и пр.). На участие в программе могут претендовать кандидаты в возрасте до 50 лет. У медицинского работника должно быть высшее профессиональное образование и диплом об окончании интернатуры или ординатуры.

С этого года для поступления в участковую службу достаточно иметь сертификат или свидетельство о прохождении профессиональной аккредитации. Кандидат должен быть готов к прибытию на работу или переезду в сельский населенный пункт края после окончания высшего учебного заведения. Заключение трудового договора сроком не менее чем на 5 лет происходит между медицинским работником и медицинской организацией.

Заключение договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты осуществляется между медицинским работником и министерством здравоохранения края. Программа ориентирована на пополнение медицинскими кадрами сельских учреждений здравоохранения. На сегодняшний день укомплектованность врачами в территориях составляет около 60 %. Программа «Земский доктор» действует с 2012 года, за эти три года в рамках этой программы пожелали работать на селе 417 специалистов.

В 2016 году для работы в территории края прибыло 100 врачей, получивших единовременные компенсационные выплаты. В 2017 году договор о трудоустройстве заключили 67 человек.

Но стоит отметить, что привлечение молодых специалистов имеет ряд особенностей. Во-первых, вновь пришедшие молодые специалисты не обладают необходимым практическим опытом, нуждаются в обучении. Во-вторых, приход новых специалистов, обеспечив снижение совместительств, приведет к «размытию» фонда оплаты труда и снижению заработной платы персонала. Органы исполнительной власти ставят проблему кадрового дефицита в медицинских организациях региона в перечень приоритетных, однако действия по изменению положения дел пока не привели к заметным результатам. Последнее не говорит о неэффективности и необходимости пересмотра государственной политики по устранению кадровых диспропорций в здравоохранении, поскольку выбранная стратегия в своей основе является конструктивной, однако ощущается необходимость активизации действий в рамках данной работы.

Необходимо предложить несколько новаторских идей, которые могут усовершенствовать процесс здравоохранения в Красноярском крае.

1. Назначение анализов в электронном виде и получение их результатов также в электронном виде уже с этой осени. Возможность появится благодаря новой системе – централизованному лабораторному сервису ЕМИАС, который охватит все виды тестов. Врачи смогут назначать лабораторные исследования электронно, далее назначения будут автоматически поступать в лабораторию.

После этого их результаты в режиме онлайн появятся на компьютере врача, оформившего назначение.

Кроме того, необходимо ввести электронные медкарты. Создание медкарт в электронном виде будет в компетенции врачей. На карте хранится информация о заболеваниях пациента, визитах к врачу, назначенных препаратах, больничных листах. Электронная медицинская карта доступна всем врачам, работающим в системе ЕМИАС, поэтому даже если пациент перейдет лечиться в другую городскую поликлинику, ее врачи тоже будут иметь доступ к карте. Доступ к ней имеют и сотрудники скорой и неотложной помощи. Данная мера существенно поможет в лечении пациентов. Для сокращения заполнения документов целесообразно предложить голосовой анализатор при приеме, который бы записывал и транслировал в текст жалобы пациента и рекомендации врача. На современном уровне развития информационных технологий проблем во внедрении возникнуть не должно.

2. Для оптимизации работы необходимо также предложить введение проекта «Хронический пациент». В каждом медучреждении должны появиться врачи, которые будут целенаправленно и индивидуально работать с пациентами, страдающими серьезными хроническими заболеваниями (их чаще госпитализируют по скорой помощи в остром состоянии, если лечение велось без должного контроля, что, в свою очередь,serьезно влияет на загруженность экстренной помощи).

3. Проанализировав исполнение бюджета в сфере здравоохранения был сделан вывод, что полное исполнение бюджета не происходит. В связи с этим можно выделить дополнительные средства, допустим на гранты для городских или поликлиник муниципальных районов.

В целях улучшения обслуживания пациентов можно ввести проект «Лучшая больница», за победу в котором поликлиника получит грант на развитие. Грант представляется возможным присваивать ежегодно в двух категориях – детской и взрослой. По сути, поликлиники будут соревноваться

друг с другом, повышая качество своей работы с пациентами, а выигранные деньги смогут потратить на зарплаты врачам и медсестрам.

3.3 Предложения по совершенствованию программы Красноярского края «Развитие здравоохранения»

Государственная программа Красноярского края «Развитие здравоохранения» (далее – Государственная программа) принята на основании Постановления Правительства Красноярского края от 30 сентября 2013 года № 516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения». В Приложении В приведен паспорт государственной программы Красноярского края.

Изначально стоит отметить, тот факт, что сроки реализации программы указаны лишь в паспорте, поэтому уместно было бы предложить, чтоб название государственной программы выглядело следующим образом: Государственная программа Красноярского края «Развитие здравоохранения на период с 2014 по 2030 года».

Необходимо также обратить внимание на целевые показатели государственной программы. Целевыми показателями реализации мероприятий государственной программы к 2030 году являются:

- повышение средней продолжительности жизни при рождении до 77 лет;
- снижение показателя смертности от всех причин до 9,0 случая на 1000 человек;
- достижение соотношения среднемесячной заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к среднемесячной начисленной

заработной плате наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) в Красноярском крае до 200%;

- достижение соотношения среднемесячной заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к среднемесячной начисленной заработной плате наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) в Красноярском крае до 100%;

- достижение соотношения среднемесячной заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к среднемесячной начисленной заработной плате наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) в Красноярском крае до 100%.

Недостаток в указанных показателях выражается в том, что отсутствует динамика в приведенных цифрах. Соответственно поставленные значения могут быть неоправданно занижены или завышены. Для наглядности необходимо проанализировать один из целевых показателей, а именно повышение средней продолжительности жизни при рождении до 77 лет к 2030 году.

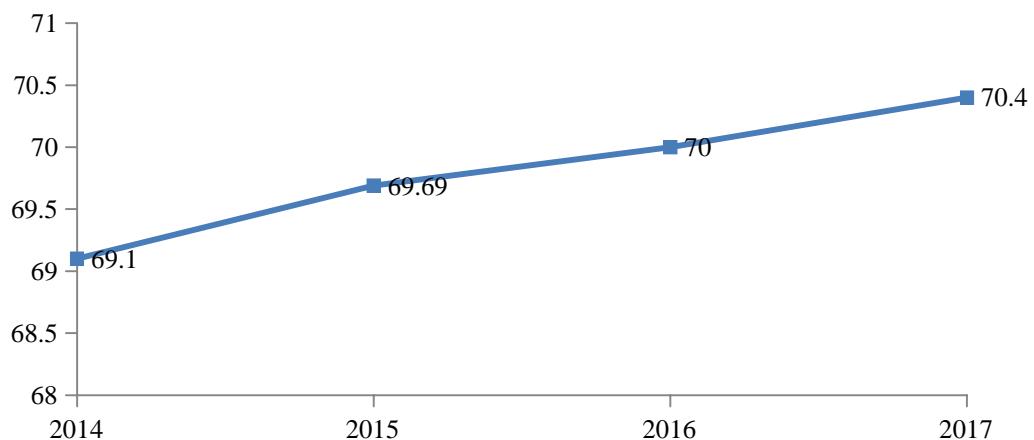


Рисунок 8 – Средняя продолжительность жизни в Красноярском крае при рождении, лет

На основании данных приведенных на рисунке 6 можно сделать вывод, что средний прирост продолжительности жизни в Красноярском крае в год составляет 0,43 года.

Таблица 6 – Прогнозные значения средней продолжительности жизни в Красноярском крае при сохранении тенденции к снижению уровня смертности населения до 2030 год

Год	Средняя продолжительность жизни, лет
2017	70,4
2018	70,83
2019	71,26
2020	71,69
2021	72,12
2022	72,55
2023	72,98
2024	73,41
2025	73,84
2026	74,27
2027	74,7
2028	75,13
2029	75,56
2030	75,99

На основании приведенных расчетов (табл. 6) можно сделать вывод, что достижение целевого показателя, связанного с увеличением продолжительностью жизни до 77 лет к 2030 году невозможно. При расчетах

бралось только среднее увеличение продолжительности жизни, и учитывалась существующая тенденция к снижению уровня смертности населения, но не были взяты в расчет возможные экономические и социальные кризисы или же наоборот подъемы. Но стоит также подчеркнуть, что продолжительность жизни в крае вырастет преимущественно за счет увеличения срока жизни мужчин: ожидается, что за указанный период продолжительность жизни представителей сильного пола вырастет на 5,1 года (с 62,7 до 67,8 лет). Продолжительность жизни женщин должна увеличиться на 2,6 года (с 74,3 до 76,9 лет).

Следующий целевой показатель, указанный в государственной программе Красноярского края – снижение показателя смертности от всех причин до 9,0 случая на 1000 человек. Показатель смертности на 1000 населения последовательно снижался с 13,3 в 2012 году до 13,0 в 2015, и 12,9 в 2017. Однако в соответствии с низким и средним вариантами демографического прогноза Росстата до 2030 года (ежегодно уточняется) к 2020-му число умерших будет ежегодно расти за счет увеличения доли лиц старше трудоспособного и снижения численности населения трудоспособного возраста. Смертность в группах населения пенсионного возраста выше.

Проведенные расчеты отражают тот факт, что в паспорт государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» необходимо включать динамику целевых показателей и прогнозировать будущие значения на основании прошлых. При существующей системе значения целевых показателей сложно прогнозируются и анализируются.

В Государственной программе реализуется 9 подпрограмм:

- 1) «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи, паллиативной помощи и совершенствование системы лекарственного обеспечения»;
- 2) «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»;
- 3) «Охрана здоровья матери и ребенка»;

- 4) «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»;
- 5) «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»;
- 6) «Развитие информатизации в здравоохранении»;
- 7) «Совершенствование схемы территориального планирования здравоохранения»;
- 8) «Обеспечение реализации государственной программы и прочие мероприятия»;
- 9) «Развитие сельского здравоохранения»

Ранее было разобрано неудовлетворительное состояние лекарственного обеспечения в Красноярском крае, поэтому весьма логично выделить подпрограмму «Совершенствование системы лекарственного обеспечения в Красноярском крае, в том числе амбулаторных условиях». Финансирование на лекарственное обеспечение включено в подпрограмму 1, но в связи с увеличением смертей по причине болезней системы кровообращения и от новообразований. В данной сфере необходимо отдельное развитие и совершенствование, на основании этого становятся очевидными 2 основные задачи в данной подпрограмме:

1. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для лечения детей – инвалидов, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги.

2 Совершенствование лекарственного обеспечения в сельской местности, обеспечения доступа к лекарственным средствам жителям труднодоступных территорий

Основными результатами реализации подпрограммы будут:

- удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах и специализированных продуктах лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и

хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний не менее чем на 98,5 % (от числа лиц, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих орфанными заболеваниями);

- удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей не менее чем на 98 % (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей);
- удовлетворение потребности детей, страдающих тяжелыми, в том числе редкими (орфанными), заболеваниями, в лекарственных препаратах и медицинских изделиях, не вошедших в утвержденные перечни – не менее чем на 85 %.

Стоит также отметить, что на территории Красноярского края помимо Государственной программы функционирует на основании Постановления Правительства Красноярского края от 30 сентября 2013 года № 223-п «Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы» (далее – Программа). Паспорт данной Программы приведен в Приложении Г.

Таблица 7 – Несоответствия программ развития здравоохранения в Красноярском крае

Государственная программа	Программа
снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения к 2020 г. до 597,7 случая на 100 тыс. человек	смерть от болезней системы кровообращения к 2020 г. - 609,0 случая на 100 тыс. человек;
снижение показателя смертности от туберкулеза к 2020 г. до 14,3 случая на 100 тыс. человек;	смерть от туберкулеза к 2020 г. - 11,2 случая на 100 тыс. человек;

снижение показателя младенческой смертности к 2020 г. до 5,7 случая на 1000 родившихся живыми;	младенческая смертность к 2020 г. - 6,4 случая на 1000 родившихся живыми
повышение обеспеченности врачами до 38,0 на 10 тыс. человек;	обеспеченность населения врачами к 2020 г. - 41,0 на 10 тыс. человек

Значения целевых показателей в Государственной программе существенно ниже, чем в Программе. (табл. 7). На основании выявленной двойственности в установленных показателях возникает вопрос в социальной политике региона. Для рационального функционирования программ здравоохранения в Красноярском крае необходима единая политика в сфере здравоохранения и единые целевые показатели.

Таблица 8 – Фактические целевые показатели реализации государственной программы

Показатель	Год		
	2015	2016	2017
Смертность от болезней системы кровообращения, чел	940 489	930 102	904 055
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. человек;	16,8	15,2	16,4
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	8,5	9,7	10,8
Обеспеченность населения врачами на 10 тыс. человек	40,5	40,7	40,9

На основании Государственной программы обеспеченность врачами должна быть 38,0 на 10 тыс. человек, но стоит отметить, что фактически в 2015 году данные значения были превышенны. В связи со строительством на территории края перинатальных центров логично прогнозировать снижение младенческой смертности.

Таким образом, для улучшения системы здравоохранения на территории Красноярского края необходимо приведение к единым параметрам программ развития. Динамика целевых индикаторов должна быть обоснована и рассчитана, для того, чтобы логика расчета была прозрачна и ясна.

Предлагается выделить в отдельную подпрограмму «Совершенствование системы лекарственного обеспечения в Красноярском крае, в том числе амбулаторных условиях»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе работы была проанализирована система здравоохранения Красноярского края, была оценена Государственная программа «Развитие здравоохранения» в Красноярском крае. В результате оценки были выявлены следующие проблемы:

- недостаточная автоматизированность системы здравоохранения в Красноярском крае;
- отсутствие понятия и процедур определения взаимозаменяемости лекарственных средств является барьером входа на рынок лекарственных препаратов, средством дискриминации российских лекарственных препаратов и устранения конкуренции в гражданском обороте и на торгах;
- несоответствие программ развития здравоохранения в Красноярском крае.

Соответственно выявленным проблемам были предложены следующие пути решения:

- назначение анализов в электронном виде и получение их результатов также в электронном виде уже с этой осени. Возможность появится благодаря новой системе – централизованному лабораторному сервису ЕМИАС, который охватит все виды тестов. Врачи смогут назначать лабораторные исследования электронно, далее назначения будут автоматически поступать в лабораторию. После этого их результаты в режиме онлайн появятся на компьютере врача, оформившего назначение. Кроме того, необходимо ввести электронные медкарты. Создание медкарт в электронном виде будет в компетенции врачей. На карте хранится информация о заболеваниях пациента, визитах к врачу, назначенных препаратах, больничных листах. Электронная медицинская карта доступна всем врачам, работающим в системе ЕМИАС, поэтому даже если пациент перейдет лечиться в другую городскую

поликлинику, ее врачи тоже будут иметь доступ к карте. Доступ к ней имеют и сотрудники скорой и неотложной помощи. Данная мера существенно поможет в лечении пациентов. Для сокращения заполнения документов целесообразно предложить голосовой анализатор при приеме, который бы записывал и транслировал в текст жалобы пациента и рекомендации врача. На современном уровне развития информационных технологий проблем во внедрении возникнуть не должно.

- созданию реестра лекарственных средств. Государственный реестр лекарственных средств содержит перечень отечественных и зарубежных лекарственных средств, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Для улучшения системы здравоохранения на территории Красноярского края необходимо приведение к единым параметрам программ развития. Динамика целевых индикаторов должна быть обоснована и рассчитана, для того, чтобы логика расчета была прозрачна и ясна. Предлагается выделить в отдельную подпрограмму «Совершенствование системы лекарственного обеспечения в Красноярском крае, в том числе амбулаторных условиях».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1.** Аверин, Ю. П. Медико-социологический подход к исследованию качества жизни и его состояние в условиях современной России / Ю. П. Аверин // Ломоносовские чтения. – 2015.
- 2.** Акатова А.А., Шарова Л.В., Аминова А.А. Влияние техногенных факторов окружающей среды на состояние здоровье детей / А.А. Акатова, Л.В. Шарова, А.А. Аминова // Адаптивная физическая культура, спорт и здоровье: интеграция науки и практики: сб. тр. II Всерос. науч.практ. конф. – Уфа, 2016. – Ч. 1. – С. 19–21.
- 3.** Арутюнян Р.В., Воробьева Л.М. Экологическая безопасность Красноярского края с позиции анализа риска для здоровья населения / Р.В. Арутюнян, Л.М. Воробьева // Атомная энергия. – 2015. – Т. 118, № 2. – С. 113–117.
- 4.** Банин Сергей Анатольевич Систематизация проблем финансирования здравоохранения Российской Федерации / С.А. Банин // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2016. №3 (35).
- 5.** Белехова, Г. В. Об оценке социальной инфраструктуры сельских территорий / Г. В. Белехова, К. Н // Проблемы развития территории. – 2013. – № 1(83). – С. 72–84.
- 6.** Веревина М.Л., Русаков Н.В., Жукова Т.В., Груздева О.А. Оценка заболеваемости населения в зависимости от условий проживания / М.Л. Веревина, Н.В. Русаков, Т.В. Жукова, О.А. Груздева //Гигиена и санитария. – 2015. – № 3. – С. 21–25.
- 7.** Грязнова Е.В., Шкирнюк П.Г. Здравоохранение в России и качество жизни населения // Теоретическая и прикладная экономика – 2014. - № 4. - С.72-85. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://e-notabene.ru/etc/article_12986.html

8. Даутов Ф.Ф., Хакимова Р.Ф., Юсупова Н.З. Влияние загрязнений атмосферного воздуха на аллергическую заболеваемость детей в крупном промышленном городе/ Ф.Ф. Даутов, Р.Ф. Хакимова, Н.З. Юсупова // Гигиена и санитария. – 2017. – № 2. – С. 10–12.

9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2015 года // Всемирная организация здравоохранения. – 2015. – 126 с.

10. Еругина М.В., Кром И.Л. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению/ М.В. Еругина, И.Л. Кром // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.;

11. Зайцева Н.В., Май И.В., Балашов С.Ю. Медико-биологические показатели состояния здоровья населения в условиях комплексного природно-техногенного загрязнения среды обитания/ Н.В. Зайцева, И.В. Май, С.Ю. Балашов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2016. – Т. 11, № 1–6. – С. 1144–1148.

12. Зубец, А.Н. Частное финансирование здравоохранения в России / А.Н. Зубец // Финансы.-2014. №2.-С. 56-58.

13. Иванова, В. С. Реформы здравоохранения: ожидания медперсонала / В. С. Иванова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2012.-№ 4-вып. 1 (20).

14. Исаева, И. В. В России нехватка врачей // МРТ-эксперт. – 2013 / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.mrtexpert.ru/articles/291>

15. Каграманян, И.Н. О кадровом обеспечении системы здравоохранения Российской Федерации / И.Н. Каграманян // Образование и подготовка медицинских кадров, 2014. – 277-280

16. Казарин, Б.В. Здоровье населения и модернизация здравоохранения / Б.В. Казарин // Международный журнал экспериментального образования, №3, 2014

17. Котова Ю.Н. Оценка эффективности функционирования региональной системы здравоохранения / Ю.Н. Котова// автореферат дисс. канд. экон. н., Рязань 2014 – 24 с.

18. Куандыков Г.Б. Проблемы профилактического здравоохранения в России // Здоровье и образование в ХХI веке. 2017. №11. / [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-profilakticheskogo-zdravoohraneniya-v-rossii>

19. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования: руководство для врачей / Б.И. Марченко // Таганрог: Издво «Сфинкс», 2017. – 432 с.

20. Меркулова Н.А. Прогнозирование заболеваемости детского населения при изменении загрязнения атмосферного воздуха промышленного города (на примере г. Владикавказа): дис.канд. мед. наук/ Меркулова Наталья Алексеевна – Казань, 2016 – 176 с.

21. Май И.В., Попова А.Ю. Методические подходы к расчету фактических и предотвращенных медико-демографических и экономических потерь, ассоциированных с негативным воздействием факторов среды обитания/ И.В. Май, А.Ю. Попова // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94, № 7. – С. 95–99.

22. Максимова, Т.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и некоторых зарубежных странах./ Т.М. Максимова, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012.-№ 1. – С. 9 – 12.

23. Мстиславский, П. С. Вопросы теории и методологии анализа качества жизни / П. С. Мстиславский // Уровень жизни населения регионов России. – №2. – 2012. – с. 5 –

24. Олейник Г.С., Буздык Г.А. Современное состояние и проблемы финансирования здравоохранения / Г.С. Олейник, Г.А. Буздык // Теория и практика общественного развития. 2017. №1.

- 25.** Онищенко Г.Г. Итоги и перспективы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации/ Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2012. – № 4. – С. 4–12.
- 26.** Панов, М. М. Трудовые ресурсы сельских территорий: состояние и проблемы / М.М. Панов // Вопросы территориального развития. – 2014. – № 5. – 11 с
- 27.** Попова А.Ю. Стратегические приоритеты Российской Федерации в области экологии с позиции сохранения здоровья нации/ А.Ю. Попова // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – Т. 251, № 2. – С. 4–7.
- 28.** Потапов А.И., Новичкова Н.И., Чистякова Т.В., Пархоменко В.В. Профилактика и реабилитация – эффективные направления повышения уровня здоровья населения / А.И. Потапов, Н.И. Новичкова, Т.В. Чистякова, В.В. Пархоменко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 1. – С. 3–5.
- 29.** Плутницкий, А.Н. Анализ финансовых нормативов гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи / А.Н. Плутницкий // Современные проблемы эффективности управлением здравоохранением: Материалы научно-практической конференции/под ред. А.И. Вялкова. – М.: РЦ «Фармейнфо», 2012. – С. 155.
- 30.** Садовникова Ю.М. Сравнительные показатели заболеваемости детей дошкольного возраста из экологически различных городских микрорайонов / Ю.М. Садовникова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2014 – Т. 106, № 12. – С. 56–60.
- 31.** Сочнева Е.Н. Наращивание человеческого капитала как важное направление социально-экономической политики / Е.Н. Сочнева // Экономика и предпринимательство. 2014. № 10 (51). С. 235-238
- 32.** Сочнева Е.Н. Демографическая политика: какие меры приносят наибольший эффект/ Е.Н. Сочнева // Человек и труд. 2008. № 12. С. 18-25
- 33.** Сочнева Е.Н. Проблемы внедрения эффективного контракта в практическую деятельность бюджетных учреждений Красноярского края //

Современные проблемы экономического и социального развития. / Межвуз. Сборник научных трудов, посвященный светлой памяти проф. Г. С. Михалева. Вып.11. Сибирский аэрокосмический университет им. М. Ф. Решетнева. Красноярск, 2015. С. 141-144

34. Сочнева Е.Н. Социальное предпринимательство государственных организаций Красноярского края. Восточный вектор : социально-экономическое развитие Красноярского края // Материалы Междунар. науч.-практ. конф. 29 октября 2015 г.

35. Таркова Н.Р., Смородинова Н.И. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения России // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. 2011. №7/ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-finansirovaniya>

36. Троицкая, Н.Л. Социально-экономическая модель здравоохранения современной России / Н.Л. Троицкая // Вестник томского государственного университета.-№ 327. – 2015. – С.165 – 174.

37. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать / Г. Э. Улумбекова// Здравоохранение 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

38. Чамкина Т.И. Влияние отраслей промышленности на состояние окружающей среды Кузбасса / Т.И. Чамкина // Горный информационно-аналитический бюллетень: научно-технический журнал. – 2016. – № 8. – С. 268–279.

39. Чентемирова, Н. А. Социологические критерии качества жизни в аспекте социологии здоровья / Н.А. Чентемирова // Вестник АГТУ.-2017.-№ 5 (40). – С. 97 – 101.

40. Шейман И.М., Шишkin С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи/ И.М. Шейман, С.В. Шишkin //докл. Государственного университета – Высшей школы экономики: к X Междунар.науч. конф. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества (Москва, 7–9 апреля 2015 г.) М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2015. 66 с

41. Шур П.З., Зубарев А.Ю., Шарифов А.Т. Методические подходы к разработке критериев для количественной оценки неканцерогенного риска факторов среды обитания по результатам эпидемиологических исследований / П.З. Шур, А.Ю. Зубарев, А.Т. Шарифов // Профилактическая медицина в России: истоки и современность – 2016 - № 3 – С. 7-10.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Динамика впервые выявленной заболеваемости населения на территории Красноярского края и Российской Федерации

**Таблица А. 1 – Динамика впервые выявленной заболеваемости населения
Красноярского края, Российской Федерации, случаев на 1000 населения, в %**

Наименование класса болезни, территории	Год				
	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Зарегистрировано заболеваний всего</i>					
Российская Федерация	796,9	793,9	799,4	787,1	770,2
Красноярский край	807,9	804,8	784,9	783,1	795,6
<i>Некоторые инфекционные и паразитные болезни</i>					
Российская Федерация	32,4	32,1	30,9	30,8	29
Красноярский край	34,6	34,9	30,8	30,1	29,4
<i>Новообразования</i>					
Российская Федерация	11,1	11,6	11,4	11,6	11,5
Красноярский край	16,0	16,2	16,6	15,9	16,7
<i>Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм</i>					
Российская Федерация	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Красноярский край	3,8	3,9	3,8	3,9	3,8

Продолжение Приложения А

<i>Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ</i>					
Российская Федерация	10,3	10,6	10,6	11,2	11,5
Красноярский край	11,1	11,7	13,4	13,8	15,5
<i>Болезни нервной системы</i>					
Российская Федерация	16,5	16,3	16,5	16,2	16
Красноярский край	19,0	19,1	16,8	17,6	18,5
<i>Болезни глаза и его придаточного аппарата</i>					
Российская Федерация	33,3	35,2	35	34,7	34
Красноярский край	43,9	43,5	41,5	41,0	41,8
<i>Болезни уха и его сосцевидного отростка</i>					
Российская Федерация	27,8	28,2	27	27,7	27,1
Красноярский край	29,7	29,9	27,7	27,3	27,3
<i>Болезни системы кровообращения</i>					
Российская Федерация	28,2	26,6	29,9	28,8	29,1
Красноярский край	34,4	32,9	33,8	36,5	36,8
<i>Болезни органов дыхания</i>					
Российская Федерация	338,8	330,9	338,4	333,4	332,9
Красноярский край	295,0	285,8	276,1	289,3	297,0

Окончание Приложения А

<i>Болезни органов пищеварения</i>					
Российская Федерация	34,8	34,8	35,2	36,6	36,6
Красноярский край	35,3	38,7	37,1	38,7	39,4
<i>Болезни кожи и подкожной клетчатки</i>					
Российская Федерация	48	48	47	46,3	46
Красноярский край	42,2	41,5	40,7	38,1	37,8
<i>Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</i>					
Российская Федерация	33,6	33,2	32,3	31,8	31
Красноярский край	40,2	41,6	41,0	42,1	43,5
<i>Болезни мочеполовой системы</i>					
Российская Федерация	49,3	49,6	49,8	49	50,1
Красноярский край	54,3	54,5	58,4	54,5	51,8
<i>Врожденные аномалии (пороки развития)</i>					
Российская Федерация	2,1	2,1	2,1	2,1	2
Красноярский край	1,9	1,8	2,1	1,7	1,9
<i>Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>					
Российская Федерация	92,8	93,8	92,6	90,2	89,9
Красноярский край	107,2	109,5	107,9	101,1	100,8

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Ранжирование территорий Красноярского края по среднемноголетнему уровню заболеваемости населения обусловленной воздействием факторов окружающей среды.

Таблица Б.1 – Ранжирование территорий Красноярского края по среднемноголетнему уровню заболеваемости населения обусловленной воздействием факторов окружающей среды.

	Муниципальные образования	Заболеваемость
1	Абанский район	0,2368
2	Ачинский район	0,4929
3	Балахтинский район	0,4406
4	Березовский район	0,5022
5	Бирюльский район	0,6896
6	Боготольский район	0,3899
7	Богучанский район	0,2757
8	Большемуртинский район	0,3098
9	Большеулуйский район	0,3575
10	Дзержинский район	0,5542
11	Емельяновский район	0,2792
12	Енисейский район	0,3195
13	Ермаковский район	0,4776
14	Идринский район	0,3616
15	Иланский район	0,2151
16	Ирбейский район	0,2725
17	Казачинский район	0,371

18	Канский район	0,2609
19	Каратузский район	0,3679
20	Кежемский район	0,3998
21	Козульский район	0,1571
22	Краснотуренский район	0,3448
23	Курагинский район	0,274
24	Манский район	0,3176
25	Минусинский район	0,3348
26	Мотыгинский район	0,1037
27	Назаровский район	0,3679
28	Нижнеингашский район	0,2966
29	Новоселовский район	0,4644
30	Партизанский район	0,3239
31	Пирровский район	0,299
32	Рыбинский район	0,2368
33	Саянский район	0,3454

Окончание Приложения Б

34	Северо-Енисейский район	0,3912
35	Сухобузимский район	0,3825
36	Таймырский Долгано-Ненецкий район	0,526
37	Тасеевский район	0,5251
38	Туруханский район	0,5607
39	Тюхтетский район	0,6844
40	Ужурский район	0,6844
41	Уярский район	0,3296
42	Шарыповский район	0,6227
43	Шушенский район	0,6676
44	Эвенкийский район	0,5607

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Паспорт государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения»

Таблица В.1 – Паспорт государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения»

Наименование государственной программы Красноярского края	государственная программа Красноярского края «Развитие здравоохранения»
Основания для разработки государственной программы Красноярского края	статья 179 Бюджетного кодекса Российской Федерации; Постановление Правительства Красноярского края от 01.08.2013 № 374-п «Об утверждении Порядка принятия решений о разработке государственных программ Красноярского края, их формирования и реализации»; Распоряжение Правительства Красноярского края от 09.08.2013 № 559-р
Ответственный исполнитель государственной программы Красноярского края	министрство здравоохранения Красноярского края
Соисполнители государственной программы	министрство строительства Красноярского края
Перечень подпрограмм и отдельных мероприятий государственной программы Красноярского края	подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи, паллиативной помощи и совершенствование системы лекарственного обеспечения»; подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; подпрограмма 3 «Охрана здоровья матери и ребенка»; подпрограмма 4 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; подпрограмма 5 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; подпрограмма 6 «Развитие информатизации в здравоохранении»; подпрограмма 7 «Совершенствование схемы территориального планирования здравоохранения»; подпрограмма 8 «Обеспечение реализации государственной программы и прочие мероприятия»; подпрограмма 9 «Развитие сельского здравоохранения»
Цель государственной программы Красноярского края	увеличение продолжительности жизни за счет обеспечения доступной и качественной медицинской

ПОМОЩИ

Продолжение Приложения В

Задачи государственной программы Красноярского края	<p>1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, в том числе обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей. Обеспечение доступности лекарственной помощи населению Красноярского края.</p> <p>2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.</p> <p>3. Создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям.</p> <p>4. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей.</p> <p>5. Обеспечение медицинских организаций квалифицированными медицинскими кадрами.</p> <p>6. Повышение качества оказания медицинской помощи, эффективности и результативности процессов управления системой здравоохранения путем информатизации здравоохранения.</p> <p>7. Модернизация инфраструктуры медицинских организаций Красноярского края.</p> <p>8. Создание условий для эффективного, ответственного и прозрачного управления финансовыми ресурсами в рамках выполнения установленных функций и полномочий.</p> <p>9. Повышение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению Красноярского края</p>
Этапы и сроки реализации государственной программы Красноярского края	программа реализуется в 2014 - 2030 годах
Перечень целевых показателей государственной программы с указанием планируемых к достижению значений в результате реализации государственной программы Красноярского края	перечень целевых показателей программы с расшифровкой плановых значений по годам ее реализации изложен в приложении № 1 к паспорту программы
Информация по ресурсному обеспечению государственной программы Красноярского края, в том числе по годам реализации программы	<p>общий объем финансирования программы составляет 434 363 420,1 тыс. рублей, из них:</p> <p>в 2014 году – 50 879 282,7 тыс. рублей;</p> <p>в 2015 году – 56 001 394,4 тыс. рублей;</p> <p>в 2016 году – 58 832 042,4 тыс. рублей;</p> <p>в 2017 году – 61 786 826,5 тыс. рублей;</p> <p>в 2018 году – 76 717 228,1 тыс. рублей;</p> <p>в 2019 году – 64 214 173,3 тыс. рублей;</p> <p>в 2020 году – 65 932 472,7 тыс. рублей, в том числе:</p> <p>средства краевого бюджета, поступающие из федерального бюджета в виде транзита</p> <p>443,8 тыс. рублей, из них</p> <p>в 2014 году – 2 737 925,3 тыс. рублей;</p>

Окончание Приложения В

в 2015 году – 2 248 384,4 тыс. рублей;
в 2016 году – 2 534 004,1 тыс. рублей;
в 2017 году – 2 764 356,7 тыс. рублей;
в 2018 году – 7 190 531,7 тыс. рублей;
в 2019 году – 677 626,7 тыс. рублей;
в 2020 году – 561 614,9 тыс. рублей;
средства краевого бюджета - 220163573,7 тыс. рублей, из них:
в 2014 году – 28 152 958,9 тыс. рублей;
в 2015 году – 30 334 373,0 тыс. рублей;
в 2016 году – 31 199 394,5 тыс. рублей;
в 2017 году – 34 018 360,7 тыс. рублей;
в 2018 году – 37362 402,1 тыс. рублей;
в 2019 году – 29 635 486,9 тыс. рублей;
в 2020 году – 29 460 597,6 тыс. рублей;
внебюджетные источники – 20 446 164,2 тыс. рублей, из них:
в 2014 году – 2 219 958,7 тыс. рублей;
в 2015 году – 3 101 582,9 тыс. рублей;
в 2016 году – 4 021 483,1 тыс. рублей;
в 2017 году – 2 920 950,9 тыс. рублей;
в 2018 году – 2 716 548,9 тыс. рублей;
в 2019 году – 2 727 025,8 тыс. рублей;
в 2020 году – 2 738 613,9 тыс. рублей;
средства бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края – 175 039 238,4 тыс. рублей, из них:
в 2014 году – 17 768 439,8 тыс. рублей;
в 2015 году – 20 317 054,1 тыс. рублей;
в 2016 году – 21 077 160,7 тыс. рублей;
в 2017 году – 22 083 158,2 тыс. рублей;
в 2018 году – 29 447 745,4 тыс. рублей;
в 2019 году – 31 174 033,9 тыс. рублей;
в 2020 году – 33 171 646,3 тыс. рублей

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Паспорт программы Красноярского края «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы»

Таблица Г.1 – Паспорт программы Красноярского края «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы»

Наименование программы	«Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы»
Ответственный исполнитель программы	министрство здравоохранения Красноярского края
Участники программы	министрство здравоохранения Красноярского края; территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края; министерство строительства и архитектуры Красноярского края
Основание для разработки программы	распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 251-п*
Перечень основных подпрограмм программы	1. Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; 2. Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; 3. Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства»; 4. Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»; 5. Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; 6. Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; 7. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; 8. Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»; 9. Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»; 10. Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Красноярского края»
Цели программы	обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки
Задачи программы	обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; повышение эффективности службы родовспоможения и детства; развитие медицинской реабилитации населения и

Окончание Приложения Г

		совершенствование системы санаторий в том числе детей; обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей; обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; обеспечение системности организации охраны здоровья граждан; внедрение современных информационных систем в здравоохранение
Целевые и программы	индикаторы показатели	повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении; снижение смертности от всех причин; снижение материнской смертности; снижение младенческой смертности; снижение смертности детей в возрасте 0-17 лет; снижение смертности от болезней системы кровообращения; снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий; снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных); снижение смертности от туберкулеза; снижение заболеваемости туберкулезом; снижение числа дней работы койки в году; снижение средней длительности лечения больного в стационаре; повышение доли врачей первичного звена от общего числа врачей; повышение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут; повышение доли расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Красноярского края (далее - Территориальная программа); повышение доли расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на Территориальную программу
Этапы и сроки реализации программы		программа реализуется в два этапа: первый этап: 2013-2015 годы; второй этап: 2016-2020 годы

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт экономики, управления и природопользования
Кафедра социально-экономического планирования

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
E.B. Зандер
подпись инициалы, фамилия
« 15 » 06 2018 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**Совершенствование системы управления здравоохранением в
Красноярском крае**

38.03.04 «Государственное и муниципальное управление»

38.03.04.11 «Региональное управление»

Руководитель А.Р. Семенова
доцент, канд. физ.-мат.. наук
подпись, дата 15.06.18
должность, ученая степень инициалы, фамилия

Выпускник И.О. Кучменко
ирициалы, фамилия
подпись, дата 15.06.18

Красноярск 2018