

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский университет)
Высшая школа экономики и управления
Кафедра «Экономическая теория, региональная экономика, государственное и муниципальное управление»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, главный врач ГБУ «КОНД»,

_____ / А.Н. Федотова /

« ____ » _____ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, д.э.н., профессор

_____ / В.С. Антонюк /

« ____ » _____ 2018 г.

Управление развитием государственного учреждения здравоохранения
(на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЮУрГУ – 38.04.04.2018.436.ВКР

Руководитель, к.п.н., доцент

_____ / Л.Н. Коврижкина /

« ____ » _____ 2018 г.

Автор

студент группы ЗЭУ – 325

_____ / А.А. Рухлов /

« ____ » _____ 2018 г.

Нормоконтролер, к.э.н., доцент

_____ / А.Ж. Телюбаева /

« ____ » _____ 2018 г.

Челябинск 2018

АННОТАЦИЯ

Рухлов А.А. Управление развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области). – Челябинск: ЮУрГУ, ЗЭУ – 325, 88 с., 11 ил., 9 табл., библиогр. список – 53 наим., 17 л. плакатов ф. А4.

Объект исследования – ГБУ «Мокроусовская центральная районная больница».

Цель дипломной работы – разработать рекомендации по совершенствованию управления развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области)

В дипломном проекте изучены теоретико-методологические основы исследования сферы здравоохранения, проанализировано управление развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области, разработаны рекомендации по совершенствованию управления развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области.

Результаты дипломного проекта имеют практическую значимость и могут применяться в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» при формировании кадровой политики.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	12
1.1 Понятие и сущность государственного управления здравоохранением...12	
1.2 Анализ зарубежного опыта управления развитием здравоохранения.....20	
1.3 Разграничение предметов ведения и полномочий между органами РФ и органами субъектов РФ в области здравоохранения.....29	
2 АНАЛИЗ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ «МОКРОУСОВСКАЯ ЦРБ» КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ).....	40
2.1 Анализ обеспеченности населения Курганской области услугами здравоохранения.....	40
2.2 Анализ управления развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области.....	49
3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ «МОКРОУСОВСКАЯ ЦРБ» КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ)..	62
3.1 Основные направления совершенствования управления развитием государственного учреждения здравоохранения в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области.....	62
3.2 Программа «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.» как условие совершенствования управления развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ Мокроусовская ЦРБ».....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	79
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	83

ВВЕДЕНИЕ

Социально-экономические преобразования в России, связанные с переходом к рыночной экономике, серьезно отразились на экономических механизмах функционирования здравоохранения: дефицит бюджетного финансирования мероприятий по охране здоровья граждан и финансирования самих медицинских учреждений, ограниченные возможности оказания бесплатной медицинской помощи населению, низкий уровень развития системы обязательного и добровольного медицинского страхования влияют на эффективность использования ресурсов отрасли. Всё это привело к ухудшению здоровья населения, сокращению ожидаемой продолжительности жизни, снижению доступности медицинской помощи для широких слоёв населения страны.

Экономические и политические реформы, проводимые в современной России, сформировали новое отношение к здравоохранению, как к важнейшему социальному институту. Активное вторжение рыночных отношений в сферу здравоохранения, её ориентированность на интересы пациента, придание медицинским учреждениям большей самостоятельности и обособленности, появление негосударственного сектора здравоохранения поставили перед системой управления здравоохранением новые, ещё вчера казавшиеся несвойственными ей задачи[11]. Практика показывает, что управление здравоохранением в условиях перехода к рыночной экономике гораздо сложнее, чем при командно-административной системе. Это связано как с расширением прав и ответственности медицинских учреждений, органов управления здравоохранением на местах, так и с необходимостью более гибкой адаптации к переменам в обществе. Радикальным изменениям подвергаются все уровни системы управления здравоохранением: федеральный, региональный, муниципальный[15,19].

Становление рыночных отношений в отечественной системе здравоохранения, формирование рынка медицинских услуг, интенсивно развивающийся процесс

коммерциализации отрасли происходит одновременно с ухудшением медико-демографических показателей: сокращением численности и средней продолжительности жизни населения, высоким уровнем смертности населения трудоспособного возраста, распространением социально опасных заболеваний и др. [18]

Между тем уровень и качество здоровья населения во многом характеризуют степень цивилизованности страны, влияя на её социально-экономический потенциал. Выступая в качестве интегральной характеристики развития здравоохранения, уровень и качество здоровья населения выражают меру социальной ответственности государства перед своими гражданами.

Актуальность темы исследования. Здравоохранение относится к числу приоритетных направлений социальной политики государства в современных странах, так как здоровье нации представляет и самостоятельную ценность и в то же время выступает важной составляющей общего социально-экономического потенциала страны.

Эффективность управления системой здравоохранения в России сегодня оставляет желать лучшего, и, как следствие, ситуация в состоянии здоровья населения и здравоохранении привела к необходимости принимать неотложные меры в части охраны здоровья населения как на общероссийском, так и на региональном уровне.

Здравоохранение является одним из важнейших подразделений социальной инфраструктуры муниципального образования. Соблюдение конституционных гарантий по оказанию медицинской помощи и созданию благоприятных санитарно-эпидемиологических условий жизнедеятельности населения является приоритетной задачей развития муниципалитета [1].

Особую практическую значимость приобретают исследования в области повышения эффективности функционирования системы здравоохранения путем внедрения новых методов управления[22].

Существующая система государственного управления развитием здравоохранения имеет существенные недостатки[10]:

- ориентация на экстенсивные показатели;
- отсутствие действенной мотивации труда;
- сверхцентрализация управления;
- определенная догматичность организационных форм;
- чрезмерное ограничение самостоятельности руководителей учреждений здравоохранения;
- несовершенство системы финансирования, хозяйственных отношений;
- изоляция от достижений мировой науки и практики.

Важность указанных проблем и необходимость назревших реформ вовлекают все большее количество исследователей в изучение важной стороны государственного управления в здравоохранении.

Благодаря соответствующему системному подходу и активной государственной позиции региональных органов исполнительной власти отмечаются значительные изменения в материально-техническом оснащении учреждений здравоохранения, качестве оказания медицинской помощи и основных показателях здоровья населения страны, но и их оказывается недостаточно, чтобы российское здравоохранение заработало с прежней силой.

К сожалению, в настоящее время наблюдается большой разброс в подходах к управлению развитием здравоохранения и к использованию средств медицинских учреждений – от жесткого ограничения до расточительства и злоупотреблений.

Всё это и определило актуальность темы работы: «Управление развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области)».

Объект исследования – ГБУ «Мокроусовская центральная районная больница».

Субъект исследования – Управление развитием государственного учреждения здравоохранения ГБУ «Мокроусовская районная больница».

Цель данной работы – разработать рекомендации по совершенствованию управления развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» курганской области)

Задачи данной работы:

– изучить теоретико-методологические основы исследования сферы здравоохранения;

– проанализировать управление развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области;

– разработать рекомендации по совершенствованию управления развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области.

Работа состоит из: введения, трёх глав, заключения и библиографического списка.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Понятие и сущность государственного управления здравоохранением в Российской Федерации

Управление – это различные способы воздействия субъекта (нескольких субъектов) на объект (объекты), изменяющие положение, поведение, свойства, качества объекта. При этом под управлением чаще всего понимают воздействие, которое имеет целевое назначение и при котором объект поддается регулированию[23].

В соответствии с множественностью субъектов управления в целом, можно выделить следующие виды управления здравоохранением[12]:

1) Международное управление здравоохранением. Оно осуществляется органами, которые созданы мировым сообществом или региональными международными объединениями, если им договорами государств предоставлены функции управления здравоохранением. Такое управление является производным от государств, которые создают соответствующие международные органы.

2) Государственное управление. Оно осуществляется в пределах государственного организованного общества той или иной страны.

3) Управление в субъектах Федерации (область, край, автономный округ и др).

4) Государственное муниципальное управление здравоохранением.

Г.В. Атаманчук, д.ю.н., профессор, зав. кафедрой государственного управления и правового обеспечения госслужбы РАГС при Президенте РФ, отмечает, что основу классификации видов управления составляет источник и потенциал власти субъекта управления. В зависимости от этого он выделяет: государственное управление (это наиболее важный, всеохватывающий и властный вид управления); местное самоуправление – это подвид государственного управления в демократическом обществе, субъектом которого

являются жители населенных пунктов и административных территорий; менеджмент (руководство предприятия, фирмы, руководящий орган); общественное управление; групповая саморегуляция; целесообразное поведение человека[10].

Как известно, в настоящее время учёные выделяют механические, биологические и социальные виды управляемых систем, из которых социальные системы управления относятся к наиболее сложным, так как представляют собой управление многочисленными и разнообразными социальными процессами, протекающими в человеческих общностях, в том числе в государстве как самой широкой и сложной устойчивой человеческой общности. Разновидностями социального управления выступают общественное, муниципальное и государственное управление.

Таким образом, несмотря на многообразие видов управления, государственное управление занимает приоритетное положение, поскольку наибольший управленческий потенциал сосредоточен именно у государства.

Государственное управление как определенного рода социальная деятельность понимается в широком и узком значении[31]. В широком смысле – это организующая, упорядочивающая деятельность государства, государственное регулирование различных общественных отношений путем деятельности любых государственных органов всех ветвей власти, а также государственных служащих. В узком (организационно-правовом) смысле – это административная, исполнительно-распорядительная деятельность государства, связанная с реализацией исполнительной государственной власти как одной из ветвей государственной власти, осуществляемая системой специальных государственных органов исполнительной власти или органов государственного управления. Для целей проводимого исследования, государственное управление следует рассматривать в узком значении, так как именно в организационно-правовом смысле государственное управление является основным объектом

административно-правового регулирования и сферой действия норм административного права.

Таким образом, государственное управление, являясь разновидностью социального управления, представляет собой подзаконную деятельность административного, исполнительно-распорядительного, практически организующего характера, осуществляемую исполнительно-распорядительными органами государственной власти (органами управления) [21].

Существование государственного управления здравоохранением в России обусловлено признанием человека, его жизни и здоровья высшими первичными ценностями, относительно которых определяются другие ценности и блага всего общества. Поэтому управление здравоохранением является комплексной задачей всего общества, в реализации которой принимают участие множество секторов народного хозяйства и структур управления (от федеральных до местных органов самоуправления).

В свою очередь задача управления здравоохранением сводится к наиболее эффективному достижению цели путем повышения качества лечебных, диагностических и профилактических мероприятий и рациональному использованию ресурсов здравоохранения. В связи с этим государство ставит перед собой задачи, направленные на обеспечение охраны здоровья граждан, реализовать которые призвана именно государственная система управления здравоохранением.

Обращает на себя внимание тот факт, что термин «управление здравоохранением» встречается довольно часто во многих нормативных правовых актах, принятых в сфере здравоохранения, однако его значение нигде не раскрывается[14].

Поэтому, прежде чем сформулировать понятие «государственное управление здравоохранением», необходимо рассмотреть ряд особенностей данной категории.

Следует отметить, что в исследовании вопросов управления здравоохранением используется системный подход к решению управленческих задач, на научных основах строится система и структура, комплектуются кадры аппарата управления здравоохранением. Кроме того, в целях координации деятельности и осуществления государственной политики в области здравоохранения Правительство Российской Федерации уполномочивает специально образованные федеральные органы или иные федеральные органы исполнительной власти на решение задач в сфере охраны здоровья населения. Именно эти органы, с присущими им полномочиями и структурой, осуществляют организацию реального воплощения целей здравоохранения по уменьшению потерь потенциальной и активной жизни населения, и в своей совокупности представляют системы управления. Следовательно, системе здравоохранения в России присуще наличие соответствующей системы государственного управления.

Система управления здравоохранением в России – одна из подсистем управления обществом, имеющая определённую внутреннюю организацию и функции, связь с другими системами и перспективы дальнейшего развития[10].

Содержание управления здравоохранением составляет совокупность общих и специальных исполнительно-распорядительных функций. К общим функциям относятся разработка государственных программ, их финансирование, контроль, решение кадровых вопросов; к специальным – организация лечебно-профилактической помощи, размещение сети лечебно-профилактических и других организаций здравоохранения, обеспечение медицинских организаций и населения лекарственными средствами и другими медицинскими изделиями и оборудованием, организация санитарно-эпидемиологического надзора, производство медицинских экспертиз, развитие медицинской науки, работа по профилактике заболеваний среди населения.

Управление здравоохранением имеет своим предметом распределение публичных финансовых ресурсов на цели реализации государственных гарантий в

области охраны здоровья. Местом освоения этих ресурсов является сфера хозяйствования, товарообмена, экономического оборота в области охраны здоровья. Система управления здравоохранением в сфере товарообмена осуществляет размещение финансовых средств. Размещая их в одном из секторов, система управления влияет на его экономическое развитие. Размещая их у избранных субъектов хозяйствования, система управления способствует росту их благосостояния. Тем самым управление здравоохранением происходит посредством организации перераспределения финансовых ресурсов в сфере хозяйствования и спроса по финансовым вложениям. Такое управление осуществляется средствами координации и не находится в противоречии с характером отношений в оборотном пространстве.

Структура системы управления здравоохранением включает следующие элементы: субъект, объект и их связи, собственно процесс государственного управления (функции, формы и методы, цели и задачи). Рассмотрим их подробнее[23,39].

Итак, исследуемой системе здравоохранения присуще, в первую очередь, наличие двух взаимосвязанных элементов: управляющего (субъекта) и управляемого (объекта). В качестве субъектов выступают органы государственного и муниципального управления здравоохранением, руководство общественных объединений (Президент РФ, Правительство РФ, Министерство здравоохранения и социального развития РФ и субъектов Федерации; органы местного самоуправления в области здравоохранения; Федеральные фонды социального страхования и обязательного медицинского страхования; органы, имеющие в своем ведении учреждения здравоохранения, например, Министерство обороны РФ, Министерство внутренних дел РФ, Министерство транспорта и связи и др.) [40].

Объектами государственного управления здравоохранением являются учреждения здравоохранения, испытывающие на себе государственное воздействие названных выше субъектов. К ним относятся: поликлиники,

диспансеры, больницы, родильные дома, аптеки, консультации, центры санитарно – эпидемиологического надзора, специализированные санатории, станции скорой медицинской помощи, судебно – медицинские и другие учреждения здравоохранения. Они подразделяются на государственные (федеральные или субъектов Федерации), муниципальные и частные.

Следует отметить, что, будучи сложной по своей структуре, система управления здравоохранением имеет не одну, а много связанных между собой целей, которые взаимно дополняют друг друга, но в то же время имеют различную направленность. Однако по своей природе они не противоречивы, так как отражают различные стороны главной цели управления здравоохранения в России, в качестве которой выступают выработка и применение системы мер, направленных на снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах. Главная цель управления распадается на производные (подцели) различного порядка, которые ставятся перед субъектом управления[42]. Анализ содержания правовых актов органов государственного управления здравоохранением, уставов, положений, регламентирующих деятельность учреждений здравоохранения, литературы по вопросам здравоохранения позволяет определить наиболее важные подцели управления здравоохранением(рисунок 1).

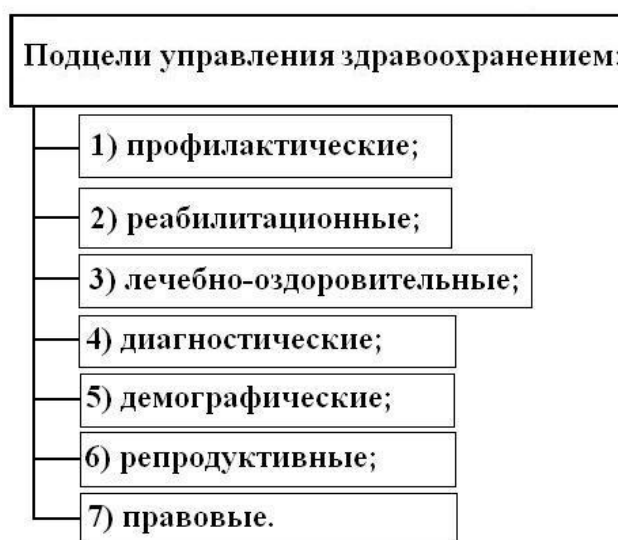


Рисунок 1 – Классификация подцелей управления здравоохранением

Цели управления определяют суть управленческого решения: выбор действий, при помощи которых цели должны быть достигнуты.

Также принято различать цели управления здравоохранением, которые разделяются «по значимости»(рисунок 2).



Рисунок 2 – Виды целей управления здравоохранением

Формы государственного управления представляют собой внешнее выражение практической реализации функций и методов управления, самого управляющего воздействия, конкретных действий, производимых в процессе осуществления исполнительной власти, административной деятельности[44]. Формы и методы управления сложной системой здравоохранения в целом и на отдельных территориях определяются рядом факторов: социальные факторы (социальная направленность решений и действий федеральных, региональных и муниципальных органов власти); уровень социально – экономического развития страны в целом и отдельных регионов; реализация принципов социальной справедливости и доступность для всех членов общества достижений науки и практики в области охраны здоровья населения; уровень научного обеспечения проблем охраны здоровья населения; адаптация международного опыта в области медико – социального обеспечения населения РФ в целом и в различных регионах [46].

Формы управления здравоохранением можно классифицировать на правовые и неправовые[36]. Выбор формы управленческих действий органами управления и должностными лицами в каждом конкретном случае подчинен определенным правилам: она должна соответствовать компетенции данного органа, назначению,

функциям, правовым методам управленческой деятельности характеру разрешаемых вопросов, целям управляющего воздействия, особенностям конкретного объекта. Особенность правовых форм управления здравоохранением состоит в юридических последствиях для субъектов отношений в области здравоохранения. Основными формами такого типа являются правотворческая и правоприменительная деятельность. По общему правилу функции нормотворчества в настоящее время исполняет Министерство здравоохранения и социального развития РФ (например, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 октября 2005 № 645 «Об утверждении Типового положения о территориальных органах Федерального медико-биологического агентства»).

К неправовым формам управления относятся информативно-организационные (совещания, заседания) и материально-технические (использование технических средств и аналитических материалов в процессе управления здравоохранением и др.)

Методы государственного управления – средства практического осуществления функций государственно-управленческой деятельности, достижения ее целей, а также возможности организующего воздействия управляющих субъектов на руководимые объекты, подчиненных лиц. Обычно принято различать экономические, административные и идеологические методы управленческой деятельности. Среди всего многообразия методов управления (методы психологического, экономического воздействия, убеждение, принуждение, стимулирования и др.) для отрасли здравоохранения особое значение имеет административный метод, связанный с организационно-властным воздействием, формами проявления которого являются директива, приказ, указание управляющего субъекта руководимым объектам о целях, характере и способах их деятельности. Они могут быть экономически выгодны государству, а могут быть необходимы по другим причинам (например, производство дорогостоящего высокотехнологичного медицинского оборудования).

Немаловажную роль в управленческом процессе управления здравоохранением играют идеологические методы, представляющие собой государственное воздействие на сознание людей, которое связано с использованием различного рода призывов, лозунгов, политических программ, социальных концепций и других средств группового воздействия (например, на пачках сигарет от имени государства – Министерства здравоохранения и социального развития РФ есть надпись, предупреждающая о том, что курение опасно для здоровья)

Государственное управление здравоохранением – это целенаправленная, планомерная, непрерывная деятельность органов государственной власти, которая проявляется в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения) и преследует своей целью обеспечение граждан гарантированным государством правом на получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи[23].

Таким образом, в настоящее время для организации управления в области здравоохранения отсутствует единая система управления, что негативно сказывается на медицинском обслуживании населения. Поэтому важнейшей задачей государства является упрочнение позиций государственных органов.

1.2 Анализ зарубежного опыта управления развитием здравоохранения

Рассмотрим зарубежный опыт государственного и муниципального управления в сфере здравоохранения.

Характер, уровень, возможности здравоохранения определяются социально – экономическим фактором. Среди этих факторов и условий первоочередное значение приобретает ресурсы, средства обеспечения здравоохранения и их источники – государственный бюджет, средства предприятий и взносы частных лиц[38].

В зависимости от источника средств обеспечения здравоохранения выделяют 3 основные системы здравоохранения[39]:

1. Государственная система здравоохранения финансируется преимущественно (до 90 %) из бюджетных источников. Наиболее демонстративно такая система здравоохранения представлена в Великобритании. А также существует в Дании, Ирландии.

2. Страховая система здравоохранения за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государств. Наиболее полно и четко представлена в таких европейских странах как Германия, Франция.

3. Частнопредпринимательская система здравоохранения формируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населения. Данная система наиболее характерна для США[47].

Однако ни одна из перечисленных систем организации здравоохранения не существует в чистом виде. Во многих государствах существует, и развиваются смешанные системы различные организационные формы. Поэтому правильнее говорить о преимущественно государственном страховании и преимущественно частной системе здравоохранения.

Государственная система здравоохранения финансируется из общих налоговых поступлений предприятий и граждан в госбюджет. Все средства, формирующиеся в центральном бюджете здравоохранения, распределяется сверху вниз по управленческим вертикалям[39].

1. При государственной системе здравоохранения:

1) основная часть медицинских учреждений принадлежит государству;

2) государство:

– планирует сеть ЛПУ в стране;

– ведет строительство ЛПУ;

– приобретает мед оборудования для ЛПУ;

– готовит медицинские кадры;

– финансирует текущее содержание медицинских учреждений, развитие мед науки, проведение профилактических мероприятий.

Преимущества государственной системы:

- равенство граждан в получении медицинской помощи;
- обеспечение бесплатной медицинской помощью населения;
- централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения;
- экономическое расходование выделяемых средств исключается.

Недостатки государственной системы здравоохранения:

- ограниченность возможности привлечения дополнительных вложений;
- недостаток финансирования приводит к недостаточной технической оснащенности, современным оборудованьям, тормозит видение современных технологий;
- отсутствие контроля за расходом средств здравоохранения со стороны населения;
- отсутствие четких примеров качества медицинской помощи.

Устранение недостатков проводится путем реформирования здравоохранения: внедряются экономические методы управления, прежде всего медицинское страхование.

В Великобритании в настоящее время существует общенациональная государственная система здравоохранения. Деятельность медицинских учреждений и медицинских услуг на 85 % – 87 % обеспечивается государственным бюджета, остальные средства поступают из добровольного медицинского страхования и частных источников. Бюджет распределяется в соотношении с решением парламента правительства через министерство. Департамент здравоохранения – центральный орган управления.

Действуют государственные целевые формы поддержки:

- Фонд №1 – охраны здоровья матери и ребенка (в возрасте до 1 года);
- Фонд №2 – подростковый;

Фонд №3 – организация медицинской помощи населению в экстренных условиях;

Фонд №4 – медицинская помощь ветеранам и т.д.

Система здравоохранения Великобритании имеет структуру, состоящую из трех секторов[27]:

1. Сектор оказания первичной медико – санитарной помощи (ПМСП) представлен амбулаторными поликлиниками, учреждениями, аптеками где работают врачи общей практики, фармацевты. Здесь работает более 1\3 врачей, которые получают оплату за каждого пациента;

2. Госпитали, амбулатории при госпиталях, где работают врачи специалисты, в том числе стоматологи, офтальмологи и другие специалисты (Около 1\3 врачей);

3. Санитарно – гигиенические организации социальных медицинских работников (сестры по уходу, патронажная сестра).

Каждый спектр при общем контроле и координации деятельности со стороны центральных ведомств по здравоохранению имеет свой специфический механизм управления (структуру, организации).

Спектр первичной медико-санитарной помощи под контролем соответствующим комитетом (комиссиям) имеющимся в каждом районе (около 500) и состоящем из представителей администрации, профсоюзов здравоохранения, общественных организаций.

Деятельность стационаров контролируется больничными советами или комитетами, имеющихся в районах и регионах. Таких регионов и соответственно советов 15 – по числу медицинских факультетов университетов, клиники которых являются организационно методическими и научными центрами регионов. Советы также состоят из представителей общей администрации, профсоюзов, медицинской администрации, населения.

Преимущества английской системы здравоохранения:

- семейное обслуживание;
- высокая квалификация и хорошая организация;

Недостатки: нехватка ресурсов; измененная централизация и монополистические управления.

К преимущественно государственной системе можно также отнести здравоохранение Дании, Ирландии.

Страховая система здравоохранения. Обязательное социальное страхование, в том числе медицинское, начинает свою историю во второй половине XIX века со страховых законов канцлера Германии О. Бисмарка. Первый из них «Закон о страховании рабочих по случаю болезни» был принят в 1883 г. Затем и в других странах стали применяться законы, положившие начало организационной системе страховой медицины. В России она существует с 1912 г.

В настоящее время страховая система здравоохранения наиболее распространена в мире. Она характеризуется:

- 1) система управляется государственными органами;
- 2) финансируется здравоохранение из 3 источников:
 - отчислений из заработной платы;
 - отчисление от доходов (налогов);
 - средств госбюджета.

Как правило, в странах со страховой медициной действует трехуровневая структура службы здравоохранения:

1. Центральный (федеральный, общегосударственный) – Министерство (Департамент, Комитет, Совет) здравоохранения и непосредственно подчиненные к нему учреждения (крупные центры, больницы).

2. Региональный (областной, провинциальный), на которые работают муниципальные и частные медицинские учреждения.

3. Местные (районные, уездные), на которые действует, главным образом, частные, благотворительные, некоторое число общественных, муниципальных – преимущественно сельских учреждений и определенные врачи или их группы (групповая практика).

Большая часть коечного фонда и медицинского персонала занята на вторых и третьих уровнях управления. В странах со страховой медициной, как в большинстве экономически развитых, низового доврачебного уровня (медицинские пункты со средним и младшим персоналом) не бывает, и организация всей медицинской помощи, в том числе первичной, осуществляется врачами и средним медицинским персоналом.

К преимущественно страховой системе принадлежит большинство стран Европы, некоторые государства Латинской Америки, Япония и др. В Германии медицинское страхование является частью общегосударственной системой социального страхования. Средства на страхование слагаются из всех трех источников: 6,5 % от заработной платы работника, 6,5 % от доходов предпринимателей, остальные средства дотирует государство из бюджета. Таким образом, финансирование здравоохранения обеспечивается на 60 % за счет социального страхования, 15 % из средств государственного бюджета, 10 % – средства добровольного медицинского страхования и 15 % – личными средствами граждан. Обязательным медицинским страхованием охвачено более 90 %. Все операции по страхованию здоровья осуществляет более 1200 страховых касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Контроль заключается в установлении на конкретный срок тарифа за определенные медицинские услуги в установленных единицах.

Структура управления и организации медицинской помощи в Германии:

- общенациональный контроль осуществляет федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи;

- все медицинские учреждения работают на 3 административных уровнях: федеральном, региональном, местном.

Во Франции превалирует социальный источник финансирования здравоохранения. За счет социального страхования обеспечивается 75 % финансирования здравоохранения. Этой системой охвачено 80 % населения.

Система социального страхования включает более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной страховой, организацией, имеющей свои отделения в регионах. Пациент оплачивает медицинские услуги, получает квитанцию, по которой в страховой компании возвращают 75 % за медпомощь и 70 % – 90 % за медикаменты. Размер стоимости медицинских услуг регламентируется правительством и регулярно пересматривается. Медучреждения располагаются на трех основных уровнях: общенациональный, региональный местный. Характерная фигура здравоохранения Франции – частный врач общей практики (семейный).

Структура организации и управления здравоохранением во Франции представлена на рисунке (рисунок 3).



Рисунок 3 – Структура организации и управления здравоохранением во Франции

Частнопредпринимательская система здравоохранения присутствует в США[47]. Такая система финансируется преимущественно за счет личных средств граждан. США – страна с выраженными капиталистическими отношениями и рыночной экономикой. Ведущая форма организации здравоохранения – добровольное частное медицинское страхование. В США более 2000 страховых медицинских компаний. В стране отсутствует единое добровольное медицинское страхование.

Государственными являются программы «Медикэр» и «Медикэйд».

«Медикэр» – это программа для престарелых (старше 65 лет) и потерявших трудоспособность. Эта программа также предусматривает добровольное страхование, но условием, которого государство открывает 80 % стоимости лечения, а остальные 20 % оплачивает сам пациент. Программа обеспечивает страховки для 13 % населения.

«Медикэйд» – государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Малоимущим гражданам предоставляется бесплатная медпомощь по данной программе, если они имеют детей, являются беременными, слепыми, нетрудоспособными. Около 60 % тех, кто живет ниже среднего уровня, охвачен программой. Начиная с 60-х гг. XX в. в стране работают «Организации по поддержанию здоровья», являющиеся, по сути, страховым компаньоном по основным видам внебольничной помощи, чем удается снижать расходы за счет проведения продолжения лечения в амбулаторных условиях, вместо стационарных, избежать неэффективных и неоправданных назначений.

Координацию деятельности всех медучреждений осуществляет Департамент министерства здравоохранения и благосостояние. Департамент осуществляет контроль за санитарно – эпидемической ситуацией, производством и продажей лекарств через свой НИИ организует выполнение исследовательских программ по актуальным проблемам.

В США в составе региональных правительств во главе с губернаторами имеются департаменты здравоохранения, ведающие большинством медицинских учреждений, в том числе психиатрическими, инфекционными, амбулаторными поликлиническими центрами. Расходы на здравоохранение в США достигают 14 % от ВВП. Сумма, выделяемая на здравоохранение составляет 1 млрд \$. Данные средства, затрачиваемые на здравоохранение, позволяет разрабатывать и внедрять эффективные медицинские технологии, добиваться высокого качества медпомощи, проводить научные исследования.

В бывших социалистических странах Центральной и Восточной Европы, а также некоторые независимые государства, входящие ранее, а состав СССР, где медпомощь была всеобщей и бесплатной проводится реформирование здравоохранения, заключающееся в приватизации страховании и децентрализации государственного финансирования.

Подводя итог, можно сказать, что каждая страна выбирает сама оптимальный метод государственного управления здравоохранения, учитывая множество финансово-экономических и социально-политических факторов. Основными тремя видами управления в здравоохранения пользуются в большинстве стран мира (рисунок 4).

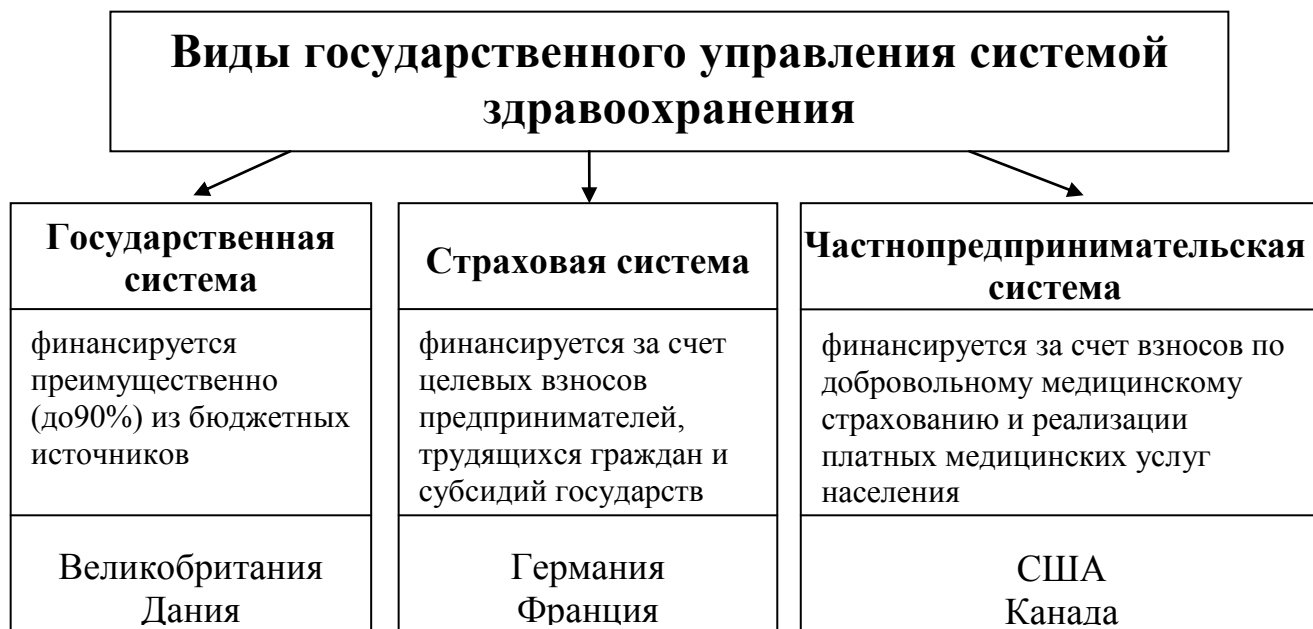


Рисунок 4 – Виды государственного управления системой здравоохранения

Изучив опыт реформирования здравоохранения зарубежных стран, можно сделать вывод о том, что крупномасштабные реформы в части расширения направлений деятельности муниципалитета, связанных с медицинской профилактикой, на пороге которых находится Российская Федерация, приводят к снижению заболеваемости социально значимыми болезнями и повышению доступности услуг здравоохранения.

1.3 Разграничение предметов ведения и полномочий между органами Российской Федерации и органами субъектов РФ в области здравоохранения

В процессе управления здравоохранением в России принимают участие многие органы государственной власти и местного самоуправления. Однако в ходе организации здравоохранения существует множество функций, задач, элементов руководства подведомственными системами, которые могут осуществить далеко не все органы исполнительной власти. Решение этой проблемы достигается путем распределения полномочий и предметов ведения между федеральными и региональными структурными звеньями государственной власти. Поскольку Конституция РФ гарантирует местное самоуправление, возникает также необходимость разграничения предметов ведения и полномочий между исполнительными органами субъектов Федерации и муниципальными органами [1, 2, 12].

Современная система российского здравоохранения является единой федеративной, означающей государственную целостность и разграничение предметов ведения и полномочий; состоит из равноправных субъектов – региональных систем здравоохранения.

Полномочия органа управления здравоохранением представляют собой права и (или) обязанности применять необходимые в определенной ситуации формы и методы управления для решения предметов ведения и отражают, закрепляют и показывают пределы участия данного органа в осуществлении той или иной функции управления.

Таким образом, понятия «полномочия» и «предметы ведения» неразрывно связаны между собой, так как предметы ведения предопределяются характером и объемом предоставленных полномочий.

Государственное устройство Российской Федерации предусматривает разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органами местного

самоуправления. При этом ряд вопросов находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Необходимость в разграничении предметов ведения между РФ и ее субъектами обусловлена следующими причинами:

Во-первых, в демократическом государстве в условиях рыночной экономики предполагается наличие достаточно ограниченных административных ресурсов. С такими ресурсами задачу управления можно эффективно решить только в том случае, если приблизить органы управления здравоохранения к объекту управления, в том числе позволив – в определенных пределах – осуществлять необходимое нормативное правовое регулирование на соответствующем уровне. Приближение органов власти к объекту управления позволяет принимать оптимальные управленческие решения в кратчайшие сроки с максимальным учетом местных особенностей, и тем самым эффективно влиять на экономическую ситуацию в стране.

Во-вторых, субъекты РФ существенно отличаются друг от друга по уровню социально – экономического развития, в том числе в части специальных материальных финансовых и человеческих ресурсов отрасли здравоохранения. Это требует учета в правовом регулировании, который возможно осуществить, либо, предусмотрев в нормативных правовых актах федерального законодательства особенности всех субъектов РФ, либо предоставив им полномочия и соответствующие материальные ресурсы, чтобы они сами в рамках, установленных федеральным законодательством, регулировали отношения в сфере здравоохранения с учетом региональной специфики.

Полномочия и предметы ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации определяются Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, частично Федеративным договором, который применяется в части, не противоречащей Конституции Российской Федерации. Нормы Конституции РФ, а также нормы федеральных законов, связанные с координацией вопросов здравоохранения, позволяют, с одной стороны

разграничить, а с другой – скоординировать полномочия в сфере здравоохранения всех уровней государственной власти, в том числе субъектов РФ и муниципальных образований[1].

Вместе с тем, разграничение полномочий исполнительных органов в области здравоохранения определяется Конституцией РФ в самом общем виде. Поэтому, помимо Конституции РФ, правовую основу разграничения полномочий в сфере здравоохранения между органами государственной власти РФ, субъектов РФ органами местного самоуправления, а также деятельности муниципальных образований по оказанию услуг в области здравоохранения составляют следующие нормативные акты: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; «Об общих принципах организации деятельности законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»; «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»; «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О донорстве крови и ее компонентов», «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», «О лекарственных средствах» и др. [1,4]

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан закрепляют полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в области охраны здоровья в ст. 5, 6 и 8 соответственно.

С 1 января 2005 г. вступил в силу ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ [4]. В соответствии с

этим законом внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан.

Основная масса поправок внесена с целью разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило всю систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения.

В соответствии со ст.35 упомянутого закона внесены изменения в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Так, в статье, определяющей полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья (ст.5), признаны утратившими силу статьи, определяющие полномочия органов государственной власти в установлении структуры, порядка организации и деятельности федеральных органов управления государственной системы здравоохранения. Также из Основ исключены полномочия по определению доли расходов на здравоохранение при формировании федерального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики в области охраны здоровья. Это связано с тем, что структура и порядок организации и деятельности федеральных органов исполнительной власти регулируются Федеральным конституционным законом «О Правительстве Российской Федерации» и не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья граждан. Формирование федерального бюджета и налоговая политика определяются Бюджетным и Налоговым кодексами РФ и также не могут регулироваться специальным законодательством об охране здоровья[1,4].

Исключены полномочия по установлению льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении[14]. Эти и все последующие исключения из законодательства льгот различным категориям населения связаны с «приведением системы социальной защиты граждан, которые пользуются льготами и социальными гарантиями и которым

предоставляются компенсации, в соответствии с принципом разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, а также принципами правового государства с социально ориентированной рыночной экономикой» (преамбула Федерального закона № 122 от 22.08.2004 г.) [4].

В полномочия федеральных органов государственной власти введены полномочия по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности; выдаче разрешений на применение на территориях субъектов РФ новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий, деятельности, связанной с оборотом наркотических, сильнодействующих и психотропных средств. Ранее эти полномочия относились к полномочиям субъектов РФ. Думается, что это нововведение, с одной стороны, будет способствовать расширению контрольных полномочий федеральных органов, что должно привести к повышению эффективности оказания медицинской помощи, но, с другой стороны, Министерство здравоохранения и социального развития РФ не сможет контролировать деятельность всех медицинских и фармацевтических организаций в огромной стране. Поэтому, целесообразно оставить упомянутые полномочия в ведении регионов.

Новации коснулись также отношений в области финансирования здравоохранения и лекарственного обеспечения, на основе принципов разграничения полномочий между федеральными, региональными органами государственной власти и органами местного самоуправления. В результате указанных преобразований с 2005 года регионы сами финансируют все свои обязательства.

Многие полномочия и финансовые обязательства федеральных органов власти переходят на уровень субъектов РФ, в частности разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, медицинскому образованию, расходы на здравоохранение, специализированную помощь (по лечению

кожно-венерологических, онкологических заболеваний, туберкулеза, наркозависимости), включая обеспечение специализированных учреждений лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами, донорской кровью и ее компонентами. Фактически диагностика, лечение и лекарственное обеспечение больных социально значимыми заболеваниями также будут финансироваться только из региональных бюджетов. Подобное разграничение полномочий крайне несправедливо. Получается, что стандарты оказания помощи больным, например, социально-значимыми заболеваниями будут разрабатываться с учетом финансовых возможностей субъектов РФ. Но в каждом регионе такие возможности существенно разнятся, следовательно, в итоге больные получают медицинскую и лекарственную помощь разного качества, что в принципе является недопустимым.

Широкий диапазон вопросов, решаемых самостоятельно субъектами РФ, говорит о том, что в каждом регионе всегда имеется ряд первоочередных проблем в области здравоохранения, оперативность и качество решения которых во многом зависят от четкости разграничения предметов ведения и полномочий между органами государственной власти различных иерархических уровней.

Таким образом, жестко разграничив полномочия в вопросах здравоохранения с субъектами РФ, ответственность за возможные проблемы в этой сфере федеральный центр возложил на регионы.

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, по соглашению друг с другом (на основе договора), могут передавать друг другу часть своих полномочий, если это не противоречит Конституции Российской Федерации и федеральным законам. Федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения разрабатывает типовые соглашения в области здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия между Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации, которым предусматриваются обязательства сторон[14]:

– по реализации государственной политики в области здравоохранения, федеральных целевых программ в области здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;

– по развитию системы здравоохранения и обеспечению граждан медицинской помощью в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации государственными социальными стандартами и программами государственных гарантий в организациях здравоохранения, расположенных на территории субъекта Российской Федерации и подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Положения типовых соглашений применяются при разработке конкретных соглашений субъектов Российской Федерации, которые являются неотъемлемой частью договора о разграничении предметов ведения и полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъекта Российской Федерации. В указанных соглашениях не могут устанавливаться условия, снижающие объем и качество оказания медицинской помощи гражданам по сравнению с установленным Федеральным законом уровнем.

Одним из основополагающих принципов местного самоуправления является наличие собственной выделенной компетенции. Под компетенцией исполнительного органа местного самоуправления, следует понимать «совокупность властных полномочий, осуществляемых самостоятельно и под свою ответственность, по выполнению задач и функций исполнительного органа местного самоуправления, создаваемого в соответствии с законодательством и уставом муниципального образования по предметам ведения муниципального образования, закрепленным в нормативно-правовых актах». Селютина Е.Н, к.ю.н, доцент, зав. кафедрой теории и истории государства и права РАНХиГС, полагает, что «компетенция органов местного самоуправления включает полномочия по решению вопросов местного значения (собственная компетенция) и полномочия,

полученные от органов государственной власти (выделенная компетенция)» [31]. Считаем, что приведенные понятия подробно раскрывают содержание термина «компетенция органа местного самоуправления». Следует также отметить, что компетенция муниципального образования определяется на основании Конституции Российской Федерации, федеральных законов (по вопросам местного самоуправления и отраслевых), законов субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов органов местного самоуправления[1].

Исходя из того, что местное самоуправление – власть подзаконная, законом устанавливаются предметы ведения либо возможность принятия к ведению муниципального образования того или иного вопроса, а также права и обязанности (полномочия) органов местного самоуправления. Причем в Российской Федерации осуществление местного самоуправления, то есть решение вопросов местного значения, органами государственной власти и государственными должностными лицами не допускается. Отсюда является принципиально важным определение исключительных полномочий местного самоуправления.

Основными принципами деятельности органов местного самоуправления в области охраны здоровья населения являются:

- соблюдение прав человека и гражданина в области здравоохранения;
- приоритет профилактических мер;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

Органы местного самоуправления осуществляют контрольные функции в сфере охраны здоровья населения, в частности, за соблюдением стандартов качества медицинской помощи лечебными учреждениями, в том числе и частной системы здравоохранения, обеспечением граждан лекарственными средствами на территории муниципального образования. Они осуществляют финансирование мероприятий, связанных с созданием условий для развития физической культуры и спорта.

Часть вопросов местного значения не может решаться органами местного самоуправления в отрыве от государственных органов, так как их решение связано с реализацией конституционных прав населения либо с осуществлением государственной социальной политики. В свою очередь в ведении местного самоуправления могут находиться также передаваемые законом отдельные государственные полномочия. Поэтому необходимо внедрять в практику заключение публично-правовых муниципальных договоров. В форме такого договора могут быть оформлены отношения органов государственной власти субъекта Федерации и органов местного самоуправления.

Таким образом, состояние нормативно-правовой базы разграничения компетенций Российской Федерации и ее субъектов в сфере охраны здоровья населения не соответствует насущным проблемам отрасли. Она нуждается в серьезном незамедлительном улучшении. Это касается как принятия новых законов, так и корректировки проекта закона «О здравоохранении в Российской Федерации», обсуждаемого в Государственной Думе РФ[2, 12].

Важное место в решении проблем уточнения полномочий Федерации в сфере охраны здоровья населения должны занять вопросы усиления вертикали управления, координирующей роли Федерации, дальнейшее формирование системы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью за счет общественных источников.

Необходимо введение в практику законотворчества «модельных» законов по разграничению компетенции между Российской Федерацией и ее субъектами в сфере здравоохранения, в которых учитывались бы предметы ведения и объем полномочий органа исполнительной власти соответствующего уровня и отраслевой направленности, поскольку специфика компетенции каждого их государственных органов проявляется, главным образом, в характере и объеме полномочий.

При этом следует учесть, что в процессе осуществления мер по охране здоровья нередко возникают вопросы, для решения которых определенным

органам исполнительной власти необходимы исключительные полномочия, например, при вспышках инфекционных заболеваний и эпидемиях, экологических бедствиях, массовом травматизме и др. Перечень таких полномочий должен быть четко установлен законодательством.

Выводы по разделу. Охрана здоровья граждан – это первостепенная задача государства, обязательное условие нормальной жизнедеятельности любого общества и системе здравоохранения здесь принадлежит ведущая и координирующая роль. В соответствии с Конституцией Российской Федерации государство возлагает на себя ответственность за сохранение и укрепления здоровья населения и гарантирует охрану здоровья каждого гражданина. Согласно положениям, прописанным в Конституции и иных законодательных актах, охрана здоровья – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического характера, направленных на сохранение, и укрепление здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержание активной долголетней жизни[1].

Здравоохранение является одним из основных и неотъемлемых элементов структуры социальной сферы, которая всегда должна находиться в числе первых интересов государства.

Исторически сложилось так, что отечественное здравоохранение всегда отличалось от здравоохранения других стран своей социальной направленностью. В начале XX века советскими врачами удалось создать централизованную государственную медицину[20]. Система Семашко – советская модель здравоохранения в свое время была передовой, не имеющих аналогов в мире. Подобная модель организации здравоохранения стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, Всемирная Организация Здравоохранения рекомендовала использовать отдельные

ее элементы в ряде стран. К примеру, на основе данной модели была создана модель оказания медицинской помощи в Великобритании. Однако тотальная политизация сдерживала развитие медицинской науки, которая развивалась изолированно от мировой, нередко в ложном направлении. Эти и ряд других стратегических ошибок привели к кризису советской модели.

На современном этапе государство пытается исправить ошибки, допущенные ранее, чтобы спасти систему от кризиса, в котором она находится после распада Советского Союза.

Роль государственного регулирования в настоящее время является ведущей в данной отрасли. Приоритетными направлениями государственной политики в сфере здравоохранения являются, создание мер для естественного прироста населения, а также обеспечение высокого уровня жизни граждан. Только государство, имея в наличии все необходимые административные, правовые и экономические инструменты, способно оказывать влияние на сложившуюся ситуацию. Основные направления реформирования системы здравоохранения в России показывают, что политика государства по развитию данной сферы в долгосрочной перспективе предполагает создание не только единой правовой системы регулирования, а целого комплекса мероприятий, способствующих их реализации.

В настоящее время управление системой здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями социально-экономического развития системы здравоохранения, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер. На данный момент, нет ни одной страны в мире с эффективной моделью организации здравоохранения, все они находятся в стадии реформирования, стараясь подстраиваться под факторы, оказывающие влияние на отрасль.

2 АНАЛИЗ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ «МОКРОУСОВСКАЯ ЦРБ» КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

2.1 Анализ обеспеченности населения Курганской области услугами здравоохранения

Площадь Курганской области составляет 71 486,7 тысячи квадратных километров. Областной центр – город Курган с населением 325 565 человек. В Курганской области на 1 января 2017 года проживало 885 759 человек. Плотность населения – 12,3 человека на один квадратный километр[52].

Возрастной состав населения характеризуется высокой долей лиц старших возрастных групп: количество лиц старше трудоспособного возраста – 231 011 человек (26,0 % от всего населения Курганской области), в трудоспособном возрасте – 499 679 человек (57,0 %), моложе трудоспособного возраста – 155 069 человек.

Одной из основных сложившихся негативных тенденций социально-экономического развития Курганской области является нестабильная демографическая ситуация, которая характеризуется естественной убылью населения из-за превышения уровня смертности над рождаемостью[6].

Причиной сокращения численности населения являются естественная и миграционная убыль.

В 2016 году в сравнении с 2015 годом произошли следующие изменения основных показателей, характеризующих демографическую ситуацию и состояние здоровья населения (рисунок 5):

- рост на 1,4 % уровня рождаемости (с 13,8 до 14,0 случая на 1000 населения);
- рост на 1,25 % показателя общей смертности (с 15,9 до 16,1 случая на 1000 населения) при сокращении количества умерших на 120 человек в абсолютных числах;

– сохранение показателя естественной убыли населения на уровне –2,1 случая на 1000 населения;

– рост удельного веса смертности в трудоспособном возрасте с 27,74 % до 28,44 %;

– снижение на 3,4 % показателя младенческой смертности (с 8,8 до 8,5 случая на 1000 родившихся живыми);

– снижение в 1,9 раза материнской смертности (с 16,1 до 8,2 случая на 100 тысяч родившихся живыми).

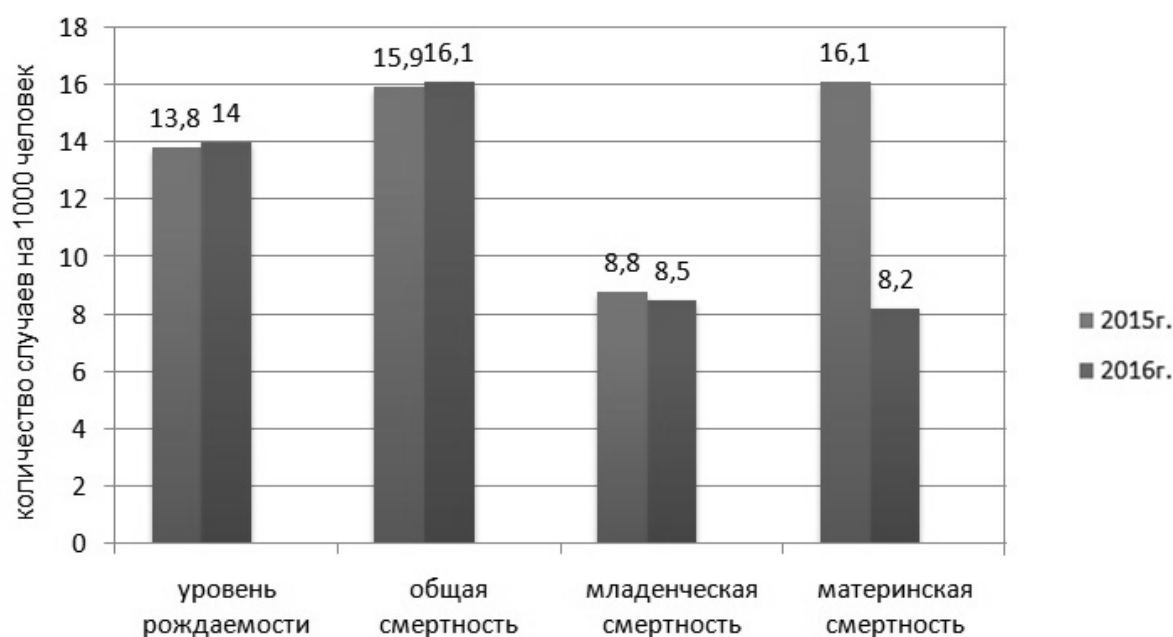


Рисунок 5 – Основные демографические показатели 2015–2016 гг.

Ожидаемая средняя продолжительность жизни населения по Курганской области приближается к среднероссийскому уровню, составляя 68,35 года (69,83 лет по Российской Федерации), в том числе мужчин – 62,13 года (64,04 по Российской Федерации), женщин – 74,87 года (75,61 по Российской Федерации) [51].

Структура смертности населения в Курганской области сходна с таковой в Российской Федерации и более чем на 80,0 % обусловлена неинфекционными заболеваниями, в первую очередь болезнями системы кровообращения,

злокачественными новообразованиями, болезнями органов дыхания, сахарным диабетом и внешними причинами (включая дорожно-транспортные происшествия).

Основные причины неблагополучия общественного здоровья населения Курганской области, как и всего населения Российской Федерации, связаны с проблемами высокой смертности, высокой распространенности социально значимой патологии (злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза, психических заболеваний, инфекционных заболеваний, в том числе инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (далее - ВИЧ-инфекция), гепатитов В и С, наркомании, в том числе алкоголизма), вызванных рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на качество жизни населения, включая чрезмерные стрессовые нагрузки, уровень санитарно-гигиенической культуры, а также высоким уровнем смертности от внешних причин, включая дорожно-транспортные происшествия[6].

Сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований, которые занимают третье место в структуре причин общей смертности населения Курганской области (14,9 %). В 2016 году показатель смертности от злокачественных новообразований вырос на 5,8 %, составив 270,6 случая на 100 тысяч человек населения (2015 год – 255,7). Рост смертности от злокачественных новообразований связан с ростом заболеваемости, снижением численности населения и высоким удельным весом доли лиц старшего возраста, а также образом жизни и состоянием экологии в Курганской области. Удельный вес умерших от рака в возрасте 70 лет и старше составляет более 43,0 %. Остаются высокими показатели инвалидности вследствие злокачественных новообразований.

С 2015 по 2016 годы эпидемическая ситуация по туберкулезу в Курганской области изменилась: на 28,9 % снизился показатель заболеваемости туберкулезом (с 132,9 случая на 100 тысяч населения в 2015 году до 94,5 случая на 100 тысяч населения в 2016 году), на 21,8 % снизилась распространенность туберкулеза

среди гражданского населения (с 319,1 случая на 100 тысяч населения в 2015 году до 249,4 случая на 100 тысяч населения в 2016 году), на 2,8 % повысился охват гражданского населения периодическими профилактическими осмотрами на туберкулез (с 74,9 % в 2015 году до 77,7 % в 2016 году), что повлияло на своевременность выявления и эффективность лечения случаев туберкулеза; на 1,9 % снизилась смертность от туберкулеза (с 31,9 случая на 100 тысяч населения в 2015 году до 31,3 случая на 100 тысяч населения в 2016 году). Реализованы системные преобразования в структуре медицинских организаций, оказывающих противотуберкулезную медицинскую помощь. Однако показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза населения Курганской области остаются значительно выше показателей по Российской Федерации[6].

Ситуация по ВИЧ-инфекции в Курганской области остается напряженной. Курганская область относится к территории с высокой степенью распространенности ВИЧ-инфекции (0,3 % населения). С 2004 года половой путь передачи ВИЧ-инфекции преобладает над наркотическим. С каждым годом растет доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, что говорит о необходимости серьезного отношения к проблеме профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности и профилактике восходящего пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду.

Проблема вирусных гепатитов приобрела значительные масштабы – она имеет чрезвычайный характер и представляет угрозу для здоровья населения Курганской области. По темпам прироста и масштабам распространенности вирусные гепатиты значительно превосходят заболеваемость ВИЧ-инфекцией.

Особое внимание обращает рост в Курганской области количества суицидов у несовершеннолетних. В течение 2016 года детьми и подростками предпринята 71 попытка суицида, из них 8 завершенных (в течение 2015 года – 65 и 5 соответственно). Анализ причин завершенных суицидов показывает, что более 60,0 % детей и подростков, покончивших с собой, – это дети из приемных и патронатных семей. Этот факт говорит о том, что детские суициды – это сгусток

не только медицинских, но и социальных, педагогических проблем. Поэтому взаимодействие специалистов этих ведомств должно быть продолжено[52].

Сохраняется эпидемиологическая настороженность по заболеваемости такими инфекциями, как вирусный гепатит А, ветряная оспа, клещевой энцефалит и некоторые другие. Регистрируется групповая и вспышечная заболеваемость инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики, в организованных детских коллективах, в том числе и закрытых (ветряная оспа, вирусный гепатит А).

Работа по профилактике заболеваний, коррекции факторов риска проводится во всех медицинских организациях, в 47 из них открыты кабинеты медицинской профилактики, оснащение и материальная база которых требует значительных материальных вложений.

Несмотря на снижение младенческой смертности, повышение выявляемости заболеваний у детей, показатели детской и младенческой смертности в Курганской области превышают показатели по Российской Федерации.

Общая заболеваемость взрослого населения Курганской области за 2016 год выросла с 1367,7 до 1446,5 случая на 1000 жителей (5,7 %)[6].

В структуре общей заболеваемости взрослого населения лидируют болезни системы кровообращения, остальные категории заболеваний распределились следующим образом (рисунок 6):

- лидируют болезни системы кровообращения – 17,4 %;
- болезни органов дыхания составляют – 12,7 %;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,0 %;
- болезни глаза и его придаточного аппарата – 8,6 %;
- болезни мочеполовой системы – 7,5 %;
- травмы, отравления и другие воздействия внешних причин – 7,1 %;
- болезни органов пищеварения – 6,4 %;
- прочие заболевания – 29,0 %.



Рисунок 6 – Анализ общей заболеваемости взрослого населения Курганской области, в %

Высокая загруженность коечного фонда и недостаточно эффективное его использование обусловлены не только низкой активностью первичного звена здравоохранения, но и недостаточной развитостью системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации в Курганской области.

Низкая обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, низкое качество жизни неизлечимых пациентов формирует недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, что требует развития в Курганской области паллиативной медицинской помощи.

Всего к началу 2017 года в Курганской области функционировало 69 лечебно-профилактических учреждений, включая 1 учреждение, находящееся в муниципальной собственности, 68 учреждений областной подчиненности.

На 1 января 2017 года количество круглосуточных коек в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, составило 7559 (в 2016 году – 7606, в 2015 году – 7812), уменьшение в сравнении с 2015 годом составило 0,7 %.

Стационарная медицинская помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи оказывается в условиях круглосуточного и дневного стационара по основным профилям: «терапия», «хирургия», «акушерство-гинекология», «педиатрия», «инфекционные болезни», «неврология».

Коечный фонд медицинских организаций на 1 января 2016 года составлял 8254 койки (с учетом 800 коек учреждения федерального подчинения), из них 7454 койки в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Курганской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее «ТППГ») – 5444 койки, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, и 2010 коек – за счет средств областного бюджета[6].

В результате проведенной в течение 2016 года реорганизации коечного фонда круглосуточный коечный фонд сократился на 0,3 % и составил на 1 января 2017 года 8233 койки, из них 7433 койки утверждено на 2018 год в рамках ТППГ.

В то же время увеличилась мощность дневных стационаров и составила 1889 коек, из них в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 942 (49,9 %).

Объемы стационаро-замещающей помощи в 2016 году в сравнении с 2015 годом увеличены на 14,4 % (на 71 692 пациенто-дня), на период до 2020 года запланировано планомерное увеличение в соответствии с федеральными нормативами объемов стационаро-замещающей помощи при увеличении на 300 числа коек дневных стационаров всех типов.

С целью повышения эффективности оказания медицинской помощи в стационарных условиях и обеспечения выполнения к 2018 году рекомендуемых

нормативов (число дней работы койки в году – не менее 331 дня, средней длительности лечения в стационаре – не более 11,7 дня).

Имеет место несоответствие по отдельным профилям коечного фонда, финансируемого за счет средств обязательного медицинского страхования, федеральным нормативам[52]:

Превышение коечного фонда по профилям: «педиатрия» – на 64 койки, «терапия общая» – на 111 коек, «кардиология» – на 10 коек, «хирургия общая» – на 135 коек, «онкология» – на 59 коек, «неврология» – на 92 койки, «патология беременных» – на 85 коек, «для беременных и рожениц» – на 98 коек, «гинекология» – на 11 коек;

– недостаток коечного фонда по профилям: «гастроэнтерология» – 30 коек, «пульмонология» – 15 коек, «нефрология» – 10 коек, «травматология» – 43 койки, «кардиохирургия» – 19 коек, «сосудистая хирургия» – 11 коек, «челюстно-лицевая хирургия» – 9 коек, «ортопедия» – 8 коек, «патология новорожденных» – 15 коек.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что ежегодно уменьшается количество круглосуточных коек и увеличивается количество коек дневного стационара. Необходимо дальнейшее увеличение объемов медицинской помощи, оказываемой на койках дневных стационаров.

Ключевой проблемой, до сих пор не получившей кардинального решения, является низкая обеспеченность сферы здравоохранения Курганской области квалифицированным персоналом.

Особо остро эта проблема ощущается в нехватке узкоспециализированных кадров, в особенности врачей-специалистов.

Врач невролог имеется в 20 ЦРБ (из 24 ЦРБ в Курганской области);

Врач оториноларинголог – в 19;

Врач офтальмолог – в 18;

Врач эндокринолог – в 15;

Врач психиатр – в 14;

Врач психиатр-нарколог – в 11.

Не лучше ситуация и в общесамотической сети. Укомплектованность врачами-терапевтами (физическими лицами) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в 2016 году снизилась в сравнении с 2015 годом и составила 44,2 % (2015 год – 45,8 %) (таблица 1, рисунок 7).

Таблица 1 – Укомплектованность врачами общесамотической сети,

в %

Специальность	Уровень укомплектованности физическими лицами	
	2015 г.	2016 г.
Врачи терапевты	49,0	50,1
Врачи хирурги	58,2	61,9
Врачи педиатры	55,7	56,7
Врачи акушеры-гинекологи	55,5	58,0
Врачи общей практики	35,3	38,6

Источник: по данным ТПГГ.

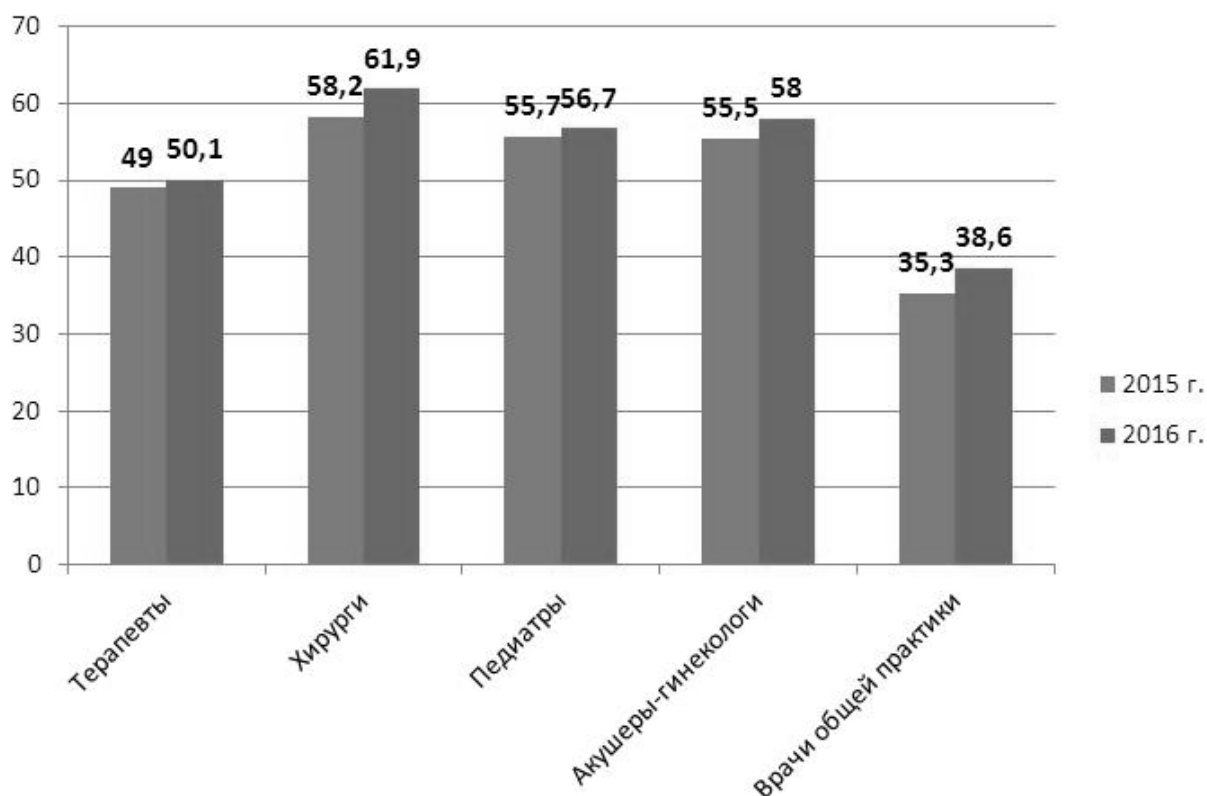


Рисунок 7 – Уровень укомплектованности врачами общесамотической сети

Количество врачей-терапевтов пенсионного возраста в 2016 году увеличилось в сравнении с 2015 годом на 30,0 % и составило 84 человека (в 2015 году – 58 человек, или 25,0 %).

На 1 января 2017 года укомплектованность терапевтических участков фельдшерами, ведущими прием врача-терапевта, составила 33,3 % (в городе Кургане – 41,0 %, в ЦРБ – 28,0 %, в городе Шадринске – 14,1 %)[6].

На основании имеющихся данных, очевидным решением для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи населения Курганской области необходимо увеличение количества врачей-специалистов, оказывающих медико-санитарную помощь населению Курганской области.

Сохранение здоровья населения и создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи, сможет осуществляться в нашей области в полную силу только тогда, когда будет, хотя бы частично, решен вопрос катастрофической нехватки высококвалифицированного медицинского персонала

2.2 Анализ управления развитием государственного учреждения здравоохранения на примере ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области

Государственное бюджетное учреждение Мокроусовская центральная районная больница находится на территории Курганской области села Мокроусово.

Мокроусово это административный центр Мокроусовского района. В Мокроусовском районе 47 населённых пунктов в составе 17 сельских поселений. Медицинскую помощь на территории Мокроусовского района оказывает Государственное бюджетное учреждение «Мокроусовская центральная районная больница».

ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» – современное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной медицинской

помощи населению Мокроусовского района Курганской области в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с применением эффективных медицинских технологий[24].

В состав ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» входят: стационар на 337 коек, поликлиника, 39 ФАП, 2 амбулатории, 2 участковые больницы. Всего в больнице на 01.01.2017 г. – 211 сотрудников, из них — врачей – 39, среднего медицинского персонала – 71.

Все врачи имеют сертификаты специалиста (100 %); средний медицинский персонал — в 85 %, так как из 71 медицинских сестер 11 молодых специалистов (после окончания учебных заведений менее 5 лет). Среди среднего медицинского персонала 71,3 % сотрудников имеет квалификационную категорию.

Доля врачей, имеющих квалификационные категории: 32 врача больницы имеют квалификационную категорию (82 %), из них:

Высшая категория – 14 врачей – 43,75 %;

1 категория–13 врачей – 40,6 %;

2 категория – 5 врачей – 15,6 %;

В центральной районной больнице трудится 4 «Отличника Здравоохранения».

Деятельность Мокроусовской центральной районной больницы регламентируется законодательством Российской Федерации, приказами и указаниями вышестоящих органов управления здравоохранения, Уставом больницы и Положением о районной больнице.

Мокроусовская центральная районная больница является юридическим лицом, находящимся в ведении Департамента здравоохранения Курганской области.

Деятельность больницы, как правило, анализируется по следующим основным направлениям:

1) анализ кадрового состава больницы, состояния ее материально-технической базы и обеспеченности медицинским имуществом, соответствие организационно-штатной структуры ее подразделений объему и характеру решаемых задач;

2) состояние здоровья, заболеваемость, госпитализация, трудовые потери, смертность;

3) диспансерная работа, эффективность проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий;

4) лечебно-диагностическая работа;

5) организация и проведение консультативно-экспертной комиссии и медико-социальной экспертизы;

б) финансово-хозяйственная и экономическая работа.

Анализ основывается на объективном и полном учете всей проводимой в больнице работы и соблюдении установленных методик расчета показателей, что обеспечивает получение достоверных и сопоставимых результатов.

Существенным элементом анализа является выявление динамики (положительной или отрицательной) показателей и причин, обусловивших ее изменение.

Для анализа работы районно больницы проанализируем лечебно-профилактическую деятельность, финансовое обеспечение, состояние материально-технической базы и обеспеченность кадрами. Рассмотрим каждое направление конкретно.

Анализ лечебно-профилактической деятельности ГБУ «Мокроусовская ЦРБ».

Плановая мощность по посещениям амбулаторно-поликлинической и стационарной служб, согласно муниципальному заказу на 2016 год в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» составляла 780 посещений в день, фактическая составила 1 172,3 посещений в день[24].

В поликлинике ЦРБ плановая мощность 375 посещений в день, фактическая составила 468,0 посещений в день.

Количество посещений в поликлинических учреждениях района за 2016 год увеличилось на 7550 в сравнении с 2015 годом и составило 118 575 посещений за год (таблица 2, рисунок 8).

Таблица 2 – Работа амбулаторно-поликлинической службы ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» за 2015–2016 гг.

Показатель	2015 г.	2016 г.	Темп изменения, %
Количество посещений за год	111 025	118 575	+6,8
Число посещений на 1 жителя в год	5,1	5,3	+3,9
Функция врачебной должности, посещений в год	4 835	5 380,5	+11,3
Выполнение плана посещений, %	85,0	78,3	-7,3

Источник: по данным годовых отчетов 2015–2016 гг. ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

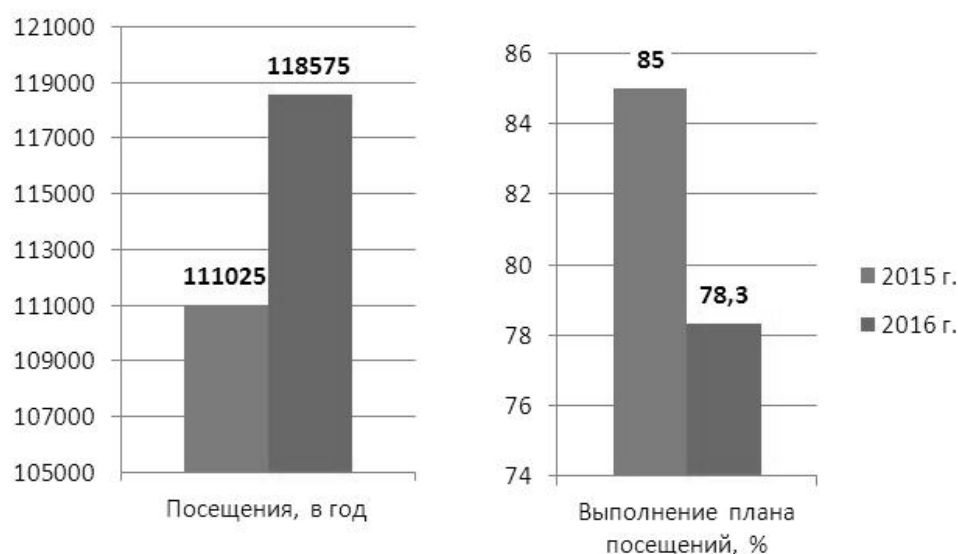


Рисунок 8 – Основные показатели работы поликлиники ГБУ «МЦРБ»

Число посещений на 1 жителя в год в районе составило 5,3, что примерно на 3,9 % больше показателя прошлого года.

Функция врачебной должности в среднем по поликлинике составила 5 380,5, что ниже аналогичного показателя в Курганской области на 14,1. Практически по всем специалистам увеличилась функция врачебной должности. Выполнение плана посещений составило 78,3 % (в 2015 году – 85 %)[6].

Работа стационаров ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» оценивается на основании структура коечного фонда:

- всего среднегодовых коек – 337, в т.ч. 37 коек дневного стационара;
- терапевтических – 102 койки, в т.ч. 13 дневного стационара;

- хирургических – 30 коек;
- педиатрических – 28 коек;
- гинекологических – 22 койки, в т.ч. 1 койка дневного стационара;
- коек патологии беременности – 21, в т.ч. 3 дневного стационара;
- общих коек - 61, в т.ч. 20 коек дневного стационара;
- фтизиатрических – 30 коек.

Обеспеченность койками на 10 000 населения составило 55,5.

Показатель работы койки по сравнению с предыдущим годом отмечается примерно на одном уровне, и сопоставим с областными нормативными показателями (320–330).

Снижение в 2016 году по сравнению с в 2015 годом отмечается за счет низкой работы койки в Сунгуровской участковой больницы (261,1) и Старопершинской участковой больницы (284,1), причем в Сунгуровской УБ в 2016 году амбулаторный прием и стационарное лечение осуществлялось одним врачом в связи с отсутствием специалистов.

Средние сроки лечения в 2016 году в районе составили 13,8, по сравнению с предыдущим годом сокращены на 0,5%, данный показатель приближается к нормативному (13,0).оборот койки постоянно увеличивается, в 2016 году составил 23,4.

Показатель больничной летальности за три года сохраняется на одном уровне, в 2016 году число умерших в стационарах ЛПУ района составило 33 человека, из них 16 – трудоспособного возраста (таблица 3, рисунок 9).

Таблица 3 – Работа стационаров ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» за 2015–2016 гг.

Показатель	2015 год	2016 год	Темп изменения, %
Работа койки, дней	343,6	321,5	–6,6
Средние сроки лечения, дней	14,3	13,8	–3,5
Число койко – дней в год	125 070	108 345	–13,4
Больничная летальность, %	0,5	0,48	–3,8

Источник: по данным годовых отчетов 2015–2016 гг. ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

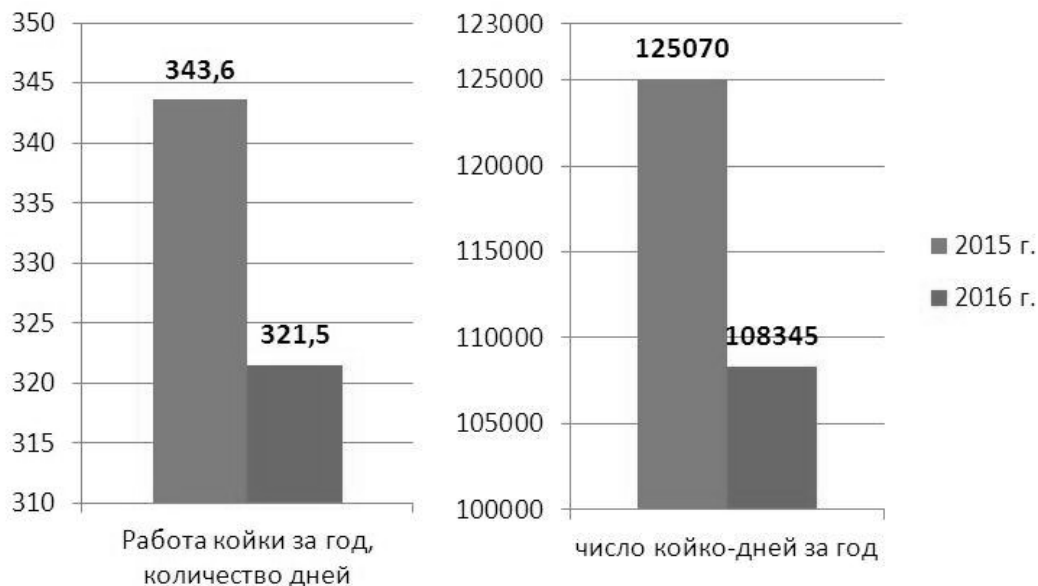


Рисунок 9 – Основные показатели работы стационаров ГБУ «МЦРБ»

Хирургическая активность в 2016 году возросла в 1,1 раза по сравнению с 2015 годом и составила 62,5 % (59,0 в 2016 году).

Приказом главного врача ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» проведена реструктуризация коек, в койки дневного стационара дополнительно перепрофилировано 27 коек, тем самым количество коек уменьшилось с 364 до 377.

Общее число коек дневного стационара на конец 2016 года составило 47, что позволило увеличить количество пролеченных больных с 528 в 2015 году до 750 в 2016 году, средние сроки лечения составили 11,3, больными проведено 8493 койко-дня.

Подводя итоги можно сделать выводы, что высокой уровень смертности и заболеваемости в районе обусловлен рядом причин, ведущей является кадровый дефицит и оптимизация здравоохранения. Существенные недостатки в работе амбулаторно-поликлинической сети отчетливо видны в динамике: при низких показателях обращаемости населения в ФАП, высокий уровень обращения за скорой медицинской помощью.

Анализ материально-технической базы ГБУ «Мокроусовская ЦРБ».

В Мокроусовском районе все лечебно-профилактические учреждения уже на

протяжении многих лет остаются в изначально построенных для них зданиях, соответственно, некоторые требуют ремонта либо реконструкции. Здание центральной районной больницы и материально-техническая оснащённость требуют значительных вложений.

В дополнение к затратам по ремонту и содержанию в оптимальном состоянии помещений и зданий ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», тратятся значительные средства, на оплату помещений, в которых никто не работает. С целью оптимизировать расходы по этому направлению, администрацией больницы принято в 2018 году часть не используемых помещений, отдать в аренду предпринимателям Мокроусовского района. Но учитывая финансовый кризис в стране и области, учитывая большое количество конкурентов на рынке предоставления арендных помещений, планируемые меры, скорее всего не будут осуществимы.

В 2015 году ГБУ «Мокроусовская центральная районная больница» вступила в программу по модернизации здравоохранения. По данной программе учреждение получает 1 000 000 руб. Основными задачами программы модернизации являлись укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, внедрение современных информационных систем, обеспечение внедрения стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

По программе модернизации проведен капитальный ремонт стационара Мокроусовской ЦРБ, поступили и монтированы цифровой флюорограф и наркозно-дыхательный аппарат. Хочется отметить, что выделенные федеральные целевые деньги на приобретение высокотехнологичного оборудования порой оказываются бесполезны, т.к. на приобретенном оборудовании некому работать. Подобное произошло с приобретением наркозно-дыхательного аппарата. В ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», согласно стандартам оснащения необходима данная установка. Но на момент получения в ЦРБ не было врача анестезиолога-реаниматолога, и какое-то время полученный аппарат просто стоял на складе. Получили и внедрили систему «Глонас» в отделении скорой медицинской помощи. Обновили оснащение машин скорой медицинской помощи. Были

оборудованы более совершенные каталки, машины оснащены дополнительным оборудованием по поддержание жизнеобеспечения пациента и его транспортировке.

По показателям достижения конечных результатов Госзаказ на конец выполнен на 84,3 %, т.к. предназначенные деньги не были перечислены на лицевой счет больницы в полном объеме. Но даже полученные средства не могут решить всех проблем. Целевых программ для обновления всей материально-технической базы не существуют, а денег из бюджета не хватает.

В целом материально-техническая база учреждения находится на удовлетворительном уровне, но требуются мероприятия по улучшению и в смене старого оборудования. Выделенные федеральные целевые или грантовые деньги, на приобретение высокотехнологичного оборудования, часто оказываются бесполезны, т.к. на приобретенном оборудовании некому работать.

Анализ финансового обеспечения ГБУ «Мокроусовская ЦРБ».

Финансовые поступления в сферу здравоохранения осуществляются из различных источников: из муниципального бюджета, от отчислений медицинского страхования, от оказания платных услуг (таблица 4, рисунок 10).

Таблица 4 – Динамика финансирования сферы здравоохранения по источникам поступления средств в ГБУ «МЦРБ»

Вид финансирования	2015 г., млн руб.	удельный вес, %	2016 г., млн руб.	удельный вес, %
Бюджет	606,8	70	753	71
ОМС	188,13	21	211,83	21
Платные услуги	80,4	9	87,72	8
ИТОГО:	875,33	100	1052,55	100

Источник: по данным годовых отчетов 2015–2016 гг. ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

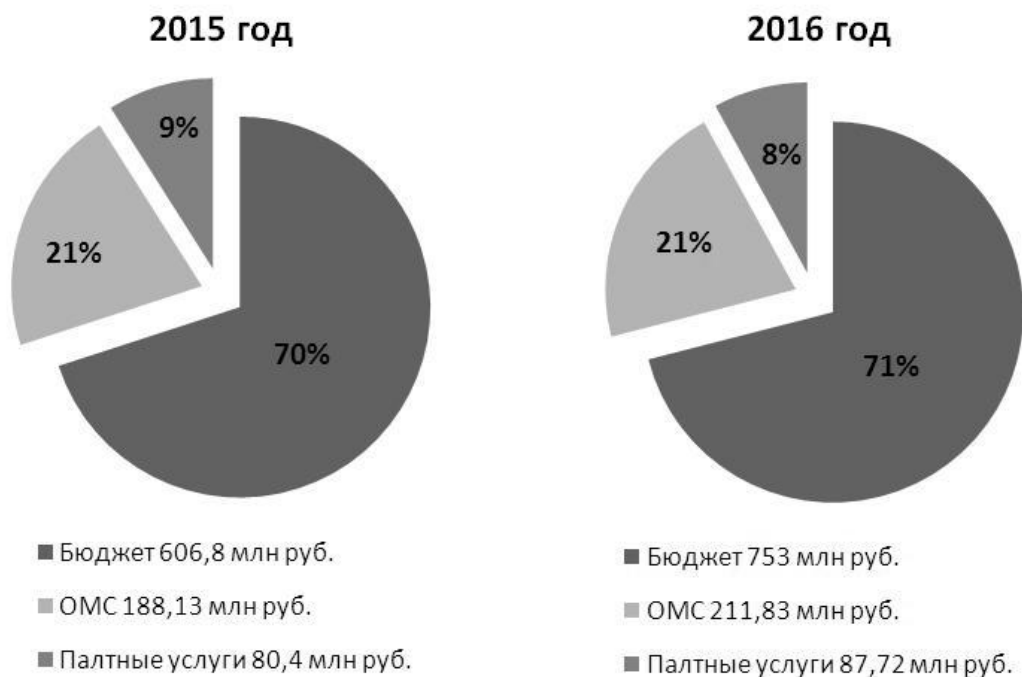


Рисунок 10 – Финансирование ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

2015 год. Бюджет здравоохранения составил 606,8 тыс. руб., рост на 10,4 % в сравнении с 2014 годом, в том числе на 10,8 % увеличились поступления по ОМС. Платные услуги немного ниже уровня 2014 г. (80,4 млн руб.). Стоимость медицинского обслуживания в среднем составляла: одного посещения в лечебно-профилактическом учреждении – 132,2 руб., койко-дня в стационаре – 924,5 руб., одного дня питания – 78,5 руб., лечения одного больного – 16 270 руб.[24].

2016 год. Начата реализация основных задач национального приоритетного проекта «Здоровье» в направлении усиления профилактики, формирования у населения культуры здоровья, углубленной диспансеризации, развития первичной медико-санитарной помощи и др. В реализации проекта участвуют 6 муниципальных лечебно-профилактических учреждений района, для укрепления их лечебно-диагностической базы из федерального бюджета поступило 46 ед. оборудования на сумму 17 846 425 руб. Консолидированный бюджет здравоохранения по исполнению составил 753 млн руб., на 12,6 % увеличились поступления по ОМС, платные услуги на 9,1 %. Выдано 2265 родовых сертификатов, на счета ЛПУ за счет этого поступило 6897 тыс. руб.

Увеличились финансовые поступления из всех источников. Наибольший рост произошел по платным услугам. Несмотря на значительные финансовые вливания из бюджета, на все потребности системы здравоохранения Мокроусовского района средств не хватает.

ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» является монополистом оказания медицинских услуг и медицинской помощи. Гарантированный муниципальный заказ и возможные деньги с платных услуг «уходят» в другие больницы, т.к. в больнице нет достаточного количества специалистов для выполнения желаемого объема работ. Ввиду этого больница терпит колоссальные убытки, не зарабатывая их

Анализ кадрового обеспечения ГБУ «Мокроусовская ЦРБ».

Проанализируем обеспеченность медицинским персоналом за последние несколько лет.

В общую численность врачей включаются все врачи с высшим медицинским образованием, занятые в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обслуживания населения, научно-исследовательских институтах, учреждениях по подготовке кадров, в аппарате органов здравоохранения и др. В общую численность среднего медицинского персонала включаются все лица со средним медицинским образованием, занятые в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обслуживания населения, дошкольных учреждениях, школах и др.

Все врачи имеют сертификаты специалиста (100 %); средний медицинский персонал — в 85 %, так как из 71 медицинских сестер 11 молодых специалистов (после окончания учебных заведений менее 5 лет). Среди среднего медицинского персонала 71,3 % сотрудников имеет квалификационную категорию[24].

Доля врачей, имеющих квалификационные категории: 32 врача больницы имеют квалификационную категорию (82 %), из них:

Высшая категория – 14 врачей – 43,75 %;

1 категория – 13 врачей – 40,6 %;

2 категория – 5 врачей – 15,6 %;

Рассмотрим далее кадровую ситуацию в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» согласно отчетной документации. Для анализа использовались отчетные формы и документация отдела кадров «ГБУ Мокроусовская ЦРБ» за 2015–2016 гг. (таблица 5, рисунок 11).

Таблица 5 – Кадровая ситуация в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

Показатели	Врачи		Средний медицинский персонал	
	2015 г.	2016 г.	2015 г.	2016 г.
Число штатных должностей	50	48	85	80
Число занятых должностей	42	39	74	71
Число вакантных должностей	8	9	11	9
Укомплектованность должностей, %	84	81	87	89
Число физических лиц, чел	31	29	51	48
В т.ч пенсионного возраста, чел	15	18	20	22
Дефицит кадров, чел	8	9	11	15
Обеспеченность на 10 000 нас.	24	23	41	39
Укомплектованность физическими лицами, %	94	73	60	60
Коэффициент совместительства	1,35	1,34	1,66	1,67

Источник: по данным годовых отчетов 2015–2016 гг. ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

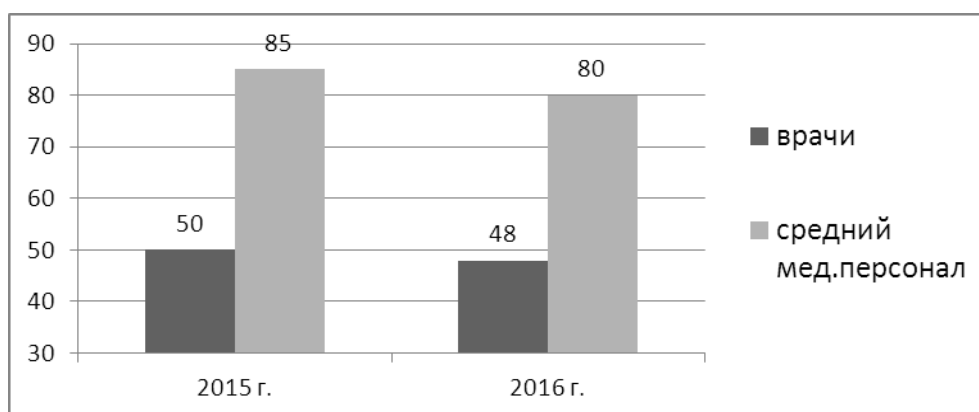


Рисунок 11 – Динамика изменения кадрового состава медицинских работников в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» 2015–2016 гг., чел.

Особенно хочется отметить тенденцию, которая прослеживается на протяжении последних нескольких лет в муниципальном здравоохранении в

целом и в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в частности, а именно, постоянный отток медицинских сотрудников в регионы, более привлекательные в финансовом аспекте – ХМАО, ЯНАО, Тюменская область.

Таким образом, сохраняется дефицит кадров, врачей увеличился на 2 %, а среднего медицинского персонала 0,5 %. Увеличивается рост врачей и среднего мед. персонала пенсионного возраста.

Из предоставленных данных мы видим, что всего за один год процент врачей пенсионного возраста от общего количества врачей увеличился с 48 % в 2015 году до 62 % в 2016 году. Анализируя ситуацию, мы видим, что всего 3 врача перешли рубеж пенсионного возраста за год, но на этом примере отчетливо прослеживается тенденция (за 1 год количество врачей-пенсионеров увеличилось на 14 %). Так же необходимо учитывать, что выход на пенсию не является автоматическим увольнением с работы, все эти врачи продолжили работать в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», но учитывая их возраст это лишь временное решение.

Сохраняется недостаточная укомплектованность врачей (в норме $N = 93,5$ %) и среднего мед. персонала (в норме $N = 100$ %). Укомплектованность врачей за 2016 г. $N = 81$ %, а среднего мед. персонала за тот же год $N = 89$ %. Но не стоит уповать на эти относительно позитивные цифры. Самой главной является показатель: коэффициент совместительства. При норме 1,10–1,20, в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» среди врачей это 1,34, среди среднего медицинского персонала 1,67.

На основании проведенных расчетов и учитывая все показатели, можно сделать следующие выводы, что имеющийся кадровый состав является потенциальным источником кадрового кризиса, т.к. врачи, преимущественно пенсионного возраста, совмещая работу, не могут на достаточном уровне выполнить свои должностные обязанности. Следовательно, страдает качество и доступность оказания помощи населению. Совмещение идет, как правило, непрофильных специальностей, либо совмещение поликлинической «дневной» работы с ночными дежурствами, что пагубно влияет на здоровье и

трудоспособность специалистов, а тем более на специалистов пенсионного возраста.

Выводы по разделу. Анализируя все представленные во второй главе данные можно сделать вывод, что здравоохранение в Мокроусовском районе находится на недостаточном уровне. Показатели лечебно-диагностического и кадрового направлений работы ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» находятся на уровне ниже областного.

Основные усилия управления здравоохранением в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» были направлены на развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение за счет средств федерального и муниципального финансирований. Но самая главная проблема остается нерешенной, а именно проблема текущего кадрового оснащения больницы и привлечения и подготовки медицинских кадров.

В течение 2015–2016 гг., с целью сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения Мокроусовского района и её развития, проводилась определенная работа. Приняты действенные меры по обеспечению учреждений здравоохранения необходимым врачебным персоналом. Так, по целевому набору в ТюмГМА и ОмГМА проходят обучение 5 студентов. В 2018 году закончат обучение 3 выпускника. Но следует отметить, что все, прилагаемые администрацией ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», усилия по привлечению кадров, не обеспечивают в полном объеме потребности ЦРБ в специалистах.

Так, например, недостаточно проводится работа по профессиональной ориентации школьников старших классов общеобразовательных учебных учреждений. Резюмируя, очевидным становится факт, что кадровая обеспеченность в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» на текущий момент остается на недостаточном уровне.

3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУ «МОКРОУСОВСКАЯ ЦРБ» КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

3.1 Основные направления и мероприятия совершенствования управления развитием государственного учреждения здравоохранения в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области

Развитие системы здравоохранения района – это один из приоритетных и стратегических факторов улучшения медико-демографической ситуации и состояния здоровья населения, создающего основы устойчивого социально-экономического развития района. Необходимость создания условий для оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района продиктована объективными процессами – расширением потребностей населения в медицинской помощи, растущим использованием новых эффективных лечебно-диагностических технологий, увеличением числа граждан пожилого возраста, растущей стоимостью медицинской помощи.

Анализ деятельности ГБУ Мокроусовской ЦРБ по четырем основным направлениям выявил основные проблемы муниципальной системы здравоохранения:

1. Высокой уровень смертности и заболеваемости в районе. Существенные недостатки в работе амбулаторно-поликлинической сети: при низких показателях обращаемости населения в ФАП, высокий уровень обращения за скорой медицинской помощью.

2. Выделенные федеральные целевые или грантовые деньги, на приобретение высокотехнологичного оборудования, часто оказываются бесполезны, т.к. на приобретенном оборудовании некому работать.

3. ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» является монополистом оказания медицинских услуг и медицинской помощи. Гарантированный муниципальный заказ и возможные деньги с платных услуг «уходят» в другие больницы, т.к. в больнице нет достаточного количества специалистов для выполнения желаемого объема работ. Ввиду этого больница терпит колоссальные убытки, не зарабатывая их.

4. Недостаточная обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом. Больше половины работающих врачей, уже пенсионеры. Высокий коэффициент совместительства, как среди врачей, так и среди среднего медицинского персонала.

Кроме очевидных проблем, требующих первоочередного решения, существует и множество недостатков, которые не являются катастрофическими, но накапливаются «как снежный ком». Выявлены следующие недостатки системы здравоохранения Мокроусовского района:

- отсутствие системы приоритетов развития здравоохранения района и долгосрочной программы действий по его развитию;

- низкая эффективность использования имеющегося материального и кадрового потенциала системы здравоохранения, неоправданно медленными темпами структурных преобразований и внедрения оптимальной модели оплаты труда в здравоохранении;

- неэффективная организация оказания первичной медико-санитарной помощи при преимущественном финансировании стационарной медицинской помощи;

- низкая мотивация руководителей и работников здравоохранения к улучшению качества медицинской помощи и профессиональному росту;

- дефицит кадров в первичном звене здравоохранения и экстренных медицинских службах;

- низкий уровень оплаты труда медицинских работников.

На основании полученной информации и с целью систематизировать все данные, был проведен SWOT-анализ ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» (таблица 6)

Таблица 6 – SWOT-анализ ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»

Сильные стороны (S)	Слабые стороны (W)
<ul style="list-style-type: none"> – ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» является монополистом на рынке оказания медицинской помощи и медицинских услуг Мокроусовского района – наличие материально-технической базы, оборудованных рабочих мест, инфраструктуры для полноценной работы больницы – наличие федеральных и областных программ по улучшению кадровой политики на селе, например: «земской доктор», «выплата единовременных пособий молодым специалистам Курганской области» и т.д. – эффективное взаимодействие с муниципальным самоуправлением, с администрацией района – потребность в специалистах обусловленная потребностью получения медицинской помощи населением Мокроусовского района 	<ul style="list-style-type: none"> – высокой уровень смертности и заболеваемости в районе – гарантированный муниципальный заказ и возможные деньги с платных услуг «уходят» в другие больницы, т.к. в больнице нет достаточного количества специалистов для выполнения желаемого объема работ – недостаточная обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом – отсутствие системы приоритетов развития здравоохранения района и долгосрочной программы действий по его развитию – низкий уровень оплаты труда медицинских работников
Возможности (O)	Угрозы (T)
<ul style="list-style-type: none"> – повышение показателей качества и доступности оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района – снижение уровня смертности и заболеваемости – увеличение демографических показателей Мокроусовского района – увеличение выявляемости заболеваний на ранних стадиях = увеличение продолжительности жизни населения – улучшение качества жизни больных граждан Мокроусовского района – увеличение кадровых показателей до нормы, в том числе снижение коэффициента совместительства 	<ul style="list-style-type: none"> – усугубление экономического кризиса в России в целом и в Курганской области в частности, и как результат, отсутствие финансирования муниципального здравоохранения, снижение бюджетного финансирования, задержка выплат и т.д. – смена руководства Департамента здравоохранения Курганской области и администрации ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», поддерживающих развитие муниципального здравоохранения, а не объединения и оптимизации

Все вышеперечисленные проблемы и недостатки являются следствием одной большой проблемы современного здравоохранения, а именно «кадровой катастрофы» в сфере оказания медицинской помощи населению.

Основные усилия управления в современном здравоохранении в целом и в

ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в частности, были направлены на развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение за счет средств федерального и муниципального финансирований. Но самая главная проблема остается нерешенной, а именно проблема текущего кадрового оснащения больницы и привлечения и подготовки медицинских кадров.

Если разобрать детально каждую проблему, перечисленную выше, то мы приходим к выводу, что все они являются лишь следствием недостаточного внимания на здравоохранение, после распада СССР.

Обдуманная кадровая политика это прерогатива стабильного, эффективно развивающегося, государства, атрибут богатого и финансово-независимого государства, как это было в СССР, чего нельзя сказать про Россию 90-х годов. В истории нашего России того времени, решение кадрового вопроса не было приоритетным, внятного долгосрочного планирования и создания кадровой стратегии в здравоохранении, на тот момент не проводилось.

Управление здравоохранением, на тот момент, производилось непосредственными руководителями учреждений, которые, в большинстве своем не являлись эталонами менеджмента. Каждый управленец в рамках своих возможностей, своего интеллекта и имеющихся профессиональных компетенций решал у себя в больнице кадровый вопрос. По прошествии лет, становится очевидным, что делалось это крайне неэффективно.

Проблемы современного муниципального здравоохранения очевидны:

- катастрофический дефицит специалистов в больницах, в том числе и врачей, и фельдшеров и медсестер, и даже санитарок;

- огромный процент работающих пенсионеров, которые, в силу своего возраста и физиологических особенностей выполняют свою работу на недостаточном уровне, часто не выполняя план, или просто перманентно находясь «на больничном»;

- высокий коэффициент совместительства и т.д.

Особо хочется отметить именно такую проблему, как высокий коэффициент совместительства. Совместительство и совмещение само по себе действует пагубно на качество оказания медицинской помощи и её доступность. Совместитель не может выполнять всю работу (на основном месте работы и совмещаемую) одинаково эффективно в течение ограниченного, или частично пролонгированного, рабочего дня.

Кроме того, совмещение в муниципальном здравоохранении происходит, как правило, непрофильных специальностей, как врачами, так и средним медицинским персоналом. Например, врач-хирург, на 1,0 ставки совмещает 0,5 ставки врача-онколога в течение рабочего дня, однозначно в ущерб одной из специальности.

Так же стоит отметить, что не всегда врач-хирург обладает необходимыми профессиональными компетенциями для выполнения работы врача-онколога. Аналогичная картина и по другим специальностям.

Основную массу узких специальностей совмещают врачи общесамотической сети (врачи-терапевты и врачи-хирурги), или вообще фельдшеры, не имеющие высшего медицинского образования, что само по себе недопустимо (данная практика очень распространена в Курганской области и в России тоже).

Особо хочется отметить тот факт, что чаще всего совмещают другие специальности именно врачи пенсионного возраста. Главная причина подобной тенденции объясняется, простым желанием получить выше заработную плату. А совместительство, в свою очередь, ухудшает качество выполнения должностных обязанностей на их основном месте работы.

Для того чтобы муниципальное здравоохранение в лице ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» развивались, необходимы четкие и эффективные меры.

В связи с этим была разработана и готова для внедрения в работу ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» целевая программа, под названием: «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.» (далее «Программа»).

3.2 Программа «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.» как условие совершенствования управления развитием государственного учреждения здравоохранения в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» Курганской области

Программа «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»», разработана на основании проведенного мной анализа деятельности ГБУ «Мокроусовская ЦРБ». Данная программа подготовлена для полноценного внедрения в работу больницы уже начиная с января 2018 года. Программа является комплексом мероприятий по привлечению специалистов для работы в районной больнице. Данная программа разработана как пилотный проект и рассчитана пока на привлечение врачебных кадров, но в случае успешной работы, рекомендована для применения в отношении специалистов любых специальностей.

Стратегическая цель Программы – привлечение специалистов для оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района в полном объеме в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания населению Курганской области бесплатной медицинской помощи

Программа включает в себя решение двух ключевых тактических задач:

1. Работа по непосредственному привлечению специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», в том числе работа в СМИ, выездные мероприятия и т.д.
2. Установление дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», в том числе помощь в получении уже существующих в Курганской области и России мер поддержки.

Ожидаемые результаты реализации Программы:

– привлечение молодых специалистов и специалистов здравоохранения в государственное учреждение здравоохранения Мокроусовского района с целью доступности и повышения качества медицинской помощи населению;

- повышение показателей кадрового обеспечения больницы до нормы;
- повышение показателей качества и доступности оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района
- в случае достижения планируемого эффекта, внедрение методик программы в постоянную работу ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»;
- последующее внедрение эффективной программы на областной уровень и в другие ЦРБ Курганской области.

Далее перейдем непосредственно к самой Программе, а конкретнее к её основным направлениям и мероприятиям. Все мероприятия разделены по двум тактическим задачам.

Информация об исполнителях реализующих Программу приводится в Перечне программных мероприятий (таблица 7).

Таблица 7 – Перечень программных мероприятий 2018-2020 гг.

Мероприятие	Исполнитель
тактическая задача 1 – Работа по непосредственному привлечение врачей специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»	
1. Формирование банка данных о наличии вакансий работников в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»	Специалисты отдела кадров (далее «ОК»)
2. Активная работа на онлайн-рекрутинговых платформах, изучение и анализ имеющихся резюме, с последующим формированием личной базы работников	Программист, специалисты ОК
3. Посещение медицинских ВУЗов УрФО с целью привлечения выпускников («Дни открытых дверей» и т.д.)	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР
4. Проведение совместной работы с Омской и Тюменской медицинскими академиями – заключение трехсторонних контрактов, в том числе с администрацией Мокроусовского района на целевую подготовку врачей	Главный врач
5. Подготовка и распространение информационного материала о районе и предлагаемых условиях приглашенным специалистам, в том числе на офлайн и онлайн площадках	Программист, специалисты ОК
6. Съёмка и монтаж видеороликов о работе ЦРБ, о её преимуществах. Распространение на просторах сети интернет, в т.ч. создание ютуб –канала с интересным контентом о здравоохранении	Зам. гл.в. по ОМР, программист
7. Активная работа с официальным сайтом больницы, и сайтом Департамента здравоохранения (размещение банерной рекламы, выделение отдельной вкладки в контекстном меню «о Программе», и т.д.)	Программист

Окончание таблицы 7

Мероприятие	Исполнитель
тактическая задача 1 – Работа по непосредственному привлечение врачей специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»	
8. Популяризация среди населения района и области работников здравоохранения, формирование позитивного образа врача и привлекательных условий работы в ЦРБ (в том числе активное освещение в СМИ): <ul style="list-style-type: none"> – проведение ежегодного «Дня медицинского работника», не на территории больницы, а в Доме культуры Мокроусовского района. Вручение грамот, диплом, привлечение руководства Департамента и т.д. – установление в холле больницы «доски почета» (размещать на ней, не врачей-«стажистов», как правило, получающих грамоты и звания, т.к. давно работают в больнице, а именно лучших из молодых специалистов – учреждение на территории Мокроусовского района областного ежегодного смотра-конкурса «Теплота сердец», направленного на определение «лучшего молодого специалиста-врача ЦРБ». Для успешной работы конкурса, можно воспользоваться положительным опытом схожих конкурсов коллег из Якутии и ЯНАО. Финансирование данного конкурса возможно отдельно от Программы, например привлечение денежных средств из грантовых конкурсов 	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, зам. Главы администрации Мокроусовского района по социальным вопросам

Хочется особенно отметить, что все мероприятия из первой тактической задачи, являются финансово малозатратными, и дополнительного финансирования из муниципального бюджета не требуют. Следовательно, Программу можно запустить в работу даже без дополнительного финансирования.

За реализацию Программы отвечает непосредственно Главный врач и заместитель главного врача по ОМР, следовательно, весь контроль лежит тоже на них. Основной упор Программы сделан на усиление эффективности работы сотрудников отдела кадров, и привлечение к работе профильных специалистов (SMM, видеограф и т.д.) для выполнения разных задач, а не «самодеятельность».

Подобные мероприятия должны носить системный характер и выполняться комплексно. Отдельно, предложенные мероприятия, практикуются в разных больницах, но необходимо их собрать воедино, чтобы была высокая эффективность.

Стоит отметить, что в последнее время усилилась работа в отношении получения федеральных грантовых поддержек на молодежные инициативы. Федеральное агентство РосМолодежь, активно работает в этом направлении, ежегодно выделяя грантов на общую сумму 100 млн рублей.

Моя Программа рассчитана на привлечение врачей-специалистов разных возрастов, но можно смело утверждать, что процент молодых специалистов, желающих сменить место работы и приехать в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» будет выше. Следовательно, можно в ходе реализации Программы, написать проект и принять участие в грантовом конкурсе на любом федеральном или областном форуме.

Особенно хорошо вписывается в условия написания проекта запланированный областной ежегодный смотр-конкурс «Теплота сердец». Подобные мероприятия проходят во множествах регионов, и подобные инициативы, очень часто побеждают на грантовых конкурсах. Привлечение дополнительных источников финансирования Программы, положительно скажется на её реализации.

Далее мы перейдем к решению второй тактической задачи (таблица 8).

Таблица 8 – Перечень программных мероприятий 2018–2020 гг.

Мероприятие	Исполнитель
тактическая задача 2 – Установление дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»	
1. Оказание содействия приглашенным специалистам по получению денежного пособия по федеральной программе «Земский доктор» в размере 1 000 000 руб., комплектация специалистами отдела кадров необходимого пакета документов и отправление заявки	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, специалисты ОК
2. Оказание содействия приглашенным специалистам по получению денежного пособия по областной программе «Поддержка молодых специалистов на территории Курганской области» в размере 150 000 руб., комплектация специалистами отдела кадров необходимого пакета документов и отправление заявки	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, специалисты ОК

Окончание таблицы 8

Мероприятие	Исполнитель
тактическая задача 2 – Установление дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам ГБУ «Мокроусовская ЦРБ»	
3. Оказание содействия приглашенным специалистам по включению в действующие программы по получению социальных выплат на приобретение собственного жилья, действующих на территории Мокроусовского района и Курганской области	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, специалисты ОК
4. Оказание содействия приглашенным специалистам в первоочередном получении: «древесины на корню для нужд местного населения», для строительства жилья на территории Мокроусовского района	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, специалисты ОК
5. Оказание содействия приглашенным специалистам по получению денежной компенсации на оплату коммунальных расходов в размере 1200 руб. ежемесячно, комплектация специалистами отдела кадров необходимого пакета документов и отправление заявки	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, специалисты ОК
6. Предоставление приглашенным специалистам земельный участок на территории с. Мокроусово для нужд личного строительства в собственность (как это делается для специалистов сельского хозяйства), содействие в первоочередном получении, комплектация специалистами отдела кадров необходимого пакета документов и отправление заявки	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, зам. Главы администрации Мокроусовского района по социальным вопросам
7. Предоставление приглашенным специалистам на период работы в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» жилья социального найма, имеющегося в распоряжении ЦРБ, или оплата найма жилья	Главный врач
8. Разработать и принять нормативно правовой акт Мокроусовской районной думой об обеспечении жильем всех врачей-специалистов для нужд муниципального здравоохранения (как это делается для специалистов сельского хозяйства)	Главный врач, зам. гл.в. по ОМР, зам. Главы администрации Мокроусовского района по социальным вопросам
9. Ежемесячные социальные выплаты приглашенным врачам-специалистам в размере 5000 рублей, за счет финансирования из бюджета Мокроусовского района.	Главный врач

Все мероприятия Программы, предложенные для решения второй тактической задачи, тоже являются финансово малозатратными, и дополнительного финансирования из муниципального бюджета требуют только в отношении ежемесячной финансовой поддержки. Но и без этой поддержки, существует множество мер социальной поддержке специалистов здравоохранения на селе. Следовательно, Программу можно запустить в работу даже без дополнительного

финансирования из бюджета, в случае усугубления финансового кризиса в Курганской области (т.к. Курганская область – это дотационный регион).

Для того, чтобы оценить необходимость внедрения и эффективность Программы, мной использовался один из самых эффективных методов стратегического анализа – SWOT-анализ (таблица 9).

Таблица 9 - SWOT-анализ Программы

Сильные стороны (S)	Слабые стороны (W)
<ul style="list-style-type: none"> – схожий вектор законодательных инициатив в отношении привлечения специалистов в муниципалитеты – наличие программ по улучшению кадровой политики на селе, например: «земской доктор», «выплата единовременных пособий молодым специалистам Курганской области» и т.д. – наличие инфраструктуры, рабочих мест, объема работы для необходимого количества специалистов – потребность в специалистах обусловленная потребностью получения медицинской помощи населением Мокроусовского района 	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие финансирования из бюджета – неэффективность исполнителей, реализующих программу – препятствия со стороны администрации больницы, по разным причинам (боязнь будущей конкуренции; снижение уровня доходов администрации и врачей «стажистов», т.к. снижение коэффициента совместительства = снижение зарплаты; добавление должностных обязанностей у сотрудников администрации и увеличение дополнительной трудовой нагрузки(как правило без дополнительной оплаты) – слабые возможности инфраструктуры района (жилье, детские сады и т.д.)
Возможности (O)	Угрозы (T)
<ul style="list-style-type: none"> – увеличение кадровых показателей до нормы, в том числе снижение коэффициента совместительства – повышение показателей качества и доступности оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района – снижение уровня смертности и заболеваемости – увеличение демографических показателей Мокроусовского района – увеличение выявляемости заболеваний на ранних стадиях = увеличение продолжительности жизни населения – улучшение качества жизни больных граждан Мокроусовского района – применение успешного опыта «программы» на областной уровень и внедрение её в других муниципалитетах КО 	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие необходимых профессиональных компетенций у специалистов отдела кадров и прочих исполнителей программы (возможно отсутствие необходимых специалистов на рынке труда Мокроусовского района) – усугубление экономического кризиса в России в целом и в Курганской области в частности, и как результат, отсутствие финансирования программы – смена руководства Департамента здравоохранения Курганской области и администрации ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», поддерживающих внедрение программы

Резюмируя данные полученные при анализе, можно смело утверждать, что слабые стороны предложенной Программы являются незначительными, и при детальном и пошаговом разъяснении и постоянном контроле со стороны руководителя не несут значимых рисков для реализации Программы. Так же следует отметить, что все эти факторы являются незначительными и контролируемы, и имеют тенденцию к разрешению (например, препятствия со стороны администрации).

Угрозы же имеют гипотетический характер и являются общими для любого реформирования в России в целом.

Рассмотрим механизмы реализации, финансирования, и контроля, разработанной Программы

Финансирование мероприятий Программы за счет средств бюджета Мокроусовского района и Курганской области должно осуществляться только для реализации второй Тактической задачи, а именно для: «установления дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским работникам ГБУ «Мокроусовская ЦРБ», в том числе помощи в получение уже существующих в Курганской области и России мер поддержки».

Приведенные объемы финансирования Программы носят прогнозный характер и подлежат ежегодному уточнению в установленном порядке при формировании бюджета Мокроусовского района. Финансирование мероприятий настоящей Программы осуществляется за счет средств бюджета Мокроусовского района и Курганской области.

Планируемый общий объем финансирования Программы составит 1млн 40 тыс. руб., в том числе:

2018 год – 200 тыс. руб.

2019 год – 420 тыс. руб.

2020 год – 420 тыс. руб.

Приведем ниже расчеты, из которых складывается общая сумма финансирования.

На текущий момент в ГБУ Мокроусовская ЦРБ нехватка штатных единиц врачей-специалистов составляет 9 должностей. При нормальном коэффициенте совместительства в 1,20, получается для работы в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» необходимо привлечь минимум 7 физических лиц врачей-специалистов.

Предлагаем установить меру социальной поддержки муниципального уровня, в размере 5000 рублей ежемесячно, каждому привлеченному специалисту. Из чего можно сделать расчеты:

$$7 \text{ физ.лиц} \times 5000 \text{ руб.} \times 12 \text{ месяцев} = 420 \text{ тыс. руб.}$$

Данные суммы запланированы на 2019 год и 2020 год, когда Программа уже заработает в полную силу. На 2018 год запланировано 200 тыс. руб. с целью обеспечение подобной мерой поддержки 3-4 специалистов, которые придут на работу первые.

Приведенные объемы финансирования Программы носят прогнозный характер и подлежат ежегодному уточнению в установленном порядке при формировании бюджета Мокроусовского района и Курганской области.

Обоснованность ресурсов, необходимых для реализации Программы, обусловлена наличием тактических задач и мероприятий, планируемых для достижения поставленной цели.

Исполнителями мероприятий Программы являются администрация Мокроусовского района, Комитет по управлению имуществом Мокроусовского района, Государственное бюджетное учреждение «Мокроусовская центральная районная больница» (по согласованию).

Исполнители мероприятий Программы несут ответственность за качественное и своевременное исполнение программных мероприятий, целевое и рациональное использование выделяемых на их реализацию бюджетных средств.

При необходимости внесения изменений в Программу в ходе ее реализации в части объемов финансирования, мероприятий администрация Мокроусовского района обеспечивает разработку соответствующего проекта нормативного правового акта о внесении изменений в принятую Программу.

Мероприятия Программы реализуются в соответствии с федеральным законодательством и нормативными правовыми актами Курганской области и Мокроусовского района.

Финансирование из бюджета Мокроусовского района на реализацию Программы осуществляется в пределах утвержденных лимитов бюджетных обязательств на соответствующий финансовый год на основании документов, подтверждающих целевое и обоснованное направление средств (контрактов, договоров, счетов-фактур, актов выполненных работ, накладных и др.), представляемых получателями бюджетных средств.

Проведение обсуждения итогов реализации мероприятий Программы осуществляется ежеквартально на заседаниях Администрации Мокроусовского района, ежегодно на сессии Собрании депутатов Мокроусовского района.

Администрация Мокроусовского района заключает с Государственным бюджетным учреждением «Мокроусовская ЦРБ» соглашение о взаимодействии по реализации мероприятий Программы, в котором отражаются требования по предоставлению мер социальной поддержки, приобретению лечебно-диагностического оборудования.

Порядок предоставления мер социальной поддержки (ежемесячная социальная выплата, оплата найма жилья молодым и приглашенным специалистам на период работы в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» и т.п.) с указанием размера социальной поддержки утверждается постановлением администрации Мокроусовского района.

Данными мерами социальной поддержки могут воспользоваться в соответствии с утвержденным администрацией Мокроусовского района Порядком врачи-специалисты, средний медицинский персонал, главный врач ГБУ «Мокроусовская ЦРБ».

Молодыми специалистами считаются врачи, окончившие учреждения высшего , впервые поступившие на работу, соответствующую уровню и профилю образования в государственное учреждение здравоохранения Мокроусовского

района, и работающие в течение трех лет после поступления на работу, за исключением периода прохождения срочной военной службы в Вооруженных Силах Российской Федерации и времени нахождения в отпуске по беременности и родам и по уходу за ребенком.

Участие в мероприятиях настоящей Программы является добровольным.

Администрация Мокроусовского района проводит анализ затрат по программным мероприятиям, дает оценку механизмам их реализации, а также уточняет состав исполнителей. В случае необходимости обеспечивает разработку соответствующего проекта нормативного правового акта о внесении изменений в утвержденную Программу.

Контроль за реализацией Программы осуществляет Администрация района.

В течение всего периода реализации Программы осуществляются мониторинги реализации Программы путем составления отчетов.

Непосредственные исполнители мероприятий представляют в администрацию района ежемесячные отчеты об исполнении мероприятий Программы в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, и ежегодно в срок до 25 января года, следующего за отчетным.

В процессе реализации Программы могут появиться риски, связанные с наличием объективных и субъективных факторов.

Внешние риски:

– изменение федерального законодательства в части перераспределения полномочий между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и муниципальными образованиями;

Внутренние риски:

– отсутствие опыта программно-целевого управления;

– отсутствие профессионального менеджмента

– ухудшение социально-экономического положения Мокроусовского района.

В целях управления указанными рисками в процессе реализации Программы предусматриваются:

- а) мониторинг выполнения Программы, анализ хода ее исполнения;
- б) внесение корректировок в Программы и поиск нестандартных путей решения возникающих проблем.

Ожидаемые конечные результаты реализации программы:

- решение кадрового вопроса;
- повышение показателей кадрового обеспечения, выше областного уровня;
- увеличение кадровых показателей до нормы, в том числе снижение коэффициента совместительства.
- повышение показателей качества и доступности оказания медицинской помощи населению Мокроусовского района;
- снижение уровня смертности и заболеваемости;
- увеличение демографических показателей Мокроусовского района;
- увеличение выявляемости заболеваний на ранних стадиях, следовательно, увеличение продолжительности жизни населения Мокроусовского района;
- улучшение качества жизни больных граждан Мокроусовского района;
- применение успешного опыта «программы» на областной уровень и внедрение её в других муниципалитетах Курганской области.

Выводы по разделу. Предлагаемая Программа, является комплексным планом по кардинальному улучшению кадровой обстановки в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ». Предложенные и разработанные мероприятия носят компилятивный характер и должны выполняться на систематическом уровне. Разрозненное исполнение предложенных мероприятий не будет достаточно эффективным, т.к. все мероприятия взаимосвязаны и важны.

Особенно хочется отметить, что все мероприятия Программы, являются финансово малозатратными, и дополнительного финансирования из муниципального бюджета требуют только в отношении ежемесячной финансовой поддержки. Но и без этой поддержки, существует множество мер социальной поддержки специалистов здравоохранения на селе. Следовательно, Программу

можно запустить в работу даже без дополнительного финансирования из бюджета, в случае усугубления финансового кризиса в Курганской области (т.к. Курганская область – это дотационный регион).

Также обращаем внимание на то, что в нашей стране Правительство РФ также крайне обеспокоено кадровой катастрофой в здравоохранении.

Направление законодательных инициатив, принимаемых с подачи Министерства здравоохранения РФ, это отлично подтверждает (программа «Земский доктор» и т.д.). Вектор выбран в правильном направлении, и, к сожалению, «на местах» подобные законодательные инициативы часто остаются или невыполненными или частично выполненными.

Программа «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.» – это прикладной и полезный инструмент, с помощью которого любой Главный врач муниципального учреждения здравоохранения, сможет наладить кадровую работу, систематизировать её и далее работать в режиме, только улучшая кадровую обстановку у себя в больнице.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные в России в конце XX столетия радикальные социально-экономические преобразования обусловили значительные изменения в системе организации здравоохранения. Передача многих полномочий с федерального на региональный и муниципальный уровни власти повлекла за собой наделение их обязанностями в сфере охраны здоровья населения. В результате этих, во многом стихийно происходивших процессов, ранее единая система здравоохранения оказалась разделенной на отличающиеся значительной степенью автономности сектора - государственный (федеральный и региональный), муниципальный, ведомственный и частный.

Реальная ситуация, сложившаяся в современной России, требует от государства и общества принятия стратегических решений. Поэтому главной задачей на 2011 год в области здравоохранения является принятие и реализация региональных Программ модернизации здравоохранения, которые разрабатывают субъекты Российской Федерации во исполнение Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации. Программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации должны быть представлены как комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам реализации. Эффективность реализации программы будет оцениваться на основе анализа целевых значений показателей результативности, как медицинских, так и экономических[3].

Региональные программы модернизации здравоохранения начали работать уже в 2011 году, и должны стать логичным продолжением государственной политики по направлению усилий и ресурсов на финансово-экономическое и нормативно-правовое обеспечение процесса усовершенствования системы здравоохранения.

Отрасль здравоохранения в настоящее время переживает переходный период, начавшийся вместе с коренными изменениями во всех сферах жизни государства более десяти лет назад, что, разумеется, не могло сказаться на качестве функционирования системы здравоохранения как на уровне страны в целом, так и на уровне регионов. Наряду с этим резко ухудшилась медико-демографическая ситуация в стране, ощутимо снизился жизненный уровень большей части населения. Реформы ударили по финансированию отрасли и по вертикали управления, которая была фактически разрушена. Положение относительно улучшилось после принятия в 1997 году Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Постепенно активизировалась деятельность по профилактике заболеваний.

Были внедрены современные методы профилактики, диагностики и лечения наряду с повышением эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Впервые была введена программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Несомненным прорывом стало использование в управлении здравоохранением методов стратегического планирования, результатом которого явилось принятие большого количества федеральных целевых программ, направленных на решения наиболее остро стоящих перед отраслью проблем.

Благодаря соответствующему системному подходу и активной государственной позиции региональных органов исполнительной власти отмечаются значительные изменения в материально-техническом оснащении учреждений здравоохранения, качестве оказания медицинской помощи и основных показателях здоровья населения республики.

В развитии отрасли здравоохранения на протяжении многих лет успешно применяется программно-целевой подход, что позволяет сконцентрировать и максимально эффективно использовать материальные и управленческие ресурсы.

На основе принятых федеральных программ разрабатываются региональные целевые программы, проектируемые с учётом специфики конкретного субъекта

федерации. Проблему недостаточного финансирования отрасли призван решить принятый Закон об обязательном медицинском страховании. Введение системы медицинского страхования позволило кардинально изменить подход к финансированию здравоохранения. Наряду с положительными результатами работы системы существует, конечно, и немалый спектр проблем различного уровня, последовательное и грамотное разрешение которых необходимо для выполнения задач, возложенных на систему медицинского страхования.

Проведённый анализ системы здравоохранения выявил наряду с, несомненно, положительными тенденциями массу проблем и недоработок в процессе реализации программ по реформированию отрасли и показал необходимость внедрения новых подходов к реализации программ федерального уровня.

В результате проводимых мероприятий в Курганской области сохраняются тенденции к улучшению основных демографических показателей, продолжает снижаться заболеваемость по большинству социально-значимых болезней, сокращается общая смертность населения, особенно лиц в трудоспособном возрасте, снизился показатель младенческой смертности.

ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» по всем этим направлениям не является передовиком. Анализируя все представленные во второй главе данные можно сделать вывод, что здравоохранение в Мокроусовском районе находится на недостаточном уровне. Показатели лечебно-диагностического и кадрового направлений работы ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» находятся на уровне ниже областного, показатели укомплектованности должностей – 81% (N=93,5%), , показатели укомплектованности физическими лицами – 73% (N=85%), коэффициент совместительства – 1,34 (N=1,20) и т.д.

Основные усилия управления здравоохранением в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» были направлены на развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение за счет средств федерального и муниципального финансирований. Но самая главная проблема остается нерешенной, а именно

проблема текущего кадрового оснащения больницы и привлечения и подготовки медицинских кадров.

Все выявленные в ходе анализа проблемы и недостатки ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» являются следствием одной большой проблемы современного здравоохранения, а именно «кадровой катастрофы» в сфере оказания медицинской помощи населению.

Для того чтобы муниципальное здравоохранение в лице ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» развивались, необходимы четкие и эффективные меры.

В связи с этим была разработана и готова для внедрения в работу ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» целевая программа, под названием: «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.».

Программа «Привлечение врачей-специалистов в ГБУ «Мокроусовская ЦРБ» в 2018–2020 гг.» – это прикладной и полезный инструмент, с помощью которого любой Главный врач муниципального учреждения здравоохранения, сможет наладить кадровую работу, систематизировать её и далее работать в режиме, только улучшая кадровую обстановку у себя в больнице, а как следствие, и улучшая вообще работу учреждения здравоохранения.

Здравоохранение Курганской области является социально ориентированной отраслью, чья деятельность направлена на сохранение и укрепление здоровья населения, повышение качества и доступности медицинской помощи. Вопросы охраны здоровья и развития отрасли здравоохранения традиционно занимают приоритетное место в социально-экономическом развитии Курганской области и находятся на постоянном контроле Губернатора и Правительства Курганской области.

Благодаря соответствующему системному подходу и активной государственной позиции региональных органов исполнительной власти мы можем внести значительные изменения в качестве и доступности оказания медицинской помощи населению Курганской области.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (с поправками от 30.12.2008 г., 05.02.2014 г., 21.07.2014 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ (ред. от 03.12.11) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

4. О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»: Федеральный закон от 22 августа 2004 №122-ФЗ (ред. от 28.12.16) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

5. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием осуществления полномочий Правительства Российской Федерации: Федеральный закон от 23 июля 2008 №160-ФЗ (ред. от 30.11.11) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

6. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов: Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. №1382 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

7. Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 №27 (ред. от 21.10.16) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

8. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Курганской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: Постановление Правительства Курганской области от 22 декабря 2014 года №516 (с поправками от 28.12.2015 г., 30.12.2016 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

9. Акопян, А.С. Здравоохранение в рыночной России / А.С. Акопян // Общественные науки и современность. – 2014. – №6. – С. 56-90.

10. Атаманчук, Г.В. Теория государственного управления / Г.В. Атаманчук. – М.: Омега-Л, 2012. – 301 с.

11. Андреев, Ю.Н. Платные медицинские услуги / Ю.Н. Андреев. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 531с.

12. Валентей, С.Д. Законодательство о местном самоуправлении и экономические реалии / С.Д. Валентей // Журнал российского права. – 2016. – №3. – С.70-78.

13. Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – №3. – С.10-11.

14. Григорьева, Н.С. Гражданин и общество в контексте реформы здравоохранения / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2015. – №4. – С. 88.

15. Замахаев, С.А. Методологические, организационно-правовые аспекты реорганизации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения бюджетной сферы / С.А. Замахаев // Здравоохранение. – 2014. – №4. – С. 48–62.

16. Кораблев, В.Н. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения на примере Хабаровского края / В.Н. Кораблев // Здравоохранение. – 2016. – №7. – С. 78–91.
17. Кочаненко, Е.П. Некоторые аспекты организации деятельности государственных (муниципальных) учреждений в сфере размещения заказов и внутреннего финансового контроля / Е.П. Кочаненко // Законодательство и экономика. – 2016. – №3. – С.14 - 25.
18. Кравченко, Г.М. Развитие рынка и финансирования лечебно-оздоровительных услуг в России / Г.М. Кравченко // Здравоохранение. – 2017. – №4. – С. 58–62.
19. Лившиц, С.А. Некоторые проблемы правового обеспечения деятельности медицинских учреждений различных форм собственности / С.А. Лившиц // Медицинское право и этика. – 2017. – №2. – С.15-20.
20. Лисицын, Ю.П. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении / Ю.П. Лисицын. – М.: ЦРЧ МЗ РФ, 2016. – 432 с.
21. Мустафина, Д.Р. Поддержка принятия решений при управлении учреждениями здравоохранения (на примере медицинских учреждений муниципального района) / Д.Р. Мустафина // Здравоохранение. – 2016. – №5. – С. 38–58.
22. Найговзина, Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты / Н.Б. Найговзина, М.А. Ковалевский. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. – 340 с.
23. Никульникова, О. В. Государственное управление здравоохранением в России / О.В. Никульникова. – Энгельс: Регион, 2016. – 374 с.

24. Отчет о деятельности ГБУ "Мокроусовская центральная районная больница" за 2015 - 2017 года // Архив ГБУ "Мокроусовская центральная районная больница".

25. Перхов, В.И. Стандарты высокотехнологичной медицинской помощи и реальная клиническая практика / В.И. Перхов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2016. – №3. – С. 20–29.

26. Пидде, А.Н. Проблемы выхода из кризиса российского здравоохранения / А.Н. Пидде // Общество и экономика. – 2015. – №1. – С.160.

27. Раскин, Д.И. Несостоявшаяся реформа управления здравоохранением / Д.И. Раскин // Вопросы истории. – 2016. – №4. – С. 149–154.

28. Ривес, Н.И. Нормативно-правовые акты надо издавать с учетом мнения фармобщественности / Н.И. Ривес // Московские аптеки. – 2016. – №5. – С.60-76.

29. Рогалев, К.К. Роль областной больницы в организации оказания специализированной и высокотехнологичной помощи в крупной области СЗФО РФ (на примере Архангельской областной клинической больницы) / К.К. Рогалев // Здоровоохранение. – 2016. – №4. – С. 58–62.

30. Савранская, О.Л. Проблемы разграничения компетенции и определение объема полномочий муниципальных образований / О.Л. Савранская. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. – 230 с.

31. Селютина, Е.Н. Теория государства и права / Е.Н. Селютина. – Орёл: ОФ РАНХиГС, 2014. – 116 с.

32. Сергеев, Ю.Д., Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении / Ю.Д. Сергеев, М.И. Милушин. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. – 448 с.

33. Социальный менеджмент: учебник. / под ред. Д.В. Валового. – М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез» Академии труда и социальных отношений, 2014. – 278 с.

34. Стародубов, В.И. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения / В.И. Стародубов // Главврач. – 2014. – №11. – С. 18–23.
35. Титова, Е.В. Медико-социальное и экономическое обоснование реструктуризации лабораторно-диагностической службы Омской области / Е.В. Титова // Здравоохранение. – 2015. – №9. – С. 18–32.
36. Тихомиров, А.В. Здравоохранение: правовой аспект / А.В. Тихомиров // Здравоохранение в Российской Федерации. – 2014. – №2. – С. 11–18.
37. Тихомиров, Ю.А. Теория компетенции / Ю.А. Тихомиров.– М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. – 426 с.
38. Тихомиров, Ю.А. Управление на основе права/ Ю.А. Тихомиров.– М.: Академкнига, 2015. – 324 с.
39. Трушкина, Л.Ю. Экономика и управление здравоохранением / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Глепцеришиев, А.Г. Трушкин. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 190с.
40. Филатов, Д.В. Система оценки деятельности учреждений здравоохранения при производстве медицинских услуг/ Д.В. Филатов // Здравоохранение. – 2016. – №2. – С. 118–132.
41. Хомякова, В.В. Хорошо ли, когда управляют врачи? Профессионалы и политика / В.В. Хомякова // Управление здравоохранением. – 2017. – № 4. – С. 98–99.
42. Худеля, Е.Д. Управление здравоохранением в Российской Федерации / Е.Д. Худеля // Здравоохранение. – 2017. – №2. – С. 105–112.
43. Чавпецов, В.Ф. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования / В.Ф. Чавпецов, В.В. Гришин, В.Ю. Семенов. – М.: Статут, 2014. – 347 с.
44. Чиркин, В.Е. Публичное управление / В.Е. Чиркин. – М.: Юристъ, 2015. – 331 с.

45. Чичикалов, А.В. Здоровье как защищаемое законом благо / А.В. Чичикалов, А.В. Тихомиров // Медицина и право. – 2016. – №4. – С. 43–57.
46. Шеремет, К.Ф. Компетенция муниципального здравоохранения / К.Ф. Шеремет. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. – 134 с.
47. Шведова, Н.А. Актуальность реформы американского здравоохранения / Н.А. Шведова // Здравоохранение. – 2017. – №3. – С. 104–118.
48. Шевченко, Ю. Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право / Ю.Л. Шевченко // Экономика здравоохранения. – 2016. №11. – С. 13–17, 20–25.
49. Шубин, М.В. Здоровье не купишь / М.В. Шубин // Деловые люди. – 2016. – №1. – С. 24–31.
50. Яковлева, Т.В. Современные проблемы законодательного регулирования в сфере здравоохранения / Т.В. Яковлева // Управление здравоохранением. – 2014. – №3. – С. 43–52.
51. Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
52. Сайт Департамента здравоохранения Курганской области – Режим доступа: <http://www.uzo.kurgan-med.ru>
53. Сайт ГБУ «Мокроусовская центральная районная больница» – Режим доступа: <http://www.crbmokroutsovo.sov-link.ru>