**Совершенствование системы регионального управления в сфере здравоохранения (на примере СКФО)**

2016

Диплом

**Вернуться в каталог готовых дипломов и магистерских диссертаций –**

[**http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml**](http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml)

Главным фактором, определяющим актуальность исследования, выступает необходимость продолжения и развития процессов модернизации в экономике здравоохранения, предусмотренных в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральных и региональных программ развития здравоохранения, поскольку их реализация до сих пор не смогла существенно изменить ситуацию в отрасли.

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы исследования.**Главным фактором, определяющим актуальность исследования, выступает необходимость продолжения и развития процессов модернизации в экономике здравоохранения, предусмотренных в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральных и региональных программ развития здравоохранения, поскольку их реализация до сих пор не смогла существенно изменить ситуацию в отрасли.

Серьезные преобразования, происходящие в отечественной системе здрвоохранения в последние годы, направлены на повышение качества медицинских услуг при реализации программы государственных гарантий, на переход к одноканальной модели финансирования медицинской помощи, на внедрение принципов бюджетирования, ориентированного на результат, в деятельность социально ориентированных организаций, оказывающих общественно значимые услуги, и др. Практическая реализация вышеперечисленных нововведений требует пересмотра концепции развития государственного регулирования в сфере здравоохранения, приоритетные направления, которого соответствуют лучшей мировой практике. Сохранение здоровья нации является стратегическим ориентиром государственного регулирования в сфере здравоохранения, определяющим целевые установки государственной политики.

**Степень научно разработанности проблемы.**В современной экономической литературе проблемам совершенствования механизма управления здравоохранением уделено достаточно внимания как отечественными, так и зарубежными учеными. Значительный вклад в разработку проблемы внесли труды Галкина Р.Ф., Герасименко Н.Ф., Гришина В.В., Зельковича P.M., Исаковой Л.Е., Комарова Ю.М., Корчагина В.П., Кравченко Н.А., Кручининой С.С., Кучеренко В.З., Макаровой Т.Н., Лебедевой Н.Н., Семенова В.В., Стародубова В.И., Невского В.И., Репина О.П., и ряда других авторов.

Современную теорию иметодологию исследования развития сферы услуг в мировой экономике изложили в своих трудах зарубежные ученые Д. Белл, К. Гренроос, Ф. Котлер, К.Лавлок, Р. Рассел, Дж. Шоул, J. Gruber, P. Jacobs, S. Leatherman, J. Rapoport, K. Sutherland и др.

Научным основам формирования экономики здравоохранения, необходимым для разработки процедур оценки качества медицинской помощи, а также эффективности деятельности медицинских организаций, посвящены работы А.Г. Аганбегяна, Л.А. Габуевой, Ф.Н. Кадырова, А.Л. Пиддэ, Б.А. Райцберга, Л.П. Храпылиной, Н.Г. Шамшуриной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина и др.

Теоретические и методические вопросы, касающиеся управления качеством медицинских услуг описаны в работах, А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко, А.Л. Линденбратена, В.И. Стародубова, В.И. Скворцовой, П.А. Воробьева, Ю.В. Михайловой, Г.И. Назаренко, D. Berwick, D. Blumenthal, A. Donabedian, G. Laffel, H.V. Vuory и др.

**Цель и задачи исследования.**Целью выпускной квалификационной работы является совершенствование системы регионального управления в сфере здравоохранения, структурное наполнение элементов которого обеспечивало бы устойчивое развитие медицинских организаций для достижения ими социально значимых результатов.

Для достижения указанной цели в выпускной квалификационной работе поставлены и последовательно решаются следующие задачи:

-изучение социально-экономической сущности медицинских услуг;

-характеристика системы здравоохранения как объекта государственного регулирования и управления;

-рассмотрение теоретических основ формирования системы здравоохранения в регионе;

-анализ социально-экономических особенностей территорий СКФО;

-анализ основных показателей современного состояния здравоохранения регионов СКФО;

-выявление главных проблем системы здравоохранения на современном этапе;

-обоснование стратегических направлений по содействию развития системы здравоохранения в регионе;

-разработка предложений по повышению эффективности системы регионального управления в сфере здравоохранения.

**Объектом**исследования выступает система здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа.

**Предметом**исследования являются организационно-управленческие отношения, возникающие в процессе функционирования системы здравоохранения СКФО.

**Теоретико-методологической базой** исследования послужили теоретические исследования и практические разработки в области мировой, национальной и муниципальной экономики, государственного регулирования, муниципального менеджмента, а также в частных областях научного знания, касающиеся области здравоохранения.

При решении поставленных задач были использованы ключевые методологические принципы познания такие, как диалектический, конкретно-исторический, междисциплинарный, системный подходы, а также общенаучные методы экспертного, статистического и сравнительного анализа, табличные и графические приемы визуализации данных.

**Информационно-эмпирической базой** выпускной квалификационной работыпослужили указы Президента Российской Федерации; федеральные и региональные законы Российской Федерации; официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации; региональной статистики; аналитические исследования, представленные в периодической печати и на интернет-сайтах.

**Теоретическая значимость** выпускной квалификационной работы состоит в анализе теоретических и методологических аспектов здравоохранения как экономической системы.

**Практическая значимость исследования** заключается в том, что полученные в работе результаты исследований могут быть использованы при разработке отраслевых программ развития здравоохранения, а также в практике управления организациями и учреждениями здравоохранения СКФО.

**Структура выпускной квалификационной работы.** Структура обусловлена целью и задачами исследования, включает введение, три главы, заключение, список использованных источников и литературы, приложения. Дипломная работа содержит 21 таблицу, 9 рисунков, изложен на 105 страницах.

**1.ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ**

**1.1Социально-экономическая сущность медицинских услуг**

На сегодняшний день государственная политика Российской Федерации в области здравоохранения претерпевает различные изменения, которые непосредственно направлены как на само повышение качества, так и на доступность медицинских услуг.

За период двух предыдущих десятилетий преобразования системы здравоохранения экономика этой области рассматривается именно со стороны медицинской науки, то есть ее приравнивают с организацией и управлением в здравоохранении, а концепции экономической науки, в свою очередь, не упускают возможность приспособить к организации оказания медицинской помощи населению. Вероятно, это и является одной из главных причин медленного реформирования экономики российского здравоохранения, а также возникающих проблем на пути развития обязательного медицинского страхования (ОМС) в условиях финансового дефицита.

Следовательно, разногласия о природе и сущности медицинской услуги как социально-экономической категории оказалась в центре теоретической и практической разработки проблем эффективного развития национальной системы здравоохранения. Уточнение формулировки и содержания понятий «медицинская услуга» и «доступность медицинской услуги», а также определения «качество медицинской услуги» требуют к себе особого внимания, а значит необходимо рассмотрение базовых конструкций с последующим раскрытием и учетом особенностей, которые тесно связаны с отраслевой спецификой сферы здравоохранения.

При рассмотрении работ российских и зарубежных научных исследователей, непосредственно связанных с данной тематикой, следует отметить, что подходы к определению смысла услуги вариативны. В таком случае, их следовало бы разделить на три основные группы (см. табл. 1.1.1).

Таблица 1.1.1 Подходы к определению сущности понятия «услуга»\*

1. Определения авторов, охарактеризовавших услугу как действия, виды деятельности, саму деятельность12Ф. КотлерУслуга — это «любая деятельность, которую одна сторона может предложить другой; неосязаемое действие, не приводящее к владению чем-либо. В некоторых случаях предоставление услуг связано с материальными продуктами, в других — не имеет к ним никакого отношения» [30]Б.Э. ТоффлерУслуга — «работа, выполненная одним человеком для другого», либо «вид бизнеса, при котором продаются не материальные продукты, а помощь и знания»[33]И.К. БеляевскийУслуга «является особой формой товара и представляет собой полезное действие, направленное на удовлетворение определенных потребностей и осуществляемое в обмен на деньги»[36]В.Г. ЗолоторевУслуга — это «целесообразная деятельность, направленная на удовлетворение каких-либо потребностей человека и общества в целом, но не создающая новых потребительских стоимостей (новых средств производства или предметов потребления)»[64]ФЗ «О государственном регулировании внешнеторговой деятельности»«Услуга — это предпринимательская деятельность, направленная на удовлетворение потребностей других лиц»[38]2. Определения, в которых услуги рассматриваются как результат деятельностиТ. ХиллУслуга — это «изменение состояния лица или товара, принадлежащего какой-либо экономической единице, происходящее в результате деятельности другой экономической единицы с предварительного согласия первой»[44]Б.А. Райзенберг, Л.Ш. Лозовский, Е.Б. СтародубцеваУслуги — «виды деятельности, работ, в процессе выполнения которых не создается новый, ранее не существующих материально-вещественный продукт, но изменяется качество уже имеющегося, созданного продукта. Это блага, предоставляемые не в виде вещей, а в форме деятельности. Таким образом, само оказание услуг создает желаемый результат»[35]А.П. Дубрович Услуги — это «объекты продажи в виде действий, выгод или удовлетворений»[41] Словарь терминов современного предпринимательства«Услуги — это результат непроизводственной деятельности предприятия или отдельного лица, который служит для удовлетворения определенных потребностей человека и выступает в качестве товара.[64] 3. Определение, характеризующее услугу и как деятельность, и как результатГ.А. АванесоваУслуга — «понятие, обозначающее действие, приносящее пользу, благо, помощь другому человеку»[49]Р.М. Бесом«Для потребителей услуги — это любые предлагаемые для продажи действия, которые обеспечивают ценные выгоды или удовлетворения»[36]О. АндрессенУслуги — это «любая неосязаемая польза (выгода), которая оплачена непосредственно или косвенно и которая часто включает больший или меньший физический или технический компонент»[33]В.Ж. СтэнтонУслуги — «отдельно идентифицируемые, неосязаемые действия, которые обеспечивают желаемое удовлетворение, когда предложены на продажу потребителям и/или производственным пользователям и которые обязательно сопутствуют продаже изделия или другой услуги»[33]

Проведя анализ представленных выше подходов, необходимо сделать следующий вывод: сущность услуг в области здравоохранения наиболее полно раскрывают определения исследователей третьей группы, которые охарактеризовали услугу и как деятельность, и как результат, а также акцентирующие на том, что услуги — это действия, которые должны приносить пользу и удовлетворение.

По мере развития экономической науки понятие медицинской услуги формировалось в рамках единой сущности данного явления, а именно, медицинская услуга представляла собой полезное действие для общества, которое преимущественно направлено на сохранение жизни и здоровья человека. Научные исследователи, делая акцент на особенностях медицинских услуг, отмечают, что они обладают следующими свойствами общественных благ, такими как неисключаемость и неконкурентность. Так, например, М.Н. Голоднюк дополняет к свойствам медицинских услуг такие признаки, как эксклюзивность, синхронность их предоставления и получения.[55]

Опираясь на сущность и особенности понятия «медицинская услуга», как деятельности, приносящей пользу, удовлетворение потребителю, необходимо отметить ее ключевые характеристики, то есть «качество» и «доступность» данного типа услуг, определяющие конечный результат их оказания (см. табл.1.1.2).

Таблица 1.1.2 Сущность понятия «медицинская услуга»\*

«Качество»«Доступность»1. Сервисные характеристики предоставления медицинской услуги (комфорт, дизайн, условия ожидания)1. Возможность в кратчайшие сроки получить доступ к медицинской услуге (прием специалиста/ назначенная процедура)2. Профессионализм медицинского персонала (уровень квалификации, образование, наличие опыта работы, корректность при общении, возможность контактировать с врачом на протяжении всего периода наблюдения)2. Возможность с минимальными затратами ресурсов потребителя получить медицинскую услугу3. Скорость и точность постановки диагноза (быстрота осуществления назначенных процедур/анализов и получения результатов, что достигается посредством четкой координации действий пациентов и коммуникации медицинского персонала с необходимыми подразделениями организации здравоохранения)3. Наличие в достаточном объеме квалифицированных кадров, как широкого профиля, так и узких специалистов, а также медицинского оборудования в соответствии с современным уровнем представления медицинских услуг4. Возможность самостоятельной записи потребителя медицинских услуг на прием к специалисту через терминал/интернет4. Территориальная близость медицинской организации к потребителю услуг, транспортная доступность, наличие парковки5. Наличие оперативного доступа для потребителя медицинских услуг к персональным медицинским сведениям через интернет5. Отсутствие очереди в медицинской организации (у кабинета к специалистам, при обращении в регистратуру и т.д.)

Рассматривая представленные факторы, «качество медицинской услуги» определяется как совокупность характеристик медицинской услуги, с помощью которых обеспечивается максимизация удовлетворения потребностей пациента в процессе ее оказания, а также реализация ожидаемого от этой услуги результата в соответствии с установленными сроками.

Также, на базе проведенного анализа следует отметить, что понятие «доступности медицинской услуги» на сегодняшний день закреплено в законодательстве не в полной мере, несмотря на то, что оно представляет неотъемлемый и доминирующий элемент процесса предоставления медицинской услуги. «Доступность медицинской услуги» в данной таблице понимается как возможность потребителя медицинских услуг в максимально кратчайшие сроки и с минимальными затратами ресурсов получить необходимую ему медицинскую услугу надлежащего качества.

Обобщение этих и других существующих определений медицинской услуги и услуги как социально-экономической категории позволяет представить их следующую «синтезированную» трактовку — медицинская услуга как экономическая категория выражает экономические и социальные отношения по поводу удовлетворения потребностей в сохранении жизни и здоровья населения.

Проведенный анализ имеющихся в современной научной литературе определений медицинской услуги позволяет также сделать вывод о том, что на рубеже XX-XXI веков медицинская услуга наконец-то приобрела и теоретическое отражение своей экономической природы в виде категориального наделения ее стоимостной составляющей.

Однако в практическом здравоохранении медицинская услуга в настоящий момент подразделяется на «простую», «сложную» и «комплексную». Перечисленные виды медицинских услуг рассматриваются, как формализованные нормативные документы, которые определяют необходимый и достаточный объем диагностических и лечебных процедур. Анализ оказанных в лечебно-профилактических учреждениях медицинских услуг проводится согласно требованиям медико-статистических показателей, которые не рассматривают медицинскую услугу с экономической позиции. Но так как медицинская услуга носит индивидуальный характер, а ее функция рассматривается двойственно (с одной стороны, по отношению к удовлетворенности потребителя-пациента, с другой — по отношению к плательщику за оказанную медицинскую услугу пациенту), то, анализируя экономическую эффективность медицинских услуг, необходимо руководствоваться критериями функционального подхода. К основным критериям такого подхода можно отнести следующее:

-Характеристика потребителя (пациента), с помощью которой можно будет выявить: к какой категории населения пациент относится (гражданин РФ, иностранец, беженец и др.);

-Наличие действующего полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) или полиса добровольного медицинского страхования (ДМС);

-Характеристика источников финансирования за оказанные медицинские услуги: бюджет, страховые компании ОМС, страховые компании ДМС, непосредственно пациент;

-Стоимость медицинской услуги (с учетом всех затрат лечебно-профилактических учреждений).

Разработка экономических показателей медицинской услуги на сегодняшний день является актуальной вследствие внедрения отраслевых стандартов в систему здравоохранения. [61]

Необходимо также отметить, что оказание медицинских услуг сопровождается отрицательным и положительным внешними эффектами, однако, в теоретическом аспекте оказания медицинских услуг возникают именно положительные внешние эффекты.

Положительный внешний эффект при оказании медицинских услуг можно наблюдать на примере медицинских услуг, непосредственно связанных с профилактикой и лечение инфекционных заболеваний. Так, проведение вакцинации населения и лечение пациента, имеющего инфекционное заболевание, представляет собой носителя не только частной выгоды потребителю этой услуги, но и создает положительный внешний эффект для окружающих посредством снижения у них вероятности возникновения заболевания. В более широком смысле внешний эффект от медицинских услуг может быть выражен в увеличении капитала здоровья в структуре человеческого капитала ввиду влияния одного вида услуг на срок и качество участия их потребителя в развитии социума, его производительных сил и улучшении благосостояния.

Социально-экономическая сущность медицинских услуг тесно увязана с понятием человеческого капитала. Впервые это понятие было освещено в научной литературе во второй половине ХХ века в работах американских экономистов Т. Шульца и Г. Беккера[70]. Ученые рассматривают человеческий капитал как интеллект, здоровье, знания, качественный и производительный труд, а также определенный уровень качества жизни, так как это ключевые факторы, оказывающие прямое влияние на формирование и развитие инновационной экономики и экономики знаний, к которым на сегодняшний день стремятся развитые страны.

Капитал здоровья, к формированию которого прямое отношение имеет оказание медицинской помощи и услуг, в структуре человеческого капитала является одним из главных во взаимосвязи с другими его элементами, так как капитал здоровья непосредственно воздействует на качество активов человеческого капитала. Следовательно, верным будет утверждение, что капитал здоровья представляет собой особый ресурс, от объема и качества которого зависит реализация человеческого капитала, что является составляющим элементов экономического и социального развития общества. Капитал здоровья условно можно разделить на две части:

.Природная, наследственная;

.Приобретенная, посредством затрат усилий и средств самого человека и социума.

Воздействие совокупного капитала здоровья нации на экономику определяют два его основных свойства. Во-первых, создание новых условий развития производительных сил требует обязательного усиления значения новых приоритетов, таких как субъективные факторы, которые будут способствовать экономическому росту в условиях инновационного, конкурентоспособного производства. Во-вторых, совокупных капитал здоровья представляет собой ключевой компонент национального богатства. [41]

Также, при рассмотрении экономической сущности медицинских услуг, очень важно отметить влияние их эффективности и качества на саму экономику, то есть обратить внимание на экономический ущерб от потерь здоровья населения, который в условия повышения качества и результативности медицинских услуг, соответственно, сокращается.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что повышение уровня качества и доступности медицинских услуг, следовало бы ожидать рост посещаемости не только по заболеваемости, но и с целью проведения и получения каких-либо профилактических мероприятий, что, как правило, окажет прямое влияние на улучшение показателей здоровья население Российской Федерации, в частности трудоспособного.

**1.2Характеристика системы здравоохранения как объекта государственного регулирования и управления**

Государственная функция охраны и защиты здоровья населения имеет в своем составе здравоохранение широком (социально-ориентированном смысле) как деятельность государства, целью которой является обеспечение высокого уровня здоровья граждан, которая характеризуется многими социально-экономическими, политическими, медико-демографическими показателями состояния здоровья населения (социально-экономическая дифференциация различных групп населения, политическая активность, уровень рождаемости, смертности, в том числе преждевременной смертности и др.), которые, в свою очередь, отслеживаются и оцениваются в процессе и результате государственной системы наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека, то есть социально-гигиенический мониторинг.

В узком (отраслевом) смысле здравоохранение включает в свой состав систему медико-санитарных мероприятий, которые осуществляются организациями и учреждениями здравоохранения с целью понижения уровня заболеваемости и смертности населения и сохранения хорошего здоровья и гармонического развития человека.[23]

Медико-санитарные меры, реализуемые национальной системой здравоохранения, включают в себя врачебно-медицинские мероприятия по лечению и профилактике болезней, медицинские процедуры, направленные на борьбу с массовыми инфекционными заболеваниями и их предупреждению, уровень удовлетворенности граждан всеми видами медицинской помощи и услуг, медицинские мероприятия по диспансерному наблюдению, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и т.д.

Государственный сектор здравоохранения объединяет в себе следующие компоненты:

-государственные учреждения здравоохранения: лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения; образовательные медицинские учреждения; фармацевтические предприятия; учреждения судебно-медицинской экспертизы; санитарно-профилактические учреждения; аптечные учреждения; предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники; службы материально-технического обеспечения; иные учреждения и предприятия;

Рис. 1.2.1 Структура системы здравоохранения

-региональные учреждения здравоохранения: республиканские, краевые, областные — медицинские, аптечные и фармацевтические учреждения;

-муниципальные учреждения здравоохранения: медицинские учреждения аптечные учреждения; фармацевтические предприятия.

Негосударственный сектор системы здравоохранения представляет собой совокупность таких элементов, как: частные медицинские организации; частнопрактикующие врачи, которые осуществляют свою деятельность в качестве индивидуальных предпринимателей; организации по производству и реализации медицинского оборудования; аптечные организации; фармацевтические организации, а также торговые объекты, предоставляющие протезно-ортопедическую продукцию.

Отношения между субъектами системы здравоохранения в условиях институциональных преобразований и перехода на принципы управления по результатам выступает в роли объекта управления.

Нормы амортизации, налоговые льготы, национальные проекты, гарантированность предоставления помощи, штрафы и пени, арендные ставки, различные вознаграждения — все это является совокупностью рычагов, стимулом и инструментов государственной политики в области здравоохранения.

Функциями и методами публичного, а также корпоративного управления в сфере здравоохранения представлены в виде:

-прогнозирование и планирование;

-субсидирование на основе софинансирования;

-государственное и муниципальное финансирование, в том числе программ ОМС и ДМС;

-распределение бюджетных трансфертов;

-бюджетирование, ориентированное на результат;

-тарифная политика в системе ОМС;

-налогообложение;

-кредитование;

-амортизационная политика;

-финансовый мониторинг и контроль и др.

Финансовые ресурсы медицинских учреждений и организаций формируются из денежных потов, которые были получены в результате перераспределения, и доходов от деятельности по оказанию платных медицинских услуг, находящихся в распоряжении учреждения или организации здравоохранения и предназначены для реализации государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС и ДМС.

Перечень учреждений здравоохранения состоит из трех основных типов учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы и аптечные учреждения, — каждый из которых включает в себя несколько видов учреждений здравоохранения.

Рассматривая лечебно-профилактические учреждения здравоохранения, к ним следует отнести:

1.Больничные учреждения: областные, краевые, республиканские, окружные, районные, участковые больницы; госпитали, медико-санитарные части, специализированные больницы — инфекционные, туберкулезные, психоневрологические и др.; центры — наркологический реабилитационный, восстановительной терапии, профессиональной патологии и др.);

2.Учреждения здравоохранения особого типа, то есть бюро судебно-медицинской экспертизы, бюро медицинской статистики, патологоанатомическое бюро; лепрозории; хосписы; центры медицины катастроф — федеральные, региональные, территориальные; центры медицинской профилактики и др.;

.Диспансеры (врачебно — физкультурные, онкологические, психоневрологические, противотуберкулезные и т.д.);

.Амбулаторно-поликлинические учреждения: городские, районные поликлиники; детские поликлиники; специализированные поликлиники — консультативно — диагностические, стоматологические, физиотерапевтические; фельдшерско-акушерские пункты; центры — диагностические, восстановительного лечения для детей; лечебной физкультуры и медицины; амбулатории, лечебницы;

.Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови (станции переливания крови, скорой медицинской помощи);

.Санаторно-курортные учреждения, то есть бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, курортные поликлиники, санатории (курорт), санатории-профилактории, детские санатории, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия и др.);

.Учреждения охраны материнства и детства (дома ребенка, женские консультации, молочные кухни, родильные дома и др.);

.Клиники — высшего медицинского образовательного учреждения; медицинской научной организации. [51]

Учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы представлены таким организациями, как:

-санитарно-эпидемиологические учреждения: дезинфекционные станции, противочумные центры, центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, городах и районах, административных округах и районах в городе и др.;

-учреждения профилактической медицины (например, Центр гигиенического образования населения в Москве).

Аптеки лечебно-профилактических учреждений, медицинские склады, контрольно-аналитическая лаборатория, центр контроля качества и сертификации лекарственных средств, — все это в совокупности представляет собой аптечные учреждения системы здравоохранения.

Система здравоохранения как комплексная социально-культурная отрасль и объект государственного управления в своей структуре также отводит немаловажную роль таким ведомственным учреждениям здравоохранения, как: Министерство обороны РФ, МВД РФ, Министерство путей сообщения РФ, Министерство юстиции РФ и некоторые другие министерства и ведомства, которые полностью аналогичны рассмотренным типам и видам учреждений здравоохранения.

В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации подразделяется на государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения.

В состав государственной системы здравоохранения входят: Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения субъектов РФ, государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, Российская академия медицинских наук, — планирующие и осуществляющие меры по реализации государственной политики, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки в пределах своей компетенции.

Муниципальная система здравоохранения включает в себя муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические организации и предприятия, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные медицинские учреждения.

К частной же системе здравоохранения следует отнести лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, осуществляющие частную медицинскую практику и занимающиеся частной фармацевтической деятельностью. Помимо вышеперечисленного в частную систему здравоохранения входят и лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, которые, в свою очередь, создаются и финансируются частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Первичная медико-санитарная помощь представляет собой основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания и включает в себя следующее: лечением наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, которые непосредственно связаны с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства участковыми, семейными и лечащими врачами. Обеспечивающими учреждениями первичной медико-санитарной помощи являются учреждения муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы, однако, в оказании такие помощи также могут принимать участие и учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. [29]

Как известно, скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при травмах, несчастных случаях, отравлениях и других заболеваниях и состояниях), осуществляется безотлагательно в лечебно-профилактических учреждениях, независимо от ведомственной, территориальной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, которые обязаны ее оказывать в виде первой помощи по закону или специальному правилу.

Скорая медицинская помощь является специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Такая помощь оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней всем гражданам России и иным лицам, которые находятся на ее территории.

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, которые требуют специальных методов диагностики, лечения и использования сложны медицинских технологий, ее оказание осуществляется врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ и министерствами здравоохранения субъектов Российской Федерации. Финансирование специализированной медицинской помощи происходит за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, имеющих предназначение для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других законных источников, однако, отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения РФ, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

Медико-социальная помощь гражданам, которые страдают заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством РФ, оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения. Виды и объем медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Производство и закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения обеспечиваются в соответствии с потребностями населения Правительством РФ. Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития РФ или иными уполномоченными на то министерствами и ведомствами. При этом категории граждан, обеспечиваемых лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения индивидуального пользования на льготных условиях, устанавливаются Правительством РФ и правительствами субъектов Российской Федерации. А право на выписку рецептов для лекарственного обеспечения граждан на льготных условиях имеют лечащие врачи.

Таким образом, следует сделать вывод, что сфера здравоохранения представляет собой сложную систему взаимосвязанных элементов, государственное регулирование и управление которой является неотъемлемой частью этой целостного процесса, поскольку организация системы охраны здоровья осуществляется путем государственного управления, включающего в себя: нормативно-правовое регулирование, разработку и реализацию мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, формирование здорового образа жизни населения и основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

**1.3Теоретические основы формирования системы здравоохранения в регионе**

Проблемы современного развития призывают к переориентации социально-экономической политики государства в области здравоохранения, образования, жилищно-коммунального и сельского хозяйства, что обосновывается формированием различных специализированных национальных проектов. При учете глобальности проблемы в масштабах всей страны, необходимо помнить о существенных различиях регионов России по социально-экономическим и демографическим показателях, а значит о дифференцированном подходе к рассмотрению возможностей системы здравоохранения. Поэтому региональная социально-экономическая политика Российского государства обязана быть направлена на обеспечение развития в регионах сфер здравоохранения, образования, культуры, торговли и общественного питания, социальных гарантий, подготовки и переподготовки кадров, на достижение более высокого уровня занятости трудоспособного населения в тесной взаимосвязи с социально-экономической политикой страны и комплексными целевыми программами ее реализации.

Здравоохранение следует понимать как совокупность отраслей и организаций, которые направлены на удовлетворение потребностей населения по охране здоровья, так как именно эта сфера обеспечивает создание условия для воспроизводства человека с целью продолжения рода, поддержания и улучшения его здоровья. К сожалению, наше государство уступает многим развитым странам по важнейшим показателям здоровья, что находит свое отражение в одной из главных причин «неэффективности отечественного здравоохранения».

Отрасль здравоохранения в регионах имеет возможность получить дополнительный импульс для поступательного движения, задействовал способы и инструменты управления, которые соответствуют тенденциям текущего состояния. Именно поэтому проблемы современного состояния системы здравоохранения являются актуальными и интересными.[62]

При решении таких важных вопросов, касающихся повышения уровня жизни населения нужен социально-экономический анализ состояния региональных систем здравоохранения с целью разработки политики региона в данном направлении; необходимо согласование вопросов организации здравоохранения между региональными органами управления здравоохранением и местного самоуправления; при планировании объемов медицинской помощи обязателен учет мнения региональных и муниципальных органов управления здравоохранением; также неотъемлемой частью данного процесса является регулярная оценка эффективности деятельности региональных и муниципальных систем здравоохранения на основе системного мониторинга.

Как известно, регионы выступают в роли объектов вложения экономических ресурсов с целью получения социально-экономических результатов в перспективе в форме не только роста валового регионального продукта, но и повышения качества жизни населения. Следовательно, регионы следует рассматривать как экономические системы приоритетного инвестирования социально-ориентированных программ. Разработка различных целевых программ развития системы здравоохранения для региона должна быть опираться на научно-методические обоснования перспектив развития при обязательном учете сложившихся закономерностей и тенденций.

Проблемы охраны здоровья человека, профилактики и лечения заболеваний приобретает особую важность в общенациональном плане. Здесь должное внимание уделяется нуждам, потребностям и возможностям самого региона. Данное отношение обусловлено тем, что категорию «здоровье» необходимо рассматривать именно как одну из первостепенных потребностей любого человека, важнейшую базу для гармоничного развития личности в творчестве, труде, самопознании и самореализации.[47]

Здравоохранение представляет собой сложную динамическую функциональную систему, которая влияет на социальные, экономические, политические, научно-технические и другие процессы в социуме. Здравоохранение можно понимать как важный вид социальной деятельности, влияющей на все сферы экономики и отражающей ряд показателей уровня качества жизни населения, а также воспроизводства населения, что способствует увеличению научных благ с помощью снижения времени нетрудоспособности, смертности и инвалидности граждан. Объединяющим элементом национального богатства является именно здоровье, так как оно представляет собой необходимое условие развития производительных сил общества и процветания нации. Такие показатели здоровья позволяют определить степень социально-экономической комфортности и демократичности общества, соответственно его благосостояние.[18]

«Здравоохранение» характеризуется деятельностью, связанной, прежде всего, с организацией и предоставлением медицинских услуг населению. В этом аспекте здравоохранение представляется взаимосвязью медицинских учреждений и организаций. А «охрана здоровья», в свою очередь, представляет собой деятельность как медицинских организаций и учреждений, так и широкого круга институтов:

-служб охраны окружающей среды;

-профилактических центров;

-научных институтов;

-учебных институтов;

-санитарно-эпидемиологических служб;

-курсов по подготовке и переподготовке медицинского персонала и пр.

Сформировавшиеся тенденции в политической и экономической жизни России в предшествующие десятилетия обусловили такие явления, как депопуляцию населения, которая выражается в низком уровне рождаемости и высоком уровне смертности, отрицательно повлияли на медико-демографическую ситуацию в стране и раскрыли проблему сохранения здоровья человека и увеличения его активного долголетия в число тех, которые определяют перспективы дельнейшего развития государства.

Регионально-экономические системы здравоохранения состоят из сочетания функционально-структурных подсистем разных уровней, которые объединены системообразующими связями, комплекснообразующими отношениями и общей целью развития. В их составе можно выделить такие подсистемы, как: производственная, демографическая, природная среда, социальная, институционально-инфраструктурная, производственно-инфраструктурная, политическая среда, экологическая, духовная среда и ресурсная, — все они направлены на достижение единой цели — удовлетворение устойчивостью природной среды.[]

На систему регионального здравоохранения оказывают влияние различные факторы, к ним следует отнести:

-уровень здравоохранения в стране;

-условия труда;

-реальный образ жизни населения;

-жилищные условия;

-генетические факторы;

-качество окружающей среды;

-развитость инфраструктуры региона;

-доступность в приобретении товаров и услуг.

Эффективность функционирования регионально-экономических систем очень зависит от грамотного управления этими системами. Каждая из таких систем имеет свои специфические функциональные особенности, которые могут эффектно развиваться только при наличии факторов, образующих центры развития. Консолидация региональных усилий реализуется с помощью создания мезоуровневых инфраструктур. Следовательно, можно выделить следующие специфические стороны функционирования регионального здравоохранения:

-социально-экономический аспект в области здравоохранения в регионах, который предусматривает учет объемов медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований;

-вопросы организации здравоохранения;

-планирование объемов медицинской помощи при участии региональных и муниципальных органов управления здравоохранения;

-оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе системного мониторинга.

Несмотря на схожесть критериев и универсальность подходов к управлению в разных областях деятельности государства, системе здравоохранения присущи свои особенности и, прежде всего, это обусловлено региональной принадлежностью. Отсутствие специальных управленческих технологий, которые учитывают региональные особенности, и неполнота статистических данных не позволяют в полном объеме оценить перспективы развития системы здравоохранения со стороны управленческих функция и стратегического планирования. Исследования в данной сфере осуществляются по косвенным критериям, либо имеют сопутствующий характер в отношении основных проблем медицины. Поэтому исследования корреляционных зависимостей между функциями управления, то есть планирование, организация, мотивация, контроль, и результат эффективной деятельности системы здравоохранения (коэффициент общей заболеваемости, коэффициенты заболеваний по «социальным» болезням, показатели заболеваемости по категориям населения, полу и возрастным характеристикам) представляют собой особый интерес.

В настоящее время в рамках стратегического управления системой здравоохранения активно используется организационно-экономическая модель, предусматривающая построение разноуровневой общедоступной медицины с четко определенным функциональным предназначением и ресурсным обеспечением организаций и учреждений каждого уровня. В такой модели медицинское обслуживание является единым лечебно-профилактическим процессом, причем функции каждого из звеньев процесса не дублируются, а сведения о состоянии здоровья населения аккумулируются в одном месте. Здесь модель предполагает: 1) изменение инфраструктуры; 2) введение экономически обоснованных вертикальных технологий и др. Организационно-экономическая модель предусматривает удовлетворение населения в доступной и качественной медицинской помощи или услуги, а также внедрение новых форм работы. Указанная модель разрабатывается на основе программно-целевого метода стратегического планирования, который, в свою очередь, создает программы на базе комплекса социально-экономических, организационно-хозяйственных и подобных мероприятий, обеспечивающих эффективное решение конкретны задач, ограниченной по ресурсам, срокам и исполнителям осуществления.

Для российского здравоохранения главной целью является создание устойчивой системы, в которой различные механизмы будут содействовать развитию здорового потенциала страны, где государство выступает гарантом здоровья граждан и стремится обеспечить доступность и качество медицинской помощи и услуг для всех слоев населения. Так можно выделить следующие особенности системы регионального здравоохранения:

-здравоохранение представляет собой целостную систему, направленную на реализацию интересов государства и его населения. Региональное здравоохранение стремится удовлетворить потребности с использованием имеющегося потенциала и ограниченных ресурсов;

-здравоохранение, как основной фактор достижения национального богатства, взаимосвязано со всеми сферами социально-экономической жизни людей. Региональное здравоохранение — особая система, постоянно стремящаяся к совершенству, как в рамках других систем, так и сама по себе;

-уровень развития регионального здравоохранения считается залогом достижения высоких социально-экономических показателей, то есть является индикатором развития отраслей производства материальных благ и демографических параметров, как в регионе, так и в стране в целом;

-построение региональной концепции развития здравоохранения является действенным способом при решении региональных проблем, здравоохранение показывает и регулирует процессы регионального развития, используя известные механизмы оценки, координации и контроля;

-развитие регионального здравоохранения способствует расширению возможностей в познании социально-экономических процессов.[28]

Таким образом, текущий народно-хозяйственный комплекс России имеет сложную отраслевую структуру, которая на сегодняшний день коренным образом перестраивается в сторону социологизации. Однако в случае приоритетного развития отраслей, производящих товары для населения, важнейшим звеном отраслевой структуры является здравоохранение. Региональные системы здравоохранения включают изучение региональных социально-экономических, финансово-кредитных отношений и процессов формирования и функционирования этих систем. Здесь особую важность приобретает территориальную привязку и поэтому особенности того или иного региона накладывает дополнительные условия, которые необходимо учитывать при реализации национальных проектов в качестве стратегических задач.

**2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

**2.1Социально-экономические особенности территорий СКФО**

Приоритетом государственной политики в области социально- экономического развития субъектов Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа (далее — СКФО, субъекты СКФО), является сокращение межрегиональных диспропорций в социально- экономическом положении регионов и качестве жизни населения с помощью эффективных механизмов социальной, бюджетной и инвестиционной политики.

Основным инструментом реализации социально-экономической политики на Северном Кавказе является государственная программа Российской Федерации «Развитие Северо-Кавказского федерального округа» на период до 2025 года, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 309. Основной целью госпрограммы определены формирование условий для развития реального сектора экономики СКФО, а также повышение качества жизни и благосостояния граждан.

Анализ основных социально-экономических показателей любого субъекта Российской Федерации или региона всегда начинается с рассмотрения демографической ситуации.

Значения и динамика социально-демографических показателей в Северо-Кавказском федеральном округе отображаются в таблице 2.1.1, в которой также можно проследить рейтинг регионов Северного Кавказа по численности населения на момент 2015 года.

Таблица 2.1.1Демографические показатели Северо-Кавказского федерального округа\*

Субъект Численность населения (тыс. человек)Темп прироста, %Среднегодовая численность населения (тыс. человек)Темп прироста, %Место, занимаемое в СКФО, 2015г.2013г2014г2015г2013г2014г2015гСКФО9590965997181,39565,49624,69688,51,3-Республика Дагестан2964299030151,72955,02977,13003,01,61Республика Ингушетия4534644734,4447,6458,4468,34,67Кабардино- Балкарская Республика8598618620,3858,7859,6861,50,34Карачаево- Черкесская Республика470469468-0,4470,8469,5468,4-0,56Республика Северная Осетия-Алания7047067040,0705,1704,6704,5-0,15Чеченская Республика1346137013943,61335,61358,41382,23,53Ставропольский край2794279928020,32792,62797,02800,60,32

На основании данных, представленных в таблице, можно сказать о том, что коэффициенты численности населения большей части субъектов СКФО имеют положительную динамику, исключая Карачаево-Черкесскую Республику и Республику Северную Осетию — Аланию, которые имеют отклонения в противоположную сторону -0,4% и -0,5% соответственно. Анализируя демографические параметры каждого субъекта Северо-Кавказского федерального округа, можно составить некоторый рейтинг, в котором лидирующие позиции занимают Республика Дагестан и Ставропольский край, Чеченская и Кабардино-Балкарская Республики занимают 3 и 4 места соответственно, а Республика Северная Осетия-Алания, Карачаево-Черкесская Республика и Республика Ингушетия значительно уступают своим «соседям» и занимают последние места рейтинга.

Рассматривая население Северо-Кавказского федерального округа, также следует провести анализ удельного веса городского и сельского населения в общей численности населения (см. табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2 Удельный вес городского и сельского населения в общей численности населения СКФО\*

СубъектГородское население (оценка на конец года; %)Отклонение (+/-)Сельское население (оценка на конец года; %)Отклонение (+/-)2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.СКФО49,149,149,10,050,950,950,90,0Республика Дагестан45,145,145,0-0,154,954,955,00,1Республика Ингушетия40,440,741,30,959,659,358,7-0,9Кабардино-Балкарская Республика52,352,252,2-0,147,747,847,80,1Карачаево-Черкесская Республика42,742,742,70,057,357,357,30,0Республика Северная Осетия-Алания64,064,164,10,136,035,935,9-0,1Чеченская Республика34,834,734,80,065,265,365,20,0Ставропольский край57,958,158,30,442,141,941,7-0,4

Изучая таблицу 2.1.2, необходимо отметить, что коэффициенты показателей городского и сельского населения по всем субъектам Северо-Кавказского федерального округа изменений практически не имеют. Помимо рассматриваемых демографических параметров в отношении городского и сельского населения, также следовало бы провести анализ соотношения мужчин и женщин в регионе (рис. 2.1.1).

Рис. 2.1.1. Соотношение мужчин и женщин в СКФО (оценка на конец года; на 1000 мужчин приходится женщин)

На представленном графике можно увидеть, что в субъектах Северо-Кавказского федерального округа в среднем больше на 133 женщин, чем мужчин. Ни в одном из регионов Северного Кавказа нет равного количества мужчин и женщин.

Таблица 2.1.3 Общие коэффициенты рождаемости и смертности в Северо-Кавказском федеральном округе\*

СубъектОбщие коэффициенты рождаемости (число родившихся на 1000 чел. населения)Место, занимаемое в РФ, 2015г.Общие коэффициенты смертности (число родившихся на 1000 чел. населения)Место, занимаемое в РФ, 2015г.2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.123456789СКФО17,217,316,618,08,07,91Республика Дагестан18,819,118,355,55,55,4 4 Окончание таблицы 2.1.3123456789Республика Ингушетия21,221,518,543,53,53,31Кабардино- Балкарская Республика15,615,614,6179,08,88,87Карачаево- Черкесская Республика13,913,512,3569,59,79,610Республика Северная Осетия-Алания15,315,314,61910,510,710,714Чеченская Республика24,724,323,124,95,14,92Ставропольский край12,613,013,04411,711,711,621

На основании данных, представленных в таблице, можно сказать, что среди субъектов СКФО наибольший коэффициент по рождаемости присваивает Чеченская Республика (23,1) , затем Республики Ингушетия (18,5) и Дагестан (18,3), а самым наименьшим коэффициентом обладают Карачаево-Черкесская Республика (12,3) и Ставропольский край (13,0). Рассматривая ситуацию со смертностью в регионе, то следует отметить, что наименьшие показатели имеют Республика Ингушетия (3,3), Чеченская Республика (4,9), затем Республика Дагестан (5,4), противоположная сторона наблюдается также в Ставропольском крае (11,6) и Республике Северная Осетия-Алания (10,7).

На рисунке 2.1.2 можно увидеть, что Северо-Кавказский федеральный округ имеет наибольший показатель по уровню рождаемости (14%) среди остальных округов и, соответственно, занимает первое место в рейтинге на 2015г. Аналогичную ситуацию можно наблюдать и по отношению к коэффициенту смертности, где СКФО имеет значительно меньший показатель (7%), чем другие федеральные округа и также является лидером.

В целом Северо-Кавказский федеральный округ находится на первом месте по общим показателям рождаемости и смертности среди остальных федеральных округов Российской Федерации, где Северо-Кавказский федеральный округ имеет наиболее высокие показатели.

Рис. 2.1.2. Сравнение общих коэффициентов рождаемости и смертности среди федеральных округов Российской Федерации 2015г.

Таблица 2.1.4 Денежные доходы населения Северо-Кавказского федерального округа\*

СубъектСреднедушевые доходы населения (в месяц, рублей)Динамика реальных доходов населения (в % к 2013 году)2013г.2014г.2015г.Темп прироста, %2013г.2014г.2015г.Отклонение, (+/\_)123456789Республика Дагестан21717234232673923,199,6103,198,2- 1,4Республика Ингушетия1382114346146836,2111,0101,287,0- 24,0Кабардино-Балкарская Республика15297166191910824,9103,0101,999,0- 4,0Карачаево-Черкесская Республика14664161091725517,7101,7102,191,5- 10,2Республика Северная Осетия-Алания17788198202200723,7103,0104,496,4- 6,6Чеченская Республика17188197882291433,3107,4110,599,9- 7,5Ставропольский край19768215902297116,2108,8102,592,0- 16,8СКФО18900206932302321,8104,1103,669,1- 35,0РФ25928277663047417,5104,899,595,9- 8,9

По данным таблицы 2.1.4 можно наблюдать рост среднедушевых доходов населения регионов СКФО, а именно значительные изменения в Чеченской Республике (+33,3%), затем рост доходов в Кабардино-Балкарской Республике (+24,9%), Республике Северная Осетия-Алания (+23,7%) и Республике Дагестан (+23,1%), Карачаево-Черкесская Республика и Ставропольский край значительно уступают вышеуказанным субъектам федерального округа, +17,7% и +16,2% соответственно, а самыми низкими показателями обладает Республика Ингушетия (+6,2%). В свою очередь, динамика реальных доходов населения СКФО на период 2013-15гг. имеет отрицательную тенденцию, так, например, Республика Ингушетия имеет наибольший процент отклонения показателя за 2015г. от показателя 2013г. на 24,0%, наименьшим процентным отклонением среди субъектов СКФО обладает республика Дагестан (1,4%). Рассматривая уровень среднедушевых доходов населения по Российской Федерации в целом, следует отметить рост доходов на 17,5%, а в отношении динамики реальных доходов населения, то отклонения Российской Федерации за период 2013-15гг. составляют 8,9%. Наиболее наглядно динамику среднедушевых доходов населения Северо-Кавказского федерального округа можно увидеть на рисунке 2.1.3.

Таблица 2.1.5 Рейтинг Северо-Кавказского федерального округа в ключевых социально-экономических показателях среди федеральных округов, данные 2015г.\*

ПоказательКоэффициентМестоПлощадь территории (тыс. км²)170,48Численность населения на 1 января 2016 г. (тыс. человек)9718,07Валовой региональный продукт на душу населения в 2014 г. (руб.)164905,99Инвестиции в основной капитал на душу населения (руб.)524398Основные фонды в экономике (по полной учетной стоимости; на конец года; млн. руб.) 40320538Объем отгруженных товаров собственного производства, выполненных работ и услуг собственными силами по видам экономической деятельности, в т.ч. (в фактически действовавших ценах; млн. руб.)добыча полезных ископаемых221048обрабатывающие производства3615518производство и распределение электроэнергии, газа и воды1233198Продукция сельского хозяйства (млн. рублей)4086255Ввод в действие общей площади жилых домов на 1000 человек населения (м2)5166Оборот розничной торговли на душу населения (рублей)1551727Уровень занятости (по данным выборочных обследований рабочей силы; (%)58,09Уровень безработицы/ уровень зарегистрированной безработицы на конец года (%)11,1/3,79Среднедушевые денежные доходы (в месяц, рублей)230238Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций (рублей)217209Число собственных легковых автомобилей на 1000 человек населения (шт.)211,38Общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя (м2)20,38Число зарегистрированных преступлений на 100000 человек населения7849Численность студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования на 10000 человек населения 2015/16г. (человек)2339Плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием (на конец года; км путей на 1000 км2 территории)3902Число персональных компьютеров на 100 работников (шт.)428Поступление налогов, сборов и иных обязательных платежей в бюджетную систему РФ на душу населения (рублей)321859

Проведя анализ рейтинга Северо-Кавказского федерального округа в ключевых социально-экономических показателях среди федеральных округов за 2015 год, можно отметить, что СКФО по большей части параметров, например, валовой региональный продукт на душу населения; инвестиции в основной капитал на душу населения; уровни занятости и безработицы; поступление налогов, сборов и иных обязательных платежей в бюджетную систему РФ на душу населения и др. находится на последних позициях. Однако следует сделать акцент на том, что по показателю плотности автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием, Северо-Кавказский федеральный округ занимает одну из лидирующих позиций, также необходимо заметь 5 место из 9 по параметру «продукция сельского хозяйства» и 7 место по численности населения и обороту розничной торговли на душу населения.

Рис. 2.1.3. Динамика среднедушевых доходов населения СКФО за период 2013-15гг.

На рисунке 2.1.3 можно четко увидеть значительный рост среднедушевых доходов населения СКФО в Республике Дагестан, Чеченской Республике и в Кабардино-Балкарской Республике; а Республика Ингушетия и Карачаево-Черкесская Республика практически не увеличили свои среднедушевые доходы.

Таблица 2.1.6Динамика и сравнительные параметры основных макроэкономических показателей развития Северо-Кавказского федерального округа\*

Показатель2012г.2013г.2014г.2015г.Отклонение (+/-)Валовой региональный продукт всего, млн. руб.1209038,81397672,61587148,0-378109,2Индекс физического объема ВРП в округе, % к предыдущему году103,4103,6104,6-1,2Индекс физического объема суммарного ВРП в РФ, % к предыдущему году103,1101,8101,3—1,8Валовой региональный продукт на душу населения, руб.в СКФО127042,1146117,2164905,9-37863,8в РФ348641,5377006,0403178,9-54537,4Стоимость основных фондов (на конец года; по полно учетной стоимости):всего, млн. руб.29336443272961360109040320531098409на душу населения, руб.307477,6341288,9372822,2414905,6107428Инвестиции в основной капитал (в фактически действовавщих ценах):всего, млн. руб.402809445906494286508061105252на душу населения в СКФО, руб.4232646617513575243910113на душу населения в РФ, руб.8789193725951659942111530Профицит (дефицит) консолидированного бюджета, млн. руб.-29117,9-17705,3-96307,7-22001,2-

В таблице 2.1.6 можно проследить динамику сравнительных параметров макроэкономических показателей развития Северо-Кавказского федерального округа, где отчетливо видно, что валовой региональный продукт на протяжении трех лет имеет положительную динамику; аналогичная ситуация проецируется на стоимость основных фондов и инвестиции в основной капитал как в целом в Российской Федерации, так и в СКФО; однако, при рассмотрении консолидированного бюджета, необходимо отметить значительный дефицит, который в каждый из представленных лет имеет большие скачки. Наиболее наглядно динамика основных макроэкономических показателей развития Северо-Кавказского федерального округа отображена на рисунке 2.1.4.

Рис. 2.1.4. Динамика основных макроэкономических показателей развития Северо-Кавказского федерального округа

На рисунке 2.1.4 можно увидеть рост ВРП на душу населения в Северо-Кавказском федеральном округе с 2012 года до 2014года на 31,1%; также наблюдается увеличение стоимости основных фондов на душу населения в СКФО за тот же период на 21,3%, а в 2015 году этот же показатель увеличился еще на 11,3%; инвестиции в основной капитал (на душу населения) в Северо-Кавказской федеральном округе за тоже время, что и предыдущие показатели, не имеют значительных изменений; проведя расчеты профицита (дефицита) консолидированного бюджета СКФО, следует отметить преобладание расходов над доходами на протяжении всего периода 2012-15гг.

Таблица 2.1.7Удельный вес Северо-Кавказского федерального округа в общероссийских основных социально-экономических показателях в 2015г.\*

ПоказательРФСКФОДоля в показателе РФ, %Площадь территории (км2)17125,2170,41,0Численность населения на 1 января 2016 г. (тыс. чел.)146544,79718,06,6Среднегодовая численность занятых, (тыс. чел)68389,13466,95,1Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работникам организаций (руб.)340302172063,8Основные фонды в экономике (по полной учетной стоимости; млн. руб.)16072526140320532,5Продукция сельского хозяйства (млн. руб.)51657094086257,9Объем платных услуг населению, (млн. руб.)80508083620764,5Оборот розничной торговли (млн. руб.)27538,415033895,5Сальдированный финансовый результат (прибыль минус убыток) деятельности организаций, (млн. руб.)7502736129940,7Инвестиции в основной капитал, (млн. руб.)145559025080613,4Ввод в действие общей площади жилых домов, (тыс. м2)85349,64996,75,9

Анализируя данные, представленные в таблице 2.1.7, следует отметить, что Северо-Кавказский федеральный округ составляет достаточно малую часть в общероссийских показателях социально-экономического развития в 2015г. Так, например, инвестиции в основной капитал составляет всего 3,4 из 100%; продукция сельского хозяйства — 7,9%; среднемесячная номинальная начисленная заработная плата представлена 21720 руб., что является 63,8% от среднероссийского уровня среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников организаций; наименьшая доля СКФО в показателе РФ представлена сальдированным финансовым результатом (прибыль минус убыток) деятельности организаций (0,7%).

Таким образом, Северо-Кавказский федеральный округ имеет благоприятные условия для развития агропромышленного комплекса, туризма, санаторно-курортной сферы, электроэнергетики, добывающих и обрабатывающих секторов промышленности, а также развитые транзитные функции. Однако до сих пор естественные преимущества остаются нереализованными, поскольку Северо-Кавказский федеральный округ по-прежнему не обладает инвестиционной привлекательностью в силу нестабильности экономической и социально-политической обстановки.

Некоторые субъекты Российской Федерации, входящие в состав Северо-Кавказского федерального округа, принадлежат к числу наименее экономически развитых субъектов Российской Федерации в силу крайне низкого уровня развития экономики и социальной сферы, характеризующейся высокой степенью безработицы, сложной обстановкой и напряженной этнополитической ситуацией.

По таким ключевым социально-экономическим показателям, как валовой региональный продукт на душу населения, производительность труда и средняя заработная плата, бюджетная обеспеченность, уровень развития реального сектора экономики и вовлеченность во внешнеэкономическую деятельность, Северо-Кавказский федеральный округ заметно отстает от других федеральных округов.

Кроме того, большинство субъектов Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, уже на протяжении многих лет продолжают оставаться реципиентами. Однако средства федерального бюджета направляются в основном на поддержание социальной сферы и в значительно меньшей степени — на стимулирование развития реального сектора экономики. А значит, главной целью развития региона должно стать обеспечение условий для опережающего развития реального сектора экономики в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, создания новых рабочих мест, а также для повышения уровня жизни населения.

2.2**Основные показатели современного состояния здравоохранения регионов СКФО**

В соответствии со ст. 72 Конституции РФ здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ, поэтому отраслью здравоохранения управляют федеральные и субъектов Федерации государственные органы исполнительной власти, а также и муниципальные органы местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению и учреждений системы здравоохранения по подчиненности.

Президент РФ определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию РФ ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства и других федеральных органов исполнительной власти в этой области.

Правительство РФ обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения, принимает необходимые меры по реализации прав граждан на охрану здоровья; определяет порядок и условия предоставления населению платных медицинских услуг; организует, направляет, координирует и контролирует деятельность всех центральных федеральных органов исполнительной власти, имеющих отношение к здравоохранению, и определяет их правовой статус; разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные и региональные программы развития здравоохранения.

Система управления сферой здравоохранения в РФ включает:

-на федеральном уровне: Министерство здравоохранения, включая Федеральное агентство по здравоохранению, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, Федеральное медико-биологическое агентство, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

-на региональном уровне: департаменты (министерства) здравоохранения регионов, территориальные фонды ОМС;

-на муниципальном уровне: филиалы территориальных фондов обязательного медицинского страхования, управления здравоохранения администрации муниципальных образований.

Министерство здравоохранения РФ является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в области охраны здоровья, а также в случаях, установленных законодательством, координирующим деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти. Кроме того, министерство уполномочено осуществлять государственный контроль качества, эффективности и безопасности лекарственных средств РФ.

Таблица 2.2.1 Министерства здравоохранения регионов Северо-Кавказского федерального округа\*

Субъект СКФОМинистерство здравоохраненияМинистрРеспублика ДагестанМинистерство здравоохранения РДИбрагимов Т.И.Республика ИнгушетияМинистерство здравоохранения РИАрапханова М.Я.Кабардино-Балкарская Республика Министерство здравоохранения КБРРасторгуева С.А.Карачаево-Черкесская РеспубликаМинистерство здравоохранения КБРШаманов К.А.Республика Северная Осетия-Алания Министерство здравоохранения РСО-АланияРатманов М.А.Чеченская РеспубликаМинистерство здравоохранения ЧИСулейманов Э.А.Ставропольский крайМинистерство здравоохранения СКМажаров В.Н.

При рассмотрении системы здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа, следует отметить, что единого Министерства или Комитета здравоохранения СКФО на сегодняшний день просто нет, однако, каждый из регионов федерального округа имеет Министерство здравоохранения соответствующей территории Северного Кавказа, так как являются самостоятельными субъектами Российской Федерации, осуществляющее важные функции управления в области здравоохранения региона (см. табл. 2.2.1).

Одним из основных показателей современного состояния здравоохранения регионов Северо-Кавказского федерального округа является общая характеристика предприятий и организаций, деятельностью которых является здравоохранение и предоставление социальных услуг (см. табл. 2.2.2).

Таблица 2.2.2 Число организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг 2015г. (ед.) \*

СубъектВсего организацийДоля в показателе РФ, %Доля в показателе СКФО, %Организации здравоохранения и предоставления соц. услугДоля в показателе РФ, %Доля в показателе СКФО, %Доля от общего числа организаций, %12345678Республика Дагестан340120,6724,6110661,2426,843,13Республика Ингушетия55760,114,041850,224,663,32Кабардино-Балкарская Республика125930,259,113770,449,492,99Карачаево-Черкесская Республика70880,145,132350,275,923,32Республика Северная Осетия-Алания111120,228,044360,5110,983,92Чеченская Республика98760,197,152840,337,152,86Ставропольский край579121,1541,9113881,6134,952,40СКФО1381692,7410039714,621002,87РФ5043553100-85997100-1,71

Анализируя данные, представленные в таблице 2.2.2, можно сказать о том, что по показателю общего числа организаций Северо-Кавказский федеральный округ составляет 2,74% общего числа организаций Российской Федерации, в котором Ставропольский край и Республика Дагестан занимают лидирующие позиции, а самыми наименьшими показателями от общего числа организаций обладают Республика Ингушетия и Карачаево-Черкесская Республика; рассматривая организации здравоохранения и предоставления социальных услуг, следует отметить, что наибольшие проценты таких организаций приходится на территории Ставропольского края и Республики Дагестан, противоположная ситуация наблюдается в Республике Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республике, среди регионов СКФО; а в разрезе Российской Федерации Северо-Кавказский федеральный округ осуществляет вклад в виде 4,62 из 100%. Также необходимо отметить, что доля организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг в общем числе организаций по каждому региону СКФО колеблется в границах 2,5 — 3,5%. (см. рис. 2.2.1.)

Рис. 2.2.1. Число организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг в СКФО, 2015г.

На рисунке 2.2.1 можно четко рассмотреть вклад каждого из регионов Северо-Кавказского федерального округа в общее число организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг СКФО, где наибольший процент вложения в показатель осуществляют Ставропольский край (35%) и Республика Дагестан (27%), на 3 месте находится Северная Осетия-Алания (11%), 4 место — Кабардино-Балкарская Республика (9%), 5 позицию занимает Чеченская Республика (7%), предпоследнее место у Карачаево-Черкесской Республики (6%) и на последнем месте располагается Республика Ингушетия (5%).

Также для полного анализа функционирования системы здравоохранения СКФО на современном этапе необходимо рассмотреть и такой социально-экономический показатель, как среднегодовая численность занятых в здравоохранении и предоставления социальных услуг за несколько лет, в данном случае рассматривается промежуток времени с 2013 года по 2015год (см. табл. 2.2.3).

Таблица 2.2.3 Среднегодовая численность занятых в здравоохранении и предоставления социальных услуг (тыс. человек)\*

В таблице 2.2.3 приведены данные среднегодовой численности занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг, анализируя которые, следует сказать, что в целом по общему показателю Северо-Кавказского федерального округа 3 из 7 республик (Республика Дагестан (+0,2%), Республика Ингушетия (+1,1%) и Ставропольский край (+0,4%)) имеют положительные отклонения, в отличие от остальных регионов федерального округа. Удельный вес СКФО в данном показателе Российской Федерации составляет всего 6,0%. А доля каждой республики в показателе СКФО наиболее наглядна на рисунке 2.2.2.

Рис. 2.2.2. Среднегодовая численность занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг в СКФО, 2015г.

На представленном рисунке 2.2.2 можно заметить, что 1 место среди регионов СКФО по доле в показателе среднегодовой численности занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг занимает Карачаево-Черкесская Республика, затем Ставропольский край, 3 место отведено Республике Дагестан, на 4 позиции находится Чеченская Республика, предпоследнее место разделяют Кабардино-Балкарская Республика и Республика Северная Осетия-Алания, на последнем месте оказалась Республика Ингушетия.

При рассмотрении мощности амбулаторно-поликлинических организаций в Северо-Кавказском федеральном округе за период 2013-15 год, можно сказать о том, что количество посещений в смену среди всех регионов СКФО имеет положительную динамику, колеблющуюся в промежутке 0,4-2,2 тыс., однако, при аналогичном рассмотрении этого же показателя, но уже на 10000 человек, уже необходимо отметить отрицательное отклонение в Чеченской Республике, а в остальных республиках ситуация не изменилась (см. табл.2.2.4).

Таблица 2.2.4 Мощность амбулаторно-поликлинических организаций\*

СубъектВсего, тыс. посещений в сменуОтклонение,(+/-)На 10000 человек населения, посещений в сменуОтклонение,(+/-)2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.Республика Дагестан33,534,034,71,2113,1113,7115,01,9Республика Ингушетия5,86,37,11,3128,2135,3149,321,1Кабардино-Балкарская Республика17,518,017,90,4204,0208,6208,14,1Карачаево-Черкесская Республика8,910,810,81,9189,6229,5230,040,4Республика Северная Осетия-Алания17,017,118,61,6241,6241,9264,823,2Чеченская Республика24,825,325,60,8184,5184,6183,6-0,9Ставропольский край54,957,457,12,2196,5204,9203,67,1СКФО162,5168,7171,79,2169,4174,7176,77,3РФ3799,43858,53858,559,1264,5263,8263,5-1

Также в таблице 2.2.4 можно отметить положительную динамику по мощности амбулаторно-поликлинических организаций в целом по СКФО, разница 2013 года и 2015 составила 9,2 тыс. посещений, а в расчете на 10000 человек эта разница составляет 7,3 посещений.

Таблица 2.2.5 Численность врачей всех специальностей\*

СубъектВсего, тыс. человекНа 10000 человек населения, человекМесто, занимаемое в РФ, 2015г.2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.12345678Республика Дагестан11,711,911,139,939,936,775Республика Ингушетия1,7 1,81,937,739,839,463Кабардино-Балкарская Республика3,84,03,844,645,943,749Карачаево-Черкесская Республика1,81,81,837,837,638,967Республика Северная Осетия-Алания5,15,04,571,770,364,53Чеченская Республика3,63,63,827,026,527,085Ставропольский край11,812,111,642,343,341,359СКФО39,540,238,441,241,639,59РФ702,6709,4673,048,948,545,9-

В таблице 2.2.5 рассматриваются данные по численности врачей всех специальностей в Северо-Кавказском федеральном округе, где можно сделать вывод о том, что изменений в численности врачей всех специальностей среди всех республик СКФО практически не происходит; в целом по СКФО наблюдается рост численности врачей в 2014 году, затем спад в 2015 году.

По данным таблицы 2.2.6 можно сделать вывод о том, что общее количество больничных коек в Ставропольском крае и Республике Ингушетия имеет положительную динамику, в отличие от Республики Дагестан, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания и Чеченской Республики, где данный показатель имеет явное снижение.

Таблица 2.2.6.Число больничных коек в Северо-Кавказском федеральном округе\*

СубъектВсего, тыс. коекМесто в СКФОЧисленность населения на одну больничную койку (чел.)Место в СКФО2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.Республика Дагестан20,920,720,52141,9144,5147,05Республика Ингушетия2,12,32,37216,9203,3204,37Кабардино-Балкарская Республика8,17,57,34105,9114,3118,32Карачаево-Черкесская Республика3,73,43,56127,3136,1134,94Республика Северная Осетия-Алания6,66,26,25107,1113,8112,81Чеченская Республика10,08,78,63134,8157,8162,36Ставропольский край21,722,622,51128,9123,6124,63СКФО73,071,570,9131,3135,1137,1

Также анализируя коэффициенты по численности населения на одну больничную койку в регионах Северо-Кавказского федерального округа, можно составить рейтинг территорий СКФО, где лидирующие позиции занимают Республика Северная Осетия-Алания и Кабардино-Балкарская Республика, на 3 месте располагается Ставропольский край, 4 позиция у Карачаево-Черкесской Республики, 5 место в общем рейтинге федерального округа занимает Республика Дагестан, на предпоследнем месте расположилась Чеченская Республика и самое последнее место с наибольшим количеством людей, претендующих на одну больничную койку, занимает Республика Ингушетия.

Нагрузку на работников сферы здравоохранения в Северо-Кавказском федеральном округе как численность населения на одного врача, так и численность населения на одного работника среднего медицинского персонала за период 2013-15 годов можно увидеть в таблице 2.2.7

Таблица 2.2.7Нагрузка на работников сферы здравоохранения в СКФО\*

СубъектЧисленность населения на одного врача (чел.)Отклонение, (+/-)Численность населения на одного работника среднего мед. персонала (чел.)Отклонение, (+/-)2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.Республика Дагестан253,9250,5272,518,6121,7117,1117,0-4,7Республика Ингушетия265,2251,0253,6-11,6129,8123,8119,7-10,1Кабардино-Балкарская Республика224,0217,7228,84,888,088,095,97,8Карачаево-Черкесская Республика264,3265,6257,3-791,897,690,7-1,1Республика Северная Осетия-Алания139,4142,2155,115,789,792,190,00,3Чеченская Республика370,9376,7369,7-1,2136,6140,7141,65Ставропольский край236,2231,0242,36,2103,1103,5103,1-СКФО242,8240,1253,210,4109,6109,4109,6-РФ204,5206,2217,713,294,695,994,6-

На основании данных, представленных в таблице 2.2.7, можно сделать вывод о том, что в Республике Дагестан, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Северная Осетия-Алания и Ставропольском крае наблюдается рост населения на одного врача, что говорит о нехватке медицинских специалистов, однако, в Республике Дагестан, Карачаево-Черкесской Республике и Чеченской Республике произошло снижение численности населения на одного врача. Рассматривая численность на одного работника среднего медицинского персонала, можно сказать о том, что в большинстве регионов Северо-Кавказского федерального округа замечается снижение (в Ставропольском крае отклонений практически нет) общей численности населения на одного работника среднего медицинского персонала, но рост данного показателя необходимо отметить в Кабардино-Балкарской Республике, Республике Северная Осетия-Алания и Чеченской Республике.

Таблица 2.2.8Заболеваемость на 1000 человек населения в Северо-Кавказском федеральном округе (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)\*

Субъект2013г.2014г.2015г.Отклонение, (+/-)Республика Дагестан816,5815,8788,8-27,7 (5,7%)Республика Ингушетия979,6915,8751,7-227,9 (23,3%)Кабардино-Балкарская Республика448,7434,7466,217,5 (3,9%)Карачаево-Черкесская Республика676,3574,1690,314,0 (2,1%)Республика Северная Осетия-Алания698,4709,6707,38,9 (1,3%)Чеченская Республика637,5629,7604,7-32,8 (0,01%)Ставропольский край599,2571,1560,2-39,0 (6,5%)СКФО687,1669,6655,3-31,8 (4,6%)РФ799,4787,1778,2-21,2 (2,7%)

В таблице 2.2.8 отображены данные по заболеваемости на 1000 человек населения в СКФО, то есть зарегистрированных заболеваний у пациентов с диагнозом, установленном впервые в жизни, где следует отметить снижение заболеваемости за 2013-15 годы в Республиках Дагестан и Ингушетия, Чеченской Республике и Ставропольском крае, однако, повышение заболеваемости населения наблюдается в Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской Республиках, Республике Северная Осетия-Алания. В целом по Северо-Кавказскому федеральному округу и Российской Федерации за тот же временной промежуток так же наблюдается снижение заболеваемости на 1000 человек населения. Заболеваемость на 1000 человек населения по основным классам болезней можно рассмотреть в Приложении 1.

Таким образом, можно сделать заключение о том, что низкий уровень развития системы здравоохранения в Северо-Кавказском федеральном округе представляет собой очень серьезную проблему. Во всех субъектах, входящих в СКФО можно отметить нехватку больниц и поликлинических учреждений, а также врачей и среднего медицинского персонала. Так, в Кабардино-Балкарской Республике, Республике Северная Осетия-Алания, Чеченской Республике и Ставропольском крае участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и врачи скорой медицинской помощи широко используют практику совместительства. На современном этапе продолжает наблюдаться процесс ухудшения данной ситуации в регионе по причине оттока молодых специалистов в другие регионы Российской Федерации и низкого уровня предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, наиболее полное изучение проблем здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа рассмотрено в следующем параграфе.

**2.3Выявление главных проблем системы здравоохранения на современном этапе**

Состояние российской системы здравоохранения и направления ее развития занимают одно из центральных мест в реализации долгосрочных перспектив развития государства. Вопросы охраны здоровья населения на сегодняшний день представляют собой особую значимость в построении приоритетных направлений государственной политики, что, в свою очередь, отражается в принятых на федеральном и региональном уровнях целевых и программных документах, например, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года; Концепции развития системы здравоохранения в Российской федерации на период до 2020 года, региональных программах модернизации здравоохранения и т.д.

Совершенствование системы здравоохранения в последние годы включает в себя значительные инвестиции государства, которые направлены на возрождение системы профилактики заболеваний, формирование культуры здорового образа жизни, создание условий, которые обладают благоприятствующими свойствами для рождения и воспитания детей, укрепление первичной медико-санитарно помощи, обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи, в том числе и медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг.

Реформы в области здравоохранения на всем протяжении истории современной России связаны, в первую очередь, с решением задачи его ресурсного обеспечения. Данная проблема представляет собой целый комплекс, который требует ответа на целый ряд вопросов, в особенности, где найти эти средства, то есть источники финансирования, в каких объемах и как их наиболее рационально и оптимально распределять и использовать.

Система здравоохранения, как известно, представляет собой важнейшую часть социально-экономической политики государства, так, согласно ст. 41 Конституции РФ, медицинская помощь является бесплатной. В связи с этим, проблема определения источников финансирования системы здравоохранения становится все более актуальной. Финансирование системы здравоохранения в России осуществляется на основе трех финансовых источников:

-средства федерального бюджета;

-средства региональных бюджетов;

-средства Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

На первый взгляд кажется, что на оказание медицинской помощи направляются средства, которые поступают на расчетный счет медицинского учреждения по безналичному расчету из бюджета, Фонда обязательного страхования, страховой медицинской организации, а также наличные средства, поступающих в кассу учреждения от пациентов за оказание, так называемых, платных услуг, однако, не стоит забывать о том, что бюджеты различных уровней и фонды медицинского страхования формируются за счет соответствующих налогов и страховых взносов, а это означает, что в конечном итоге одним из главных финансовых источников является налогоплательщик.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, на здравоохранение отображены в таблице 2.3.1.

Таблица 2.3.1Расходы консолидированных бюджетов субъектов СКФО на здравоохранение, (млн. руб.) \*

СубъектРасходы — всегоРасходы на здравоохранениеДоля в показателе 2015г., %2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.РФ, млрд. руб.8806,69353,39479,81250,91316,21355,814,3Республика Дагестан89420,092469,394698,613199,815348,418910,020,0Республика Ингушетия24064,224302,826565,92996,24143,14757,017,9Кабардино-Балкарская Республика27674,330098,332637,04498,25319,66584,220,2Карачаево-Черкесская Республика20626,620782,223234,23448,73400,03820,016,4Республика Северная Осетия-Алания26321,927051,825698,24401,04944,55211,420,3Чеченская Республика65694,771758,974419,58128,19562,410944,114,7Ставропольский край99599,398940,2103516,914473,114822,918099,817,5

На основе данных, представленных в таблице 2.3.1, можно сказать о том, что на период с 2013 по 2015 годы расходы на сферу здравоохранения были увеличены, так, расходы на здравоохранение в Российской Федерации увеличились на 8,4%, а доля расходов на данную отрасль составляют 14,3% от всей суммы расходов государства на момент 2015 года. Рассматривая динамику расходов на здравоохранение в субъектах Северо-Кавказского федерального округа, следует отметить аналогичную ситуацию, где наблюдается рост расходов на данную отрасль, так, например, в Республике Дагестан и Ставропольском крае можно увидеть значительное увеличение расходов в 2015 году по сравнению с 2013 годом, наименьший рост расходов за тот же временной период замечен в Карачаево-Черкесской Республике и Республике Северная Осетия-Алания. Доля расходов на область здравоохранения в регионах Северо-Кавказского федерального округа в показателе общих расходов каждого из субъектов колеблется от 14,7% (Чеченская Республика) до 20,3% (Республика Северная Осетия-Алания) на момент 2015 года.

Анализируя расходы на систему здравоохранения, видно, что расходы увеличиваются, это означает дефицит финансирования, то есть нехватка средств, это обусловлено ростом курса рубля более, чем на 50%, накопленным дефицитом 2014 года, дополнительным оказанием помощи 2 млн. руб. новым гражданам (с принятием Крыма в состав Российской Федерации), оставшимся дефицитом расходов на 2015 год после инфляции.

Минимальный уровень финансирования здравоохранения установлен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в размере 5,5-6% ВВП, в России этот уровень равен 3,5-3,7% ВВП. По оценке ВОЗ, Российская Федерация в настоящее время находится на 70-м месте в мире по финансированию здравоохранения и на 130-м месте по его эффективности. Такая оценка говорит о том, что до настоящего момента России не удалось достичь минимального уровня финансирования сферы здравоохранения, установленного ВОЗ, а имеющийся объем бюджетных средств, направленных на поддержание и развитие системы здравоохранения, используются неэффективно.

Уровень финансирования системы здравоохранения оказывает прямое воздействие на ожидаемую продолжительность жизни населения. Так, в развитых странах ожидаемая продолжительность жизни составляет около 82 лет, в странах Восточной Европы — 76 лет, а в России данный показатель колеблется в районе 71-72 лет, а это, в свою очередь, достаточно низкий уровень для страны с развивающейся экономикой, по прогнозам к 2018-2020 гг. ожидаема продолжительность жизни должна составлять 74 года.

Демографическая ситуация в обществе в настоящее время представляет собой сокращение количества работоспособного населения. По данным ВОЗ, на 9 человек, выходящих из работоспособного возраста, приходится один человек, который вступает в работоспособный возраст. Такие изменения в экономике стран мира характеризуются этим демографическим соотношением. Еще одна из главных проблем, требующих последовательного решения — это преодоление нехватки человеческих ресурсов. Данная проблема очень остро возникает перед организациями, которые раньше не страдали от нехватки квалифицированных кадров, одними из таких организаций являются учреждения здравоохранения.

Анализируя проблемы насыщения человеческими ресурсами в таких учреждениях показывает явную картину недостаточности и несистемности применяемой на сегодняшний день мотивации, прежде всего, привлечения и удержания персонала.

Расширяясь, вопрос нехватки квалифицированного персонала создает новые проблемы, такие как:

1.Привлечение кадров более низкой квалификации, чем требуется, значительно снижает требования к качеству оказываемых услуг.

2.Некомпенсированный недостаток персонала приводит к перегрузке работников. Из-за этого снижается качество предоставляемых услуг и удовлетворенность ими.

.Перегруженность сотрудников занимает все время и, в этом случае, развитие и обучение персонала остается невозможным.

.Избыток нагрузки приводит к различным заболеваниям кадрового состава, происходит профессиональное выгорание.

.Разнородность персонала, его постоянная сменяемость делают невозможным создание коллективных ценностей и формирование единой команды.

.Снижение качества предоставляемых услуг формирует организации статус «неблагополучной», что влечет за собой потерю клиентов и сотрудников.

Также кроме представленных выше факторов, которые являются следствием недостаточности квалифицированных кадров, немаловажной представляется объективная работа с людьми, требующая специфического подхода к организации труда и психологической разгрузке кадров. Условия кадрового голода не позволяют обеспечить полноценное внимание к работникам и их труду.

В таблице 2.3.2 приведены данные по заработным платам сотрудников медицинских организаций и учреждений Северо-Кавказского федерального округа.

Таблица 2.3.2Средняя заработная плата отдельных категорий работников социальной сферы (рублей) \*

СубъектВрачи и работники мед. организаций, имеющие высшее медицинское (фарм.) образование или иное высшее образование, предоставляющие мед. услугиСредний мед. (фарм.) персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления мед. услугМладший мед. персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления мед. услуг2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.2013г.2014г.2015г.Республика Дагестан23833285003086215670176841898690231098411807Республика Ингушетия280932867730669166851765819543110231207313542Кабардино-Балкарская Республика25929283052813614648163801640499591111611323Карачаево-Черкесская Республика23357270842827713532155161630293811084811263Республика Северная Осетия-Алания254012887828298155931777717554113911267912642Чеченская Республика268662994833348156641703018546103291143212526Ставропольский край316583412835118187102001020268124101305113276СКФО269403020331606163651803218790106831190112425РФ422534623147874241022631027001143131613016820Доля СКФО в показателе РФ, %63,865,366,167,968,569,674,673,873,9

Данные таблицы 2.3.2 характеризуют среднюю заработную плату отдельных категорий работников социальной сферы, здесь видно, что врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги на территории Северо-Кавказского федерального округа имеют положительную динамику на протяжении 2013-2015гг., аналогичную ситуацию можно наблюдать и у среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), и у младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг).

Также, рассматривая вышеуказанную таблицу, нельзя не отметить, что коэффициент средней заработной платы отдельных категорий работников социальной сферы Северо-Кавказского федерального округа не превышает даже 70% от общероссийского уровня зарплат таких категорий сотрудников, как врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги и среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), однако, также следует отметить, что заработная плата у младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) составляет лишь 74-75% от уровня Российской Федерации. Однако, анализируя табличные данные, нельзя однозначно сказать, что именно такую заработную плату получают медицинские работники субъектов СКФО, так как вопрос низкого уровня оплаты труда кадров медицинских учреждений остается открытым.

На рисунке 2.3.1 можно проследить динамику показателя среднемесячной номинальной заработной платы работников здравоохранения и предоставления социальных услуг в Российской Федерации за период 2011-2015гг.

Рис. 2.3.1. Среднемесячная номинальная заработная плата работников здравоохранения и предоставления социальных услуг в РФ

На рисунке выше виден рост среднемесячной номинальной заработной платы работников здравоохранения и предоставления социальных услуг, однако, по данным, характеризующим среднегодовую численность занятых в здравоохранении и предоставления социальных услуг (см. табл. 2.2.3), положительной динамики на территории Северо-Кавказского федерального округа по количеству сотрудников медицинских учреждений не наблюдается. Так, например, в 2011 году среднемесячная номинальная зарплата работников здравоохранения и предоставления социальных услуг составляла 17545 руб., в 2012 и 2013 годах — 20641 руб. и 24439 руб. соответственно, в 2014 году рост номинальных зарплат был равен 10,8% по отношению к предыдущему году (всего 27068 руб.), а в 2015 году эта сумма уже составляла 28179 руб.

В таблице 2.3.3 приведены данные о средней заработной плате отдельных категорий работников социальной сферы, а именно педагогических работников образовательных, медицинских организаций или организаций, оказывающих социальные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Таблица 2.3.3 Средняя заработная плата педагогических работников образовательных, медицинских организаций или организаций, оказывающих социальные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей (руб.)\*

Субъект2013г.2014г.2015г.Доля в показателе РФ 2015г., %Республика Дагестан14997183761887063,5Республика Ингушетия…\*\*…\*\*…\*\*-Кабардино-Балкарская Республика18688210262299977,4Карачаево-Черкесская Республика14957178622033268,4Республика Северная Осетия-Алания18262202812018367,9Чеченская Республика15403172331813661,1Ставропольский край14420204312095370,5СКФО15910191281980866,6РФ241772858629729-

Анализируя сведения в таблице 2.3.3, следовало бы отметить, что ни одна из республик Северо-Кавказского федерального округа по данному показателю не соответствует федеральному уровню, средняя заработная плата педагогических работников образовательных, медицинских организаций или организаций, оказывающих социальные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей СКФО составляет около 66,6 % от уровня зарплат этой же категории граждан Российской Федерации. Так, максимально приближенной заработной платой здесь обладают жители Кабардино-Балкарской Республики, противоположная ситуация наблюдается в Чеченской Республике — 61,1% по отношению к уровню РФ в 2015 году.

Современные медицинские организации производят и накапливают огромные объемы данных и от того, как эффективно эта информация используется врачами, руководителями, управляющими органами, напрямую зависит качество медицинской помощи, общий уровень жизни населения, а также уровень развития страны, как в целом, так и каждого субъекта, входящего в состав государства. По этим причинам необходимость использования больших, и при этом еще постоянно растущих, объемов информации при решении диагностических, терапевтических, статистических, управленческих и других задач, обуславливает на сегодняшний день создание информационных систем в медицинских учреждениях.

Весьма странно, что за все время существования самых разных медицинских информационных систем (МИС) единого толкования и общего признания, что такое «медицинская информационная система» или каковы ее главные цели и задачи автоматизации учреждений здравоохранения, фактически нет. Попытки систематизации и упорядочивания терминологии и классификации стали появляться последние несколько лет. До этого под термином МИС могли понимать все, что угодно, начиная от небольшого приложения для занесения талонов амбулаторного пациента и карт выбывшего из стационара с последующим расчетом нескольких отчетов и выгрузкой реестра по ОМС — и до по-настоящему крупных систем, насчитывающих сотни функций с возможностью полноценной автоматизации учреждений здравоохранения.

В целом в учреждениях системы здравоохранения не создается единого информационного пространства, исходя из этого, электронный обмен сведения и данными между организациями затруднен. Также нельзя оставить без внимания то, что в настоящее время окончательно еще не сформирован единый подход к организации разработки, внедрения и использования информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях и учреждениях.

На основании этого, можно отметить следующие проблемы здравоохранения в сфере информатизации:

1.Нарушение координации и кооперации по введению медицинских информационных систем.

2.Дифференциация источников финансирования, а также отчетности и информационных потоков.

.Осуществление передачи сведений в совершенно различных форматах (фонды ОМС, страховые компании, органы управления здравоохранением (их МИАЦ), органы Росздравнадзора, Фонд социального страхования, Пенсионный фонд, фармацевтические организации и аптеки).

.Врачебные ошибки, которые непосредственно связаны с неполнотой и недостаточностью данных или же невозможностью оперативного получения необходимой информации. По результатам анализа Всемирной организации здравоохранения было выявлено, что около 20% врачебных ошибок были связаны именно с этим, также были получены сведения, что около 50% рабочего времени у медицинского работника уходит на поиск необходимой информации и ведение документации, что становится результатом уменьшения времени, посвященного больным, и увеличению продолжительности ожидания приема для другого пациента.

.Недостаток системы компьютерной поддержки врачебных назначений, включая лекарственную совместимость.

.Отсутствие административно и профессионально компетентного органа планирования и координации работ по информатизации.

Следовательно, в заключении можно отметить, что существующий на сегодняшний день уровень информатизации системы здравоохранения не дает возможности оперативно решать возникающие вопросы планирования и управления данной сферой для достижения уже существующих целевых показателей.

Также необходимо отметить то, что одной из причин, которые являются препятствием для развития отрасли и признания информатизации как эффективного инструмента для практической стороны области здравоохранения, представляется терминологическая запутанность и отсутствие внятных критериев выбора и эффективности медицинской информационной системы. В одних проектах главной задачей МИС выступает сбор и формирование статистики, реестры по ОМС или же административный контроль над расходами средств и ресурсов, в других же от МИС требуется максимальное сокращение нагрузки на медицинский персонал, повышение собственно клинической эффективности работы медицинских кадров, а в третьих — основной задачей МИС считают подключение медицинского оборудования и автоматизация процессов обследования и лечения. Однако, несмотря на такое различное понимание главных задач такой сложной системы, данный инновационный продукт называется одним и тем же термином — «МИС», что в последующем развивает целый ряд проблем, которые связаны с информационной совместимостью, где возникают препятствия для передачи сведений или реестров на нижестоящий уровень или страховые организации, а также создание условий невозможности автоматического экспорта в МИС информации застрахованных или унаследованных данных из других приложений или систем.

Таким образом, проведя анализ социальной сферы Северо-Кавказского федерального округа, в частности области здравоохранения регионов Северного Кавказа, были выявлены основные проблемы функционирования системы здравоохранения регионов СКФО, такие как: проблемы финансирования и недостаток ресурсов, проблемы кадрового обеспечения и проблемы, связанные с автоматизацией всего процесса предоставления медицинских услуг, в том числе обеспечения необходимой информацией во избежание врачебных ошибок.

**3.СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**3.1Стратегические направления по содействию развития системы здравоохранения в регионе**

Стратегия социально-экономического развития Северо-Кавказского федерального округа до 2025 года (далее — Стратегия) выделяет, главным образом, основные направления, средства и способы достижения стратегических целей устойчивого развития и обеспечения национальной безопасности Российской Федерации на территориях Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Чеченской Республики и Ставропольского края, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, до 2025 года. [74]

Стратегия рассматривает текущее состояние экономики субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Кавказского федерального округа, экономики России, глобальной экономики и перспективы их развития, а также включает в себя результаты реализации проектов, регионального и межрегионального статуса.

СКФО обладает благоприятными условиями для приоритетного развития агропромышленного комплекса, туристического кластера, санаторно-курортной сферы, электроэнергетики, добывающих и обрабатывающих секторов промышленности, включая развитые транзитные функции.

Однако необходимо отметить, что до настоящего времени естественные преимущества региона остаются неосуществленными, так как Северо-Кавказский федеральный округ на сегодняшний день не представляет инвестиционно привлекательную территорию, в связи с нестабильностью социальной и экономической политической обстановки. Также, большинство регионов, входящих в состав СКФО, на протяжении достаточно длительного времени находятся в состоянии реципиентов, что предопределяет направление средств федерального бюджета, прежде всего, на поддержание и развитие социальной сферы.

Как уже рассматривалось ранее, одной из самых серьезных проблем Северо-Кавказского федерального округа является низкий уровень развития системы здравоохранения. В субъектах СКФО достаточно четко отображается нехватка больниц и поликлинических учреждений, а также врачей и среднего медицинского персонала. Так, например, в Ставропольском крае, Республике Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкарской Республике и Чеченской Республике можно отметить, что участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и врачи скорой медицинской помощи имеют необходимость совмещать свою профессиональную деятельность в области медицины, наблюдается отток молодых специалистов в другие регионы Российской Федерации. Среди наиболее востребованных видов медицинской помощи остаются онкология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия и офтальмология. В 2009 году на территории федерального округа начал свое функционирование Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, который представляет собой современное медицинское учреждение, однако, вопрос о предоставлении высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи остается открытым, речь идет о том, что центр еще не полностью вышел на запланированные проектные мощности. Однако следует сказать, что повышение активности по направлению пациентов в данный центр в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, может значительно повысить доступность многопрофильной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи жителям округа.

Таблица 3.1.1 Основные стратегические направления по содействию развития системы здравоохранения в регионе\*

№Стратегические направление развития здравоохранения СКФО1Развитие первичного звена медицинской помощи населению.2Развитие специализированной помощи населению, включая строительство, реконструкцию и модернизацию многопрофильных больниц и специализированных медицинских центров.3Повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения.4Сокращение кадрового дефицита.

Таким образом, учитывая всю специфику социальной сферы регионов Северо-Кавказского федерального округа, можно выделить основные направления развития здравоохранения в СКФО (см. табл. 3.1.1), где главным из них является развития первичного звена медицинской помощи, в том числе детские и взрослые поликлиники, медицинские пункты.

Еще одно приоритетное направление представлено развитием специализированной помощи населению, включая строительство, реконструкцию и модернизацию многопрофильных больниц и специализированных медицинских центров. Основную поддержку необходимо оказать развитию таких направлений медицины в округе, как онкология, сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология, нейрохирургия и травматология.

Следующим значимым направлением развития системы здравоохранения в СКФО является повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения. Здесь при планировании развития новых центров высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи необходимо учитывать возможности краевых многопрофильных больниц Ставропольского края, на базе которых уже развиваются высокотехнологичные виды медицинской помощи по наиболее востребованным профилям.

Согласно Стратегии социально-экономического развития Северо-Кавказского федерального округа до 2025 года, для обеспечения специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам с тяжелой акушерской и перинатальной патологией, рожениц и родильниц, проживающих на территории СКФО, а также новорожденных детей должно быть предусмотрено строительство федеральных перинатальных центров с реанимационно-консультативным центром по оказанию дистанционных форм медицинской помощи, имеющим в своем составе мобильные анестезиолого-реанимационные акушерские и неонатальные бригады. Одним из таких центров является перинатальный центр в г. Ставрополе, однако, вопрос о необходимости создания таких центров на территории республик Северного Кавказа остается весьма актуальным.

Также, в соответствии со Стратегией, в целях развития материально-технической базы детской медицины в Карачаево-Черкесской Республике было запланировано строительство детской республиканской больницы, в Республике Ингушетия — ускорение строительства республиканской детской больницы и проведение реконструкции и капитального ремонта республиканских детских больниц в Республике Дагестан и Кабардино-Балкарской Республике. Также рассмотрена необходимость в расширении мощности краевой детской клинической больницы Ставропольского края с наделением ее функциями окружного детского центра с развитием его на базе оказания специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь детям, проживающим в субъектах РФ, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа.

Еще одним из немаловажных направлений в развитии здравоохранения СКФО является сокращение кадрового дефицита в сфере здравоохранения органам исполнительной власти субъектов СКФО посредством разработки и принятия программ по кадровому обеспечению отрасли здравоохранения, которые, в свою очередь, будут направлены на социальную поддержку молодых специалистов и их закрепление в региональных учреждениях здравоохранения.

В соответствии с результатами анализа состояния здравоохранения в Северо-Кавказском округе и направлениями совершенствования, опираясь на Концепцию развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, могут быть предложены мероприятия по формированию здорового образа жизни, так как сохранение и укрепление здоровья населения региона возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей общества путем создания у населения экономической и социо-культурной мотивации быть здоровыми и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

Так, для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы государственных и общественных мер:

1.По совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, в частности детей, подростков и молодежи через СМИ. В рамках этого осуществляется обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;

2.По созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками, в том числе просвещение и информирование населения о последствиях таких привычек;

.По созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, прежде всего, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрения системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведения разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;

.По созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;

.По профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

.По созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

В целях формирования здорового образа жизни будут решены следующие задачи:

-проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы;

-обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма;

-разработка современных подходов и обеспечение условий для обучения специалистов, совершенствование учебных программ, развитие инфраструктуры федеральных научных, образовательных учреждений;

-организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;

-организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также учреждений первичной медико-санитарной помощи;

-разработка и реализация федеральных информационных и коммуникационных кампаний;

-организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;

-организация школ здоровья по основным факторам риска;

-развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.[74]

**[Смотрите также:   Дипломная работа по теме "diplom\_title\_name"](https://sprosi.xyz/works/diplomnaya-rabota-po-teme-diplom_title_name/" \t "_blank)**

Также, в целях выполнения задач по сохранению здоровья молодого поколения и трудового потенциала нации, учитывая ограниченные финансовые возможности в области лечения больных вирусными гепатитами, необходимо дополнительно сосредоточить усилия на лечении хронических вирусных гепатитов у детей, подростков, молодежи до 25 лет. Нужно проводить дальнейшее лечение против вирусных гепатитов В и С лицам, имеющим ВИЧ-инфекцию, а также лицам, нуждающимся в лечении и имеющим хорошую приверженность лечению.

Обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения СКФО, предусматривающим оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания.

Меры по внедрению здорового безопасного питания:

-поддержка грудного вскармливания детей раннего возраста;

-поддержка отечественного производства специализированных продуктов для детского питания, полностью удовлетворяющих потребности здоровых детей раннего возраста;

— создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях;

-образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания;

-информационно-коммуникационная кампания по формированию у населения Северо-Кавказского федерального округа рациона здорового безопасного питания;

-осуществление мониторинга состояния питания населения.

Также важным направлением являются меры по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан. В числе таких мер должны быть: пропаганда и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры; восстановление производственной гимнастики и разработка конкретных рекомендаций по ее содержанию и формам осуществления с учетом условий труда; развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских ученых и мировой опыт.

Следующие мероприятия по развитию области здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа могут быть представлены в осуществлении единой кадровой политики. Ситуация в здравоохранении в области управления кадровым потенциалом на текущий момент требует к себе особого внимания. В Российской Федерации организациями, перед которыми особенно остро встает данная проблема, это организации и учреждения здравоохранения и социальной защиты, геронтологические организации. По данным Всемирной организации здравоохранения, на 7 человек, выходящих из работоспособного возраста, приходится всего один человек, входящий в работоспособный возраст. [73]

Исследование проблем насыщения человеческими ресурсами в таких учреждениях показывает существенную недостаточность и несистемность применяемой кадровой политики, в частности мотивации привлечения и удержания персонала. Проблема нехватки квалифицированного персонала порождает все новые проблемы, которые представлены такими явлениями, как привлечение персонала более низкой квалификации, чем требуется; перегрузка работников из-за некомпенсированной недостаточности персонала; уменьшение времени для развития и обучения работников, исходя из перегруженности; избыточная нагрузка влечет за собой заболевания персонала разного рода; снижение качества предоставляемых услуг, формирование статуса «неблагополучной» организации и т.д.

Так, в системе здравоохранения на сегодняшний день можно увидеть наличие высокого уровня неудовлетворенности медицинского персонала. Врачи и медицинские работники обладают различным уровнем нравственных и морально-этнических ценностей, в этой связи часто прослеживается изменение взаимоотношений между врачом и пациентом, снижение заинтересованности врачебного персонала в повышении уровня здоровья пациента и преобладанию корыстных мотивов, усиливающих коммерциализацию медицины и порождающих «теневые» практики.

Для мотивации сотрудников к улучшению качества оказываемых медицинских услуг и увеличению производительности труда, методика расчета заработной платы должна иметь прогрессивный характер, быть прозрачной и пропорциональной величине трудовых затрат, то есть по мере увеличения трудовых вложений должна возрастать и оплата труда. Такая методика расчета заработной платы должна формироваться с учетом особенностей трудовой деятельности, квалификации работника и учитывать пределы производительности труда каждой категории работников. Для этого необходимо разработать набор показателей в соответствии с должностными обязанностями работника; рассчитать точку безубыточности для медицинского учреждения или направления деятельности; условно рассчитать предел его средней и максимальной производительностей; ранжировать заработную плату по мере увеличения трудовых затрат. В связи с тем, что по мере роста выручки (количества оказанных услуг) снижается нагрузка условно-постоянных затрат на 1 услугу, рассчитываются пределы снижения себестоимости по мере роста количества оказанных услуг. Заработную плату сотрудника можно привязать к объему оказанных медицинских услуг, выручке, объему продаж, количеству изготовленных изделий и т.д.

В настоящее время в системе здравоохранения России прослеживается несколько тенденций. С одной стороны, государство старается модернизировать систему: вкладывает деньги, обновляет парк, реализует целевые программы; с другой — идет все более активное внедрение частного капитала в данную сферу.

Еще одним направлением мотивированного труда медицинского персонала является создание системы профессионального самоуправления и корпоративной ответственности в коллективе каждого лечебно-профилактического учреждения. Внедрение врачебного самоуправления позволит «изнутри» осуществлять регулирование медицинской деятельности каждого врача и каждого медицинского коллектива, гибко используя экономические и морально-нравственные рычаги. Важными компонентами развития такой системы врачебного самоуправления являются:

-формирование корпоративной ответственности за качество оказываемой медицинской помощи;

-рейтинговая оценка результатов работы каждого члена медицинского коллектива в зависимости от эффективности и результативности его работы;

-корпоративное распределение финансовых средств за оказанные медицинские услуги (переход на новые формы оплаты труда);

-формирование системы персональных допусков к видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности;

-повышение мотивации медицинских работников к непрерывному профессиональному образованию и приобретению допусков к новым видам медицинской деятельности в рамках основной специализации и смежных областей медицины.

Для определения персонального вклада каждого медицинского сотрудника в результат работы медицинского учреждения, необходимо обновление классификации всех видов медицинской помощи, ранжированной по медицинским специальностям, уровню сложности и технологичности, требуемой квалификации медицинского работника.

Внедрение принципов врачебного самоуправления и корпоративной ответственности позволит эффективно использовать материальное и моральное стимулирование каждого члена медицинского коллектива к непрерывному профессиональному совершенствованию, что приведет к существенному повышению качества как его персональной работы, так и работы всего лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, основываясь на вышеприведенных стратегических направлениях развития системы здравоохранения в Северо-Кавказском федеральном округе, предложенные мероприятия обладают значительным уровнем актуальности и высоким процентом успешности практического применения в современных условиях. Так, формирование здорового образа жизни населения СКФО будет сопровождаться укреплением и сохранением здоровья жителей округа в условиях приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономического и социально-культурной мотивации быть здоровыми и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни. А создание единой кадровой политики в области здравоохранения позволит значительно повысить уровень подготовки и переподготовки специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, позволит обеспечить достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала, а также устранит диспропорции в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения.

**3.2Предложения по повышению эффективности системы регионального управления в сфере здравоохранения**

Реформы в области здравоохранения на всем протяжении истории современной России связаны, прежде всего, с решением такой проблемы, как ресурсное обеспечение. Существует прямая зависимость между темпами развития здравоохранения и уровнем жизни и состояния здоровья людей. Оба параметра в основном зависят от степени обеспеченности финансовыми ресурсами системы здравоохранения. Данная проблема представляет собой целый комплекс и требует ответы на целый ряд вопросов, особенно, где именно взять средства (источники финансирования), в каких объемах и как их наиболее рационально использовать. В основу реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был заложен переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной. Результатом этого стало возросшее количество финансовых потоков привело к естественному уменьшению средств, доходящих до лечебно-профилактических учреждений, объясняющееся затратами на содержание субъектов систем здравоохранения и медицинского страхования, потерями при многократном прохождении финансов через банковские структуры, а иногда и их нецелевым использованием. Следовательно, здесь необходимо рассматривать такой способ решения проблемы, как увеличение объема ассигнований на здравоохранение, но и сокращение количества финансовых потоков в этой системе.

Рис. 3.1.1. Предложения по развитию системы здравоохранения СКФО

Очевидным становится то, что являясь заинтересованными в повышении дохода, лечебно-профилактические учреждения, не имеющие возможности повлиять на величину тарифа, вынуждены увеличивать количество услуг, поскольку финансирование осуществляется по принципу «деньги следуют за пациентом». В итоге происходит парадоксальная ситуация, где в условиях ограниченных ресурсов стимулируется затратный тип функционирования отрасли, а сохранение и укрепление здоровья населения для медицинских организаций носят экономически невыгодный характер, не считая повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи. [71]

В решении описанной проблемы значительную роль может сыграть дифференциация тарифов при любом способе оплаты в зависимости от эффективности работы. Однако необходимо отметить, что данный подход к решению проблемы, требует снесения изменений в существующую законодательную базу и создания действенной системы оценки качества медицинской помощи на территории с четким распределением полномочий между медицинскими учреждениями, органами здравоохранения, различными субъектами медицинского страхования. Основой такого распределения может быть представлены составляющие понятия «качество медицинской помощи»: качество процесса и качество результата, а также непосредственно те функции и задачи, стоящие перед каждым субъектом здравоохранения.

Также, можно рассматривать в перспективе совершенствования ресурсного обеспечения региональной системы здравоохранения следующую схему, где наряду с бюджетным финансированием и системой ОМС, необходимо непосредственно долевое участие пациента в оплате медицинской помощи: это приведет к сочетанию принципов общественной солидарности и личной ответственности населения за сохранение собственного здоровья. В этом случае предлагаются два варианта: медицинские накопительные счета или платежи населения. В первом случае речь идет об именных банковских счетах, средства с которых могут использоваться для оплаты медицинской помощи (накопление которых может происходить посредством процентных отчислений работодателями людей в процессе трудовой деятельности), во втором — о непосредственной оплате определенной доли от стоимости лечения при обращении в лечебно-профилактическое учреждение (такое разделение оплаты лечения населения может стать эффективным при необходимости проведения дорогостоящих операций или дорогостоящего обследования и лечения). Однако нельзя не оставить без внимания вопрос об участии пациентов в оплате медицинской помощи, то есть определения размера атакой доплаты и ее способа, а также требуется соответствующее правовое обеспечение, включая введение льгот для социально незащищенных категорий населения региона.

Также необходимо помнить, что важная роль финансового механизма системы здравоохранения отведена дополнительным источникам финансирования медицинских учреждений. Ресурсы регионального здравоохранения — это не только материально-техническая база и квалифицированные кадры, но и лекарства. Одним из дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения может стать развитие отечественной фармацевтической промышленности в Северо-Кавказском федеральном округе с контрольным пакетом государства.

Еще одним реальным источником финансирования ряда учреждений организации могут стать финансовые ресурсы организаций. Для этого необходимо вернуться к отмененной главе Налогового Кодекса РФ — системе налоговых льгот по налогу на прибыль юридическим лицам, содержащим на своем балансе объекты социально-культурной сферы, так как после ее отмены предприятия вынуждены были отчуждать собственные медико-стационарные части и другие лечебные объекты.

Необходимо создать благоприятные условия для привлечения благотворительных взносов государственных и частных учреждений, которые должны быть освобождены от налогов. В России на сегодняшний день юридические лица могут расходовать на благотворительность только чистую прибыль предприятия, что не создает условий для развития меценатства, речь идет о предоставлении в соответствии с законом налоговых льгот гражданам и юридическим лицам, которые оказывают финансовую поддержку медицинским организациям и учреждениям. Здесь, также необходимы меры, которые будут стимулировать организации и население приобретать медицинские услуги за счет собственных средств посредством упорядочения налоговых льгот: по налогу на прибыль — увеличить налоговые вычеты до уровня полного возмещения затрат организации, осуществляющей добровольное медицинское страхование своих сотрудников; по налогу на доходы физических лиц — дополнить социальные налоговые вычеты суммой расходов по договорам добровольного медицинского страхования.

Таким образом, кроме прямого государственного финансирования необходимо широко использовать методы косвенного бюджетного финансирования медицинских учреждений через систему налоговых льгот.

Современные медицинские информационные технологии могут оказать существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа на основе мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи. Создание автоматизированных рабочих мест специалистов лечебно-профилактических учреждений, автоматизированных систем документооборота, автоматизированных информационно-аналитических систем поддержки принятия управленческих решений — представляют собой основные направления информационных разработок, предназначенных для повышения эффективности управления медицинскими учреждениями.

Целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между учреждениями и организациями системы здравоохранения региона, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также федеральными органами исполнительной власти, обеспечивающими реализацию государственной политики в области здравоохранения.

Применение медицинских информационных технологий для ведения личных медицинских записей является важной частью нашей изменяющейся системы здравоохранения. Использование компьютеров и других электронных устройств облегчает пациенту, врачу и медицинским учреждениям в целом (таким как больницы, лаборатории, рентгенологии и т. д.), хранить, обмениваться и получать доступ к медицинским данным. Использование компьютеров и их сетей комплексное направление развития области здравоохранения и известно как «медицинские информационные технологии».

Согласно Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения большая часть средств вычислительной техники применяется в целях обеспечения административно-хозяйственной деятельности медицинских организаций, в то время как для автоматизации собственно лечебно-диагностического процесса используется менее 20% компьютерного парка.[71]

Сегодня персонифицированные массивы учетных данных передаются в совершенно разных форматах, поскольку их получателями являются фонды

ОМС, страховые компании, органы управления здравоохранением (их МИАЦ), органы Росздравнадзора и Фонда социального страхования. Кроме того, в общей схеме информационного обмена участвуют также органы Пенсионного фонда, а также фармацевтические организации и аптеки. И из этого следует вывод о том, что текущая структура информационного обмена излишне усложнена, отсюда следуют дополнительные издержки на администрирование и логистику разрозненных потоков данных, а также явное дублирование многих процессов обработки информации. Здесь также имеют место и такие случаи, когда происходит «навязывание» сверху каких-то конкретных технических решений вместо определения стандартов обмена данными. Такие моменты значительно усугубляют данную проблему и вызывают резкое неприятие информационных технологий со стороны медицинского персонала.

Также необходимо рассмотреть приоритеты расходования бюджетных средств на ИКТ. Представляется, что, прежде всего, эти средства должны быть направлены на создание новой информационной среды деятельности практикующего врача: для экономии его рабочего времени в части ведения медицинской документации, снижения врачебных ошибок и т.п. До 50% рабочего времени врача уходят на поиск необходимой информации и ведение документации. Применение компьютерных систем ведения медицинских записей о пациентах позволяет почти в 4 раза сократить время поиска необходимой информации, на 25% сократить время постановки диагноза и на 10-20% увеличить поток принятых врачом пациентов (по данным Какориной Е.П.). По оценкам ВОЗ, около 20% врачебных ошибок связано с неполнотой данных или невозможностью оперативного получения необходимой информации. Сегодня активно используются около 4 тысяч медикаментов, между которыми имеют место более 2 тысяч взаимодействий, определяющих возможность их совместного применения. Поэтому сейчас активно развиваются системы компьютерной поддержки врачебных назначений (Computerized Physician Order Entry — CPOE), которые позволяют существенно, почти на 80%, сократить количество ошибок при назначении лекарств и на 55% снизить неблагоприятные побочные реакции (по данным Шульмана Е.И.). [73]

В рамках достижения цели автоматизации в сфере здравоохранения СКФО планируется решить следующие основные задачи:

-создание информационно-аналитической системы ведения региональных реестров и регистров, а также нормативно-справочного обеспечения в сфере здравоохранения;

-создание информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи;

-информационная поддержка процесса оказания первичной медицинской помощи, а также лечебно-диагностического процесса, в том числе на основе обеспечения доступа медицинских работников к нормативно-справочной информации, необходимой для профессиональной деятельности;

-информационная поддержка оказания услуг высокотехнологичной медицинской помощи;

-создание и внедрение автоматизированной системы ведения медицинской карты пациента в электронном виде;

-создание условий для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи с использованием постоянного мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи;

-упорядочение системы финансирования и управления учреждениями и организациями отрасли здравоохранения.

При этом предполагается, что источниками первичной информации для формирования элементов системы должны стать медицинские учреждения, а также территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Информация, формируемая в рамках системы, позволит решать задачи по анализу и прогнозированию ключевых показателей развития отрасли здравоохранения, а также повышению качества и оперативности предоставления медицинских услуг населению. Это будет достигнуто за счет автоматизации:

-мониторинга финансовых потоков в учреждениях здравоохранения как на территории субъектов Российской Федерации, входящих в Северо-Кавказский федеральный округ, так и в целом по отрасли;

-оценки эффективности управления кадровыми ресурсами в сфере здравоохранения;

-определения объемов и структуры медицинской помощи на основе данных об обращениях граждан в учреждения здравоохранения;

— прогнозирования потребности в назначении лекарственных препаратов гражданам, в том числе по программе лекарственного страхования, на основе данных территориально-популяционных регистров;

-прогнозирования затрат на медицинскую помощь, оказанную в рамках программы государственных гарантий;

-оценки эффективности деятельности региональных органов управления здравоохранением.

Очевидно, что внедрение современных медицинских информационных технологий на территории СКФО непосредственным образом скажется на повышении доступности, качества и безопасности медицинской помощи, особенно в первичном звене.

Таким образом, можно сделать заключение, что повышение эффективности регионального управления в области здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа напрямую зависит от рационального распределения финансовых ресурсов между медицинскими организациями и совершенствования правового обеспечения, а также обеспечения выполнения функций и оперативного функционирования учреждений на основе внедрения автоматизированных медицинских систем.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, можно сделать заключение о том, что повышение уровня качества и доступности медицинских услуг, следовало бы ожидать рост посещаемости не только по заболеваемости, но и с целью проведения и получения каких-либо профилактических мероприятий, что, как правило, окажет прямое влияние на улучшение показателей здоровья население Российской Федерации, в частности трудоспособного.

Сфера здравоохранения представляет собой сложную систему взаимосвязанных элементов, государственное регулирование и управление которой является неотъемлемой частью этой целостного процесса, поскольку организация системы охраны здоровья осуществляется путем государственного управления, включающего в себя: нормативно-правовое регулирование, разработку и реализацию мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, формирование здорового образа жизни населения и основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Текущий народно-хозяйственный комплекс России имеет сложную отраслевую структуру, которая на сегодняшний день коренным образом перестраивается в сторону социологизации. Однако в случае приоритетного развития отраслей, производящих товары для населения, важнейшим звеном отраслевой структуры является здравоохранение. Региональные системы здравоохранения включают изучение региональных социально-экономических, финансово-кредитных отношений и процессов формирования и функционирования этих систем. Здесь особую важность приобретает территориальную привязку и поэтому особенности того или иного региона накладывает дополнительные условия, которые необходимо учитывать при реализации национальных проектов в качестве стратегических задач.

Северо-Кавказский федеральный округ имеет благоприятные условия для развития агропромышленного комплекса, туризма, санаторно-курортной сферы, электроэнергетики, добывающих и обрабатывающих секторов промышленности, а также развитые транзитные функции. Однако до сих пор естественные преимущества остаются нереализованными, поскольку Северо-Кавказский федеральный округ по-прежнему не обладает инвестиционной привлекательностью в силу нестабильности экономической и социально-политической обстановки.

Основываясь на приведенных стратегических направлениях развития системы здравоохранения в Северо-Кавказском федеральном округе, предложенные мероприятия обладают значительным уровнем актуальности и высоким процентом успешности практического применения в современных условиях. Так, формирование здорового образа жизни населения СКФО будет сопровождаться укреплением и сохранением здоровья жителей округа в условиях приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономического и социально-культурной мотивации быть здоровыми и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни. Создание единой кадровой политики в области здравоохранения, в свою очередь, позволит значительно повысить уровень подготовки и переподготовки специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, позволит обеспечить достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала, а также устранит диспропорции в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения. А повышение эффективности регионального управления в области здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа напрямую зависит от рационального распределения финансовых ресурсов между медицинскими организациями и совершенствования правового обеспечения, а также обеспечения выполнения функций и оперативного функционирования учреждений на основе внедрения автоматизированных медицинских систем.

Исходя из всего этого, следует вывод, что охрана здоровья граждан России — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического 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.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ**

здравоохранение социальный экономический

**Нормативные правовые акты**

1.Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 (в ред. Закона РФ о поправке к Конституции РФ от 30.12.2014).

2.Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 №5487-1 (в ред. Федерального закона от 30.12.2013).

3.Гражданский Кодекс РФ от 21.10. 1994 (в ред. Федерального закона от 21.07.2014).

.Налоговый кодекс РФ от 16.07.1998. (в ред. Федерального закона от 28.12.2016 N 475-ФЗ).

5.Постановление Правительства РФ «О программе по реализации национального проекта «Здоровье» РФ 695 от 27.09.2010 г.

.Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

.Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

.Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

.Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения Министерстве здравоохранения в Российской Федерации».

.Федеральный закон от 27.10.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг.

. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

. Федеральный закон от 19.12.2016 № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

. Приказ Минздрава РФ от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

. Указ Президента Российской Федерации от 20.04.1993 № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации».

. Указ Президента РФ от 07.05. 2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

. Указ Президента РФ от 07 мая 2012г. № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления».

**Учебники, учебные пособия, монографии**

17. 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, 150с.

. Абдикеев Н.М. Реинжиниринг бизнес-процессов: учебник / Н.М. Абдикеев, Т.П. Данько, С.В. Ильдеменов, А.Д. Киселев. — М.: Эксмо, 2012. — 592с.

. Антипенко Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) // А.Э. Антипенко; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. — Изд. 3-е, испр. и доп. — Москва: Спутник+, 2015. — 450с.

. Банин С.А. Базовая теория формирования финансово-экономических основ современного здравоохранения России / под ред. В.Г. Садкова; М-во образования и науки РФ, Томский гос. ун-т. — Томск: ТГУ, 2013. — 355с.

. Богдан И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. — М.: Науч. эксперт, 2013. — 330с.

. Гадаборшев М.И. Организация, оценка эффективности и результатив- ности оказания медицинской помощи: моногр. / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. — Москва: ИНФРА-М, 2013. — 120с. Голухов Г.Н. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития / Г.Н. Голухов, Н.А. Мешков, Ю.В. Шиленко; Под ред. В.К. Леонтьева, В.З. Кучеренко. М.: Алтус, 2012. — 210с.

. Дерябин А.В. Совершенствование организационно-экономических механизмов развития рынка медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.05. — Сочи, 2011. — 196 с.

. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. — М.: ИЭПП, 2014. — 192 с.

. Дьяченко В.Г. Управление качеством медицинской помощи : учеб. / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. — Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. — 150с.

26. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации. — М., Изд-во 2015. — 460с.

. Ерохина Т.В. Органы управления здравоохранением в России: теоретико-правовое исследование / М-во образования и науки Российской Феде- рации, ФГБОУ ВПО «Саратовский гос. социально-экономический ун-т». — Саратов: СГСЭУ, 2013. — 320с.

. Калашникова, И.В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг / И.В. Калашникова, В.А. Портной ; Тихоокеан. гос. ун-т. — Хабаровск: ТОГУ, 2014. — 251с.

29. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент. — М.: ИНФРА-М, 2009. — 256 с.

30. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент: анализ, планирование, внедрение, контроль. — СПб.: Питер, 2012.

31. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Воробьев П.А. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования: Учеб.пособие. — М., 2014.

. Лобанов, В.В. Государственное управление и общественная политика / В.В. Лобанов. — СПб.: Питер, 2014. — 448 с.

33. Лавлок К. Маркетинг услуг: персонал, технология, стратегия. — 4-е изд.: пер. с англ. / К. Лавлок. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2013. — 1008 с.

. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 158с.

36. Маркова В.Д. Маркетинг услуг / В.Д. Маркова. — М.: Финансы и статистика, Изд-во 2012. — 310с.

37. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 656 с.

38. Николаева М.А. Маркетинг товаров и услуг: учебник / М.А. Николаева. — М.: Издательский дом «Деловая литература», 2013. — 448 с.

39. Никульникова О.В. Государственное управление здравоохранением в России. Энгельс: Регион, 2015. — 245с.

40. Ойхман Е.Г., Попов Э.М. Реинжиниринг бизнеса: реинжиниринг организаций и информационные технологии. — М.: Финансы и статистика, 2014. — 220с.

41. Песоцкая Е.В. Маркетин услуг / Е.В. Песоцкая. — СПб.: Изд-во, 2013. — 160 с.

. Полотнянко, Л. И. Современные высокие технологии и автоматизированные системы в лабораторной службе [Текст] : учеб. пособие / Л. И. Полотнянко ; Минздравсоцразвития РФ, ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава». — 2-е изд., доп. — Москва : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2013. — 368 с.

. Пирогов М.В. Клинико-экономический баланс регионального здраво- охранения: (моногр.) / М.В. Пирогов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина. — М.: Медиздат, 2013. — 110с.

44. Хилл Т. О товарах и услугах. — М.: 2015. — С. 82.

45. Храпылина Л.П. Социальные отрасли: экономика и управление. — М.: Изд-во РАГС, 2013. — 228 с.

. Шишкин, С. В. Экономика социальной сферы / С.В. Шишкин. — М.: ГУ ВШЭ, 2013. — 365 с.