

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет экономический  
Кафедра экономической теории и государственного управления  
Специальность 38.03.04 – Государственное и муниципальное управление

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой  
\_\_\_\_\_ М.В. Зинченко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Управление здравоохранением в регионе (на примере деятельности  
Министерства здравоохранения Амурской области)

Исполнитель

студент группы 273-об1

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

А.Д.Шаркова

Руководитель

доцент, к.т.н

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

В.З.Григорьева

Нормоконтроль

ст. преподаватель

\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

Л.Н. Михайленко

Благовещенск 2016

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУВПО «АмГУ»)**

Факультет Экономический  
Кафедра Экономической теории и государственного управления

УТВЕРЖДАЮ  
Зав.кафедрой  
\_\_\_\_\_ М. В.  
Зинченко  
подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
2016г,

**З А Д А Н И Е**

К \_\_\_\_\_ выпускной квалификационной работе  
студента \_\_\_\_\_

1. Тема выпускной квалификационной работы:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Срок сдачи студентом законченной работы  
(проекта) \_\_\_\_\_  
(утверждена приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

3. Исходные данные к выпускной квалификационной  
работе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Содержание выпускной квалификационной работы (перечень  
подлежащих разработке  
вопросов): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.) \_\_\_\_\_

---

---

6. Консультанты по выпускной квалификационной работе (с указанием относящихся \_\_\_\_\_ к \_\_\_\_\_ ним разделов) \_\_\_\_\_

---

7. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ выдачи задания \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_ выпускной \_\_\_\_\_ квалификационной работы: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание)

Задание \_\_\_\_\_ принял \_\_\_\_\_ к \_\_\_\_\_ исполнению (дата): \_\_\_\_\_

(подпись студента)

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретико-правовые основы государственного управления здравоохранением	9
1.1 Современные подходы к управлению здравоохранением	9
1.2 Нормативно-правовая база системы управления здравоохранением	22
1.3 Государственная региональная политика в области здравоохранения	30
2 Анализ регионального управления здравоохранением в Амурской области и его совершенствование	33
2.1 Анализ деятельности министерства здравоохранения Амурской области	33
2.2 Программно-целевой метод управления здравоохранением	47
2.3 Проблемы в региональном управлении здравоохранением и предложения по их решению	56
Заключение	64
Библиографический список	68
Приложение А	72

## РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа содержит 73с.,2 рис.,10 таблиц., 1 приложение., 42 источника.

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, АНАЛИЗ, ИНДИКАТОРЫ, ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЙ МЕТОД, ПРОБЛЕМЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИНИСТЕРСТВА, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ.

Целью выпускной работы – на основе теоретико-правовой базы провести анализ управления здравоохранения в регионе и предложить мероприятия по его совершенствованию.

Объектом исследования в работе является здравоохранение в регионе.

В выпускной работе применялись теоретические, логико-интуитивные, сравнительный, статистический и графический методы анализа.

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выпускной квалификационной работы обуславливается большой необходимостью формирования и государственного регулирования одного из главных составляющих социально ориентированной рыночной экономики- сферы здравоохранения.

Здравоохранение относится к числу ведущих направлений социальной политики государства, так как здоровье народа представляет большую ценность и в то же время выступает важным компонентом развития механизма государственного управления сферой здравоохранения, чем и определяет высокую значимость выпускной работы.

Энергичное реформирование российского общества требует новые подходы к управлению здравоохранением. Не смотря на то, что преобразования в этой сфере осуществляются, сохраняется много нерешенных проблем. Преимущественно, преобладающими остаются методы административного управления. Рыночные механизмы ориентируют на финансирование видов деятельности в зависимости от конечных результатов. Но все же в сфере здравоохранения все так же наблюдается затратный механизм финансирования, который основан на управлении бюджетными затратами. Так называемое затратное финансирование здравоохранения обрекает его на экстенсивное развитие. Система предоставления нации необходимой медицинской помощи в России обретает значение жизненно необходимой для устойчивого развития общества и для обеспечения национальной безопасности. Однако, состояние системы здравоохранения характеризуется наличием основательных проблем, которые требуют принятия базисных решений. Преимущественными при этом являются организационно-экономические проблемы.

Изъян действующей системы управления здравоохранением демонстрируется в значительной организационной разобщенности федерального уровня субъектов в системе здравоохранения, что затрудняет

создать условия для комплексного подхода к охране здоровья. Сложилась такая ситуация в которой здравоохранение финансируется в основном субъектами Российской Федерации. Декларированные государством гарантии на предоставление бесплатной медицинской помощи часто не выполняются. В конечном итоге граждане вынуждены сами платить за медицинские услуги. В настоящий момент, когда социальная политика приобретает местную направленность, главным образом встает вопрос об отчетливом разделении полномочий между разными уровнями управления, а значит, и ответственности за расходы на производство общественных благ, вдобавок об определении оптимизированной системы разделения доходов между федеральным, региональным, местным бюджетами. Сложившаяся сеть медицинских организация и режим взаимодействия между ними таковы, что этапность лечебно-диагностического процесса реализуется неэффективно, то есть с перегрузкой стационаров, недооценкой возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений и при почти полном отсутствии специализированных учреждений для долечивания и ухода за больными. Это приводит к большим социально-экономическим потерям.

Целью выпускной работы – на основе теоретико-правовой базы провести анализ управления здравоохранения в регионе и предложить мероприятия по его совершенствованию.

Задачи выпускной работы:

изучить теоретико-правовые основы государственного управления здравоохранением;

-провести анализ системы управления здравоохранением АО;

-выявить актуальные проблемы сферы управления здравоохранением и предложить пути их решения.

Объектом исследования в работе является здравоохранение в регионе.

Предметом исследования в работе является организационно-экономические отношения, возникающие при управлении здравоохранением в регионе.

Теоретической и методологической основой выпускной работы являются труды отечественных и зарубежных ученых и специалистов, рассматривающих проблемы и подходы к управлению здравоохранением.

Степень разработанности проблемы выпускной работы в российской и зарубежной литературе высока. Осуществлялось исследование системы управления здравоохранением, опираясь на труды отечественных и зарубежных ученых и специалистов - Б.А. Райзберга, Н.Б. Кузьминой, Л.И. Васильцовой, Н.И. Гуревича, М.Портера, И.А.Тогунова .

В выпускной работе применялись теоретические, логико-интуитивные, сравнительный, статистический и графический методы анализа.



# 1 ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

## 1.1 Современные подходы к управлению здравоохранением

В основе системной концепции охраны здоровья лежат представления о человеке как открытой системе с ее принципами целостности и организации. Давно известно, что человеческий организм - открытая система, которая остается постоянной при непрерывном изменении входящих в нее веществ и энергии (так называемое состояние подвижного равновесия).

Системные исследования состояния общественного здоровья легли в основу научной теории, концепции и методов, в которых объект исследования - здоровье человека и отрасль здравоохранения рассматриваются как система в виде множества взаимосвязанных элементов, выступающих в качестве единого целого. Иначе говоря, объект этого исследования представлен сложной динамической системой, состоящей из большого числа взаимодействующих феноменов, свойств, категорий, а также служб, звеньев, секторов и подразделений<sup>1</sup>. Специфика управления в здравоохранении обусловлена, прежде всего, тем, что это особая сфера, существенно отличающаяся от других видов деятельности. Учреждения здравоохранения имеют особые характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления или изменения акцентов.

Во-первых, результатом деятельности медицинского учреждения является услуга, что определяет характер взаимодействия с потребителями - прямой контакт и вовлечение его в процесс оказания услуги. Это, свою очередь, находит выражение в многовариантности способов управления, используемых в здравоохранении.

Во-вторых, медицинские услуги относятся к социальным услугам.

---

<sup>1</sup> Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2009. - 115 с

Определяя сущность и содержание управления применительно к системе здравоохранения, авторы выделяют следующие структурные элементы: содержание управления, цель, задачи, объект, уровни управления, функции и методы управления.

В качестве цели управления здравоохранением отдельные авторы обозначают в основном сокращение заболеваемости и смертности населения<sup>2</sup>. Однако, есть и точка зрения, воспринимающая целевую функцию управления здравоохранением, как поддержание и укрепление здоровья населения, сокращение заболеваемости, увеличение продолжительности жизни<sup>3</sup>, что является не маловажным в ориентирах социального государства.

Интересным представляется разделение целевой функции управления здравоохранением в зависимости от формы собственности управляющего субъекта, предлагаемое Б.А. Райзбергом, Н.Б. Кузьминой и Ю.В. Шиленко: цель управления государственным сектором - обеспечение населения общественными услугами здравоохранения на началах общедоступности; цель управления негосударственным сектором - обеспечение потребностей платежеспособности части населения, снижение нагрузки на государственный сектор при одновременном достижении безубыточности и нормативной прибыльности предпринимательских организаций<sup>4</sup>.

Как отмечает Л.И. Васильцова, «цели систем здравоохранения в современном обществе включают: улучшение состояния здоровья населения; развитие здорового образа жизни граждан; предотвращение болезней и травм, которых можно избежать при современном состоянии знаний; развитие системы здравоохранения, способной функционировать в рамках реальных финансовых ограничений и использовать ресурсы наиболее эффективным образом для достижения целей охраны здоровья»

---

<sup>2</sup> Трушкина Л.Юю, Глепщеришев Р.А., Трушкин А.Г. и др. Экономика и управление здравоохранением: учеб.пособие. 2-е изд. Ростов н/Д : Феникс, 2011. С 56

<sup>3</sup> Райзберг Б.А., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Российское здравоохранение:вхождение на рынок/ под ред. В.З. Кучеренко, Н.Ф.Герасименко. М.:ИНФРА-М,2010. С 24

<sup>4</sup> Райзберг Б.А., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Российское здравоохранение:вхождение на рынок/ под ред. В.З. Кучеренко, Н.Ф.Герасименко. М.:ИНФРА-М,2013. С 39-42

Таким образом, управление здравоохранением должно быть подчинено основной цели-увеличению продолжительности жизни населения. Разнообразие задач, выделяемых авторами, обусловлено охватом медицинских, социальных и экономических показателей, результирующим функционированием отрасли.

В системе управления обязательно присутствуют два звена: управляющее и управляемое<sup>5</sup>. Объектами управления в системе здравоохранения являются как сам процесс формирования и распределения фондов денежных средств отрасли, так и отношения между субъектами управления по поводу создания, распределения и потребления медицинских услуг.

Субъектами управления в здравоохранении являются государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения с входящими в них медицинскими учреждениями, а так же физические и юридические лица, осуществляющие потребление медицинских услуг через ОМС, ДМС и на рынке медицинских услуг.

В системе управления здравоохранением на уровне субъекта РФ, административной территории, отдельно взятой организации здравоохранения выделяют три уровня: стратегический, тактический, оперативный.

На стратегическом уровне разрабатывается прогноз развития ситуации, определяются приоритеты, формируются цели и задачи, разрабатываются модели конечных результатов. Это, пожалуй, самый сложный и ответственный уровень в системе управления здравоохранением. В функции стратегического уровня входит разработка и принятие решений с учетом реальных и потенциальных возможностей систем здравоохранения страны, субъектов РФ.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - 2012. - 288 с. : ил. С 84

<sup>6</sup> Васильцова Л.И. Муниципальное здравоохранение: социально-экономические аспекты трансформации и развития/ науч.ред. А.Б. Блохин, Е.Г. Анимиаца. Екатеринбург: Изд-во Урал.гос.экон.ун-та,2012. С 111

Тактический уровень несет ответственность за оптимальное распределение ресурсов в соответствии с выбранным на стратегическом уровне решением. Это уровень отвечает за организацию работы отдельных служб и организаций здравоохранения.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение принятых выше решений в своих подразделениях.

Что касается методов управления, то мнения большинства российских ученых совпадают. Практически все авторы, уделяющие внимание методам управления, выделяют 3 группы методов: организационно-распорядительные (административные); социально-психологические; экономико-математические. Исключением является выделение правовых методов в работе О. П. Щепина и Л. А. Габуевой<sup>7</sup>, что оправданно, поскольку одним из методов, применяемых субъектом управления, является нормативное правовое регулирование на различных уровнях, которое регламентирует содержание всех остальных методов.

Методы руководства – это способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в целях решения поставленных перед ним задач.

Организационно-распорядительные используются для распределения функций, обязанностей, ответственности, полномочий, установления регламента деловых взаимоотношений. Эти методы позволяют компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые параметры путем директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т.д. Между этими структурными элементами существуют строго определенные связи, которые могут быть:

---

<sup>7</sup> Щепин О. П., Габуева Л. А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / под общ. ред. В. И. Стародубова. М. : МЦФЭР, 2014. С 115-119

- вертикальными (линейными), которые определяют иерархию подчинения;
- горизонтальными (функциональными), которые определяют согласованность действий между подразделениями.

В настоящее время в управлении здравоохранением все большую приоритетность приобретают экономико-математические методы управления, которые включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, методы статистического анализа.

Социально-психологические методы управления можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Многие авторы выделяют четыре классические функции управления: планирование; организацию; мотивацию; контроль, к которым некоторые исследователи добавляют функцию координации<sup>8</sup>.

Эти функции в совокупности составляют управленческий цикл и определяют конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации управленческого решения.

Планирование как функция управления представляет собой процесс определения целей и путей их достижения.

Функция планирования имеет сложную структуру и реализуется через свои подфункции: прогнозирование, моделирование, программирование.<sup>9</sup>

Функция планирования в управлении представляет собой процедуру определения целей и их достижения. Функция имеет сложную структуру и осуществляется через подфункции, такие как программирование, прогнозирование, моделирование.

---

<sup>8</sup> Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие. М. : ФОРУМ; ИНФРА-М, 2013. С 154

<sup>9</sup> Скляр Т. М. Экономика и управление здравоохранением : учеб. пособие. СПб. : Изд. дом Санкт-Петербург. гос. ун-та, 2013. С 43

Первой стадией планирования является прогнозирование. Это метод научно-обоснованного ожидания возможных направлений будущего развития организации, которая рассматривается в плотном взаимодействии с окружающей средой. Не менее важной подфункцией планирования является – моделирование разных ситуаций и состояния системы в течении планируемого периода. Как пример- для удачной реализации программы реструктуризации коечного фонда и его дифференциации по степени интенсивности, надо прежде всего воссоздать модели новых видов стационарных учреждений. Третья задача планирования- программирование перевода системы в новое состояние. Этот этап включает в себя: разработку алгоритма функционирования системы, подсчет требующихся ресурсов, выбор методов управления и научных средств. Координация – функция управления, которая обеспечивает согласованность действий всех участников процесса управления, согласование локальных целей и задач с глобальной целью, в результате чего достигается бесперебойность и непрерывность в реализации управленческого решения.<sup>10</sup> Таким образом, основная задача координации в управлении здравоохранением – это достижение согласованности в работе всех звеньев системы или отдельных организаций здравоохранения путем установления коммуникаций между ними.

Контроль – важнейший элемент процесса управления. Ни одну из функций управления (планирование, нормирование, организацию, стандартизацию, мотивацию) нельзя рассматривать в отрыве от контроля. В теории и практике управления действуют три основных вида контроля: предварительный, текущий, заключительный.

Предварительный контроль.<sup>11</sup> Основными средствами осуществления предварительного контроля является реализация определенных правил и процедур, которые используются в трех ключевых областях: по отношению к человеческим, материальным и финансовым ресурсам.

---

<sup>10</sup> Шевченко Ю.Л. Правовые основы здравоохранения в России. М., 2011 с 51

<sup>11</sup> Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: Методологические подходы и новые тенденции // Главный врач. 2012. № 3. С. 21-24.

Текущий контроль. Как следует из названия, текущий контроль осуществляется непосредственно в ходе процесса управления в здравоохранении. Чаще всего его объектом является медицинский персонал, а также результаты оказания различных видов медицинской помощи.

Заключительный контроль. Хотя заключительный контроль осуществляется после реализации управленческого решения, он имеет две существенно важные функции: одна из них состоит в том, что заключительный контроль дает руководителю информацию, необходимую для процесса управления, в случае если аналогичные управленческие решения предполагается реализовать в будущем.

Таким образом, изучив методы и функции управления здравоохранением, следует рассмотреть подходы к управлению здравоохранением.

В соответствии со сложившимся к настоящему времени законодательством управление системой здравоохранения в Российской Федерации строится в соответствии с общими принципами государственного управления и местного самоуправления. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан юридически закреплены уровни управления здравоохранением и области их компетенции. В соответствии с действующим законодательством управление здравоохранением осуществляется на следующих уровнях: федеральном, региональном, местного самоуправления.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением других субъектов Российской Федерации, РАМН.<sup>12</sup> В государственную систему включены также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения,

---

<sup>12</sup> Ямщиков, А.С. Экономические аспекты управления здравоохранением на муниципальном уровне. [Текст] / А.С. Ямщиков – Томск: Издательство Томского государственного университета, 2012

фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и др.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения. Несмотря на муниципальную подчиненность, их деятельность также регламентируется Министерством здравоохранения и социального развития, министерствами здравоохранения республик и органами местного самоуправления.

Отдельно в данной классификации выделяют частную систему здравоохранения: лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Финансирование в этой системе осуществляется за счет частных предприятий, организаций, учреждений, а также физических лиц.

В России к настоящему времени сложилась законодательно оформленная схема распределения предметов ведения, полномочий и ответственности в социальной сфере между уровнями власти как основа для проведения социальной региональной политики. Эта схема опирается на Конституцию РФ, систему федеральных законов, регулирующих правоотношения как непосредственно в социальной сфере, так и в других областях, прежде всего в бюджетной и налоговой. Главная особенность этой схемы состоит в том, что федеральный уровень управления может делегировать свои полномочия на административно-территориальный уровень относительно той части



собственности, которая находится на этой территории.<sup>13</sup> Иными словами, главной объективной причиной децентрализации управления, в том числе и в области здравоохранения, является перераспределение предметов ведения (собственности) и объемов финансирования в пользу региональных структур. Таким образом, с одной стороны, политика децентрализации в социальной сфере отразила характер государственной региональной политики, формирующейся под воздействием созревающих экономических и политических требований территорий. С другой стороны, наличие множества сторон, участвующих в формировании и проведении государственной политики в области здравоохранения, нередко приводит к рассогласованности усилий, стремлению преследовать частные интересы в ущерб интересам государства<sup>14</sup>.

Развитие методов организации в сфере здравоохранения в значительной мере идет по западному пути, на основе перенесения действующих методов, применяемых зарубежными странами (США, Великобритания, Нидерланды и Германия и др.) на российскую действительность. Перед учеными и практиками, занятыми в той либо иной степени вопросами управления здравоохранением, встают сложные задачи. С одной стороны, необходимо проанализировать качественно новую систему профессиональных и экономических взаимоотношений между производителями медицинских услуг (медицинские работники, лечебно-профилактические учреждения) и потребителями (пациенты, клиенты), с другой - разумно распорядиться мировым опытом в области управления, применить современные формы регулирования и методы управления. Рассмотрим основные модели, появившиеся в российской практике управления медицинскими учреждениями за последнее время.

---

<sup>13</sup> Л.С Гринкевич, А.С Банин Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России. 2015 с 110-113

<sup>14</sup> Кучеренко В.З. Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации (электронный документ): Библиотека проектов реформы здравоохранения.

Большую популярность получил так называемый системный подход в здравоохранении, при котором здравоохранение рассматривается не как конгломерат составляющих его элементов, компонентов, а как целостная, сложная и динамическая система. Методология системного анализа, возникшая в конце 1950-х гг. в США, применяется для:

- 1) конструирования системы;
- 2) оптимизации функционирования системы;
- 3) научного обоснования вариантов оптимальных управленческих решений;
- 4) оценки эффективности деятельности системы<sup>15</sup>.

Алгоритм реализации системного подхода заключается в создании идеальной (в том числе математической) модели объекта (процесса), изучении и приближении реального состояния объекта к смоделированному идеальному<sup>16</sup>.

Однако сложность процессов математического моделирования и присущие системному подходу недостатки (чрезмерная абстрактность, субъективность анализа), не позволяют в полной мере использовать методы системного анализа в такой сложной системе, как здравоохранение.

Принципы рассмотренной ранее концепции управляемой медицинской помощи (УМП) в начале XXI в. нашли свое применение и в России в рамках метода управления интегрированными системами в здравоохранении.

Принимая общую концепцию западного прообраза, российская методика управления медицинскими учреждениями имеет отличительную особенность: построение информационной системы, объединяющей ряд подсистем, каждая из которых позволяет решать ряд управленческих вопросов на определенном уровне<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Тогунов И.А. Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2011. № 3. С. 45-48.

<sup>16</sup> Л.С Гринкевич, А.С Банин Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России. 2015 с 110-113

<sup>17</sup> Багненко, С.Ф. Административная реформа и здравоохранение [Текст] / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.В.

Основой для работы информационной системы являются детальные данные о составе и реальной стоимости лечения каждого пациента. Эти данные суммируются по каждому кабинету, лечащему врачу, каждому лечебному учреждению, профилям лечения, страховым компаниям и источникам финансирования. Такой подход позволяет выработать стандарты лечения, приемлемые для того или иного региона и постоянно контролировать соответствие реального лечения принятым стандартам. Наиболее полно возможности интегрированной системы управления медпомощью проявляются в управлении развитием системы здравоохранения. На этапе подготовки изменений можно оценить финансовую целесообразность развития или свертывания учреждений, профилей лечения и групп оказываемых услуг. На этапе проведения изменений можно следить за динамикой работы лечебных учреждений, проверяя соответствие реальных результатов ожиданиям и прогнозам.<sup>18</sup>

Уже известный в России, и за рубежом подход к управлению организациями здравоохранения на региональном уровне является кластерный подход.<sup>19</sup>

Согласно теории Майкла Портера, кластер - это группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний (поставщики, производители) и связанных с ними организаций (образовательные заведения, органы государственного управления, инфраструктурные компании), действующих в определенной сфере и взаимодополняющих друг друга.<sup>20</sup>

Таким образом, кластер включает в себя:

- «верхнюю часть айсберга» - корневую отрасль (в здравоохранении это лечебно-профилактические учреждения и другие медицинские организации);

---

Кириллов, В.А. Федотов // Скорая медицинская помощь. –2011. – № 4. – стр.10-16.

<sup>18</sup> Л.С Гринкевич, А.С Банин Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России. 2015 с 110-113

<sup>19</sup> Друкер, П. Классические работы по менеджменту [Текст] / П. Друкер; [пер. с англ. И. Григорян, О. Медведь, С. Писарева; ред. Р. Пискотина]. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2013. – 219 с. – (Сколково)

<sup>20</sup> Беркутов, А.М. Современные тенденции и проблемы управления здоровьем [Текст] / А.М. Беркутов, Ю.Б. Кириллов, Е.М. Прошин // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 3-4. – стр.92-104.

- средний уровень: поставщики сырья и материалов (предприятия, выпускающие медицинские препараты и оборудование и т.д.), прочие снабжающие отрасли (ВПК, промышленность, транспорт и связь и др.), поставщики специализированных услуг, смежные отрасли;
- обеспечивающую часть: финансовые институты, поставщики инфраструктуры, учебные и научно-исследовательские институты (например, СГМУ, ГИДУВ, медицинский колледж).

Цель кластера - усиление конкурентных преимуществ как отдельных участников, так и кластера, а в долгосрочной перспективе и региона в целом.

<sup>21</sup> В частности, в области здравоохранения организация кластера может преследовать такие цели, как более тесное сотрудничество общества, власти и бизнеса для обеспечения охраны здоровья населения региона, управление развитием системы охраны здоровья в регионе, развитие региональной инфраструктуры как в самой отрасли здравоохранения, так и в обеспечивающих ее отраслях, доступ к инновациям и технологиям в здравоохранении и т.д.

Особенность организации кластера - участники входят в него не полностью, а лишь определенной частью, предназначенной для выполнения поставленной цели (в этом его отличие от системного подхода). С другой стороны, кластер может включать в себя совершенно отличные друг от друга структуры из разных отраслей (отличие от отраслевого подхода).

В то же время, анализ тенденций развития системы управления здравоохранением позволяет прийти к выводу, что система здравоохранения, в первую очередь регионального уровня, находится в состоянии формирования кластера. Однако этот процесс слабо осознаваем, а потому не принят на вооружение в теории и практике экономики и организации здравоохранения. Наиболее явно кластерный подход проявляется в системе организации дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). К числу

---

<sup>21</sup> Друкер, П. Классические работы по менеджменту [Текст] / П. Друкер; [пер. с англ. И. Григорян, О. Медведь, С. Писарева; ред. Р. Пискотина]. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2013. – 219 с. – (Сколково).

участников кластера ДЛО можно отнести: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд ОМС, региональные фонды ОМС, предприятия-производители лекарственных препаратов (в том числе зарубежные), Пенсионный фонд РФ и его филиалы, страховые медицинские организации (были на первых этапах становления системы ДЛО). Зона общего интереса - обеспечение лекарственными средствами граждан, имеющих льготы в соответствии с действующим федеральным законодательством.

Существует ряд условий, которые могут как способствовать, так и препятствовать развитию кластерного подхода в российском здравоохранении. К позитивным условиям относят следующие: существование медико-технологической и научных инфраструктур; психологическая готовность к кооперации. Сдерживающими факторами для развития кластеров могут быть: низкое качество бизнес-климата в сфере здравоохранения, низкий уровень развития ассоциативных структур (например, медицинских профессиональных ассоциаций), которые не справляются с задачей выработки и продвижения приоритетов и интересов регионального здравоохранения; краткосрочный горизонт планирования.

<sup>22</sup> Наконец, внедрение кластеров в здравоохранении требует наличия формальной институциональной структуры, координирующей развитие кластера, созданной с участием входящих в кластер организаций. Кроме того, кластеры требуют от своих участников доверия по отношению друг к другу и более длительного горизонта планирования. И с тем и с другим в большинстве случаев существуют проблемы. В этом случае определенной адаптацией кластерного подхода в системе здравоохранения, по мнению авторов, является создание кластеров при содействии органов государственной власти с использованием классических методов управления,

---

<sup>22</sup> Л.С Гринкевич, А.С Банин Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России. 2015 с 110-113

т.е. кластерные и традиционные подходы к управлению в сфере здравоохранения могут эффективно дополнять друг друга.

Таким образом, совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в период реформирования системы должно основываться на принципах интеграции традиционных и современных методов и форм управления, адекватных сути рыночных социально-экономических преобразований, способствовать объединению разрозненных участников системы охраны здоровья населения.

## **1.2 Нормативно-правовая база системы управления здравоохранением**

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества писанные и неписанные правила и обычаи не могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача, а позднее - и медицинской сестры. Однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование деятельности медицинских работников по оказанию медицинской помощи. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия кардинальные реформы социально-экономического уклада, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной и муниципальной вызвало потребность в совершенствовании правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью, перехода их на новую, более высокую ступень. Стремительно меняется правовая база здравоохранения. Вступают в силу новые федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Изменилась правовая ситуация в здравоохранении, медицина стала доступна для претензий и исков пациентов. Именно поэтому сегодня каждый

медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступит для него в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Эти требования могут быть соблюдены только при наличии соответствующей нормативной правовой базы.

Конституция РФ провозгласила Россию правовым, социальным государством, в котором человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а государство гарантирует охрану и защиту основных прав, определяет некоторые рамки социального благополучия населения. Одним из важнейших прав граждан России признано право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которое зафиксировано в ст.41 Конституции РФ. Оно рассматривается как неотъемлемое, принадлежащее каждому человеку от рождения, и его реализация приобретает особое значение в условиях современных социально-экономических реалий Российской Федерации.

Законодательство, обеспечивающее реализацию указанного социального права граждан, именуется законодательством о здравоохранении. Буквально слово "здравоохранение" трактуется как "охрана здоровья населения, предупреждение и лечение болезней, поддержание общественной гигиены и санитарии". Еще в первой половине прошлого века видный ученый, профессор Н.И. Гуревич писал: "Врачебные контингенты, не инструктированные в юридических нормах своей профессии во время прохождения академического курса, когда становятся лицом к лицу с многообразием и сложностью практической деятельности врача, не могут не испытывать серьезных затруднений и нередко тягостных переживаний"<sup>23</sup>

Действительно, принимаемые в практической деятельности врача решения, далеко не всегда правомерны и могут привести к трагическим последствиям не только для пациента, но и для самого врача. Однако,

---

<sup>23</sup> Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2011. С.51

начиная разговор о законодательстве, о здравоохранении, стоит сразу оговориться, что оно носит ярко выраженный межотраслевой характер. Видится довольно ясная картина его деления на многие категории, из анализа которых, мы можем уяснить многоотраслевой характер норм здравоохранительного законодательства. Так, Указ Президента РФ от 15 марта 2000 г. N 511 "О классификаторе правовых актов"<sup>24</sup>, в части Классификатора "140.000.000 Здравоохранение. Физическая культура и спорт. Туризм" выделяет множество разделов здравоохранительного законодательства, наглядно иллюстрирующих суждение еще дореволюционных авторов, верное и сегодня, о "комплексном врачебном праве, как отрасли законодательства, состоящей из трех частей: социально-санитарного, врачебно-лечебного законодательства и норм, определяющих общественное положение врача".

В целом все здравоохранительное законодательство в РФ можно разделить на несколько блоков.

Во-первых, это законы, закрепляющие правовые основы жизни граждан. К ним мы относим Конституцию РФ, Гражданский кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ, Кодекс об административных нарушениях, Трудовой кодекс, Бюджетный кодекс РФ, Налоговый кодекс РФ.

Затем следует выделить законы, регламентирующие правовые основы охраны здоровья граждан. И в числе первых из них — Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, закон "Об охране окружающей природной среды" и все те законы, которые мы отнесли к группе надзорных актов будущего Медицинского кодекса. Немаловажную роль играют государственные гарантии в области здравоохранения, которые находят свое воплощение в Постановлениях Правительства РФ "О государственных гарантиях обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью", "О государственной поддержке развития медицинской промышленности", "Об определении групп граждан, имеющих

---

<sup>24</sup> Собр. законодательства РФ. 2000.20 марта. № 12. Ст. 1260.



социальные льготы при медицинском обслуживании". Нельзя оставить без внимания блок нормативных актов, касающихся вопросов возмещения вреда здоровью и морального вреда: Федеральный закон "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", Постановление Пленума Верховного Суда РФ "О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья", Постановление "О некоторых вопросах применения законодательства о компенсации морального вреда" и ряд других. Значительную часть здравоохранительного законодательства составляют законы и подзаконные акты, касающиеся уставов, лицензирования и аккредитации лечебно-профилактических учреждений, требований по их материально-техническому оснащению, финансированию, регламентации трудовых отношений и охране труда, допуску к медицинской и фармацевтической деятельности, организации лекарственной помощи в ЛПУ санитарно-противоэпидемического режима, делопроизводства и многие другие нормативные акты, регламентирующие организацию здравоохранения.

Следует обратить внимание на важнейший блок законодательства о медицинском страховании, защите прав пациентов и медицинских работников.<sup>25</sup>

Практика работы медицинских работников, особенно в последние годы, показывает, что участвовавшие конфликты между медиками и их пациентами связаны не только с объективными трудностями и недостатками в работе, снижением сдвинутого на второй план морального уровня, но все с большим незнанием или недооценкой прав граждан в области охраны здоровья, юридических аспектов деятельности врача. Это касается не только молодых врачей, но в еще большей степени врачей со стажем, окончивших вуз в те годы, когда законодательство о здравоохранении было весьма

---

<sup>25</sup> Герасименко Н.Ф. Формирование законодательной базы в области охраны здоровья в Российской Федерации // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход. М.: «Медицина», 2012. С. 15—21.

скудным, когда профессия медицинского работника не была объектом повседневного юридического контроля, когда защита прав пациента не имела законодательной основы и иски по возмещению материального ущерба и компенсации морального вреда к врачам были единичными.

Ускорение научно-технического прогресса, внедрение достижений науки и техники в различные сферы общественной жизни, с одной стороны, приводит к облегчению существования человека в природной среде, с другой - имеет и обратную сторону: резкое ухудшение экологической ситуации на земном шаре, изменение климата, глобальные техногенные катастрофы подрывают физическое и психическое здоровье человека. Поэтому фокус внимания законодателей развитых стран мира все больше и больше смещается сегодня в сторону обеспечения правового регулирования общественных отношений в сфере охраны здоровья граждан. Этому способствует в первую очередь достаточно бурное развитие данной сферы общественных отношений в постиндустриальных странах, обусловленное повышением внимания населения к состоянию здоровья. И, что не менее важно, реальные возможности, как населения, так и государственных институтов обеспечивать достойное финансирование отрасли, а также ряд других факторов. Во всех современных правовых системах развитых стран имеются более или менее обширные комплексы нормативных актов, регулирующих отношения в одной из наиболее социально значимых для современного государства сфер общественной жизни - сфере здравоохранения.

Рассмотрим основные нормативно-правовые акты, используемые в области здравоохранения в РФ.

Таблица 1 – Федеральные законы, регламентирующие деятельность в сфере здравоохранения.

Наименование закона	Предмет регулирования
Федеральный закон №15-ФЗ от 23 февраля 2013 г. "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма	Настоящий Федеральный закон в соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения

и последствий потребления табака"	по борьбе против табака регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака
Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"	Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет: 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; и т.д.
Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 28.11.2015) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"	Настоящий Федеральный закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.
Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 14.12.2015) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"	Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.
Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)	Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации";	Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-

	эпидемиологического благополучия населения
Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об обращении лекарственных средств"	Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с обращением - разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.
Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 05.04.2016) "О наркотических средствах и психотропных веществах"	Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

Так же, регламентируют деятельность в сфере здравоохранения:

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики"
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н "Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной

власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2016 г. №751н "Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность"
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»

Одним словом, то, что мы называем здравоохранительным законодательством — это весьма большой массив законов и подзаконных актов, которые находят свое применение в ежедневной практике обращения и оказания медицинской помощи, профилактике заболеваний и организации системы здравоохранения. Даже беглый взгляд на проблемы законодательства и правоприменения в сфере здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что и юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствуют, что чем выше правовая культура врачей и пациентов, тем безупречнее выполняются профессиональные обязанности медицинского персонала, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы и пациентов, и медицинских работников в сфере охраны здоровья. Ведь закон это не столько запрет или ограничение, сколько

действенное средство, позволяющее эффективно пользоваться своими правами, не затрагивая и не нарушая при этом прав и свобод других граждан.

### **1.3 Государственная региональная политика в области здравоохранения**

Государственная региональная политика является неотъемлемой частью политики государства, направленной на организацию страны в целом в соответствии с принятой государственной стратегией страны.

Региональной политике отводится ведущая роль в обеспечении интеграции российских территорий.

Следовательно, региональной политикой можно считать такую систему действий, которая реализует интересы государства в отношении регионов и внутренние интересы самих регионов по отношению к самим себе и государству адекватными методами и способами.<sup>26</sup>

Государственная региональная политика и политика регионов – не разрозненные части, а единое целое, они дополняют друг друга.

Региональная политика государства – целевые действия государства, направленные на сбалансирование условий деятельности регионов и ее результатов, повышение эффективности использования совокупных региональных ресурсов и возможностей, создание условий для повышения эффективности отдельных регионов.

Государственная политика в области здравоохранения направлена на создание таких условий для системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять санитарное просвещение населения, профилактику заболеваний, обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам, проводить научные исследования в области здравоохранения и подготовку медицинских и фармацевтических работников, поддерживать и развивать материально - техническую базу системы здравоохранения.<sup>27</sup>

Государственная политика в области здравоохранения строится на принципах: поддержки мер по сохранению и укреплению здоровья населения; отнесения здоровья населения к факторам обеспечения

---

<sup>26</sup> Хасанов Ф. З. ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ГРНТИ: 76 — Медицина и здравоохранение Выпуск № 1 / том 16 / 2011 с 4

<sup>27</sup> Т. Апостолова, Н. Косевич Социальная политика Российской Федерации и правовой механизм ее реализации 2013г с 64

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



государственной поддержки научных исследований в области разработки новых методов профилактики заболеваний, диагностики и лечения; участия населения в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также управления здравоохранением; развития международного сотрудничества в области здравоохранения.

## 2 АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

### 2.1 Анализ деятельности министерства здравоохранения Амурской области

Министерство здравоохранения Амурской области является исполнительным органом государственной власти Амурской области, проводящим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере здравоохранения области, а также координацию деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и областных государственных учреждений здравоохранения.

Министерство здравоохранения Амурской области находится в г. Благовещенск в здании Правительства Амурской области расположенного по адресу: ул. Ленина, д.135.

Министерство является правопреемником департамента здравоохранения Администрации Амурской области.

При осуществлении своих полномочий Министерство взаимодействует с федеральными органами исполнительной власти, территориальными органами федеральных органов исполнительной власти, исполнительными органами государственной власти Амурской области, органами местного самоуправления области, с субъектами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и фармацевтической деятельности, с Амурским областным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, Территориальным управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Амурской области, Амурской государственной медицинской академией, Дальневосточным научным центром Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Амурской медицинской ассоциацией, а также с общественными объединениями, другими организациями, физическими лицами.

Таблица 2 Кадровый состав министерства в 2015 году

Должности	Количество, чел	В %
Министр	1	2
Первый заместитель министра	1	2
Заместитель министра	1	2
Начальник отдела	8	15
Зам.нач.отдела	3	6
Ведущий консультант	20	38
Консультант	8	15
Старший специалист	5	10
Главный специалист-эксперт	3	6
Начальник управления	1	2
Начальник отдела-главный бухгалтер	1	2

Исходные данные о кадровом составе представлены в приложении А

Основными задачами Министерства являются:

- а) обеспечение разработки и реализации государственной политики в сфере здравоохранения на территории Амурской области;
- б) разработка и реализация системы мер по охране здоровья граждан, повышению эффективности и доступности лекарственного обеспечения населения;
- в) повышение доступности и качества медицинской помощи для населения Амурской области;
- г) организация работы, направленной на внедрение здорового образа жизни, снижение заболеваемости, смертности и увеличение продолжительности жизни населения, на территории Амурской области;
- д) развитие кадрового потенциала в сфере здравоохранения.

Численность постоянного населения Приамурья уменьшилась за 12 месяцев на 4,1 тысячи человек и на 1 января 2016 года составила 805,8

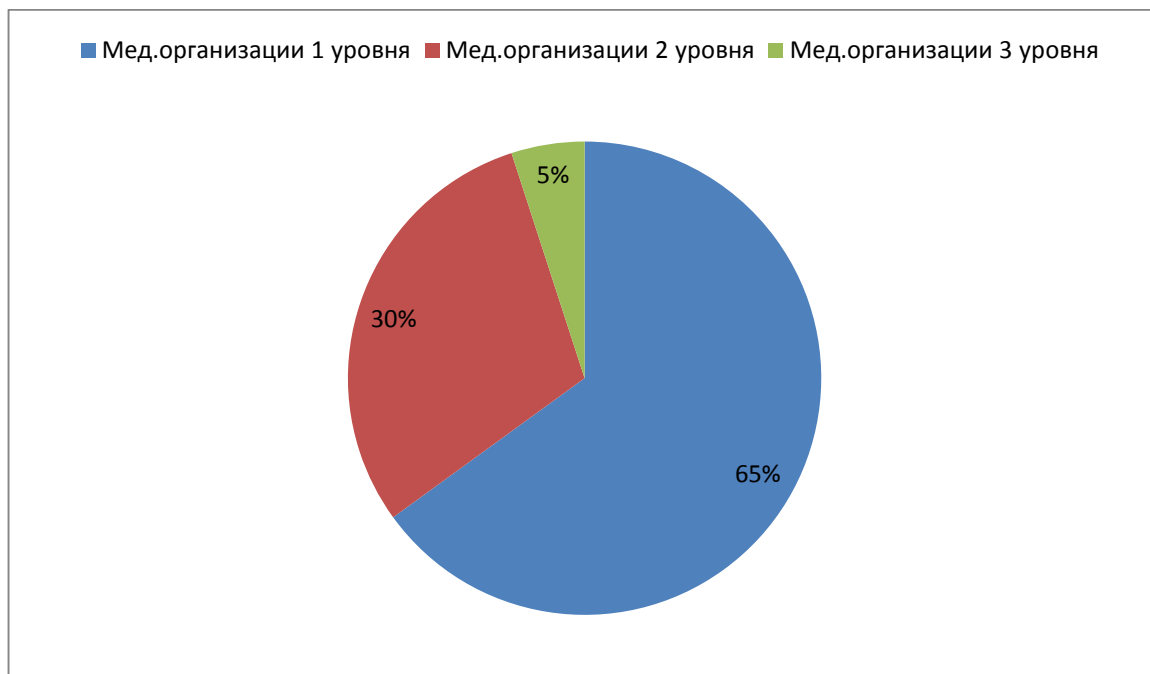
тысячи человек. Таковы предварительные данные демографической ситуации, озвученные Амурстатом. И за январь-февраль 2016 года уменьшилась на 0,3 тыс. человек, или на 0,04% (на соответствующую дату предыдущего года сокращение составило 0,5 тыс. человек, или 0,06%).

В январе-феврале 2016 года естественная убыль населения составила 225 человек, в январе-феврале 2015 года число умерших превышало число родившихся на 322 человека.

При анализе возрастно-полового состава населения обращает на себя внимание преобладание мужского населения в возрасте до 34 лет над женским. А с 34 лет преобладание женского населения над мужским. Главным результатом деятельности системы здравоохранения Амурской области является рост продолжительности жизни, за минувший год этот показатель равен 67,27 года (для сравнения: в 2010-м – 64,4, в 2014-м – 67,0). Показатель смертности лиц трудоспособного возраста в Амурской области в 2015 году снизился на 2,7%. В области наметилась тенденция к снижению уровня заболеваемости туберкулезом среди населения. Снижение в 2015 году составило 2,3%. Показатель смертности от болезней органов дыхания за 2015 год на 33,1% ниже аналогичного периода предыдущего года. В 2015 году удалось добиться снижения показателя младенческой смертности на 17,2% по сравнению с 2014 годом, показатель составил 7,7 на 1000 родившихся живыми, что значительно ниже целевого индикатора (10,0). В Амурской области доступность высокотехнологичной медицинской помощи для жителей области ежегодно растет. В отчетном году она была оказана 3574 пациентам, что на 38% выше показателя предыдущего года, и в 6 раз больше показателя 2009 года. Из общего числа жителей Амурской области, получивших ВМП в 2015 году, в 42% случаях она была оказана специалистами медицинских организаций, расположенных на территории Амурской области, а в 58% случаев в клиниках за пределами Амурской области.

В Амурской области функционирует трехуровневая система оказания медицинской помощи.

Рис 1 Количество медицинских организаций, относящихся к трехуровневой системе оказания медицинской помощи



К медицинским организациям первого уровня относятся 26 медицинских организаций, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также специализированную медицинскую помощь; ко второму уровню - 12 медицинских организаций, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) центры, а также диспансеры и многопрофильные городские больницы, оказывающие преимущественно специализированную медицинскую помощь; к третьему - 2 медицинские организации, оказывающие специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Таблица 3 Деятельность государственных и негосударственных медицинских учреждений

Количество профилактических учреждений	лечебно-	2013	2014	2015г	Темпы роста, %	
					2014г в % к 2013	2015г в % к 2014
<b>Врачебные учреждения – юридические лица (самостоятельные), всего</b>	<b>больничные</b>	28	34	41	21,4	20,5
в том числе:						
государственные учреждения	медицинские	26	30	37	15,3	23,3
негосударственные учреждения	медицинские	2	4	4	100	0
<b>Врачебные поликлинические учреждения – (самостоятельные и входящие в состав больничных учреждений), всего</b>	<b>амбулаторно- учреждения</b>	132	133	137	0,75	3,00
в том числе:						
государственные учреждения	медицинские	127	127	130	0	2,36
негосударственные учреждения	медицинские	5	6	7	20,0	16,6
<b>Фельдшерско-акушерские пункты</b>		330	325	318	-1,5	-2,15
государственные учреждения	медицинские	330	325	318	-1,5	-2,15
негосударственные учреждения	медицинские	-	-	-	-	-
<b>Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на 10 000 человек населения, посещений в смену</b>	<b>врачебных</b>	251,0	256,0	315,7	1,99	23,3
государственные медицинские учреждения		201,3	204,8	256,0	1,7	25
негосударственные медицинские		49,7	51,2	56,9	3,01	11,1

Из представленной таблицы 3, можно увидеть динамику роста врачебно больничных учреждений, врачебно-амбулаторных учреждений и рост мощности врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на 10 000 человек населения, посещений в смену. А вот количество фельдшерско-акушерских пунктов с 2013 по 2015 год уменьшилось на 12 штук.

В медицинских организациях области разработаны планы выездной работы во все структурные подразделения с охватом осмотрами населения, проживающего на подведомственной территории, которые утверждены руководителями медицинских организаций, согласованы главами муниципальных образований области и министром здравоохранения области. В 2015 году осуществлено 2139 выездов, в ходе которых осмотрено более 107 тыс. человек. В результате проведенной работы возросло число впервые выявленных заболеваний, что способствовало своевременному взятию пациентов на диспансерное наблюдение, своевременному назначению лечения.

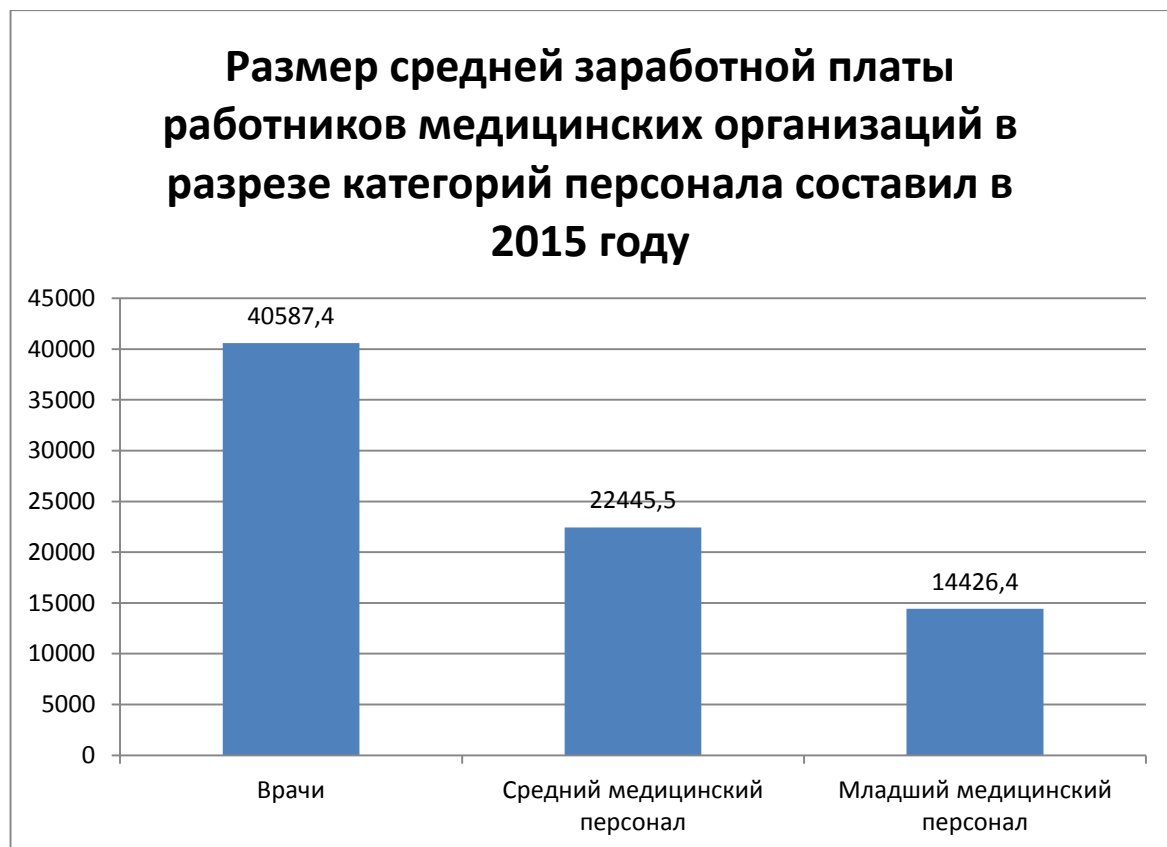
В труднодоступных районах области налажена система медицинской эвакуации - как наземным, так и воздушным транспортом. В 2015 году осуществлено 1085 выездов в районы области наземным транспортом, что на 19% больше 2014 года. Экстренная специализированная медицинская помощь при выездах оказана 1352 пациентам, что на 29% превышает показатель 2014 года, эвакуировано в специализированные медицинские организации области 1080 больных. В северные и отдаленные районы области с целью оказания экстренной медицинской помощи и транспортировки в специализированные медицинские организации в 2015 году осуществлено 199 вылетов санитарной авиации, при вылетах эвакуировано 407 пациентов.

В сельских населенных пунктах, где отсутствуют фельдшерско-акушерские пункты, с числом жителей менее 100 человек и расстоянием более 6 км до ближайшего структурного подразделения медицинской

организации дополнительно в 2015 году организованы 43 домовых хозяйства для оказания первой помощи населению.

Кочная сеть медицинских организаций на 1 января 2016 года составляет 8024 койки (из них 7277 коек круглосуточного стационара, 747 коек дневного стационара).

Рис 2 Размер средней заработной платы работников медицинских организаций в разрезе категорий персонала составил в 2015 году



Заработная плата врачей - 40587,4 рубля, или 135,8 процента к уровню средней заработной платы по Амурской области - 29895,0 рубля;

среднего медицинского персонала - 22445,5 рубля, или 75,1 процента к уровню средней заработной платы по Амурской области - 29895,0 рубля;

младшего медицинского персонала - 14426,4 рубля, или 48,3 процента к уровню средней заработной платы по Амурской области - 29895,0 рубля.

Таблица 4 Численность врачей, среднего медицинского персонала



<b>Численность врачей, среднего медицинского персонала</b>			<b>Темп роста</b>
	2014	2015	2015г в % к 2014
<b>Численность врачей (физических лиц), человек</b>	4352	4461	2,5
государственные медицинские учреждения	4032	3808	-5,5
негосударственные медицинские учреждения	320	389	21,5
<b>Численность среднего медицинского персонала (физических лиц), человек</b>	<b>9241</b>	<b>9354</b>	<b>1,22</b>
государственные медицинские учреждения	8653	8127	-6,07
негосударственные медицинские учреждения	588	612	4,08

Как видно, из представленной таблицы 4- динамика положительная. Численность врачей за исследуемый период увеличилась на 109 человек, а численность среднего медицинского персонала увеличилась на 113 человек. В регионе 24 % работающих врачей - в возрасте от 56 лет и старше, то есть каждый четвертый врач пенсионного и предпенсионного возраста.

Благодаря действию в течение четырех лет федеральной программы «Земский доктор», единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. руб. получили 186 врачей, переехавших работать на село, в 2015-м таких было 45 человек.

Сегодня одной из главных форм общественного контроля в сфере здравоохранения является независимая оценка качества оказания услуг. В 2015 году независимая оценка качества проводилась в отношении 45 государственных медицинских организаций Амурской области по

оценочным показателям, характеризующим открытость и доступность информации, комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, время ожидания услуги, доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации и удовлетворенность пациентов оказанными услугами.

Николай Тезиков обозначил приоритетные направления в деятельности отрасли здравоохранения на 2016 год, которые будут направлены на увеличение доступности и качества оказания медицинской помощи населению Амурской. В их числе обеспечение эффективной системы оказания первичной медико-санитарной помощи; совершенствование специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, системы охраны здоровья матери и ребенка, медицинского образования и кадрового обеспечения, информационных технологий в здравоохранении, совершенствование лекарственного обеспечения населения области, в том числе льготных категорий граждан, эффективное использование установленного медицинского оборудования, усиление контроля за ранней постановкой на диспансерный учет по беременности, своевременным охватом беременных комбинированным пренатальным скринингом и ряд других, в том числе принятие мер, направленных на формирование у населения мотивации к ведению здорового образа жизни.

Еще одним немаловажным фактором в анализе деятельности министерства здравоохранения является то, что с 2016 года министерство здравоохранения Амурской области осуществляет централизованную закупку лекарств для нужд государственных поликлиник, аптек и больниц региона. Благодаря новой системе ведомству удалось за полтора месяца текущего года сэкономить уже 18 млн рублей. Этому способствовала работа созданного с 2016 года отдела, который собирает и анализирует заявки от ЛПУ. За качеством, ассортиментом и стоимостью закупаемых за счет бюджетных средств лекарственных препаратов следят девять специалистов. Анализ заявок показал, что в некоторых случаях предотвращено превышение

цен на лекарства. В свою очередь гендиректор ОАО «Амурфармация» Галина Чернышева отметила, что централизованный закуп гарантирует качество поступающих в стационары лекарственных средств.

Уже завершились торги по закупке лекарственных препаратов для федеральных льготников на первое полугодие 2016 года, сумма контрактов составила 132 млн рублей, поставлено препаратов на 110 млн рублей (сахароснижающие, бронхолитические препараты, сердечно-сосудистые средства и др.).

В 2015 году федеральные льготники Амурской области получили лекарства на 338 млн рублей (обслужено 332 тыс. рецептов). На 90% заключены контракты на поставку лекарств по региональной льготе. Всего в областном бюджете на текущий год на эти цели заложено 44,5 млн рублей – при этом специалисты отмечают, что потребность выше.

Министерство здравоохранения определило комплекс мер, направленных на увеличение рождаемости и разработана реализация мер на 2014-2018гг по снижению смертности населения Амурской области.

Таблица 5- Меры, направленные на снижение смертности и увеличение рождаемости.

Меры, направленные на увеличение рождаемости	Меры, направленные на снижение смертности
Начиная с 2013 года, семьям, родившим третьего или последующего ребенка, предоставляется ежемесячная денежная выплата (ЕДВ), до достижения ребенком возраста трех лет;	Введены в эксплуатацию участковая больница, детская поликлиника;
Предоставление нуждающимся в улучшении жилищных условий семьям регионального материнского капитала способствует решению жилищного вопроса многодетных семей;	Построено 4 фельдшерско-акушерских пунктов;

ведется планомерная работа по созданию групп младенческого возраста (от 2 месяцев до 1 года) и раннего развития (от года до полутора лет и от полутора до 3 лет)	Приобретено 48 единиц санитарного автотранспорта, передвижная врачебная амбулатория;
В области созданы группы для детей младенческого возраста и раннего развития, так же сегодня используются возможности негосударственного сектора.	Реализованы мероприятия по оснащению наркологической службы области современным медицинским оборудованием;
организация профессионального обучения (переобучения) женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, на 2014-2016 годы	

В 2014 году размер ЕДВ составил 9 237 рублей, для семей, проживающих по северной зоне области (в Тындинском, Селемджинском, Зейском районах) – 10 566 рублей. Для тех, кто подаст заявление в 2016 г., сумма выплаты будет составлять 11 557 руб, т. е размер ЕДВ вырос на 2320руб по сравнению с 2014 годом.

В 2014 году приступили к обучению 62 женщины по профессиям (специальностям): бухгалтер, воспитатель, учитель, специалист по кадрам, медицинская сестра, маникюрша, кладовщик, повар, оператор электронно-вычислительных и вычислительных машин, продавец продовольственных товаров и другим.

Было открыто региональный сосудистый центр (РСЦ) на базе ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» и трех первичных сосудистых отделений в г. Благовещенске, г. Свободном, г. Райчихинске, что позволило снизить смертности от болезней кровообращения. И Открытие трех травматологических центров 2 уровня в г. Свободный, г. Тында и г. Зeya, что позволило снизить показатель смертности от ДТП.

В области эффективно работают региональные и муниципальные программы по созданию здоровьесберегающей среды и повышению семейных ценностей:

1. Постановление Правительства Амурской области от 29.09.2014 года № 601 создан межведомственный координационный совет по формированию здорового образа жизни у населения Амурской области;
2. На территориях городских округов и муниципальных районов разработаны Комплексные планы мероприятий по формированию здорового образа жизни населения.

В области решения проблем алкоголизма и наркомании, были достигнуты следующие показатели:

1. На 2,5 % снизилась в 2014 году заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами;
2. 2512 учащихся в 2014 году прошли тестирование на потребление наркотических веществ, 1,5% обследованных являются потребителями наркотических веществ, что является ниже показателей в предыдущем году.

Так же, с 2014 года принят закон, регулирующий розничную продажу алкогольной продукции на территории Амурской области.

В 2015 году Минздрав области запустил в работу многоканальную «горячую линию» для оперативного реагирования на вопросы граждан и консультативной помощи. По нескольким телефонам амурчане могут пожаловаться или задать вопрос по работе электронной регистратуры, обеспечению лекарствами и качеству оказания медуслуг. Приказом министра здравоохранения Николая Тезикова утверждены положение о работе «горячей линии» министерства здравоохранения Амурской области и номера телефонов:

По вопросам качества и безопасности оказания медицинской помощи — 8(4162) 200-778;

По вопросам доступности медицинской помощи взрослому населению — 8(4162) 200-757;

По вопросам доступности медицинской помощи детскому населению и женщинам – 8(4162) 200-753;

По вопросам лекарственного обеспечения, включая отдельные категории граждан, доступности обезболивающей терапии, нарушения порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов — 8(4162) 200-768.

Прием и рассмотрение устных обращений граждан по телефонам «горячей линии» будет вестись круглосуточно с 9 до 18 часов. В это время можно будет пообщаться со специалистами. В период с 18 часов и до 9 утра будет работать автоответчик. Все записанные сообщения будут приняты специалистами минздрава к рассмотрению, при этом звонившему нужно будет оставить о себе информацию, необходимую для того, чтобы при решении его вопроса с ним можно было связаться по телефону.

Сегодня на территории Амурской области работают один центр медицинской профилактики, пять отделений и 21 кабинет медицинской профилактики, четыре центра здоровья — два для взрослых, два для детей: в Благовещенске, Свободном, Зее и Белогорске. В минувшем году эти центры посетили почти 35 тысяч человек. По итогам обследования здоровыми были признаны 12,2% взрослых и 56,5% детей, остальные имеют факторы риска развития заболеваний. Всем посетителям центров здоровья выданы карты здорового образа жизни с программами оздоровления: рекомендации по питанию, двигательной активности, наблюдению за состоянием здоровья. Самым популярным видом образовательных технологий в медицинских организациях области является лекционная работа. В 2015 году прочитано 26132 лекции — это в два раза больше, чем за предыдущий год.

В Амурской области ведется целенаправленная работа по формированию у населения устойчивых ориентиров на ведение здорового образа жизни, активизации работы по профилактике социально значимых заболеваний, повышению ответственности у населения за свое здоровье. Для этого при тесном взаимодействии с различными ведомствами и структурами, общественными и коммерческими организациями и объединениями проводятся массовые профилактические мероприятия. В 2015 году таких было 427 с охватом более 80 тысяч человек. Это «Ярмарка здоровья», «Радуга здоровья», «Беги за мной», «Маршрут здоровья», «Академия молодой семьи», «Антинаркотический десант» и другие. Для жителей региона данные акции являются уникальным опытом, позволяющим получить практические советы и консультации специалистов по сохранению и укреплению здоровья. Для участия в массовых мероприятиях в 2015 году было подготовлено 94 волонтера из числа учащихся Амурского медицинского колледжа.

## **2.2 Программно-целевой метод управления здравоохранением**

Одним из необходимых условий роста конкурентоспособности экономики и обеспечения устойчивого развития является повышение эффективности государственного управления за счёт совершенствования методов бюджетирования, перехода от «планирования ресурсов» к «планированию результатов». Направленность управления на достижение конкретных результатов предопределяет повышение роли и места программно-целевых методов управления.

Важным инструментом выступают целевые программы, позволяющие в рамках программно-целевого метода объединить усилия для комплексного и системного решения среднесрочных и долгосрочных проблем экономической политики страны. Целевые программы являются в настоящее время основным, и, по существу, единственным отработанным и эффективно действующим инструментом программно-целевого планирования в РФ.

В настоящее время области реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020 годы».

Координатором государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020 годы» выступило Министерство здравоохранения области. Целью государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг.

Цель государственной программы - Обеспечение доступности медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг.

Программа реализуется в два этапа:

первый этап: 2014 - 2015 годы;

второй этап: 2016 - 2020 годы.

Задачи государственной программы:

1. Обеспечение приоритета профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-



санитарной помощи, обеспечение доступности медицинской помощи сельскому населению.

2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, совершенствование оказания хирургической помощи населению.

3. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей.

4. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

5. Создание эффективной системы управления государственной программой; обеспечение эффективного процесса управления системой здравоохранения на территории Амурской области, а также процесса оказания медицинской помощи; обеспечение населения области лекарственными препаратами.<sup>28</sup>

6. Совершенствование системы профилактики наркомании, выявление на территории мест произрастания дикорастущих наркосодержащих растений и их уничтожение;

7. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

Расходы на реализацию территориальной программы государственных гарантий оказания населению Амурской области в 2015 году были увеличены на 125,3 млн. рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - на 808 млн. рублей. Деятельность отрасли осуществлялась в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020 годы», которую утвердили 3.07.2013г.

---

<sup>28</sup> ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ "РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2014 - 2020 ГОДЫ" (с изменениями на: 24.02.2016)

Таблица 6 Объемы ассигнований областного бюджета государственной программы.

Объемы ассигнований областного бюджета государственной программы.	2014г	2015г	2016г	2017г	2018г	2019г	2020г
средства федерального бюджета, тыс.руб.	1205766,5	226755,0	355150,5	0,0	153269,5	219227,1	0,0
средства областного бюджета, тыс.руб.	6799947,6	7001854,6	6807811,0	6536741,0	6910984,9	6948032,4	6970492,5
средства консолидированных бюджетов муниципальных образований, тыс.руб.	487,1	0,0	0,0	0,0	484,9	484,8	484,8
ВСЕГО, тыс.руб	136402641,2						

Всего средства федерального бюджета - 2160168,6 тыс. рублей;

Всего средства областного бюджета - 47975864,0;

Всего средства консолидированных бюджетов муниципальных образований - 1941,6 тыс. рублей.

Так же будут использованы средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области, средства юридических лиц (платные услуги медицинских организаций)

В состав программы включены подпрограммы, такие как:

1. "Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи".
2. "Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации".
3. "Охрана здоровья матери и ребенка".
4. "Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей".
5. "Кадровое обеспечение системы здравоохранения".
6. "Оказание паллиативной помощи, в том числе детям".
7. "Обеспечение реализации основных направлений государственной политики в сфере реализации государственной программы".
8. "Развитие информатизации в здравоохранении".
9. "Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту"

Что касается первой подпрограммы, то только ее финансирование с 2014 по 2020 годы превысит 30 млрд. рублей. Первичная медико-санитарная помощь является основой всей системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара. Кроме того, подпрограмма предусматривает меры по профилактике инфекционных заболеваний, включая реализацию

Национального календаря прививок. Проводимая планомерная иммунизация населения позволяет добиться снижения показателей заболеваемости по многим инфекциям. В 2015 году охват медосмотрами детей составил 97% вместо 71% в 2013г; предполагается снизить распространенность ожирения, а также повышенного артериального давления и повышенного уровня холестерина среди взрослого населения и пр.

Объем финансирования второй подпрограммы («Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи») за все годы действия государственной программы составит более 70 млрд. рублей. Цели подпрограммы: совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом; больным с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями; наркологическим и больным с психическими расстройствами; пострадавшим при ДТП. Также среди основных целей – снижение времени ожидания скорой помощи; развитие службы крови.

Еще одна подпрограмма – «Охрана здоровья матери и ребенка». Благодаря реализации в прежние годы комплекса мер наметилась положительная тенденция в демографической ситуации Приамурья. Увеличилась рождаемость, снизилась естественная убыль населения. Обеспеченность койками для беременных и рожениц, для гинекологических больных и для беременных с патологией, а также обеспеченность врачами акушерами-гинекологами, акушерками, неонатологами в Приамурье превышают российский показатель. Однако серьезной проблемой остаются показатели младенческой и материнской смертности.

Эти подпрограммы будут так же оплачиваться за счет средств федерального, областного и консолидированных бюджетов муниципальных образований.

Планируемые показатели эффективности государственной программы.

По результатам реализации государственной программы к 2020 году планируется снижение значений следующих целевых индикаторов:

1. смертность от всех причин - до 12,0 случая на 1000 населения;
2. материнская смертность - до 16,2 случая на 100 тыс. родившихся живыми;
3. младенческая смертность - до 8,7 случая на 1000 родившихся живыми;
4. смертность от болезней системы кровообращения - до 740,5 случая на 100 тыс. населения;
5. смертность от дорожно-транспортных происшествий - до 10,2 случая на 100 тыс. населения;
6. смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) - до 156,7 случая на 100 тыс. населения;
7. смертность от туберкулеза - до 31,0 случая на 100 тыс. населения;
8. заболеваемость туберкулезом - до 60,0 случая на 100 тыс. населения;
9. обеспеченность врачами - до 41,0 специалиста на 10 тыс. населения;
10. снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) - до 13,9 литра на душу населения в год; и прочее <sup>29</sup>

Повышение к 2018 году значений следующих целевых индикаторов:

1. средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование
2. средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала
3. средней заработной платы младшего медицинского персонала

---

<sup>29</sup> ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ "РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2014 - 2020 ГОДЫ" (с изменениями на: 24.02.2016)

4. ожидаемая продолжительность жизни при рождении до 69 лет;

Таблица 7 Основные итоги реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020 годы».

Показатели	2013	2014	2015	Темпы роста, %	
				2014г в % к 2013	2015г в % к 2014
Численность населения на 1 января (тыс.чел)	816910	811274	809 873	-0,6	-0,1
Изменения за год (тыс.чел)	-4,7	-5,6	-1,4	19,1	75,0
Число родившихся (тыс.чел)	11483	11159	10781	-2,8	-3,3
Число умерших (тыс.чел)	11311	11263	11217	-0,4	-0,4
Естественный прирост, убыль (-)(тыс.чел)	172	-104	-436	160,0	-519,2
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	65.5	65.8	66.1	0,4	0,4

Как видно, из представленной таблицы 7 большинство показателей за исследуемый период показали отрицательную динамику. Так численность населения с 2013года по 2015 уменьшилась на 0,7%. Так же, уменьшилось число родившихся, и увеличился показатель естественной убыли населения. Положительную динамику можно увидеть в расчете показателя умерших. И ожидаемой продолжительности жизни.

В 2014 году величина естественной убыли уменьшилась на 3995 человек, в 39 раз (по сравнению с 2000 годом) на 1419 человек, в 14,6 раз (по сравнению с 2007 годом). На 1 февраля 2016 численность населения Амурской области составила 805,6 тысячи человек и сократилась за месяц на 0,1 тысячи человек. На эту дату прошлого года сокращение составляло 0,2 тысячи человек. Естественная убыль населения составила 118 — 795 родившихся и 913 умерших.

На первом месте среди причин смерти – болезни системы кровообращения, однако по сравнению с тем же периодом прошлого года, умерших по этой причине на 712 меньше. Существенно сократилось

количество смерти от болезней органов дыхания – 282 (было 432). Снизилось число случаев гибели в ДТП – таких 81, стало меньше самоубийств – 206 (229 в прошлом году), также меньше убийств– 109 (было 119).

Однако за этот период выросло число случайных отравлений алкоголем – их 236, за семь месяцев прошлого года было 151. От новообразований скончались 939 человек (было 895). Уменьшилось число аборт на 3,7% по сравнению с 2014г. Производится Экстракорпоральное оплодотворения за счет средств ОМС за 2013-2014 годы - 382 пациентки.

Риски реализации государственной программы. Меры управления рисками.

При реализации задач государственной программы осуществляются меры, направленные на снижение возможных рисков и повышение уровня гарантированности достижения предусмотренных государственной программой конечных результатов.

К рискам относятся:

1. Финансовые риски - отсутствие или недостаточное финансирование мероприятий в рамках государственной программы может привести к снижению обеспеченности и качества оказываемой населению области медицинской помощи и как следствие целевые показатели не будут достигнуты.

Преодоление рисков может быть осуществлено путем сохранения устойчивого финансирования отрасли, а также путем дополнительных организационных мер.

2. Организационные риски - уровень решения поставленных задач и достижение целевых показателей зависят от осуществления органами исполнительной власти области в рамках своей компетенции и полномочий функций по охране здоровья населения.

Преодоление таких рисков осуществляется путем усиления организационно-методической работы с муниципальными образованиями,

медицинскими организациями и заинтересованными органами исполнительной власти области.

### **2.3 Проблемы в региональном управлении здравоохранением и предложения по их решению**

Прошедший год выдался для Приамурья весьма противоречивым: он сочетал успехи с трудностями и проблемами. Оценивая эффективность работы региональных властей по итогам 2014 года, федеральное правительство поставило Амурскую область на 46-место, что позволяет считать ее «среднячком». Регион тянула назад социальная сфера, а по развитию экономики он занял 26-е место.

В сложившихся условиях региональные власти стали менять структуру бюджета и уделять больше внимания здравоохранению и социальной политике, следуя при этом установкам федеральной власти. Расходы на здравоохранение в 2014 году выросли более чем на 12,9%, и Амурская область стала одним из лидеров ДФО по доле этих расходов (они составляют 13%) в структуре своего бюджета. Резко выросло – почти на 80% финансирование социальной политики, составляющей более 20% бюджетных расходов. Все эти расходы были безусловно необходимыми, поскольку в Амурской области долгое время сохранялись низкие зарплаты в сфере здравоохранения (по итогам 2013 года они составляли 78% от средней зарплаты по региону). Амурская область характеризуется и невысокой обеспеченностью койко-местами в больничных учреждениях (хотя численность врачей на 10 тыс. жителей, напротив, велика и уступает только Чукотке). О накопленных негативных тенденциях свидетельствует и тот факт, что по показателю ожидаемой продолжительности жизни Амурская область превосходит в ДФО только Еврейскую АО и Чукотский АО. Хотя



при этом показатель младенческой смертности в регионе выглядит очень неплохо. В любом случае тот факт, что Амурская область стала в ДФО одним из лидеров в расходах на сферу здравоохранения (в подушевом выражении) позволяет рассчитывать на изменение ситуации к лучшему.

Недостаток финансирования сказывается на кадровом вопросе. Материальный фактор, конечно, оказывает свое влияние. Поэтому врачи государственных учреждений уходят в коммерческие структуры, где оплата труда гораздо больше, либо вообще покидают медицинскую сферу деятельности. Выпускники медицинских училищ, которых в области более десяти, опять же из-за низкой заработной платы, не стремятся устроиться по специальности, а выбирают ту сферу деятельности, где могут применить свои способности за большую оплату труда. Надо отметить, что на данный момент большинство врачей работают практически на одном энтузиазме, особенно в районах, где сейчас наиболее остро поставлен кадровый вопрос. Рассмотрим актуальные проблемы сферы здравоохранения.

Таблица 8- актуальные проблемы сферы здравоохранения и варианты их решения

Проблемы	Варианты решения
Сохраняется проблема дефицита кадров. В условиях сокращения коечного фонда и медицинского персонала в крупных многопрофильных объектах здравоохранения области не снижается количество больных, нуждающихся в госпитализации, и существенно возрастает нагрузка на медицинских работников. Особенно остро чувствуют нехватку медицинских кадров жители сельской местности. В тройку самых дефицитных специальностей входят терапевты, педиатры и реаниматологи.	Разработать механизм стимулирования конкуренции между медиками, медицинскими учреждениями; перевод медицинских работников на «эффективный контракт» и создание стимулов для работы медицинского персонала; следует искать и поощрять талантливых студентов, привлекать их к работе в исследовательских проектах.
Дефицит финансирования программ по лекарственному	Необходимо создать научно обоснованную методологию оценки

обеспечению больных вирусными гепатитами, туберкулезом, гипертонической болезнью и др.	эффективности расходования бюджетных средств. Также анализировать бюджетные расходы помогла бы система независимой экспертизы
Проблема качества медицинской помощи, оказываемой населению;	Оказывать финансирование медицинских учреждений за эффективность оказанных ими услуг. То есть чем меньше человек провёл в стенах больницы, и если у него не случился рецидив болезни, то оказавшее ему помощь медицинское учреждение получит большее финансирование, чем остальные. Такой механизм используется в большинстве развитых стран (Великобритания и др.)
Актуальной проблемой остается повышение уровня оплаты труда работников учреждений здравоохранения, а также обеспечение их жильем, детскими садами, санаторно-курортным лечением.	Сделать размер оплаты труда в здравоохранении, зависящим от качества медицинских услуг, ввести и ряд организационных мер по повышению ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг.

Одна из самых острых проблем на данный момент это- результаты оптимизации сферы здравоохранения, несбалансированность и высокий дефицит ТПГГ (территориальная программа государственных гарантий) в части бюджетного финансирования. Проблема ТПГГ уже начала решаться. Расходы на реализацию территориальной программы государственных гарантий оказания населению Амурской области в 2015 году были увеличены на 125,3 млн. рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - на 808 млн. рублей.

Для решения проблемы медицинских кадров, в частности в сельской местности, функционирует федеральная программа «Земский доктор». Благодаря действию которой, в течение четырех лет единовременные

компенсационные выплаты в размере 1 млн. руб. получили 186 врачей, переехавших работать на село, в 2015-м таких было 45 человек.

Проблема дефицита финансирования программ по лекарственному обеспечению, так же находит свое решение с 2016 года министерство здравоохранения Амурской области осуществляет централизованную закупку лекарств для нужд государственных поликлиник, аптек и больниц региона.

На данный момент в Амурской области реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020 годы». В состав программы входит подпрограмма кадрового обеспечения системы здравоохранения.

Предлагаем включить в состав государственной подпрограммы "Кадровое обеспечение системы здравоохранения", перевод медицинских работников на «эффективный контракт», что позволит решить проблему дефицита кадров.

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Термин эффективный контракт введен в оборот в 2012 году в связи с принятием программы совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях<sup>30</sup>. Термин «эффективный контракт» впервые был использован в 2012 году в предвыборной статье В.В.Путина. Применение «эффективного контракта» призвано повысить конкурентоспособность государства, как работодателя на региональных

---

<sup>30</sup> Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р (далее – Программа).

рынках труда, так же эффективный контракт призван обеспечить рост заработной платы работников и повысить качество оказываемых ими услуг. Эффективный контракт даст возможность поощрять работников, которые добились лучших показателей.

Суть эффективного контракта заключается в том что, будет сформирована новая система оплаты труда. Так как, трудовые отношения возникают в первую очередь на основании трудового договора, то с юридической точки зрения эффективный контракт это-это трудовой договор с расширением условий.

Подпрограмма 10 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

Таблица 9- Паспорт подпрограммы.

Наименование подпрограммы	«Кадровое обеспечение системы здравоохранения»
Государственный заказчик	Министерство здравоохранения
Цель подпрограммы	Устранение дефицита медицинских кадров, а также кадрового дисбаланса на территории Амурской области в целях повышения доступности и качества оказываемой медицинской помощи.
Основные задачи подпрограммы	-обеспечение кадрового потенциала Амурской области, на основе достижения укомплектованности государственных учреждений здравоохранения; -создание условий для стимулирования конкуренции между медиками и медицинскими учреждениями; -повышение качества жизни медицинских работников государственных учреждений здравоохранения на основе поощрения за достижение лучших показателей, введение системы эффективного контракта.

Сроки реализации подпрограммы	2016-2020 годы
Исполнители основных мероприятий	- министерство здравоохранения Амурской области; - государственные учреждения здравоохранения Амурской области; - учреждения высшего и среднего профессионального образования.
Источники финансирования	Федеральный бюджет, областной бюджет, территориальный фонд ОМС
Система организации контроля подпрограммы	Контроль за исполнением Подпрограммы осуществляет Правительство Амурской области.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	- проведение разъяснительной работы в коллективе по вопросам введения эффективного контракта; - разработка положения эффективного контракта в здравоохранении; - создание комиссии по проведению работы, связанной с введением эффективного контракта; - разработка показателей эффективности труда работников; - разработка и внесение изменений в коллективный договор, правила внутреннего распорядка, положение об оплате труда, положение о выплатах стимулирующего характера с учетом разработанных показателей; - конкретизация трудовой функции и условий оплаты труда работника; - подготовка и внесение изменений в трудовые договоры работников; - уведомление работников об изменении определенных условий трудового договора в письменной форме не менее чем за два месяца согласно ст.74 Трудового кодекса РФ.
Ожидаемые итоговые результаты Подпрограммы	- сохранение и развитие кадрового потенциала системы здравоохранения в Амурской области; - повышение и достижение наиболее полной укомплектованности врачами и медицинскими

	<p>сестрами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения Амурской области в городских и сельских условиях</p> <p>-изменение размера оплаты труда медицинских работников, стимулирующей улучшение количественных и качественных показателей их деятельности, профессиональный рост;</p>
--	--

Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами.

Результативность и эффективность деятельности учреждений здравоохранения Амурской области, обеспечение населения качественной и эффективной медицинской помощью и улучшение качественных показателей состояния здоровья населения в значительной степени определяются кадровым потенциалом, уровнем профессиональной квалификации медицинских работников.

Таблица 10- Сведения о потребности рынка труда Амурской области в профессиональных кадрах в сфере здравоохранения

	2014	2015
Потребность в кадрах, всего	974	836
с высшим образованием, всего	534	484
со средним профессиональным образованием, всего	440	352

Сложившийся дефицит медицинских работников в Российской Федерации характерен и для Амурской области. Укомплектованность врачами и медперсоналом учреждений здравоохранения области сегодня составляет 63,0 процента. Средний возраст врачебного персонала составляет более 50 лет, возросло количество работающих врачей пенсионного возраста. В области сложился острый дефицит врачей. Неукомплектованность медицинскими кадрами государственных учреждений здравоохранения Амурской области ведет к неудовлетворению ожидания общества и каждого

гражданина в сфере здравоохранения. в Амурской области 24 % работающих врачей - в возрасте от 56 лет и старше, то есть каждый четвертый врач пенсионного и предпенсионного возраста. И уже сегодня перед руководителями медицинских организаций все актуальнее становится вопрос: кто будет работать у них через 8-10 лет? При этом наряженная ситуация с кадровым потенциалом в некоторых районах области сохраняется уже в течение трех лет. В частности, в Сковородинском районе дефицит врачей 66 %, в Магдагачинском – 62,6 %, Селемджинском - 43,4 %. Самые «дефицитные» специальности сегодня: анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, хирурги, педиатры, врачи скорой помощи.

Среди основных причин дефицита кадров неудовлетворенность медиков уровнем материального обеспечения, мерами социальной поддержки, условиями жизни и труда, низкий уровень привлекательности работы в сфере здравоохранения.

При внедрении эффективного контракта определение критериев оценки эффективности деятельности медицинских работников вызовет затруднение. Для решения этого вопроса надо создать коллегия, и по каждой специальности определили от пяти до семи критериев оценки эффективности деятельности врачей, так же периодичность выплат, условия получения выплат. Так же, один из важнейших аспектов - это показатели и критерии оценки эффективности деятельности. Далее, после определения критериев оценки деятельности надо определить сумму стимулирующих выплат. Например, выполнение нормы работы до 100 процентов – это 0 баллов (нет стимулирующей выплаты), от 101 до 103 процентов – 1 балл (2000 руб.), более 103 процентов – 2 балла (4000 руб.). Или другой пример – проведение профилактических осмотров несовершеннолетних, включая общий анализ крови, мочи, сахара: менее 95 процентов – 0, более 95 процентов – 1 балл, более 100 процентов – 2 балла, и так далее. Таким образом, при перевыполнении плана работники здравоохранения, кроме гарантированной выплаты (оклада и надбавок за должность, стаж, категорию, вредность),

получают стимулирующие выплаты. Конкретная сумма зависит от специализации врача и степени выполнения плановых объемов работы.

Тем самым, внедрение эффективного контракта поможет решить проблему дефицита кадров. Будут созданы условия для стимулирования конкуренции между медиками, изменен размер оплаты труда, путем стимулирующих выплат.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение - совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Для осуществления этих мер создаются специальные социальные институты.

Ветвь здравоохранения сейчас переживает переходный период, который начался более десяти лет назад. Конечно это сказалось на качестве системы здравоохранения, как на уровне страны, так и на уровне регионов. Так же вместе с этим очень резко ухудшилась медицинская и демографическая ситуация в стране, сильно снизился уровень жизни населения. Положение относительно улучшилось после принятия в 1997 году Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Постепенно активизировалась деятельность по профилактике заболеваний. Были внедрены современные методов профилактики, диагностики и лечения наряду с повышением эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Впервые была введена программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Несомненным прорывом стало использование в управлении здравоохранением методов стратегического планирования, результатом которого явилось принятие большого количества федеральных целевых программ, направленных на решения наиболее остро стоящих перед отраслью проблем. На основе принятых федеральных программ разрабатываются региональные целевые программы, проектируемые с учётом специфики конкретного субъекта федерации. Проблему недостаточного финансирования отрасли призван решить принятый Закон об обязательном медицинском страховании. Введение системы медицинского страхования позволило кардинально изменить подход к финансированию

здравоохранения. Наряду с положительными результатами работы системы существует, конечно, и немалый спектр проблем различного уровня, последовательное и грамотное разрешение которых необходимо для выполнения задач, возложенных на систему медицинского страхования.

В данной работе были проанализированы, сферы здравоохранения и регионального управления. Были выявлены теоретические и практические проблемы данного вопроса, которые в корне расходятся между собой. Так же была изучена законодательная база РФ.

При изучении теоретико-правовых основ государственного управления здравоохранением были рассмотрены цели здравоохранения, задачи, уровни, методы управления, функции, подходы.

Что касается методов управления, то фактически все авторы, выделяют 3 группы методов. В настоящее время в управлении здравоохранением наибольшей популярностью пользуются экономико-математические методы.

При рассмотрении нормативно-правовой базы системы управления здравоохранением была определена ее необходимость. Так как медицина доступна для претензий и исков пациентов, именно поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но и права и обязанности пациента, при оказании ему медицинских услуг. Был выделен блок основных нормативно-правовых актов, регулирующих отношения, возникающие в здравоохранении в нормативно-правовой сфере.

Изучая, государственную региональную политику в области здравоохранения были выделены основные принципы, на которых она строится

Проведенный анализ деятельности министерства здравоохранения позволил увидеть минусы и плюсы регионального управления. Были обозначены приоритетные направления в деятельности отрасли здравоохранения на 2016год. Так же, немаловажным фактором в анализе деятельности министерства, стало то, что с 2016 года министерство

осуществляет централизованную закупку лекарств. Благодаря этому ведомству удалось за полтора месяца сэкономить уже 18млн. руб. Министерство так же, определило комплекс мер, направленных на увеличение рождаемости и разработана реализация мер по снижению смертности.

Так как в настоящее время в области реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014-2020годы», то были рассмотрены задачи государственной программы, планируемые показатели эффективности и подведены основные итоги реализации государственной программы. Большинство показателей за исследуемый период показали отрицательную динамику. Снижение численности населения, уменьшение числа родившихся и увеличение показателя естественной убыли населения.

Проблемы в региональном управлении здравоохранением требуют предложения по их решению. Было предложено включить в состав государственной подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», перевод медицинских кадров на эффективный контракт.

Составлен паспорт государственной подпрограммы, определена цель, основные задачи, сроки реализации, источники финансирования, основные мероприятия подпрограммы и ожидаемые итоговые результаты.

Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения так же отражено в работе.

Проведённый анализ системы здравоохранения Амурской области выявил наряду с несомненно положительными тенденциями массу проблем и недоработок в процессе реализации программ по реформированию отрасли и показал необходимость внедрения новых подходов к реализации программ федерального уровня, а именно – программно-целевого метода с учётом региональной специфики системы здравоохранения области.



## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект : моногр. / В.Г. Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2014. – 276 с. : ил., табл. – Библиогр.: с. 186–194.
2. Апостолова Т., Косевич Н Социальная политика Российской Федерации и правовой механизм ее реализации 2013г с 64
3. Багненко, С.Ф. Административная реформа и здравоохранение [Текст] / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.В. Кириллов, В.А. Федотов // Скорая медицинская помощь. –2011. – № 4. – стр.10-16.
4. Беркутов, А.М. Современные тенденции и проблемы управления здоровьем [Текст] / А.М. Беркутов, Ю.Б. Кириллов, Е.М. Прошин // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 3-4. – стр.92-104.
5. Васильцова Л.И. Муниципальное здравоохранение: социально-экономические аспекты трансформации и развития/ науч.ред. А.Б. Блохин, Е.Г. Анимица. Екатеринбург: Изд-во Урал.гос.экон.ун-та,2012. С 111
6. Герасименко Н.Ф. Формирование законодательной базы в области охраны здоровья в Российской Федерации // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход. М.: «Медицина», 2012. С. 15—21.
7. Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие. М. : ФОРУМ; ИНФРА-М, 2013. С 154
8. Друкер, П. Классические работы по менеджменту [Текст] / П. Друкер; [пер. с англ. И. Григорян, О. Медведь, С. Писарева; ред. Р. Пискотина]. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2013. – 219 с. – (Сколково)
9. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ : моногр. / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, Л.В. Солохина [и др.]. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. – 688 с.

10. Какорина Е.П. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций ГЭОТАР-Медиа. 2016. С 451
11. Кожевников В.В. Проблемы территориального здравоохранения: Сборник научных трудов. М., 2013. Вып. 5. – 112 с.
12. Конституция Российской Федерации. – М.: 1993 г.
13. Кучеренко В.З. Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации (электронный документ): Библиотека проектов реформы здравоохранения.
14. Л.С. Гринкевич, А.С. Банин Совершенствование методов управления учреждениями России // «Экономические науки » 2013
15. Леонтьев О.В. Юридические основы медицинской деятельности "СпецЛит" 2015. С 113
16. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. Управление здравоохранением // Главврач. 2012. № 6. С. 4.
17. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - 2012. - 288 с. : ил. С 84
18. Петрова Н. Г. Основы экономической теории. Экономика и управление здравоохранением 2015. С 112
19. Портер М. Конкуренция . Санкт-Петербург; Москва; Киев: Издательский дом «Вильямс», 2011.
20. Райзберг Б.А., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Российское здравоохранение: вхождение на рынок/ под ред. В.З. Кучеренко, Н.Ф. Герасименко. М.: ИНФРА-М, 2013. С 39-42
21. Семенов В.Ю., Тамазян Г.В., Михневич Н.Н. и др. Управление в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2012. № 5. С. 32.
22. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2011. С. 51
23. Скляр Т. М. Экономика и управление здравоохранением : учеб. пособие. СПб. : Изд. дом Санкт-Петербург. гос. ун-та, 2013. С 43
24. Собр. законодательства РФ. 2000. 20 марта. № 12. Ст. 1260.

25. Стародубов, В. И. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – – № 3. – С. 6-15
26. Тогунов И.А. Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2011. № 3. С. 45-48.
27. Трушкина Л.Ю, Тлепцеришев Р.А., Трушкин А.Г. и др. Экономика и управление здравоохранением: учеб.пособие. 2-е изд. Ростов н/Д : Феникс, 2011. С 56
28. Федеральный закон №157-ФЗ от 17 сентября 1998 г. Об иммунопрофилактике инфекционных болезней
29. Федеральный закон №15-ФЗ от 23 февраля 2013 г. "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака"
30. Федеральный закон №52-ФЗ от 30 марта 1999 г. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения
31. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах";
32. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об обращении лекарственных средств"
33. Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации";
34. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
35. Федеральный закон от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах";
36. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)

- 37.Финченко Е.А., Степанов В.В. Здоровоохранение // Проблемы управления здравоохранением. 2013. № 5 (12). С. 5-13.
- 38.Хасанов Ф. З. ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ГРНТИ: 76 — Медицина и здравоохранение Выпуск № 1 / том 16 / 2011 с 4
- 39.Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: Методологические подходы и новые тенденции // Главный врач. 2012. № 3. С. 21-24.
- 40.Шевченко Ю.Л. Правовые основы здравоохранения в России. М., 2011 с 51
- 41.Щепин О. П., Габуева Л. А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / под общ. ред. В. И. Стародубова. М. : МЦФЭР, 2014. С 115-119
- 42.Ямщиков, А.С. Экономические аспекты управления здравоохранением на муниципальном уровне. [Текст] / А.С. Ямщиков – Томск: Издательство Томского государственного университета, 2012
43. Л.С Гринкевич, А.С Банин Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России. 2015 с 110-113
- 44.



ПРИЛОЖЕНИЕ А Кадровый состав министерства здравоохранения

Министр здравоохранения области	
Первый заместитель министра	
Заместитель министра	
Отдел организации медицинской помощи взрослому населению и реализации проектов	Начальник отдела-1 ед. Зам.нач.отдела-1 ед. Ведущий консультант-2 ед. Консультант -1 ед. Старший специалист 3 разряда-1 ед.
Отдел качества и безопасности медицинской помощи	Начальник отдела- 1 ед. Ведущий консультант- 2 ед. Консультант -1 ед.
Отдел кадровой работы и делопроизводства	Начальник отдела- 1 ед. Ведущий консультант -1 ед. Консультант- 1 ед. Старший специалист 1 разряда-2 ед.
Отдел государственного заказа и правового обеспечения	Начальник отдела – 1 ед. Ведущий консультант- 2 ед. Консультант- 1 ед.
Отдел организации медицинской помощи женщинам и детям	Начальник отдела – 1 ед. Ведущий консультант- 3 ед.
Отдел лекарственного обеспечения	Начальник отдела – 1 ед. Зам.нач.отдела-1 ед. Ведущий консультант- 1 ед. Консультант- 1 ед.

Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, и контроля качества	Начальник отдела – 1ед. Главный специалист-эксперт – 2ед. Ведущий специалист-эксперт- 2ед.
Финансово-экономическое управление	Начальник управления- 1ед.
Отдел планирования, финансирования, учёта и отчётности	Начальник отдела-главный бухгалтер -1ед. Зам.нач.отдела-1 ед. Ведущий консультант- 3ед. Консультант- 1ед. Старший специалист 1 разряда- 1 ед.
Отдел планирования, мониторинга территориальной программы и контрольно-ревизионной работы	Начальник отдела- 1ед. Ведущий консультант-3ед. Консультант-2ед.
Мобилизационная служба	Ведущий консультант – 1ед. Главный специалист-1 ед. Старший специалист 3 разряда-1 ед.