

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМ. Н.А. СЕМАШКО»**

На правах рукописи

**ОГНЕВА
ЕКАТЕРИНА ЮРЬЕВНА**

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
Плутницкий Андрей Николаевич

Москва - 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	11
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	40
2.1. Методика исследования	41
2.2. Характеристика базы исследования	46
ГЛАВА 3. ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	53
ГЛАВА 4. АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕРПУХОВА НА 2011-2013 ГГ.»	77
4.1. Анализ результатов проведения интервью	78
4.2. Анализ результатов социологического изучения мнения пациентов	80
4.3. Анализ результатов социологического изучения мнения врачей	85
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕРПУХОВА НА 2011-2013 ГГ.», КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ	95
5.1. Анализ результатов реализации программы «Развитие здравоохранения г. Серпухова на 2011-2013 гг.»	95
5.2. Предложения по совершенствованию системы показателей для планирования здравоохранения	114
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	120

ВЫВОДЫ	126
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	128
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	150

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Основу современного развития и повышения эффективности системы здравоохранения представляет его реформирование, главной задачей которого является улучшение качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации.

Одним из направлений проводимого в Российской Федерации реформирования отрасли явилась программа модернизации здравоохранения, предусматривавшая улучшение материально-технической базы, развитие информатизации отрасли, внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Необходимость модернизации была обусловлена наличием множественных проблем в системе здравоохранения, суть которых заключалась, прежде всего, в том, что система не обеспечивала в полной мере государственных гарантий медицинской помощи, а также не обеспечивала надлежащий уровень доступности и высокое качество ее оказания.

Современные демографические тенденции, характеризующиеся старением населения и ухудшением состояния его здоровья, и связанные с этим изменения потребности в ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения являются основой построения региональной политики развития здравоохранения (Какорина Е.П., 2000; Лисицын Ю.П., 2002; Щепин О.П., Медик В.А., 2010; Денисов И.Н., 2010; Алисханов М.А., 2013).

Принятие Федерального закона №323-ФЗ от 29 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» потребовало конкретизации мер реформирования системы здравоохранения с учетом, как общефедеральных установок, так и специфики регионов (Скляр М.С., 2008; Щепин О.П., Медик В.А., 2010; Улумбекова Г.Э., 2010; Огрызко Е.В., 2011; Гехт И.А., Артемьева Г.Б., 2014).

Целевые долгосрочные Программы последних лет, к числу которых относятся ПНП «Здоровье», программы развития здравоохранения, профилактики социально-значимых заболеваний, модернизации, и др., в качестве достижений охватывают большой набор индикаторов для суждения о выполнении программ и проектов, реальном развитии здравоохранения.

Современные подходы и принципы планирования развития здравоохранения обуславливают необходимость повышения эффективности управления на всех уровнях (Линденбрaten А.Л., Шавхалов Р.Н., 2008; Сунгатов Р.Ш., 2008; Стародубов В.И., 2012; Кузнецов А.В., 2009).

Разработка федеральных, региональных и территориальных программ, где формируются текущие и перспективные задачи в сфере здравоохранения и меры по их реализации, является неотъемлемым элементом государственной политики.

Системный подход для определения адекватных задач здравоохранения, а также комплексные решения, учитывающие местную специфику, являются основой для принятия адресных управленческих решений по развитию муниципального здравоохранения.

В период 2011-2012 годов, в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществлялась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь. В связи с этим было принято Постановление Правительства Московской области от 17.05.2011г. № 446/19 «О реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы».

В соответствии с этим Постановлением, во всех муниципальных образованиях, входящих в состав Московской области, были приняты соответствующие постановления. В частности, Главой города Серпухова было принято постановление от 20.01.2009 № 67 «Об утверждении порядка

принятия решений о разработке долгосрочных целевых программ г. Серпухова, на основании которого была утверждена долгосрочная целевая программа «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

На реализацию Программ развития здравоохранения выделяются и затрачиваются большие финансовые средства. При этом вопросам оценки результативности и эффективности данных Программ должного внимания не уделяется. Все это обосновывает целесообразность проведения специального исследования, в котором, наряду с другими задачами, одной из ключевых является сравнительный анализ показателей, запланированных в качестве достижений реализации целевых программ, с фактически достигнутыми показателями, а также дана оценка целесообразности использования отдельных показателей в таких программах.

Цель исследования - разработать научно обоснованные предложения по выбору показателей для планирования здравоохранения на муниципальном уровне.

Задачи исследования:

1. Изучить имеющийся опыт современного планирования развития здравоохранения.
2. Разработать методику и программу исследования.
3. Провести анализ нормативных правовых документов, являющихся правовой основой модернизации отечественного здравоохранения, а также документов, регламентирующих реализацию Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».
4. Провести социологическое исследование с целью изучения мнения пациентов, врачей и руководителей медицинских организаций о результатах реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

5. Провести анализ результативности Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» и оценить адекватность заложенных в ней целевых показателей.

6. Разработать предложения по совершенствованию системы показателей для планирования развития здравоохранения.

Методы исследования. В работе использована комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, аналитический, статистический, сравнительного анализа, социологический.

Научная новизна исследования

На основе комплексного подхода разработана программа и методика социально-гигиенического исследования, включающего изучение имеющегося опыта использования различных показателей при планировании здравоохранения, углубленный анализ нормативной правовой базы модернизации отрасли, анализ состояния организации и деятельности системы здравоохранения муниципального образования.

На основе результатов сравнительного анализа показателей, запланированных в качестве достижений Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.», с фактически достигнутыми показателями, дана оценка результативности данной Программы, а также проведена научно обоснованная оценка адекватности и целесообразности использования отдельных показателей в Программах развития и модернизации здравоохранения.

Разработаны научно обоснованные предложения по использованию различных показателей для планирования развития здравоохранения на муниципальном уровне, учитывающие компетенцию соответствующих органов управления и местные особенности, влияющие на их выбор.

Практическая значимость исследования.

Исследование выполнялось в рамках плановой темы НИР ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им Н.А. Семашко»

«Экономический анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения».

Результаты исследования использованы при подготовке Постановлений Администрации г. Серпухова, при подготовке приказов и принятии управленческих решений департамента здравоохранения г. Серпухова, а также при подготовке регламентирующих документов министерства здравоохранения Московской области.

Примененная методика может быть использована при оценке эффективности и результативности долгосрочных целевых программ развития здравоохранения различных территорий.

Результаты исследования могут быть использованы при разработке целевых Программ развития здравоохранения различного уровня.

Апробация материалов диссертации

Материалы и полученные результаты исследования доложены и обсуждены:

- на заседании Медицинского совета при Управлении здравоохранения Администрации города Серпухов на тему: «Результаты реализации мероприятий программы модернизации учреждений здравоохранения г. Серпухова за период 2011-2013 гг.», 17 февраля 2014 года.

- на заседании комитета здравоохранения Совета депутатов городского округа Серпухов на тему: «Развитие системы здравоохранения города Серпухов в рамках выполнения основных мероприятий программы модернизации», 24 февраля 2014 года.

- на заседании главных врачей медицинских организаций при Управлении здравоохранения Администрации города Серпухов на тему «Реализация основных мероприятий Программы развития системы здравоохранения на период 2011-2013 гг.», 14.04.2014 г.

- на заседании координационного совета медицинского округа № 2 Министерства здравоохранения Московской области на тему: «Реализация основных мероприятий Программы модернизации системы здравоохранения Московской области в медицинских организациях медицинского округа № 2», 19.05.2014 г.

- на международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, 11 апреля 2015 года;

- на расширенной конференции отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», 29 сентября 2015 года;

- на областных научно-практических конференциях руководителей территориальных управлений здравоохранением и главных специалистов Министерства здравоохранения Московской области, на тему: «Научно обоснованные предложения по совершенствованию системы показателей для планирования здравоохранения на муниципальном уровне», 9 апреля 2015 г. г. Красногорск и 22 июня 2015 г. г. Серпухов;

- на межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», 9 декабря 2015 года.

По материалам исследования опубликовано 14 научных работ, в том числе 4 в журналах, включенных в утвержденный ВАК «Перечень периодических рецензируемых изданий».

Личный вклад автора. Автором разработана методика и программа исследования, самостоятельно проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций по изучаемой проблеме. Разработан статистический инструментарий, проведен анализ статистических отчетных данных, организовано анкетирование и проведено интервью.

Математико-статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с личным участием автора. Автором осуществлен анализ, интерпретация собранных материалов, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 - «общественное здоровье и здравоохранение», конкретно пунктам 2, 3 и 4.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты оценки реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

2. Обоснование использования в качестве индикаторов целевых Программ развития здравоохранения, прежде всего, показателей, на которые могут влиять отраслевые органы управления.

3. Целесообразность проведения социологических исследований для получения дополнительной информации об особенностях состояния здравоохранения изучаемой территории, которые следует учитывать при разработке муниципальных программ развития отрасли.

ГЛАВА 1. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

На современном этапе развития российского здравоохранения одной из насущных проблем является повышение эффективности управления на всех уровнях (Стародубов В.И. с соавт., 2015). Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует конкретизации мер реформирования с учетом, как общефедеральных установок, так и специфики каждого уровня. На это направлена реализация «дорожных карт» или Плана мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р).

Переход от централизованно-плановой экономики к рыночной означал коренное изменение методов выработки и реализации экономической государственной политики. Это связано было, во-первых, с принципиально новой ролью государства в рыночной экономике, а, во-вторых, новые методы реализации экономической политики проистекают из принципиально иных подходов к обеспечению макроэкономической сбалансированности в условиях рынка по сравнению с плановой экономикой. Сложившиеся механизмы планирования на программно-целевой основе требуют нового инструментария (Свистунова Е.Г. с соавт., 2011).

Речь идет, прежде всего, о разработке новых показателей (индикаторов), характеризующих различные стороны деятельности медицинских учреждений, их кадровые, материально-технические, информационные и другие ресурсы в условиях реформирования. Как известно, показатели, являясь способом измерения какого-либо явления, процесса, позволяют получить количественную характеристику различных критериев, отражающих качество оказываемой медицинской помощи. При этом

показатели должны рассматриваться с точки зрения их значимости для системы здравоохранения, возможности измерить и повлиять на улучшение данного показателя. При отборе показателей используются следующие общие принципы:

- показатель должен быть важным для системы здравоохранения;
- показатель должен быть научно обоснован;
- показатель должен быть надежным;
- измерение показателя должно быть целесообразным (Новожилов А.В., 2008; Улумбекова Г.Э., 2015).

Разработанные показатели используются для сопоставления фактической деятельности медицинских учреждений с эталонными показателями, установленными с учетом ожидаемого качества работы. Они также служат для определения масштабов и причин выявленных дефектов в работе и принятия соответствующих мер (Шамшурина Н.Г., 2005).

Использование показателей в виде абсолютных величин не позволяет проводить объективный сравнительный анализ различных объектов, в том числе в динамике, в силу влияния различных факторов на данный показатель. Поэтому для оценки деятельности медицинских организаций, по мнению некоторых исследователей, более приемлемо использование показателей в виде относительных величин. Подобные показатели отражают основные аспекты деятельности медицинских организаций. Такой подход был использован, например, при проведении мониторинга деятельности медицинских организаций в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи в условиях проведения реформы ПМСП в г. Москве. Мониторинг позволил упорядочить и унифицировать информацию для управления на различных уровнях в условиях реформы. Совершенствование системы показателей (индикаторов) позволило не только расширить информацию, но и получить механизм обратной связи в целях оценки эффективности принимаемых решений (Гришина Н.К., 2011; Линденбратен А.Л. с соавт., 2012; Гриднев О.В., 2015).

В условиях рыночной экономики в здравоохранении существенно изменились содержание и методы планирования. Это обусловлено двумя основными факторами: децентрализацией системы управления здравоохранением, как на федеральном, так и на региональном и муниципальном уровнях и демонополизацией государственной системы здравоохранения (Щепин О.П., 2009).

В бывшем СССР был накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который, впрочем, не потерял своего значения и сейчас. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. Эти принципы сыграли свою положительную роль в соответствующих им условиях. При переходе к рынку одни принципы перестали действовать, другие подверглись модификации, а третьи отражают специфику иных экономических условий.

Исходя из сказанного выше, планирование в здравоохранении можно определить как целенаправленную деятельность государственных органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения всех форм собственности по разработке перспектив развития систем здравоохранения страны, субъектов Российской Федерации, отдельных административных территорий и организаций здравоохранения (Папикян И.В., 2013).

Медико-экономическое планирование является видом управленческой деятельности, направленной на обоснование мероприятий, обеспечивающих достижение поставленных целей.

Содержание медико-экономического планирования заключается в обосновании конкретных достижимых целей и приоритетов развития, выявлении материальных, трудовых и финансовых возможностей реализации разрабатываемых программ. С формированием рыночных отношений, укреплением договорных связей между хозяйствующими субъектами в планировании здравоохранения повышается роль качественных показателей и финансовых нормативов вместо объемных заданий.

Система планирования здравоохранения должна строиться на единых принципах и обеспечивать проведение единой государственной политики в области охраны здоровья населения, с одной стороны, и в то же время - позволять субъектам РФ и муниципальным образованиям, отдельным медицинским организациям максимально учитывать специфические особенности своего развития.

Основным принципом планирования в здравоохранении является обеспечение соответствия между объемами предоставляемой населению медицинской помощи и размерами ресурсов, необходимых для выполнения этих объемов (Злобин А.Н., 2003; Махинова Н.В., 2010; Планирование в здравоохранении [www/studfiles.ru/preview/4103999](http://www.studfiles.ru/preview/4103999)).

С переходом к рыночной экономике в здравоохранении появились признаки индикативного планирования как способа сознательного, целенаправленного управления медико-экономическими процессами, как в государственном, муниципальном, так и в частном секторах здравоохранения (Огнева Е.Ю. с соавт., 2015).

Индикативное планирование является одной из форм вовлечения организаций здравоохранения (независимо от форм собственности) в разработку на паритетных началах с государственным органом управления здравоохранением планов и программ развития. Оно базируется на использовании системы специальных показателей (индикаторов) и экономических механизмов воздействия на организации здравоохранения, формируя и стимулируя, тем самым, интерес к разработке и реализации планов. Как правило, индикативные планы разрабатываются на основе приоритетов, одни из которых определяются государственными органами управления здравоохранением (охрана материнства и детства, профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией, ранняя диагностика и лечение онкологических заболеваний и др.), другие выявляются в процессе планирования. При индикативном планировании процесс согласования плана между органом

управления и организациями здравоохранения идет сверху вниз и снизу вверх (Иванов Е., 2006; Истомин А.В., pandia.ru/text/77/203/76939/php).

В качестве медико-экономических индикаторов, характеризующих развитие системы здравоохранения отдельных субъектов Российской Федерации и страны в целом, могут использоваться следующие показатели:

- медико-демографические;
- структура и уровень заболеваемости;
- структура и уровень временной и стойкой утраты трудоспособности;
- обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками;
- подушевое финансирование;
- доля расходов на здравоохранение в ВВП и др.

Система социально-экономических индикаторов здоровья и здравоохранения региона может быть использована как основа среднесрочного планирования развития отрасли (Гасников В.К. с соавт., 2002, 2008; Дудкин В., 2009).

Основной целевой установкой Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения страны. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

Стратегической целью Программы является: формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В качестве общих целевых индикаторов и показателей Программы выделены:

- смертность от всех причин;
- материнская смертность;
- младенческая смертность;
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- смертность от болезней системы кровообращения;
- смертность от дорожно-транспортных происшествий;
- смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);
- смертность от туберкулёза;
- потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь);
- распространённость потребления табака среди взрослого населения;
- распространённость потребления табака среди детей и подростков;
- заболеваемость туберкулёзом;
- обеспеченность врачами;
- соотношение врачей и среднего медицинского персонала;
- средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- средняя заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- средняя заработная плата младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Индикативное планирование, которое является действенным способом воздействия на функционирование рыночных механизмов - ведущий метод планирования здравоохранения в условиях рыночной экономики.

Индикативные планы способны не только взаимосвязано сочетать в себе основные медико-демографические и медико-экономические показатели развития здравоохранения, но и должны органично вписываться в концепцию социально-экономического развития территории, государства в целом (Индикативное планирование ... knowledge/allbest.ru/economy/3c0...).

Индикативное планирование - это отход от преимущественно директивного планирования, когда осуществляется переход, прежде всего, к рекомендательному (индикативному) планированию здравоохранения. При индикативном планировании применительно к системе здравоохранения страны определяются основные направления национальной политики, национальной стратегии и национальный план действий. Вместе с тем, при планировании здравоохранения, особенно на муниципальном и региональном уровнях, до настоящего времени не потерял своей актуальности, так называемый нормативный метод планирования, основанный на использовании соответствующих норм и нормативов.

Под нормами понимаются количественные показатели состояния внешней среды, лечебно-профилактической помощи, а также научно обоснованные и регламентированные показатели деятельности медицинских учреждений, нагрузки медперсонала (Баков Н.Х., 2002; Планирование здравоохранения 25.10.2013, <http://www.dom-zel.ru/Planirovanie-uslug-zdravoohraneniya>).

Применение индикативных методов рассматривается в отечественной и зарубежной научной литературе как перспективное направление развития управления в современных социально-экономических условиях хозяйствования.

В социально-экономической сфере индикативное планирование понимается как процесс формирования системы показателей, характеризующих состояние и развитие экономики на федеральном, региональном и муниципальном уровне, соответствующее направлениям

государственной социально-экономической политики (Сапралиева Д.О. с соавт., 2015).

Индикативное планирование и управление в здравоохранении было центральным звеном в процессе разработки, коррекции, мониторинга и оценки федеральных, региональных и муниципальных программ, реализации Национального проекта «Здоровье», программы модернизации здравоохранения, реализации программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению России (Гатиева О.К., 2015).

Как метод государственного регулирования в сфере экономики индикативное планирование имеет более чем пятидесятилетнюю историю развития. Пионером в этом вопросе можно считать Японию, которая отдельные элементы перспективного планирования применяла еще с конца XIX века, а в середине тридцатых годов прошлого века создала органы, отвечавшие за планирование индустриального развития страны. Проблемы планирования разрабатывались и реализовывались в эти годы и в странах Западной Европы, и некоторых развивающихся странах (Мексика, Индия). Так, в 1932 г. в Германии появился план ВТБ, названный по именам его авторов - В.С. Войтинского, Ф. Тарнова, Ф. Бааде. Главное направление и содержание этого плана — борьба с безработицей и обеспечение занятости населения. Во Франции развитию системы индикативного планирования способствовали экономические работы представителя социологической школы политической экономии Ф. Перру. В 1937 г. в США благодаря усилиям У.К. Митчелла выпускался журнал «Плановое общество», а в 1944 г. К. Ландауэр опубликовал книгу «Теория национального экономического планирования». В ней обосновывалась сущность индикативного планирования, подчеркивалась его антикризисная направленность. В Европе лидером индикативного планирования стала Франция, которая применила опыт индикативного планирования в середине сороковых годов.

После второй мировой войны концепция планомерности стала использоваться практически во всех государствах независимо от их политико-

экономической ориентации (Drummond M. et al. 1985; Banta N.D. et al., 1990). Одним государствам послевоенной Европы индикативное планирование позволило мобилизовать национальные ресурсы, направив их на восстановление и подъем экономики. Другим - повысить темпы экономического развития, конкурентоспособности и улучшения структуры экономики, что определило их актуальность и для стран с переходной экономикой. Эффективное использование возможностей индикативного планирования значительно сократило издержки процесса трансформации для ряда стран третьего мира (Саввин Ю.А. bestreferat.ru/referat-25283.html).

Наиболее развитая система индикативного планирования сложилась во Франции, Италии, Японии, Нидерландах, Мексике, Индии. Более поздние попытки его внедрения были осуществлены в Южной Корее, Малайзии, Тайване и других странах. Отдельные элементы планирования используются и поныне как в развитых, так и в развивающихся экономиках (Pannenborg C.O. et al., 1984; Klosterman R.E., 1985). Индикативное планирование выступило противовесом свободному и стихийному формированию рыночных отношений и помогло достичь высокого уровня конкурентоспособности (Андрюшкевич О.А., 2012).

В настоящее время многие страны с переходной экономикой, такие как Россия, Казахстан, Белоруссия, Кыргызстан и другие, делают первые шаги в использовании механизма индикативного планирования для формирования национальной стратегии экономического развития на среднесрочный и долгосрочный периоды.

Вместе с тем в современных условиях глобализации мировой экономики и усиления экономической роли транснациональных корпораций происходит пересмотр роли и места государственного регулирования. Получает развитие концепция эффективного государства, частично ограничивающая и перераспределяющая регулирующие функции государства в пользу частного капитала и международных организаций. Отмеченные тенденции привели к изменению экономических функций государства, а также целей и методов

индикативного планирования в первую очередь в развитых экономиках. Усиливается акцент в сторону более активного участия в борьбе за мирохозяйственные позиции и развитие наукоемких технологий (Ngulube T.J. et al., 2005; Ettelt S. et al., 2007).

Многие страны с развитой рыночной экономикой, которые используют в качестве инструмента стратегического развития не индикативные планы, а другие формы индикативного планирования (США, Великобритания), а также страны, прекратившие после 80-х годов прошлого столетия разработку цельных индикативных планов (Франция, Япония), сегодня применяют иные формы государственного регулирования и стратегического планирования: от разработки стратегических целевых программ до прогнозов развития стратегических рынков. Прекращение разработки цельных индикативных планов связано, как правило, с завершением в этих странах процессов формирования: сильной развитой рыночной экономики; инструментов макроэкономического регулирования и хорошо отлаженного рынка, который не нуждался более в дополнительном индикативном планировании; системы среднесрочных и долгосрочных целевых социально-экономических и научно-технических программ; системы разработки и учета в экономической стратегии краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных прогнозов (Ngulube T.J. et al., 1991).

Условно все разнообразие моделей планирования, существующее сегодня в мире, можно объединить в три вида: североамериканская (США, Канада), азиатская (Япония, Южная Корея) и европейская (Франция, Швеция) системы планирования.

При этом существует множество вариантов соотношения рыночного механизма и планового управления, включающих законодательно оформленные процедуры планирования, выбор приоритетов национального социально-экономического развития, механизмы их реализации (Ефремов Д.В., 2014).

Суть индикативного планирования (от лат. «indicator» – указатель) – недирективное (советующее, ориентирующее) планирование на государственном уровне. Это способ регулирования экономических процессов с помощью определения рекомендуемых целей развития производства и создания государством финансовых и других стимулов для тех коммерческих фирм, которые соглашаются действовать в соответствии с государственными рекомендациями. Индикативный план включает формулировки среднесрочных целей развития экономики, прогнозные показатели и тенденции, концептуальные алгоритмы преобразования структурных пропорций. Ключевые разделы плана касаются экономического роста, инвестиций, финансовых потоков, сбалансированности экономики, инфляции и конкуренции. В большинстве случаев стратегические задачи выражаются в конкретных (количественно определенных) плановых заданиях, но последние носят второстепенный характер. Главное содержание плана составляет определение роли государства, в том числе:

- определение основных задач государства в области экономики на плановый период;
- детализацию этих задач применительно к инвестированию и перераспределению государственных доходов с указанием источников финансирования капиталовложений и соответствующих государственных мероприятий (предоставление бюджетных субвенций, госкредитование, льготное финансирование и т.д.) (Tkhorikov B., 2012).

План используется как основной инструмент управления, при этом меняется набор средств реализации планов. Этот тип планирования предполагает использование прямых и косвенных экономических регуляторов (цены, доходы, налоги, процентные ставки, кредиты и др.), ориентирующих субъектов рынка на выполнение поставленных целей.

Плановые документы содержат лишь общие контуры прогноза относительно желаемого развития экономики в целом, а также фиксируют

решения о государственных расходах и инвестициях, о текущих расходах госпредприятий.

Прямой задачей плана здесь выступает координация использования государственных ресурсов, не претендующих на прямое определение решений хозяйствующих субъектов частного сектора.

Планирование строится на принципах консультирования и согласования, и включает участие на равноправных началах представителей различных «групповых интересов»: госслужащих, предпринимателей, профсоюзов, союзов потребителей и др.

План рождается в результате многоступенчатых итераций, и в его реализации заинтересованы все участники. Это процесс диалога и согласования, направленный на объединение различных партнеров с экспертами для совместного выявления проблем в различных областях и, по возможности, для предложения конкретных решений. Планирование выполняет, таким образом, информационные функции и влияет на поведение экономических агентов.

Система индикативного планирования, будучи разработанной еще в начале прошлого века, показала жизнеспособность и эффективность в решении многих социально-экономических проблем и используется в настоящее время практически повсеместно в экономиках разного типа, особенности развития которых определяют целевые ориентиры и методы планирования. Как показал опыт, наиболее интенсивно индикативное планирование эволюционирует в развитых экономиках, реагируя на глобализацию мирохозяйственных связей, а также в переходных экономиках, внедряющих рыночные механизмы в систему управления (Tkhorikov B., 2011).

Потенциальный интерес к индикативному управлению связан, главным образом, с возможностью достижения системного подхода в решении задач управления. Индикативные методики позволяют оперировать множеством альтернатив развития управляемой системы и использовать итерационные процедуры при обратной связи с объектом управления. При разработке

стратегии развития конкретных экономических систем индикативная информация способствует обозначению в перспективе их собственной функциональной полезности в макром мире, без которой невозможно выживание и дальнейшее развитие организации.

В общем виде индикативное управление выступает в качестве набора рекомендательных процедур согласования процессов развития различных систем одного иерархического ряда, но большинство частных теоретических и методических положений индикативного подхода остаются дискуссионными и недостаточно разработанными. По мнению некоторых авторов, применение индикативного планирования возможно в здравоохранении, но обязательно с учетом его специфики, связанной, прежде всего с рядом особенностей учреждения здравоохранения как объекта индикативного управления (Тхориков Б.А., 2012).

Широта диверсификации медицинских услуг требует на макроуровне системы здравоохранения функционирования медицинских учреждений различных типов, на микроуровне - организации оказания широкого спектра медицинских услуг соответственно специализации медицинской организации. Определенная учреждением здравоохранения ассортиментная политика закрепляется государственным заданием на предстоящий календарный год в виде плановых объемов медицинской помощи, которые являются базой расчета потребности в кадровых и материально-технических ресурсах. Анализируя работу медицинской организации по набору индикаторов, можно решить существующие затруднения формирования ассортимента.

Широкая интеграция деятельности медицинских организаций в работу различных хозяйствующих субъектов, оказание разнообразных видов услуг, имеющих собственные источники оплаты, непостоянство половозрастной структуры обслуживаемых пациентов и прочее, снижают точность и качество прогнозирования на основе традиционных экономико-математических методов. Применение методов индикативного управления позволяет администрации медицинских организаций не просто констатировать

прогнозируемые изменения во внешней среде и проводить стратегические масштабные преобразования, но и тонко настраивать внутриорганизационные микропроцессы, на основе выявления трудно коррелируемых связей (Tkhorikov B., 2012).

Индикативное управление позволяет придать лечебному процессу нужный уровень механистичности, с точки зрения оценки эффективности продолжительности его выполнения и полученных результатов, на основании создания внутренних «центров ответственности», логистических потоков движения пациентов, оперативного учета произведенных затрат и т.д.

Сложность координации внутренних социальных процессов, обусловленная вовлечением в лечебный процесс все большего числа участников, перекладыванием на пациента работы по сбору медицинской документации из различных источников и передаче ее лечащему врачу, ответственности самостоятельного передвижения между структурными подразделениями для получения медицинских услуг - порождает несогласованность лечебного процесса, раздробленность его и в целом слабоуправляемость. Индикативное управление в данном случае позволяет рационализировать менеджмент медицинской организации за счет радикального перепроектирования рабочих процессов и концентрации управленческого воздействия не на задачах и функциях, а на процессах, выстроенных от пациента, то есть позволяет организовать внутреннее управление с учетом реинжиниринга бизнес-процессов.

Информационное обеспечение управления, сосредоточенное на создании отдельных, не связанных между собой программных продуктов, было связано до недавнего времени с целым комплексом системных проблем. Принципы индикативного управления позволяют реализовать автоматизацию процессов медицинского менеджмента на основе перспективной технологии BPMS.

Инициатива медицинских организаций реализовать права граждан на свободное развитие - оказание платных медицинских услуг (ПМУ) на базе

государственных медицинских учреждений является объектом острой полемики в здравоохранении и, как видно, не может быть разрешена в рамках существующей концепции развития системы охраны здоровья. Однако применение индикативной основы управления позволит внедрить в деятельность учреждений здравоохранения взвешенный управленческий механизм по организации и оказанию платных медицинских услуг населению.

Эффективность работы медицинской организации может быть определена с позиции любого экономического контрагента, но только интегральная оценка, включающая представления о деятельности медицинского учреждения основных участников его контактного окружения, может претендовать на приближение к объективности. При этом оценка эффективности должна производиться по предварительно определенным параметрам и нести информацию для последующего управления социосистемой на всех уровнях, что требуется при комплексном социально-индикативном управлении.

Известно, что определение качества работы представляет сложность, обусловленную большим научно-информационным полем, включающим многочисленные определения качества медицинской помощи, основные методические подходы к его обеспечению, характеристики и методы системы стандартов, организационные технологии оценки качества медицинской помощи. Однако все это вносит затруднение в выбор единого инструмента. В то время как для целей социально-экономического управления результаты качества работы медицинского учреждения могут быть однозначно формализованы через соответствующие показатели, основанные на механистическом восприятии лечебного процесса (Гришина Н.К. с соавт., 2008, 2011; Хальфин Р.А. с соавт., 2010; Плутницкий А.Н. с соавт., 2013; Палеев Ф.Н. с соавт., 2014).

Вышеперечисленные особенности различных учреждений здравоохранения, несомненно, должны быть отражены в системе индикаторов

комплексной оценки деятельности ЛПУ для целей индикативного управления (Пивень Д.В. с соавт., 2015).

Система индикаторов представляет собой набор расчетных инструментов, позволяющих получить системную информацию о качественных и количественных состояниях объекта управления - различных подсистемах медицинского учреждения (Нечаева О.Б. с соавт., 2012, 2013; Михайлова Ю.В. с соавт., 2013).

В настоящее время не существует общепринятой точки зрения на сущность и специфику системы индикативного управления для организаций социальной сферы. В России теория, методология и практика реализации системы индикативного управления находятся в стадии становления, хотя Концепция индикативного управления в РФ методологически обоснована, разработан комплекс методических материалов, индикаторов развития и прикладных мероприятий применительно к условиям деятельности и ресурсам организаций социальной сферы. Однако, несомненно, все это требует дальнейшего обоснования и развития.

По определению Тхорикова Б.А. (2013), «индикативное управление «представляет собой систему отношений, возникающих в условиях рыночной экономики между государственными институтами и хозяйствующими субъектами, по поводу определения системы индикаторов социально-экономического развития на основе согласования целей, координации способов их достижения и выработки критериев оценки эффективности деятельности заинтересованных сторон». Общая логика индикативного управления в системе рыночных отношений, по мнению автора, включает четыре основных этапа: 1) формулировка и оценка целей деятельности организации; 2) разработка и экспертиза индикаторов; 3) определение методов социально-экономического воздействия на объект управления; 4) организация и проведение мониторинга.

Перечисленные этапы деятельности позволяют реализовать основные задачи индикативного управления, к числу которых относят: 1)

синхронизацию приоритетов деятельности участников какой-либо социально-экономической системы с заданной траекторией развития системы в целом; 2) достижение соответствия между ресурсной обеспеченностью и поставленными задачами.

Вне зависимости от области практического применения, для успешного использования приемов индикативного управления целесообразно придерживаться следующих принципов:

– непрерывность – эффективность индикативного управления зависит от полноты, точности и оперативности получения информации о состоянии внешней среды и объекта управления;

– синергичность – приоритетные стратегические задачи развития объекта управления должны коррелировать с основными тенденциями развития внешней среды функционирования;

– равноправие иерархических соподчиненных систем управления – объекты управления, находящиеся на различных уровнях управления, должны иметь одинаковый доступ к ресурсам и не иметь преференций в очередности развития;

– принятие единых сбалансированных решений – управленческие решения должны приниматься с учетом предварительного прогноза последствий данных решений для всех субъектов системы.

– измеримость – количественные значения универсальных признаков данных систем, мониторинг эффективности управленческой деятельности целесообразно организовывать с использованием универсальных показателей, количественно описывающих социально-экономические процессы единые для всех соподчиненных систем управления.

При использовании индикативного управления следует учитывать определенные ограничения. В частности, разрабатываемые индикативные программы, проекты и планы имеют рекомендательный характер, их реализация невозможна без разработки и обоснования системы индикаторов

оценки и индикативное управление осуществляются чаще всего по приоритетным направлениям развития или «центрам ответственности».

Индикативное планирование и управление пришло в развитие программно-целевого метода планирования. Региональное индикативное планирование трактуется как многоступенчатый, взаимосвязанный по целям, задачам и ресурсам процесс государственного планирования, регулирования, контроля, анализа и достижения целевых показателей (индикаторов) социально-экономического развития региона (Нагимова А.Н., 2010; Долматович И.А. с соавт., 2012; Огнева Е.Ю., 2015).

Под индикатором понимается количественно-качественная характеристика социально-экономических явлений и процессов, происходящих в регионе (Бондаренко Н.Ю., 2010). В отличие от показателей индикаторы имеют «коридор» для принятия управленческих решений. При индикативном планировании следует учитывать, что помимо характеристик достигаемых состояний объекта управления в опорных точках, есть характеристики способов достижения этих состояний - регуляторы (Соколов А.П., 2013). В индикативном планировании важны два момента: Первый – индикативные планы это не сумма достигаемых показателей, а использование для развития экономики индикаторов, выбор которых является сложным процессом (Хандуев П.Ж. с соавт., 2009). Второй – действие норм индикативного планирования и управления распространяется на «один иерархический ряд» (Тхориков Б.Л., 2012). При этом выбор иерархического ряда не ограничен. Выбор индикаторов при таком подходе возможен по отдельным проблемам и службам.

Индикативное планирование – это мощный инструмент мониторинга в ходе реструктуризации сети или службы (Скляр М.С., 2008, Линденбратен А.Л. с соавт., 2011), оптимизации медицинской деятельности (Серебряников А.С., 2013; Огнева Е.Ю. с соавт., 2014) и в целом реформирования здравоохранения (Плавунов Н.Ф., 2004; Allen N.K., 1993), наиболее часто решаемых на региональном уровне проблем (Липчиу А.И., 2007). Важно

подчеркнуть, что методы управления уже иные, чем в плановой экономике, хотя, по мнению некоторых авторов, должно иметь применение все то лучшее, что было при плановой экономике и что обеспечивало эффективное долговременное развитие (Сибурин Т.А., 2003). Подтверждением этого является принятие Федерального закона от 28.06.2014. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации», которым узаконены сроки прогнозирования и планирования бюджетного цикла в 3 года, а также среднесрочный (3-6 лет) и долгосрочный (более 6 лет) периоды для решения в рамках взаимосвязанных задач, подчиненных общей цели. Таким образом, в бюджетный цикл вписываются «План реализации программы «Развитие здравоохранения» на текущий год и на плановый период двух последующих лет, Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на текущий год и на плановый период двух последующих лет, бюджет «дорожной карты» ориентирован на среднесрочную перспективу, Программа развития здравоохранения до 2020 г. – на долгосрочную (Сунгатов Р.Ш., 2008; Огнева Е.Ю. с соавт., 2015).

Индикативное планирование играло существенную роль в инновационном развитии регионов (Плутницкий А.Н., 2014). Первоначально по выделенным приоритетам и индикаторам контроля происходило выполнение Программы модернизации в регионе. Большая роль при этом отводилась регуляторам развития, определявшим материально-техническую базу, информационные технологии, внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Следующим этапом индикативного планирования была реализация мероприятий по дорожной карте, в которой регуляторы стали самостоятельными индикаторами развития здравоохранения региона и, в первую очередь по кадровой составляющей. Для развития систем здравоохранения регионов важное место занимали также независимые оценки потребителей услуг, полученные в результате социологических исследований (Решетников А.В., 2002).

В Российской Федерации в сфере здравоохранения уже имеется опыт осуществления Правительством РФ ряда масштабных мероприятий, основанных на принципах индикативного управления (Шевцова Н.В., 2010). Примерами являются «Концепция развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденная Правительством РФ, реализация приоритетного Национального проекта «Здоровье», который задал общий вектор развития отрасли по установленным индикаторам, актуальным для коммерческих организаций здравоохранения, а программно-целевое финансирование отчасти позволило государственным учреждениям индивидуально решать проблемы оплаты труда медицинских работников, кадрового обеспечения и селективного обновления материально-технической базы.

На уровне субъекта РФ организационные механизмы управления инновационным развитием здравоохранения субъекта РФ апробированы в Калужской области, Хабаровском крае, в Республике Татарстан, где подтверждена их эффективность (Левинталь А.Б., 2007; Кулькова В.Ю. 2009; Соболева Е.С., 2009).

Сегодня в Российской Федерации публичное индикативное планирование или индикативное планирование в сфере государственного и муниципального управления позиционируется в качестве одного из направлений рационализации государственных расходов и находит методологическое обоснование в рамках концепции бюджетирования, ориентированного на результат (БОР), то есть выделения ресурсов на достижение определенных целей социально-экономического развития территорий.

Внедрение индикативного планирования в государственном управлении на региональном уровне в Республике Татарстан началось еще в 1998 г. Окончательные контуры и механизмы индикативного планирования были определены к 2001 году.

В рамках системы публичного индикативного планирования государственный заказ на управление формировался для каждого органа

исполнительной власти – министерств, администраций городов. При этом каждый из названных субъектов управления был ответственным за конкретную функцию государственного управления в соответствии с кодификатором функций. По каждой функции в режиме трехлетнего скользящего планирования определялся перечень и значения индикаторов оценки эффективности ее выполнения. Выбор временного лага действия индикаторов было обусловлено введением в Татарстане трехлетнего бюджетного планирования (Постановление КМ РТ от 04.02.2008 № 69). На период 2011-2013 гг. Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан № 1799 от 31.12.2010 был введен новый набор индикаторов для каждого министерства, ведомства республики и заданы пределы эффективности их деятельности. В результате система государственного управления получила четкие количественные ориентиры деятельности органов государственного управления, хозяйствующих субъектов, что позволило осуществлять эффективный мониторинг и оценку их работы, принимать оперативные управленческие решения.

На основе опыта внедрения публичного индикативного планирования в Республике Татарстан следовали выводы:

- государственное регулирование является основополагающим фактором стабильного развития экономической системы;
- индикативное планирование, как метод государственного управления, обладает рядом специфических особенностей, характеризующих целостную систему регулирования, охватывающую разнообразные направления, средства и способы воздействия.

Специфическая особенность индикативного планирования заключалась в равноправном взаимодействии государственных институтов и хозяйствующих субъектов, «гармонизации интересов государства и частного капитала путем выработки согласованных ориентиров и целей развития, а также способов их достижения». Для «гармонизации» целесообразно построение эффективных схем потоков информации между центральным

плановым органом и подчиненными ему звеньями, в результате чего итеративно достигается оптимальность плана для всей системы в целом (Кулькова В.Ю., ebox.nbu.bg/pa2011/6_v.kulkova.pdf).

Внедрение концепции бюджетирования, ориентированного на результат, в Республике Татарстан сопровождалось изменениями в становлении индикативного планирования, что положительно отразилось на экономике региона в целом. Известно, что программно-целевое управление государственными расходами и соответствующее ему бюджетирование, принятое в ряде развитых стран, способны повысить эффективность государственных расходов за счет концентрации ресурсов на действительно важных для общества направлениях. Позитивный потенциал программно-целевого бюджетирования определяется не только тесной связью расходов государства с достижением конкретных результатов, но и активным участием в определении желаемых результатов и способов их достижения законодательных и представительных органов власти, а также активных слоев общества.

В Республике Татарстан была внедрена система планирования и мониторинга социально-экономической результативности бюджетных расходов с помощью качественных и количественных индикаторов - как в отношении бюджетов всех уровней, так и в отношении конкретных бюджетополучателей.

Перечень индикаторов не считается абсолютно совершенным. В целях определения эффективности управления экономикой региона необходим пересмотр существующей в регионе системы индикаторов, от которых зависит эффективность принимаемых решений. Перечень индикаторов требует доработки и пополнения индикаторов, которые наиболее полно отражали бы картину экономического состояния региона. Для нивелирования указанного недостатка были предложены рекомендации по рационализации структуры индикаторов в целях повышения результативности публичного индикативного планирования в Республике Татарстан (Кулькова В.Ю., 2009).

Опыт использования индикативного планирования на региональном уровне на примере Республики Ингушетия показал большую роль научно-организационного подхода, который включал создание информационной базы для целенаправленного развития сети, для планирования и выполнения федеральных и республиканских программ и проектов. С этой целью был использован традиционный для социально-гигиенического и медико-организационного исследования подход первоначального исследования состояния здоровья по медико-демографическим параметрам и заболеваемости населения республики. В информационную основу было включено также исходное состояние сети медицинских учреждений и ее технологических возможностей. Анализ сети позволил выявить позитивные и отрицательные стороны, «узкие места» и сформулировать векторы инновационного развития здравоохранения на основе общефедеральных установок, учета состояния сети и специфических особенностей данного региона. Последовательные итерации помогли определить направления развития системы здравоохранения региона, фиксируемые при анализе, оценке и прогнозе ситуации (Сапралиева Д.О. с соавт., 2014).

Особого внимания заслуживает использование методов индикативного управления и планирования на муниципальном уровне, учитывая его специфические особенности в современных социально-экономических условиях (Плутницкий А.Н. с соавт., 2008; Редько А.Н. с соавт., 2008).

Как известно, по управлению система здравоохранения разделена на три уровня: федеральный, региональный и муниципальный. Муниципальную систему здравоохранения составляют (323-ФЗ от 21 ноября 2011 г., Ст. 29):

- 1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;
- 2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

Здравоохранение является одним из важнейших подразделений социальной составляющей городского хозяйства муниципального

образования. Хотя Конституция РФ определяет здравоохранение как предмет совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов, основной объем массовых видов медицинской помощи населению оказывается на муниципальном уровне (Ханкоев И.М., 2000).

Правовой основой деятельности органов городского и местного самоуправления в области охраны здоровья населения является Конституция РФ, федеральные законы «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О лекарственных средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и иные нормативные правовые акты всех уровней власти по вопросам охраны здоровья населения.

Согласно авторскому определению Г.Г. Фатуллаева (2007), муниципальная система здравоохранения - это совокупность всех медицинских и фармацевтических учреждений, независимо от их форм собственности и административного подчинения, находящихся на территории данного муниципального образования, взаимодействующих между собой и с муниципальными органами управления здравоохранением в интересах населения территории муниципального образования, её комплексного развития.

В целом муниципальная система здравоохранения существенно отличается по своему построению от подсистем здравоохранения, соответствующих уровням государственной власти, например, региональной системы здравоохранения. Их различие обусловлено тем, что местное самоуправление, в рамках которого складывается МСЗ, по своей сути является не ступенью иерархии государственной власти, а формой самоорганизации общества.

К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов (за исключением территорий, медицинская помощь населению которых оказывается в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона) в сфере охраны здоровья относятся (323-ФЗ от 21 ноября 2011 г., Ст.17):

- создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

- обеспечение организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи соответствующих полномочий в соответствии с частью 2 статьи 16 настоящего Федерального закона;

- информирование населения муниципального образования, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории муниципального образования, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий в соответствии с законом субъекта Российской Федерации;

- участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов;

- участие в реализации на территории муниципального образования мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

- реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации;

- создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 года

№ 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Федеральный закон от 6 октября 2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления» достаточно чётко определяет перечень вопросов местного значения в области здравоохранения, которые подведомственны исключительно органам местного самоуправления и в осуществление которых органы государственной власти вторгаться не имеют права.

Переход российской экономики к рыночным отношениям, введение системы обязательного медицинского страхования населения страны предопределило коренные структурно-функциональные преобразования в здравоохранении. Проведение реформ в системе здравоохранения не могло не отразиться на функциях органов управления муниципальной системой здравоохранения. До начала реформ и в раннем периоде реформирования модель управления муниципальной системой здравоохранения представляла собой классическую централизованную модель с преимущественно авторитарным стилем руководства на всех уровнях управления со всеми присущими ей особенностями. Проведение реформ, развитие рыночных отношений требовали адекватной модели управления. К основным требованиям к новой модели управления муниципального здравоохранения относятся: оперативность управления, способность быстро и адекватно реагировать на внешние по отношению к системе изменения, способность организовывать и широко использовать связи с общественностью для достижения стратегических и тактических целей (Алексеева Н.А., 2001; Фатуллаев Г.Г., 2007).

С 2012 г. в соответствии с законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р, управление муниципальной собственностью перешло на региональный уровень.

Данное направление повышения эффективности здравоохранения вызвало в медицинской среде неоднозначное отношение, поскольку, с одной стороны, рассматривалось как простое изыскание дополнительных средств на оплату труда медицинских работников (Улумбекова Г.Э., 2015), а с другой – оно вело к очевидным разрушительным последствиям, особенно для муниципального здравоохранения (Комаров Ю.М. pravo-med.ru/articles/11652).

Состояние муниципального здравоохранения в результате этого действия не испытало заметного улучшения. Напротив, по мнению оппонентов, «оптимизация» деятельности в здравоохранении чувствительно сказалась на муниципальном здравоохранении. В результате ликвидации многих медицинских учреждений и больничных коек 17 тысяч населенных мест оказались без медицинской помощи (фельдшерской или врачебной), а значительные расстояния, плохое состояние дорог и сложившаяся транспортная сеть и без этого снизили доступность всех видов медицинской помощи. В муниципальном здравоохранении только за 2014 г. закрыто почти 34 тысячи коек, в том числе ФАПов. Практическая «ликвидация» муниципального здравоохранения и передача его функций на уровень субъекта федерации не только резко снизили доступность, увеличили радиус обслуживания, уменьшили число посещений и вызовов, но и привели, несмотря на проведенные сокращения и объединения, к росту стоимости медицинской помощи. Например, СМП стала дороже на 36 млрд. руб. в год, в то время как основной принцип организации медицинской помощи требует максимального приближения помощи общего типа ПМСП со всеми ее службами, включая линейные бригады СМП, к компактно проживающим жителям, а специализированной – расположения в некотором отдалении (Комаров Ю.М., pravo-med.ru/articles/11652).

Таким образом, современное состояние муниципального здравоохранения Российской Федерации характеризуется рядом негативных тенденций, связанных в целом с его ухудшением. Такая ситуация, по мнению

отечественных исследователей, обусловлена как комплексом общих социально-экономических факторов, так и негативными тенденциями во всей системе здравоохранения, основными из которых, являются: недостаточное финансирование муниципального здравоохранения и, как следствие, перемещение нагрузки по финансированию муниципального здравоохранения на население; неудовлетворительное состояние материально-технической базы; снижение качества управления муниципальной системой здравоохранения (потеряна комплексность в системе охраны здоровья населения, заметно снизилось значение стратегического и текущего планирования в здравоохранении); усиление структурных диспропорций в здравоохранении. Действующая в настоящее время система управления и финансирования в муниципальном здравоохранении предопределила крайне низкую эффективность использования ресурсов и несбалансированность в структуре оказания медицинской помощи (Бергман А.В., 1995; Фатуллаев Г.Г., 2006, 2007; Коротков Ю.А., 2010).

Активное вторжение рыночных отношений в здравоохранительную сферу, её ориентация на интересы пациента, придание медицинским учреждениям большей самостоятельности, появление негосударственного сектора здравоохранения поставили перед системой управления здравоохранением новые, ещё вчера казавшиеся несвойственными ей, задачи. 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. В то же время деятельность местных органов управления здравоохранением связана со многими трудностями, возникающими, в том числе вследствие недостаточной разработанности нормативно-правовой базы, а также

организационных и социально-экономических механизмов их функционирования и взаимодействия с другими социальными структурами, ограниченности ресурсного обеспечения. Функции и полномочия муниципальных органов управления здравоохранением (МОУЗ), регулирование их имущественного комплекса, решение финансовых и кадровых вопросов в значительной мере определилось лишь к середине девяностых годов прошлого века в результате реформы местного самоуправления, незавершённой до сих пор (Ханкоев И.М., 1999, 2000; Лакунин К.Ю., 2001; Кулькова В.Ю. с соавт., 2008; Чертухина О.Б., 2008; Балугев Е.Е., 2011; Бубличенко Н.В. с соавт., 2014).

Учитывая опыт зарубежных стран и достижение ими определенных успехов в использовании индикативных методов управления, а также учитывая состояние отечественного муниципального здравоохранения, становится очевидной необходимость использования инновационных методов индикативного планирования на муниципальном уровне российского здравоохранения, чему посвящены следующие главы настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использованы следующие термины и определения:

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность и своевременность диагностики, адекватность выбора методов профилактики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

Доступность медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих обеспеченность населения ресурсами здравоохранения, а также возможность удовлетворения его потребности в медицинской помощи.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство (мероприятие) или комплекс медицинских мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Критерий – это признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо.

Показатель – это числовое значение, выраженное в абсолютных величинах (число случаев, численность населения, число дней пребывания

больного на койке и пр.) или в относительных величинах (% , число случаев на 1000 населения, на 10 000 населения и пр.).

Индикатор – это показатель, выбранный из числа многих возможных однородных показателей, являющийся целевым показателем, используемым в программах развития отрасли в качестве планируемого достижения.

2.1. Методика исследования

В соответствии с целью и задачами исследования была разработана комплексная методика, на основании которой реализована возможность получения научно обоснованных результатов.

Объект исследования - система здравоохранения г. Серпухова.

Предмет исследования – деятельность системы здравоохранения г. Серпухова и динамика показателей, заложенных в Программу «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

Единицы наблюдения – пациент, врач, руководитель медицинской организации.

Методы исследования – изучение и обобщение опыта, аналитический, статистический, сравнительного анализа, социологический.

База исследования – сеть государственных и муниципальных медицинских организаций г. Серпухова.

Исследование проводилось в период с 2013 по 2015 гг. по разработанной программе (табл. 2.1.1) и включало в себя несколько последовательных этапов.

На первом этапе был проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по вопросам планирования развития здравоохранения на административных территориях различного уровня и, в частности, был изучен опыт индикативного планирования. Были определены существующие нерешенные проблемы планирования развития отечественного здравоохранения, в том числе на муниципальном уровне.

Программа исследования

Задачи исследования	Основные методы исследования	Источники информации и объем исследования
Изучить имеющийся опыт современного планирования развития здравоохранения	Изучение и обобщение опыта Аналитический	Отечественные (159) и зарубежные (16) научные публикации по теме исследования.
Провести анализ нормативных правовых документов, являющихся правовой основой модернизации отечественного здравоохранения, а также документов, регламентирующих реализацию Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».	Аналитический	Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ; Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ; Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р; Постановление Правительства МО от 19.04.2011 № 352/15; Постановление главы г. Серпухова от 15.08.2011 № 1211 и др.; всего 37 документов.
Провести социологическое исследование с целью изучения мнения пациентов, врачей и руководителей медицинских организаций о результатах реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».	Социологический Аналитический	Анкета пациента (482 анкеты); Анкета врача (416 анкет); Интервью - 26 руководителей медицинских организаций.
Провести анализ результативности Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» и оценить адекватность заложенных в ней целевых показателей.	Статистический Аналитический Сравнительного анализа	Сводные годовые отчетные формы №№ 12, 14, 30, 40 по медицинским организациям г. Серпухова. Оперативный отчет о ходе выполнения Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».
Разработать предложения по совершенствованию системы показателей для планирования развития здравоохранения.	Аналитический	Материалы исследования.

На втором этапе были определены цель, задачи, методы и базы исследования, а также была разработана методика и программа исследования.

На этом этапе были изучены нормативные правовые документы, являющиеся правовой основой модернизации отечественного здравоохранения и проведен анализ документов, регламентирующих реализацию Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

В число изученных и проанализированных нормативных правовых документов вошли Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», Распоряжение Правительства РФ от 27.09.2011 № 1665-р «Об утверждении федеральной программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011 - 2014 годах», Приказ Минздрава МО от 09.07.2010 № 550 «О создании рабочей группы по разработке региональной программы модернизации здравоохранения», Постановление Правительства МО от 19.04.2011 № 352/15 «О внесении изменений в постановление Правительства Московской области от 11.12.2008 № 1106/48 «Об утверждении долгосрочной целевой программы Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2011 годы» (вместе с «Перечнем мероприятий программы» и «Подпрограммой «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы»))» и многие другие. Общая численность проанализированных Приказов, Распоряжений и Постановлений составила 37 регламентирующих документов.

На третьем этапе исследования было организовано проведение социологического исследования, целью которого явилось изучение мнения пациентов о произошедших изменениях качества и доступности медицинской помощи за время реализации Программы, а также изучение мнения врачей и

руководителей медицинских организаций о результативности данной Программы.

Для организации данного исследования и достижения поставленных целей, была разработана специальная анкета пациента (приложение 1) и анкета врача (приложение 2).

Анкета пациента включала вопросы, касающиеся возраста респондента, его оценки произошедших за время реализации Программы изменений доступности медицинской помощи, наличия в поликлинике по месту жительства терминала для электронной записи к врачам различных специальностей и ее оценки, удовлетворенности респондента полнотой и доступностью для понимания информации о его здоровье и результатах исследований, и другие вопросы.

В анкету врача были включены вопросы, касающиеся специальности и квалификации респондента, стажа работы, оценки изменений материально-технического оснащения учреждения, где работает респондент, изменений размера заработной платы за время реализации Программы и другие вопросы.

В соответствии с общепринятой в статистике формулой Меркова А.М., Полякова Л.Е., минимальный размер выборки, обеспечивающий достоверность результатов социологического исследования с предельной ошибкой 5%, составляет 400 респондентов. Численность пациентов, принявших участие в данном социологическом исследовании, составила 482 респондента. Анкетирование проводилось среди пациентов стационарного подразделения МУЗ «Серпуховская городская больница им. Н.А. Семашко».

Объем выборочной совокупности для проведения социологического изучения мнения врачей составил 416 респондентов. При этом следует отметить, что общая численность врачей, работающих в системе здравоохранения г. Серпухова, в 2013 году составляла 434 человека. Таким образом, можно констатировать, что, практически, было проведено сплошное исследование, которое в полной мере обуславливает высокую степень достоверности полученных результатов.

Программой социологического исследования было также запланировано проведение интервью с руководителями медицинских организаций. Такие интервью были проведены в формате полуструктурированных опросников с 26 руководителями, в том числе с 8 главными врачами и 18 их заместителями.

По результатам анкетирования и проведенных интервью были выявлены местные особенности и наиболее острые проблемы организации и функционирования медицинских учреждений г. Серпухова, а также было определено консолидированное мнение руководителей о результативности Программы.

На четвертом этапе, для оценки результатов Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.», далее - Программа, был проведен сравнительный анализ отдельных показателей, запланированных в качестве достижений реализации Программы, с фактически достигнутыми показателями.

С этой целью были проанализированы данные, характеризующие изменение численности и возрастного состава населения г. Серпухова за время реализации Программы, также были проанализированы основные демографические показатели (рождаемость, общая смертность и естественный прирост/убыль населения) базовой территории за изучаемый период.

Кроме этого, была проанализирована эффективность использования коечного фонда и кадровое обеспечение больничных учреждений г. Серпухова за изучаемый период, а также деятельность менее затратного вида медицинской помощи – дневного стационара.

Для проведения полноценного сравнительного анализа результативности Программы, также были изучены объемы амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной населению г. Серпухова в 2012 и 2013 годах, деятельность и кадровое обеспечение станции скорой медицинской помощи ЦРБ г. Серпухова.

Также был проведен анализ обеспеченности больничных учреждений г. Серпухова лечебно-диагностическим оборудованием, изучены и проанализированы объемы деятельности вспомогательных лечебно-диагностических отделений, проанализирована структура финансирования Программы.

На основании результатов проведения сравнительного анализа показателей, запланированных в качестве достижений Программы, с фактически достигнутыми показателями, была дана оценка результативности Программы и аргументирована нецелесообразность использования отдельных показателей в качестве индикаторов целевых Программ развития здравоохранения.

На пятом этапе, на основании полученных результатов исследования, были сформулированы научно обоснованные предложения по совершенствованию системы показателей для планирования муниципального здравоохранения и определены показатели, которые могут быть использованы в качестве индикаторов при разработке Программ развития здравоохранения, с учетом того, что именно на эти показатели может влиять система здравоохранения. При этом учитывались выявленные в ходе исследования территориальные особенности, которые могут повлиять на величину тех или иных показателей.

Таким образом, разработанная нами методика исследования носила комплексный характер, ее использование позволило провести углубленное и всестороннее изучение проблемы и решить поставленные в исследовании задачи.

2.2. Характеристика базы исследования

Медицинская помощь населению города Серпухова оказывается муниципальными, государственными учреждениями здравоохранения Московской области, а также медицинскими учреждениями иных форм собственности.

По состоянию на 01.01.2013г. в городе Серпухове функционировало 6 муниципальных учреждений здравоохранения, 3 государственных, 1 учреждение Федерального медико-биологического агентства (далее ФМБА). В указанных медицинских организациях оказывалась первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь.

В ходе реализации программы модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах была сформирована двухуровневая система оказания медицинской помощи населению города Серпухова с учетом возможности маршрутизации определенного контингента больных на третий уровень оказания медицинской помощи.

По уровням оказания медицинской помощи населению учреждения здравоохранения г. Серпухова подразделяются следующим образом:

1 уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью (6 учреждений);

2 уровень - межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме (2 учреждения).

2.2.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению

Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению оказывается в самостоятельном амбулаторно-поликлиническом учреждении МУЗ «Серпуховский консультативный диагностический центр» (далее МУЗ «СГКДЦ»), тремя структурными подразделениями, входящими в структуру МУЗ «Центральная районная больница» (далее МУЗ «ЦРБ»), МУЗ «Серпуховская городская больница им. Н.А. Семашко» (далее МУЗ «СГБ им. Семашко»), МУЗ «Серпуховский родильный дом» (МУЗ «СРД»), МУЗ «Серпуховский наркологический диспансер» (МУЗ «СНД»), МУЗ «Серпуховская стоматологическая поликлиника №2» (МУЗ «ССП №2»).

Плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в смену в 2012 году составила 88,7 на 10 тыс. населения. Объем амбулаторно-поликлинической помощи на одного жителя (включая посещения врачей на дому) составил 6,3 посещения в год. В городских медицинских организациях в настоящее время работают в первичном звене 346 врачей и 914 средних медицинских работников.

В рамках реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы» долгосрочной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2012», (далее - Программа модернизации), в целях улучшения доступности медицинской помощи населению и снижения количества непрофильных вызовов службы скорой медицинской помощи, организовано 3 кабинета неотложной медицинской помощи в 2 медицинских организациях города Серпухова.

В целях повышения доступности медицинской помощи жителям города Серпухова используются выездные формы оказания медицинской помощи, которые осуществляются силами и средствами областных учреждений здравоохранения. Выезд эндокринологического лечебно-диагностического модуля осуществляется совместно сотрудниками Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. Владимирского М.Ф.» и сотрудниками Федерального Государственного бюджетного учреждения «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В рамках работы модуля за период 2011-2012 гг. обследовано 267 больных сахарным диабетом и 107 лиц группы риска развития сахарного диабета 2 типа.

В течение этого периода в рамках Программы модернизации проведены капитальные ремонты 3 медицинских организаций города Серпухова МУЗ «СРД», МУЗ «ЦРБ», МУЗ «СГБ им. Семашко».

В целях профилактики и формирования здорового образа жизни в МУЗ «ЦРБ» функционирует «Центр медицинской профилактики».

Усиление профилактических мер в первичном звене системы здравоохранения предполагает диспансеризацию определенных контингентов населения, проведение профилактических медицинских осмотров, а также диспансерное наблюдение лиц, страдающих хроническими заболеваниями.

В 2013 году в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Серпухова было организовано 40 пациенто-мест.

Станция скорой медицинской помощи (далее СМП) является структурным подразделением МУЗ «ЦРБ». Число врачебных бригад общего профиля составляет 2 бригады в смену, фельдшерских бригад – 10 в смену, интенсивной терапии – 1 бригада и педиатрическая – 1 бригада. Занятость должностей физическими лицами службы скорой медицинской помощи по врачебному персоналу составляет 57,8%, по среднему медицинскому персоналу 86,0%. Укомплектованность кадрами по врачебному персоналу составляет 40,6%, по средним медицинским работникам – 84%. Обращаемость населения за скорой медицинской помощью ежегодно увеличивается, приблизительно, на 11%. Общее количество вызовов за 2012 год составило 54 154. Парк автомобильного транспорта СМП города Серпухова обновлён на 100%.

Для повышения эффективности работы службы СМП планируется дальнейшее развитие подсистемы навигационно-информационной автоматизированной системы обмена информацией, обработки вызовов и управления с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС, скорой и неотложной медицинской помощи на территории города Серпухова.

2.2.2. Развитие специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи

Стационарная медицинская помощь жителям города Серпухова оказывается 4 муниципальными и 2 государственными учреждениями здравоохранения, а также 1 учреждением ФМБА.

Численность коек круглосуточного пребывания (без учета коек для новорожденных) на начало 2013 года составило 1069 коек. Из них муниципальных 925 коек, государственных 120 коек, федерального подчинения 24 койки.

Обеспеченность круглосуточными койками (без учета коек для новорожденных) составила 84,4 койки на 10000 населения. Из них на муниципальный уровень приходится 86,5% коечного фонда медицинских организаций города Серпухова. Средняя занятость койки достигла 302,3 дня при рекомендуемом показателе 330,0 дня, средняя длительность пребывания больных – 9,7 дня, оборот койки – 31,3, среднее время простоя – 2,0 дня. Имеются выраженные проблемы в обеспеченности населения отдельными специализированными койками: по профилю пульмонология дефицит составляет 72,3%, по профилю онкология - 50%, по профилю неврология - 21%, по травматологии - 17,9%.

В 2012 году в 2 муниципальных учреждениях здравоохранения города Серпухова МУЗ «ЦРБ» и МУЗ «СГБ им. Семашко» внедрены федеральные стандарты и порядки оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, острыми нарушениями мозгового кровообращения, гипертонической болезнью и некоторыми нарушениями ритма сердца. Это заболевания, которые занимают первое ранговое место в структуре причин смерти и в значительной степени определяют показатель смертности населения.

В рамках Программы модернизации на базе МУЗ «ЦРБ» проведено оснащение и организация первичного сосудистого отделения для диагностики

и лечения острых нарушений мозгового кровообращения, острого коронарного синдрома, острого инфаркта миокарда.

В городе Серпухове на учете у врачей-онкологов состоят 5928 пациентов со злокачественной патологией. Медицинская помощь онкологическим пациентам оказывается в диспансерном отделении МУЗ «СГБ им. Семашко». За период реализации Программы модернизации, внедрены федеральные стандарты оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Численность коек для пациентов с онкологическими заболеваниями в диспансерном отделении МУЗ «СГБ им. Семашко» составляет 20 коек, при этом имеется дефицит онкологических коек – обеспеченность населения, как указывалось выше, составляет 50% от норматива.

В городе Серпухове организован травматологический центр 2-го уровня для оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на участке федеральной автодороги М 2 с коечным фондом 30 коек.

Служба родовспоможения в городе Серпухове представлена одним родильным домом.

Детскому населению города Серпухова первичная медико-санитарная помощь оказывается в 5 педиатрических отделениях детской городской поликлиники МУЗ «ЦРБ» и стационаре детской городской больницы МУЗ «ЦРБ».

Основной проблемой кадрового обеспечения муниципальных учреждений здравоохранения города Серпухова является дефицит специалистов, как с высшим, так и со средним медицинским образованием.

В 2012 году общий дефицит врачей составил 39%, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях 29%, в стационарных учреждениях 17%, в системе скорой медицинской помощи 59,4%. Дефицит средних медицинских работников составил 21%.

В рамках реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» численность штатных должностей врачей в 2013 году, по сравнению с 2012 годом увеличилась на 13,1%.

При этом дефицит врачей в стационарных учреждениях составил 31%, а в поликлинике – 32%. По сравнению с 2012 годом, эти показатели характеризуются негативными изменениями.

Дефицит средних медицинских работников в 2013 году составил 22,5%. По сравнению с 2012 годом, этот показатель увеличился на 1,5%.

Таким образом, за время реализации Программы, проблема занятости штатных должностей медперсонала не решена, что обуславливает необходимость усиления и оптимизации кадровой политики.

В целом, следует отметить, что город Серпухов является типичным муниципальным образованием Московской области. Основные демографические особенности и проблемы системы здравоохранения города Серпухова характерны и для других муниципальных образований.

ГЛАВА 3. ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

21 ноября 2011 года был принят федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее – Закон об ОМС). В период 2011-2012 годы в целях повышения уровня качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, планировалась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (ст. 50 Закона об ОМС).

Совершенствование организационной системы здравоохранения, развитие инфраструктуры, в том числе финансового, материально-технического и технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений, наличие квалифицированных медицинских кадров – необходимые факторы для эффективного функционирования системы здравоохранения².

Ниже будет проведен системный анализ правового обеспечения модернизации здравоохранения в части региональных программ (на примере Московской области и г. Серпухова на муниципальном уровне).

Региональные программы «представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в субъектах РФ»³.

Законом об ОМС было установлено три ключевых направления развития здравоохранения на период 2011-2012 годы:

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. № 274. 03.12.2010.

² См.: Воробьева Л.В., Савина Л.В., Шашкова О.В. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) / под ред. Л.В. Воробьевой // СПС «КонсультантПлюс». 2014.

³ Там же.

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных систем;
- внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи.

О каждом из них в той или иной мере говорилось еще в распоряжении Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»⁴. Основная цель государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года – формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки (подраздел 2 «Развитие здравоохранения»).

Вышеперечисленные задачи направлены на модернизацию инфраструктуры медицинских организаций, создание комфортных условий лечения больных, улучшение оснащенности организаций, что необходимо для внедрения единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи.

В ноябре 2011 года срок для реализации региональных программ в части первых двух из указанных выше направлений был увеличен до 2013 года, а в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров - до 2016 года⁵.

В качестве сопутствующего проекта в 2011 году на федеральном уровне была запущена программа «Подготовка управленческих кадров в сфере

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. № 47. Ст. 5489.

⁵ См.: Федеральный закон от 30.11.2011 № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 05.12.2011. № 49 (ч. 1). Ст. 7047.

здравоохранения, образования и культуры в 2011 - 2014 годах»⁶. Одна из ее целей - обеспечение сопровождения реформы здравоохранения путем повышения профессиональных и управленческих компетенций руководителей учреждений здравоохранения и органов власти всех уровней.

В Московской области во исполнение ст. 50 Закона об ОМС Приказом Минздрава МО⁷ был утвержден состав рабочей группы по разработке региональной программы, которая была принята Правительством МО 19 апреля 2011 года. Программа «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы»⁸ (далее – ПМЗМО, Программа) вошла в качестве составной части в разработанную и принятую еще в 2008 году программу «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2011 годы». ПМЗМО соответствует требованиям к структуре, зафиксированным в п. 4 ст. 50 Закона об ОМС.

В разделе I «Характеристика проблемы, на решение которой направлена Подпрограмма» авторы ПМЗМО путают цель и задачи, решение которых необходимо для ее достижения. Так, в паспорте Программы и разделе III «Цели и задачи Подпрограммы» улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Московской области заявлено в качестве цели, а в разделе I они обозначены как задачи.

Следует отметить, что в Законе об ОМС приведенные выше направления именуется как целями, так и мероприятиями. Подобная терминологическая путаница не создает препятствий для выполнения программ, однако

⁶ Распоряжение Правительства РФ от 27.09.2011 № 1665-р «Об утверждении федеральной программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011 - 2014 годах» // Собрание законодательства РФ. 03.10.2011. № 40. Ст. 5598.

⁷ Приказ Минздрава МО от 09.07.2010 № 550 «О создании рабочей группы по разработке региональной программы модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

⁸ Постановление Правительства МО от 19.04.2011 № 352/15 «О внесении изменений в постановление Правительства Московской области от 11.12.2008 № 1106/48 «Об утверждении долгосрочной целевой программы Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2011 годы» (вместе с «Перечнем мероприятий программы», «Подпрограммой «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы»)» // Ежедневные Новости. Подмосковье. № 100. 08.06.2011 (постановление, приложение № 1 (пп. 1-3.4)).

свидетельствует о несовершенстве юридической техники при составлении документов.

Стоит в целом отметить неудачность конструкция ст. 50 Закона об ОМС. В разных ее пунктах даются отсылки на цели, закрепленные в п. 3, от чего создается впечатление, что он содержит перечень возможных направлений реформирования, хотя на самом деле закрепленным в нем списком устанавливаются границы финансирования мероприятий из средств ФФОМС.

Постановлением Правительства МО от 25.12.2013 № 1124/57 указанный выше перечень из трех задач был дополнен строительством перинатальных центров. Отдельно авторами Программы выделяются приоритетные направления, среди которых: модернизация службы скорой медицинской помощи, совершенствование стационарной и специализированной помощи и другие.

На муниципальном уровне в рамках рассматриваемого этапа модернизации здравоохранения постановлением Главы города Серпухова от 15.08.2011 г. № 1211 была утверждена программа «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.»⁹ (далее – ПРЗС). В качестве цели заявлено улучшение состояния здоровья населения г. Серпухова, а перечень основных задач дополнен необходимостью решения кадровых проблем в учреждениях здравоохранения данного городского округа. С учетом ряда актов Минздрава РФ и МО¹⁰ постановлением от

⁹ Постановлением главы г. Серпухова от 15.08.2011 № 1211 «Об утверждении долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» // Серпуховские вести. № 98. 08.10.2011 (постановление).

Данная программа, несмотря на название, разработана именно в соответствии с указанными выше актами федерального и регионального уровней, а не связана с последующим этапом реформирования здравоохранения, начало которому было положено распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и в соответствии с которым позднее на муниципальном уровне была утверждена программа «Развитие здравоохранения Серпуховского муниципального района Московской области на 2013-2016 годы».

¹⁰ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2009 № 991 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающиеся шоком»; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.07.2012 № 389н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 № 599н «Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной помощи при болезнях системы кровообращения»

27.02.2012 г. № 2318 первоначальный список еще расширился за счет включения таких задач, как:

- совершенствование скорой медицинской помощи;
- совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на автомобильной федеральной трассе М-2 «Москва-Крым»;
- оказание специализированной медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфарктом миокарда и острым коронарным синдромом.

Ниже будут рассмотрены основные правовые акты, регламентирующие модернизацию здравоохранения по следующим разделам: укрепление материально-технической базы; внедрение информационных технологий; внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи; финансирование; контроль и оценка реализации программ.

Укрепление материально-технической базы

О необходимости укрепления материально-технической базы (МТБ) учреждений здравоохранения говорилось еще в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года¹¹, утвержденной

кардиологического профиля»; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011г. № 362н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года № 599н «Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной помощи при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля»; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2009 № 1044 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями, требующими диагностики и лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов»; Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 29.04.2008 № 222 «Об утверждении зон ответственности учреждений здравоохранения Московской области по организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях».

¹¹ Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства РФ. 15.10.2007. № 42. Ст. 5009.

Указом Президента в 2007 году, и в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года¹² (п. 76), принятой в 2009 году.

Укрепление кадрового потенциала и МТБ – одна из задач в рамках основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года по профилю «Качественное и доступное здравоохранение»¹³. Важность работы по этому направлению также неоднократно подчеркивалась в прогнозах социально-экономического развития России¹⁴.

В рамках укрепления МТБ планировалось строительство новых, реконструкция существующих и обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов учреждений здравоохранения, их капитальный ремонт, а также приобретение медицинского оборудования. В Московской области ПМЗМО в части совершенствования МТБ была предусмотрена реализация двух мероприятий:

1. приведение инфраструктуры здравоохранения в соответствие со структурой населения области, а также со структурой заболеваемости и смертности и с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности;

2. приведение МТБ в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ.

Основная задача при проведении структурных изменений в сети здравоохранения МО - концентрация материальных и кадровых ресурсов с целью рационального и эффективного их использования для наиболее полного обеспечения жителей области доступной и квалифицированной медицинской помощью.

¹² Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 18.05.2009. № 20. Ст. 2444.

¹³ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1663-р «Об утверждении основных направлений деятельности Правительства РФ на период до 2012 года и перечня проектов по их реализации» // Собрание законодательства РФ. 01.12.2008. № 48. Ст. 5639.

¹⁴ См., например: «Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2011 год и плановый период 2012 и 2013 годов» (разработан Минэкономразвития РФ) // СПС «КонсультантПлюс»; Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2012 год и плановый период 2013 - 2014 годов» (разработан Минэкономразвития РФ) // Администратор образования. № 21. Ноябрь. 2011 (извлечение); и др.

В г. Серпухове состояние материально-технического оснащения учреждений здравоохранения являлось одной из наиболее значимых проблем отрасли. По состоянию на 2010 год износ МТБ составлял 68%, четыре учреждения имели 100% износ. Доля муниципальных учреждений, здания которых находились в аварийном состоянии или требовали капитального ремонта, составляла 66,67%. В качестве приоритетного направления дооснащения выделялось приобретение диагностического оборудования.

Результатами улучшения МТБ должны были стать: повышение фондовооруженности; снижение заболеваемости населения по обращаемости; снижение первичного выхода на инвалидность, а также общей смертности.

Рассматриваемое направление модернизации здравоохранения в регионах являлось наиболее масштабным как с точки зрения требуемых финансовых средств, так и числа мероприятий, проведение которых было необходимо для достижения запланированных индикаторов. Тем не менее, с точки зрения правовой регламентации оно не столь перегружено актами органов власти различных уровней, как это имеет место, например, в рамках второго направления.

Внедрение информационных технологий

ФФОМС 7 апреля 2011 года были утверждены общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования¹⁵. Документ носит преимущественно технический характер, но его изучение и соблюдение необходимо для эффективного функционирования всей системы и ее единообразного применения.

Содержание понятия информационных систем в сфере здравоохранения было определено на легальном уровне в ст. 91 ФЗ «Об основах охраны

¹⁵ Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

здоровья граждан в Российской Федерации»¹⁶, которая вступила в силу с 1 января 2012 года. В них осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности.

Минздрав РФ 28 апреля 2011 года утвердил Концепцию создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения¹⁷ (далее – Концепция), которая обязательно должна была быть учтена при разработке региональных программ модернизации здравоохранения.

Предпосылкой создания Концепции послужил низкий процент использования средств вычислительной техники в целях автоматизации лечебно-диагностического процесса, а также в области управления здравоохранением. Так, по состоянию на 2011 год один компьютер приходился в среднем на 10,6 работника государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. При этом лишь 7,7% лечебно-профилактических учреждений обеспечивали реализацию процессов ведения электронной истории болезни или электронных медицинских карт, менее 3% были оснащены средствами телемедицины (раздел 2 Концепции).

В Концепции подробно прописаны цели и принципы создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Причем следует отметить проработанность последних. Например, авторы документа подчеркивают необходимость разработки общих стандартов, обеспечивающих многократность и универсальность использования вводимой информации, защиту персональных данных и многое другое.

¹⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. № 263. 23.11.2011.

¹⁷ Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 7. 2011.

Ожидается, что успешная реализация Концепции позволит повысить уровень информационной поддержки как публичного сектора (органов управления здравоохранения, фондов ОМС), так и других субъектов, участвующих в оказании медицинской помощи населению (страховые организации, фармацевтические компании). Внедрение новых информационных технологий должно положительно сказаться и на результатах подготовки медицинских кадров. Население получит свободный и быстрый доступ к сведениям о заболеваниях, методах их профилактики и лечения, о ведении здорового образа жизни, лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения; данным медицинской статистики; сведениям о медицинских организациях, кадровых и иных ресурсах в здравоохранении; нормативным актам, регулирующим оказание медицинской помощи и т.д.

Основной элемент инфраструктуры системы - федеральный центр обработки данных (ЦОД), за разработку и функционирование которого отвечает Министерство здравоохранения РФ. ЦОД могут создаваться и на региональном уровне, однако их использование осуществляется за счет собственных средств субъекта.

В рамках первого этапа создания системы «Базовая информатизация», осуществление которого проходило в 2011-2012 годах, Минздравом РФ было разработано множество методических рекомендаций¹⁸ (МР) для координации

¹⁸ Например: Методические рекомендации по порядку организации работ по созданию субъектом Российской Федерации в 2011 - 2012 годах регионального фрагмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения // СПС «КонсультантПлюс»; Методические рекомендации по составу создаваемых в 2011 - 2012 годах в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения прикладных компонентов регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к ним // СПС «КонсультантПлюс»; Методические рекомендации по проведению в 2011 - 2012 годах работ по информационной безопасности для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения // СПС «КонсультантПлюс»; Методические рекомендации по оснащению медицинских учреждений компьютерным оборудованием и программным обеспечением для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к ним // СПС «КонсультантПлюс»; Методические рекомендации по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной

действий федеральных и региональных учреждений и организаций. МР были подготовлены во исполнение решения заседания президиума Совета при Президенте России по развитию информационного общества в РФ, проходившем 22 декабря 2010 г. по вопросу о порядке реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения информационных технологий.

Одно из мероприятий первого этапа внедрения системы – разработка разделов региональных программ модернизации здравоохранения, отвечающих целям Концепции. На основании МР Минздрава РФ в субъектах разрабатывались порядки по организации работ в данной сфере. При этом Минздравом РФ был утвержден следующий порядок действий для эффективного внедрения системы:

- разработка программы и плана мероприятий;
- разработка технических заданий и требований на закупки товаров, работ и услуг по созданию регионального фрагмента, соответствующих мероприятиям согласованных планов;
- организация конкурсных процедур по плану мероприятий;
- реализация плана мероприятий;
- подготовка отчетности о промежуточных и окончательных результатах исполнения планов реализации регионального фрагмента системы.

Первоначально в ПМЗМО (в редакции Постановления Правительства МО от 19.04.2011 № 352/15) лишь в общем говорилось о необходимости обеспечения информационной поддержки системы здравоохранения и процессов управления медицинской помощью, на что из бюджета выделялось 941883,5 тыс. рублей. После утверждения МР Минздрава РФ подраздел ПМЗМО, посвященный внедрению информационных систем, был существенно доработан.

Теперь в качестве основной цели мероприятий по информатизации было заявлено обеспечение эффективной информационной поддержки граждан, лечебной деятельности и управления системой в целом.

Активное развитие информационных технологий в Московской области в различных сферах, в том числе в здравоохранении, началось еще с 2006 года, с принятием программы «Электронное Подмосковье».

Продолжение последовало в связи с утверждением целевой программы «Электронное Подмосковье на период 2009-2012 годов»¹⁹.

По состоянию на начало 2011 года большая часть компьютеров в учреждениях здравоохранения МО была морально устаревшей; наблюдались сложности с подключением к сети Интернет и использованием техники для автоматизации лечебно-диагностического процесса, а не в хозяйственно-административных целях. Практически полностью отсутствовала возможность обмена данными между различными учреждениями здравоохранения.

16 ноября 2011 года Постановлением Правительства МО²⁰ был утвержден минимальный уровень информационно-технологического обеспечения учреждений здравоохранения МО, который должен был быть достигнут к концу 2012 года. Причем оснащение по каждому из процессов требовалось в отношении не менее 80% рабочих мест больниц, диспансеров, перинатальных центров, поликлиник, женских консультаций, станций скорой помощи, санаторно-курортных учреждений и аптечных пунктов.

Для формирования единого подхода к информатизации здравоохранения в Московской области до конца 2012 года планировалось разработать и утвердить Концепцию информатизации здравоохранения

¹⁹ Постановление Правительства МО от 31.12.2008 № 1239/50 «Об утверждении долгосрочной целевой программы Московской области «Электронное Подмосковье на период 2009-2012 годов» // Информационный вестник Правительства МО. № 2. 30.03.2009.

²⁰ Постановление Правительства МО от 16.11.2011 № 1427/46 «О внесении изменений в долгосрочную целевую программу Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2012 годы» // Информационный вестник Правительства МО. № 2. часть 1. 29.02.2012.

Московской области на 2013-2020 годы, однако на сегодняшний день данное намерение так и осталось нереализованным.

Подводя итоги работ 2011 года, Правительство МО на уровне региона констатировало своевременное начало работ по подключению учреждений здравоохранения к высокоскоростным каналам передачи данных для доступа к единой информационной системе; их оснащение телекоммуникационным оборудованием, компьютерной техникой, общесистемным и базовым прикладным программным обеспечением, а также средствами защиты информации. Такая стадия решения задачи соответствовала планируемым результатам при разработке ПМЗМО. Работы по завершению начатых проектов пришлось на 2012 год, по итогам которого в медицинских учреждениях должна была быть обеспечена возможность осуществления в электронном виде следующих функций:

- электронная регистратура, запись на прием к врачу в электронном виде, включая выдачу направлений;
- ведение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи и лекарственного обеспечения;
- управление взаиморасчетами за оказанную медицинскую помощь (для учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования);
- анализ деятельности и формирование отчетности;
- учет административно-хозяйственной деятельности.

В г. Серпухове оснащение учреждений здравоохранения компьютерами и необходимым программным обеспечением, а также поставка средств обеспечения информационной безопасности планировались до августа 2012 года. На момент утверждения ПРЗС укомплектованность медицинских учреждений оргтехникой составляла 30%. Внедрение компонентов единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области (ЕМИАС МО) и создание корпоративной сети передачи данных учреждений здравоохранения в указанном муниципальном образовании должны были

завершиться до конца 2012 года. Необходимость создания единого информационного пространства в г. Серпухове в области здравоохранения отмечалась как на региональном, так и на муниципальном уровнях.

Перечнем мероприятий ПМЗМО (в ред. Постановлением Правительства МО от 16.11.2011 г.) в рамках второго направления в г. Серпухове в отношении следующих медицинских учреждений: Серпуховский противотуберкулезный диспансер, ГУЗ МО «Серпуховский кожно-венерологический диспансер», ГУЗ МО «Подростковый противотуберкулезный санаторий (Серпухов)» - планировалось обеспечение персонафицированного учета оказанных медицинских услуг, возможности ведения электронных медицинских карт, автоматизированной записи, внедрение системы электронного документооборота. В отношении тех же и еще шести медицинских учреждений - ведение единого реестра медицинских работников и электронного паспорта учреждения. В дальнейшем перечень объектов не раз дополнялся.

В качестве единственного результата реализации мероприятий по внедрению информационных систем в г. Серпухове согласно ПРЗС планировалось сокращение времени записи пациентов на прием к врачу при непосредственном обращении с 15 до 10 минут. Однако достичь данного индикатора не удалось. Других мероприятий в рамках внедрения информационных технологий согласно ПРЗС не планировалось.

Внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи

Применение стандартов медицинской помощи (СМП) необходимо для обеспечения доступности и качества медицинской помощи (п. 4 ст. 10 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). СМП разрабатываются Минздравом РФ в соответствии с номенклатурой медицинских услуг. Разъяснения по вопросу внедрения стандартов медицинской помощи (СМП) в рамках программ модернизации

здравоохранения были даны Минздравсоцразвития РФ в отдельном письме²¹, где прописан порядок действий при направлении пациента в стационар, варианты возмещения расходов медицинской организации и другие аспекты.

Согласно ПМЗМО в первоочередном порядке планировалось внедрение стандартов по всем экстренным состояниям и плановым онкологическим заболеваниям во всех лечебно-профилактических учреждениях МО, в том числе при заболеваниях системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, онкологическим заболеваниям, патологии детства и травмам, что соответствует структуре заболеваемости и смертности населения в МО.

В г. Серпухове результатами реализации ПРЗС должны были стать: повышение уровня госпитализации в дневные стационары; увеличение количества посещений амбулаторно-поликлинической помощи; сокращение количества вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций в стационар.

Для достижения указанных показателей в Серпуховском городском округе в соответствии с ПРЗС проводились следующие мероприятия:

- активное применение СМП в МУЗ «ЦРБ» и МУЗ «СГБ им Семашко»;
- подготовка к включению с 2013 г. в территориальные программы ОМС дополнительных денежных выплат на проведение диспансеризации детей-подростков в возрасте 14 лет;
- повышение доступности амбулаторной помощи.

Отметим достаточно абстрактный характер формулирования программных мероприятий, что создает сложности при оценке и установлении причин невыполнения. Тем не менее, ПЗРС составлена в соответствии с ПМЗМО, которая оперирует такими же понятиями.

Ключевым актом в сфере повышения доступности амбулаторной помощи на федеральном уровне является Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению

²¹ Письмо Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2011 № 14-3/10/2-11668 «О стандартах медицинской помощи» // СПС «КонсультантПлюс».

доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»²². Обязанность разработки и утверждения данного документа была предусмотрена п. 8 ст. 50 Закона об ОМС.

Постановлением были обозначены три ключевых направления для деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ:

- обеспечение укомплектованности медицинских организаций специалистами с высшим и средним медицинским образованием;
- предоставление амбулаторной медицинской помощи в соответствии со стандартами ее оказания;
- введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда медицинских кадров, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Пунктом 2 рассматриваемого постановления предусмотрена необходимость включения указанного выше перечня мероприятий с указанием медицинских организаций, участвующих в их реализации и индикаторов реализации в региональную программу модернизации. В ПМЗМО данное требование в полной мере не соблюдено. Тем не менее, последнее из приведенных направлений отмечено как приоритетное. Выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу должны устанавливаться с учетом критериев оценки эффективности деятельности, позволяющих оценить результативность и качество работы.

Перечень должностей специалистов, а также методика оценки их деятельности устанавливаются НПА субъектов РФ в соответствии с показателями, разрабатываемыми Минздравом РФ (были утверждены 21.02.2011²³). Причем, как уточнил ФФОМС в письме от 12.08.2011 №

²² Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Российская газета. № 29. 11.02.2011.

²³ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.02.2011 № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих

4434/26-2²⁴ «медицинские работники, не имеющие медицинского образования и права на осуществление самостоятельной медицинской деятельности, не могут быть включены в такие списки». Тем не менее, установление для них дополнительных выплат возможно в рамках территориальной программы ОМС. Минздравсоцразвития РФ, давая разъяснения по соответствующему вопросу, прокомментировал, что такие выплаты могут закладываться в бюджет субъекта РФ²⁵.

В Московской области выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, были установлены с 01.01.2011 года²⁶. Перечень должностей установлен постановлением Правительства МО от 17.05.2011 № 446/19²⁷ и включает в себя 65 наименований. Методики оценки деятельности были утверждены совместным приказом Минздрава МО и ТФОМС МО от 08.06.2011 № 475/122²⁸.

На основании вышеуказанных актов были внесены изменения в постановление главы г. Серпухова № 1688 от 27.10.2011 г. «Об оплате труда работников муниципальных учреждений здравоохранения города

в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» // Российская газета. № 69. 01.04.2011.

²⁴ Письмо ФФОМС от 12.08.2011 № 4434/26-2 «Об осуществлении дополнительных денежных выплат медицинским работникам в рамках мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

²⁵ Письмо Минздравсоцразвития России от 08.07.2011 № 20-1/10/2-6687 «О порядке включения в перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, должностей врачей и среднего медицинского персонала, осуществляющих диагностические исследования и параклинические процедуры» // СПС «КонсультантПлюс».

²⁶ Постановление Правительства МО от 24.10.2011 № 1250/44 «О мерах по реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы» долгосрочной целевой программы Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2012 годы» // Ежедневные Новости. Подмоскowie. № 203. 01.11.2011.

²⁷ Постановление Правительства МО от 17.05.2011 № 446/19 «О реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы» долгосрочной целевой программы Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2012 годы» // Ежедневные Новости. Подмоскowie. № 104. 15.06.2011.

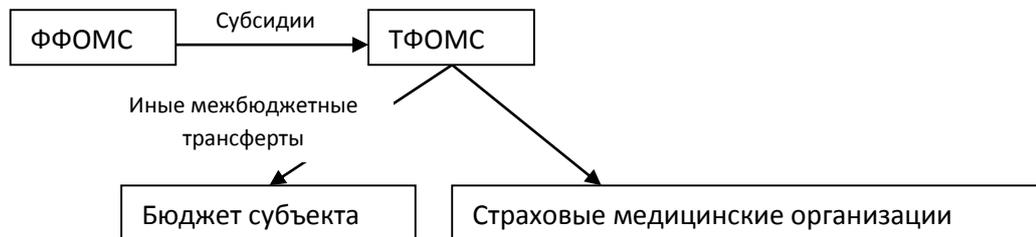
²⁸ Приказ Минздрава МО и ТФОМС МО от 08.06.2011 № 475/122 «Об утверждении Методики оценки деятельности врачей-специалистов, специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь» // СПС «КонсультантПлюс».

Серпухова»²⁹, устанавливающие условия, размеры и порядок выплат стимулирующего характера. Последние осуществляются за счет средств, поступивших в учреждения здравоохранения из ФФОМС и ТФОМС МО, при условии занятия медицинскими работниками штатной должности или работы по совместительству.

Финансирование

Финансирование программ по модернизации здравоохранения должно осуществляться за счет доходов ФФОМС и ТФОМС, а также средств бюджетов субъектов РФ. Причем средства Федерального фонда в виде субсидий могут быть предоставлены только для реализации мероприятий по трем основным направлениям, установленным п. 3 ст. 50 Закона об ОМС. Ответственность за обоснованность стоимости мероприятий программ несут органы исполнительной власти субъектов РФ.

Согласно ст. 50 Закона об ОМС направление денежных средств осуществляется в следующем порядке:



Правила предоставления и расходования средств на реализацию региональных программ в соответствии с п. 7 ст. 50 Закона об ОМС были установлены Правительством РФ³⁰. Субсидии предоставляются из бюджета

²⁹ Постановление главы г. Серпухова от 27.10.2011 № 1688 «Об оплате труда работников муниципальных учреждений здравоохранения города Серпухова» // Серпуховские вести. № 106. 08.11.2011 (постановление).

³⁰ Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // Собрание законодательства РФ. 21.02.2011. № 8. Ст. 1126.

ФФОМС территориальным фондам в пределах бюджетных ассигнований в соответствии с соглашениями, заключенными Минздравом РФ, ФФОМС и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.

При этом обязательно соблюдение условий, перечисленных в п. 3, 3.1 Постановления № 85. Распределение субсидий по субъектам России утверждается Правительством РФ на основании разработанной методики (Приложение к Постановлению № 85).

Средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи предоставляются страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта - непосредственно медицинским организациям) при наличии заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. ФФОМС были даны отдельные разъяснения по финансированию мероприятий данного направления³¹. Так, к уже имеющимся договорам необходимо было заключить дополнительные соглашения, где должно быть определено целевое назначение средств, а также планируемые мероприятия и условия использования средств. Для получения финансирования страховые медицинские организации должны ежемесячно формировать заявки в ТФОМС. Порядок формирования и формы заявок были утверждены приказом ФФОМС 22 февраля 2011 года³².

Работа по реализации мероприятий по модернизации здравоохранения в Московской области проводилась в соответствии с Соглашением Правительства МО, Минздрава РФ и ФФОМС о финансовом обеспечении программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы.

³¹ Письмо ФФОМС от 18.04.2011 № 2223/21-4/и «О порядке финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках региональных программ модернизации здравоохранения» // Обязательное медицинское страхование в РФ. № 3. 2011.

³² Приказ ФФОМС от 22.02.2011 № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами» // Российская газета. № 81. 15.04.2011.

В ПМЗМО (в ред. постановления Правительства МО от 25.12.2013 № 1124/57) на ее финансирование выделялось 29052212,92 тыс. руб., из них: 1528618,5 - средства бюджета МО; 627246,80 тыс. руб. - средства бюджетов муниципальных образований; 7727769 тыс. руб. - средства бюджета ТФОМС МО; 19168578,6 тыс. руб. – средства ФОМС. Также запланированные затраты были классифицированы по разделам Программы и годам. Общий объем израсходованных средств медицинскими организациями по итогам реализации ПМЗМО составил 26150312,2 тыс. руб., что составило 90% запланированных затрат³³.

В 2013 году ФФОМС утвердил порядок и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов³⁴.

Контроль над использованием средств осуществляли ФФОМС, ТФОМС, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетная палата РФ.

Контроль и оценка реализации программ

Согласно п. 15 ст. 50 Закона об ОМС контроль за реализацией программ по модернизации здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и ФФОМС, а в части внедрения стандартов медицинской помощи – также ТФОМС. Постановлением Правительства РФ от 02.05.2012 № 413³⁵ полномочия по контролю на

³³ См.: Постановление Правительства МО от 25.04.2014 № 280/9 «Об утверждении итогового отчета о реализации долгосрочной целевой программы Московской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Московской области на 2009-2013 годы» // Ежедневные Новости. Подмосковье. № 98. 03.06.2014.

³⁴ Приказ ФФОМС от 26.11.2013 № 237 «Об установлении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Российская газета. № 15. 24.01.2014.

³⁵ Постановление Правительства РФ от 02.05.2012 № 413 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 14.05.2012. № 20. Ст. 2528.

федеральном уровне были закреплены за Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор).

Порядок и формы предоставления отчетности о реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ были утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н³⁶. Ежемесячные, ежеквартальные и ежегодные отчеты должны были предоставляться уполномоченным органом исполнительной власти субъекта в бумажном и электронном виде в Минздрав РФ и ФОМС. В Приказе в виде приложений содержатся формы отчетов и даны подробные инструкции по их заполнению.

В течение 2011-2012 годов Минздравом РФ и ФФОМС принимались акты, регламентирующие порядок организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ³⁷. Для этой цели в регионах создавались

³⁶ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Российская газета. № 23. 04.02.2011.

На настоящий момент указанный акт признан утратившим силу приказом Минздрава России от 20.12.2013 № 965н «Об установлении порядка и формы предоставления отчетности о реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» в связи с завершением основного периода реализации региональных программ.

³⁷ См., например: Приказ Минздравсоцразвития России от 22.06.2011 № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. № 9. 2011; Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2012 № 397 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.07.2012 № 50 «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации исполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2012 году»; Приказ Росздравнадзора от 03.09.2012 № 1158-Пр/12 «Об утверждении положений об Управлении мониторинга государственных программ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и отделах Управления мониторинга государственных программ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс»; Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от

рабочие группы и Межведомственная комиссия. Ежемесячные отчеты должны были сдаваться не позднее 20-го числа каждого месяца.

В сентябре 2012 года Росздравнадзор констатировал «значительное отставание в реализации программ модернизации здравоохранения»³⁸. В качестве основных проблем отмечалось несвоевременное исполнение и заключение госконтрактов, множественные замечания по внедрению информационных технологий и стандартов медицинской помощи и другие.

Обсуждение и анализ итогов модернизации здравоохранения в регионах с точки зрения соотношения инвестиций и улучшения состояния здоровья населения планировалось провести 11 марта 2013 года с последующим предоставлением отчетов в Минздрав РФ. Указанное мероприятие должно было стать первым из намеченных в рамках дорожной карты «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации»³⁹.

В ПМЗМО вопросам контроля посвящен раздел VI. В соответствии с ним Правительство МО 17 мая 2011 года приняло постановление 446/19, которым были утверждены порядки реализации мероприятий Программы и сбора и обобщения информации.

Отчет о реализации мероприятий Программы составляется органами местного самоуправления муниципальных образований МО в разрезе муниципальных учреждений здравоохранения и государственными учреждениями здравоохранения МО. Последние предоставляют также отчеты об использовании средств страховым организациям, которые, в свою очередь,

16.12.2010 № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов»; и др.

³⁸ Письмо Росздравнадзора от 20.09.2012 № 04-15654/12 «О предоставлении «Дорожной карты» по устранению замечаний и реализации предложений по результатам проверки региональных программ модернизации здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс».

³⁹ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

анализируют и обобщают полученные данные и отправляют их в ТФОМС. Минздрав МО всю полученную информацию после ее обработки направляет в Минздрав РФ, ФФОМС и ТФОМС. Подробные сроки и требования к содержанию отчетов утверждены приказом Минздрава МО от 31 августа 2011 г. № 746⁴⁰. По истечении срока реализации Программы Минздрав МО и ТФОМС МО должны были предоставить совместный доклад об итогах выполнения и эффективности использования финансовых средств в Правительство МО⁴¹. Указанный отчет был утвержден 03 июня 2014 года.

В рамках реализации конкретных мероприятий в соответствии ПМЗМО Минздрав МО издавал отдельные приказы. Например, приказом от 21 июня 2011 г. № 504⁴² был утвержден порядок предоставления копии технических заданий и локальных смет на проведение капитального ремонта в 2011 году, а также обязанность по ежемесячному направлению отчетов по подготовке и реализации программных мероприятий в соответствии с утвержденным приложением.

На муниципальном уровне, в Серпуховском городском округе, ответственным за оперативное управление и текущий контроль за выполнением плана мероприятий было назначено Управление здравоохранения г. Серпухова, которое ежегодно до 1 марта должно было предоставлять в Администрацию города, осуществляющую общий контроль, отчеты. Последние должны включать в себя информацию о проведенных мероприятиях и их итогах, причинах невыполнения или несвоевременного выполнения мероприятий, если такие имели место.

⁴⁰ Приказ Минздрава МО от 31.08.2011 № 746 «О представлении отчетности о реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы» // СПС «КонсультантПлюс».

⁴¹ Постановление Правительства МО от 04.05.2008 № 327/15 «Об утверждении Порядка принятия решений о разработке долгосрочных целевых программ Московской области, их формирования и реализации» // Информационный вестник Правительства МО. № 6. 30.06.2008.

⁴² Приказ Минздрава МО от 21.06.2011 № 504 «О реализации мероприятий подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы» // СПС «КонсультантПлюс».

Оценка эффективности реализации Программы осуществлялась в соответствии с утвержденными количественными и качественными показателями (Паспорт и раздел IV ПМЗМО). Интересно отметить, что по своей системе и структуре они не совпадают с заявленными целью и задачами Программы. Выделяются две основные группы: показатели медицинской результативности и показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Методика расчета показателей и оценка эффективности реализации Программы прописаны в разделах V и IX соответственно.

Планируемые результаты реализации Программы в г. Серпухове приведены в разделе 6 ПРЗС.

Представленный в данном разделе анализ позволил сформулировать несколько основных положений.

Реализация программы модернизации здравоохранения Московской области была завершена постановлением Правительства МО от 27.12.2013 № 1158/57 «О завершении реализации долгосрочных целевых программ Московской области»⁴³.

Анализируя в целом весь массив правовых актов, регламентирующих модернизацию здравоохранения, отметим следующие моменты.

Во-первых, основной блок документов разработан на уровне подзаконных актов. В ФЗ об ОМС вопросу модернизации здравоохранения посвящена лишь одна статья. На федеральном уровне основная работа по правовому обеспечению проводилась Министерством здравоохранения РФ. На региональном – Правительством МО и Минздравом МО.

Во-вторых, как справедливо отмечают Г.Ю. Бударин и Е.Г. Камкин, правовых актов, посвященных рассматриваемому аспекту, чрезмерно много и

⁴³ Постановление Правительства МО от 27.12.2013 № 1158/57 «О завершении реализации долгосрочных целевых программ Московской области» // Ежедневные Новости. Подмосковье. № 17. 03.02.2014.

они сильно дифференцированы⁴⁴. Только на изучение всего массива юридических документов у специалистов ушла бы не одна неделя, в то время как реализацию программ первоначально планировалось завершить всего за два года, а перечень документов за этот период постоянно расширялся. Более того, желательно, чтобы лица, задействованные в разработке документов и контроле над ходом реализации программы, имели высшее юридическое образование, в то время как в процессе принимали участие преимущественно медики и управленцы. Как показало социологическое исследование, проведенное Г.Ю. Будариним и Е.Г. Камкиным в 2012 году в трех регионах России, только одна пятая респондентов смогла назвать основные законы, которыми они руководствуются в своей деятельности⁴⁵. Это при том, что как было отмечено выше, на законодательном уровне вопросу модернизации здравоохранения посвящена только одна статья Закона об ОМС. Третий аспект, который необходимо подчеркнуть – значительный технический уклон многих документов, особенно в части регламентации внедрения информационных систем, что создает дополнительные трудности при работе с правовым материалом.

В целом, с юридической точки зрения, следует говорить о высокой степени проработанности правовой базы модернизации здравоохранения. Основной недостаток - колоссальный объем актов, который создает существенные препятствия для всестороннего изучения, что является наиболее острой проблемой для лиц, ответственных за контроль хода и результатов реализации программ.

⁴⁴ См.: Бударин Г.Ю., Камкин Е.Г. Проблемы юридического обеспечения программы модернизации здравоохранения // Медицинское право. 2013. № 2. С. 13 - 16.

⁴⁵ Подробнее см.: Там же. С. 15.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕРПУХОВА НА 2011-2013 гг.»

Социологические исследования являются доступным с точки зрения организации и в то же время достаточно достоверным методом получения информации об изучаемых явлениях. В последние годы широко используется опыт проведения опросов выборочных групп потребителей и производителей медицинских услуг для получения информации, касающейся различных аспектов, в том числе доступности и качества медицинского обеспечения, эффективности внедрения новых технологий управления, а также для оценки результативности программ развития и совершенствования медицинской помощи.

В условиях модернизации здравоохранения Московской области, которое предполагает значительное укрепление материально-технической базы, внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи, совершенствование информатизации и компьютеризации здравоохранения, вопрос объективной оценки результативности программ и подпрограмм развития здравоохранения приобретает особую актуальность.

В соответствии с методикой данной работы было организовано проведение социологического исследования, целью которого явилось изучение мнения пациентов и врачей, а также руководителей медицинских учреждений о результатах реализации долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

В качестве инструментария социологического исследования были использованы разработанные нами специальные анкеты.

4.1. Анализ результатов проведения интервью

Общая численность респондентов, с которыми было проведено интервью, составила 26 человек. Среди них были руководители муниципальных медицинских организаций (8 человек) и их заместители (18 человек). По результатам проведенных интервью были определены наиболее острые проблемы организации и функционирования медицинских учреждений г. Серпухова. Полученные результаты позволили также определить консолидированное мнение руководителей о результативности Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

Распределение респондентов в зависимости от опыта работы (таблица 4.1.1) представлено следующим образом: со стажем работы менее 5 лет - 5 человек, т.е. 19,2% общей численности; со стажем от 5 до 10 лет - 12 человек, т.е. 46,2%; со стажем более 10 лет - 9 человек, т.е. 34,6% общей численности респондентов.

Таблица 4.1.1

Распределение респондентов по стажу работы

Стаж работы	Численность (абс. число)	В % к итогу
Менее 5 лет	5	19,2
От 5 до 10 лет	12	46,2
Более 10 лет	9	34,6
Итого	26	100,0

Следует, прежде всего, отметить, что 100,0% респондентов осведомлены о реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.». При этом их отношение к данной Программе весьма неоднозначно. Все респонденты, безусловно, положительно относятся к вопросу развития системы здравоохранения, но большинство респондентов

(65,4%) отметили, что испытали обоснованные сомнения в отношении регламентированных Программой показателей. Так, по их мнению, весьма сомнительными и не поддающимися регулированию системой здравоохранения являются показатели заболеваемости, смертности, инвалидизации населения, а также число посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения, число вызовов скорой помощи. Эти показатели зависят от множества факторов, не имеющих отношения к системе здравоохранения.

Обобщенное мнение респондентов по поводу результативности реализации Программы сводится к тому, что по всем выделенным направлениям развития проделана большая работа. За период реализации Программы, закуплено и введено в эксплуатацию большое количество современного лечебно-диагностического оборудования и оргтехники. В медицинских организациях существенно увеличилась численность персональных компьютеров и многофункциональных устройств.

В большинстве поликлиник установлены терминалы для электронной записи на прием к врачам.

Практически во всех медицинских организациях заработная плата всех категорий медицинского персонала увеличена до регламентированных Программой уровней.

Проделана большая работа по повышению занятости и укомплектованности физическими лицами штатных должностей медицинского персонала, однако проблема кадрового обеспечения медицинских учреждений г. Серпухова остается не решенной.

Руководители медицинских организаций и их заместители считают, что для улучшения системы организации медицинской помощи, повышения доступности и качества ее оказания, необходимо, прежде всего, решить проблему кадрового обеспечения медицинских организаций. Кроме этого большинство респондентов отметили, что вопросы улучшения контроля качества оказания медицинской помощи и уменьшения количества

документов, заполнение которых вменяется в обязанность врачу, также являются весьма актуальными, и их решение будет в значительной степени способствовать позитивным изменениям системы здравоохранения.

Было также отмечено, что население города Серпухова составляет, приблизительно, 127 тыс. человек. Сеть медицинских организаций и объемы, утверждаемые территориальной программой государственных гарантий, рассчитываются на собственное население города. При этом город Серпухов является самостоятельным муниципальным образованием Московской области, но территориально его окружает другое муниципальное образование – Серпуховский муниципальный район с численностью 37 тыс. человек и малоразвитой инфраструктурой лечебной сети. По этому консультации узких специалистов для населения Серпуховского муниципального района осуществляются на территории города Серпухова, усложняя и без того напряженную обстановку, обусловленную дефицитом площадей и медицинских кадров.

Кроме этого, характерной особенностью для города Серпухова является то, что все амбулаторно-поликлинические отделения расположены в приспособленных помещениях жилых домов с выраженным дефицитом площадей. Нет поликлиники, построенной по типовому проекту и позволяющей комплексно оказывать первичную амбулаторно-поликлиническую помощь населению города Серпухова. Этот фактор приводит к снижению доступности оказания медицинской помощи.

4.2. Анализ результатов социологического изучения мнения пациентов

Анкета для изучения мнения пациентов включала вопросы, касающиеся оценки произошедших за изучаемый период изменений медицинского обслуживания, оценки внедрения нового информационного обеспечения записи на прием к врачу, а также оценки качества организации и доступности медицинской помощи.

Возрастная характеристика респондентов представлена в таблице 4.2.1.

Численность и возраст пациентов, принявших участие в социологическом исследовании

Возраст	Численность группы	Удельный вес группы
До 30 лет	208	43,2%
30 – 60 лет	214	44,4%
Старше 60 лет	60	12,4%
Всего респондентов	482	100,0%

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что в социологическом исследовании приняли участие 482 пациента. Среди них 208 респондентов (43,2% общей численности) относятся к возрастной группе до 30 лет, 214 респондентов (44,4% общей численности) относятся к возрастной группе от 30 до 60 лет и 60 респондентов (12,4% общей численности) относятся к группе старше 60 лет.

На вопрос «Как изменилась за период 2011-2013 гг. доступность медицинского обслуживания в поликлинике у врачей-специалистов?» 49,0% респондентов ответили, что доступность улучшилась, 24,8% респондентов указали, что она не изменилась, 11,8% респондентов затруднились ответить на этот вопрос, а 14,4% респондентов считают, что доступность ухудшилась.

Из общей численности только 59,5% респондентов отметили, что в поликлинике по месту их жительства установлен терминал для электронной записи на прием к врачам. При этом 40,5% респондентов указали на отсутствие данного новшества.

Из числа тех респондентов, которые получили возможность оценить электронную систему записи к врачам, 63,4% опрошенных охарактеризовали ее положительно, т.е. записаться к врачу, по их мнению, стало удобнее и быстрее. Однако 11,1% респондентов отметили, что запись к врачу стала менее удобной и непонятной, а 25,5% респондентов затруднились провести данную оценку.

Подавляющее большинство (72,1%) респондентов отметили, что на запись к врачу у них уходит более 15 минут.

335 респондентов (69,5% общей численности) отметили, что имели место случаи, когда их направляли на обслуживание в другие медицинские организации. Из их числа 62,7% опрошенных в качестве причины таких направлений указали отсутствие в штате поликлиники врача нужного профиля (таблица 4.2.2).

Таблица 4.2.2.

Причины направления пациентов в другие медицинские организации

Причины	Численность группы	Удельный вес группы
Нет врача нужного профиля	210	62,7%
Низкая квалификация врача	51	15,2%
Нет нужного оборудования	74	22,1%
Итого	335	100,0%

В качестве еще одной причины 22,1% респондентов из общей численности тех, кто был направлен в другие медицинские организации, указали на отсутствие необходимого медицинского оборудования, а 15,2% респондентов в качестве причины указали недостаточную, по их мнению, квалификацию врача поликлиники и необходимость проведения дополнительной консультации.

Подавляющее большинство респондентов (77,2%) отметили, что не сталкивались с отказом в проведении необходимых, по их мнению, диагностических исследований. Однако, 110 респондентов (22,8% общей численности) указали, что такие случаи имели место, а в качестве наиболее частой причины таких отказов отмечено нежелание врача направить пациента на бесплатное диагностическое обслуживание – на это указали 65,5% из общей численности респондентов, получивших подобные отказы. В качестве причины отказа также было отмечено отсутствие в поликлинике

необходимого оборудования – на это указали 20,0% респондентов из числа получивших отказы, и недостаточная, по мнению респондента, квалификация врача, посчитавшего такое обследование ненужным – на это указали 14,5% респондентов (таблица 4.2.3).

Таблица 4.2.3.

Причины отказа в проведении диагностических исследований

Причины отказа	Численность группы	Удельный вес группы
Бесплатность исследования	72	65,5%
Нет нужного оборудования	22	20,0%
Низкая квалификация врача	16	14,5%
Итого	110	100,0

Большинство респондентов (66,8%) отметили, что у них не возникало претензий по поводу недостаточно внимательного отношения врача к их проблемам. Однако 19,7% респондентов отметили, что у них такие претензии возникали, а 13,5% проанкетированных пациентов затруднились ответить на этот вопрос.

Большинство (68,5%) респондентов отметили, что они удовлетворены полнотой и доступностью для понимания полученной от врача информации о состоянии их здоровья и результатах исследований. Вместе с этим 57 респондентов (11,8% общей численности) не удовлетворены полученной от врача информацией, а 19,7% респондентов затруднились ответить на этот вопрос.

Проведенное социологическое исследование также показало, что подавляющее большинство респондентов (476 пациентов - 98,8% общей численности) поступили на стационарное лечение в плановом порядке по направлению из поликлиники и только 1,2% проанкетированных пациентов поступили по скорой помощи.

В таблице 4.2.4 представлены данные, характеризующие длительность периода ожидания госпитализации для респондентов, поступивших на стационарное лечение в плановом порядке.

Таблица 4.2.4

Длительность периода ожидания госпитализации

Длительность ожидания	Численность группы	Удельный вес группы
Более 30 дней	11	2,3%
15 – 30 дней	21	4,4%
10 – 15 дней	37	7,8%
Менее 10 дней	407	85,5%
Всего	476	100,0%

Материалы таблицы показывают, что абсолютное большинство респондентов, поступивших на стационарное лечение в плановом порядке (85,5% общей численности), находились в ожидании госпитализации менее 10 дней, что свидетельствует об эффективном взаимодействии сети АПУ и сети стационарных организаций.

Большинство респондентов (380 пациентов -79,8% общей численности) отметили, что, при поступлении в стационар, им были назначены повторные диагностические, в том числе лабораторные, исследования.

Среди основных причин назначения повторных диагностических исследований при поступлении пациентов в стационар было отмечено устаревание результатов проведенных ранее исследований – эту причину указали 56,3% респондентов из числа тех пациентов, которым были назначены повторные исследования (таблица 4.2.5). Второй причиной было отмечено недоверие врача стационара к результатам исследований, которые были проведены в других медицинских учреждениях – эту причину указали 43,7% респондентов, которым были назначены повторные исследования.

Таблица 4.2.5

Причины назначения повторных диагностических исследований

Причины повтора	Численность группы	Удельный вес группы
Устарели данные	214	56,3%
Недоверие	166	43,7%
Всего	380	100,0%

Большинство респондентов (63,3% общей численности) положительно оценили произошедшие изменения системы организации медицинского обслуживания в поликлинике. Отрицательную оценку произошедшим изменениям дали 7,9% респондентов, а остальные 28,8% респондентов отметили, что они затрудняются дать ответ на этот вопрос.

Произошедшие изменения системы организации медицинского обслуживания в стационаре положительно оценили только 44,6% респондентов. Отрицательную оценку произошедшим изменениям дали 5,2% респондентов, а остальные 50,2% респондентов затруднились дать ответ на этот вопрос.

О своей осведомленности по поводу реализации долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» заявили только 32,0% респондентов.

О реализации каких-либо долгосрочных целевых Программ развития здравоохранения имеют представление только 25,5% респондентов.

4.3. Анализ результатов социологического изучения мнения врачей

В соответствии с методикой и программой исследования было организовано проведение социологического изучения мнения врачей по оценке результатов реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.», а также по оценке

качества и доступности оказываемой медицинской помощи.

Объем выборочной совокупности, для проведения социологического изучения мнения врачей, составил 416 респондентов. В таблице 4.3.1 представлены данные, отображающие распределение врачей, принявших участие в анкетировании, по уровню квалификации и стажу работы по специальности.

Таблица 4.3.1

Квалификация и стаж работы респондентов-врачей

Категория	Стаж работы							
	До 5 лет		5-10 лет		Более 10 лет		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Высшая	-	-	-	-	107	36,8	107	25,7
Первая	5	8,2	37	57,8	48	16,5	90	21,6
Вторая	3	4,9	3	4,7	-	-	6	1,5
Нет категории	53	86,9	24	37,5	136	46,7	213	51,2
Итого	61	100,0	64	100,0	291	100,0	416	100,0

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что высшую категорию квалификации имеют 107 врачей, что соответствует 25,7% общей численности респондентов. Первую категорию квалификации имеют 90 врачей (21,6% общей численности), вторую категорию имеют 6 врачей (1,5% общей численности). Однако самой многочисленной является группа респондентов, не имеющих никакой квалификационной категории – на их долю приходится 51,2% общей численности респондентов. Следует отметить, что даже в группе респондентов, стаж работы которых составляет более 10 лет, на долю врачей, не имеющих никакой категории квалификации, приходится 46,7% общей численности данной группы. Этот факт, предположительно, можно объяснить тем, что для медицинских организаций муниципальных образований Московской области наличие у врачей квалификационной категории и необходимость ее повышения является менее актуальным, чем для

медицинских организаций Москвы и других крупных городов России. Известно, что в системе здравоохранения имеется целый ряд нерешенных проблем, связанных, прежде всего, с недостаточным финансированием, с кадровым обеспечением медицинских организаций, а также с организацией и планированием развития различных видов специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи. В связи с этим муниципальные органы управления здравоохранения уделяют меньше внимания вопросам присвоения квалификационных категорий, но это не означает, что врачи, работающие в системе муниципального здравоохранения, являются не квалифицированными специалистами, поскольку наличие, зачастую, формального штампа или диплома не может служить объективным критерием оценки квалификации врача.

Один из вопросов анкеты касался осведомленности респондентов о реализации долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.». О том, что им известно о реализации данной Программы, указали только 46,8% общей численности респондентов, а 53,2 % респондентов отметили, что им об этой Программе ничего не известно. Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность информационного сопровождения данной Программы явно недостаточна. Также можно предположить, что многие врачи не проявляют должного интереса к регламентирующим документам, определяющим развитие здравоохранения.

Подавляющее большинство проанкетированных врачей (85,9% общей численности) отметили, что в учреждении, где они работают, за последние 3 года (период реализации Программы) появилось новое лечебно-диагностическое оборудование. Этот факт свидетельствует о практической реализации одного из направлений Программы - укрепление материально-технической базы медицинских организаций.

В одном из вопросов анкеты респондентам было предложено оценить уровень оснащенности учреждения, где они работают, лечебно-

диагностическим оборудованием. Распределение ответов на этот вопрос представлено в таблице 4.3.2.

Таблица 4.3.2.

Оценка уровня оснащенности лечебно-диагностическим
оборудованием

Оценка уровня	Численность группы	Удельный вес группы
Не удовлетворительный	46	11,1%
Удовлетворительный	240	57,7%
Полностью соответствует современным требованиям	93	22,3%
Затрудняюсь ответить	37	8,9%
Всего	416	100,0%

Материалы таблицы показывают, что большинство респондентов (57,7% общей численности) охарактеризовали уровень оснащенности как удовлетворительный. При этом 11,1% опрошенных врачей отметили, что, по их мнению, уровень оснащенности не удовлетворительный, 8,9% респондентов затруднились ответить на этот вопрос и только 22,3% проанкетированных врачей отметили, что уровень оснащенности лечебно-диагностическим оборудованием учреждения, где они работают, полностью соответствует современным требованиям.

Большинством респондентов (53,2% общей численности) было отмечено, что проблем с техническим обслуживанием имеющегося медицинского оборудования нет. Однако 34,6% респондентов указали на наличие таких проблем, а 12,2% опрошенных врачей затруднились ответить на этот вопрос. Данные цифры свидетельствуют о том, что вопрос обеспечения медицинских организаций г. Серпухова персоналом, отвечающим за техническое состояние оборудования, остается актуальным.

О проблемах, характеризующихся отсутствием технического или врачебного персонала, обеспечивающего функционирование лечебно-диагностического оборудования, указали 32,4% респондентов, 52,2% проанкетированных врачей отметили, что таких проблем нет, а 15,4% респондентов затруднились ответить на этот вопрос. Полученные результаты также свидетельствуют о существующем дефиците кадров.

Подавляющее большинство респондентов (85,9% общей численности) отметили, что за последние 3 года информационное обеспечение в учреждении, где они работают, улучшилось. Об отсутствии таких улучшений указали 8,3% опрошенных врачей, а 5,8% респондентов отметили, что затрудняются ответить на этот вопрос. Эти цифры свидетельствуют о реализации второго направления Программы – внедрение современных информационных технологий, в том числе развитие персональной компьютеризации и увеличение обеспеченности медицинских организаций многофункциональными устройствами (МФУ). Как указывалось в предыдущем разделе диссертации, численность персональных компьютеров за период реализации Программы увеличилась на 52%, а численность МФУ увеличилась на 44%.

О фактическом внедрении стандартов оказания медицинской помощи в учреждениях, где работают проанкетированные врачи, указали 84,0% респондентов. Об отсутствии внедрения стандартов указали только 7,2% опрошенных врачей, а затруднились ответить на этот вопрос 8,8% респондентов. Данные результаты анкетирования свидетельствуют об успешной реализации третьего направления Программы – внедрение медицинских стандартов.

На повышение, за изучаемый период, своей заработной платы указали 71,8% респондентов, тогда как 28,2% опрошенных врачей на позитивные изменения оплаты их труда не указали. Увеличение заработной платы всех категорий медицинского персонала относится к числу регламентированных Программой показателей. Следует отметить, что уровень заработной платы

является одним из немногих запланированных показателей, фактический уровень которых был достигнут в результате реализации Программы.

При оценке респондентами уровня организации медицинской помощи, оказываемой населению г. Серпухова (таблица 4.3.3), ответы распределились следующим образом: 63,5% респондентов считают уровень удовлетворительным, 3,8% опрошенных врачей считают его не удовлетворительным, 9,6% проанкетированных затруднились ответить на этот вопрос и только 23,1% респондентов отметили, что, по их мнению, уровень полностью соответствует современным требованиям.

Таблица 4.3.3.

Оценка респондентами уровня организации медицинской помощи, оказываемой населению города Серпухова

Оценка уровня	Численность группы	Удельный вес группы
Не удовлетворительный	16	3,8%
Удовлетворительный	264	63,5%
Полностью соответствует современным требованиям	96	23,1
Затрудняюсь ответить	40	9,6%
Всего	416	100,0%

Большинство респондентов (60,3% общей численности) отметили, что, за последние 3 года, в учреждениях, где они работают, наблюдается повышение укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами. При этом 19,5% проанкетированных врачей дали отрицательный ответ, а 20,3% респондентов отметили, что затрудняются ответить на этот вопрос. В целом, полученные цифры свидетельствуют о происходящих позитивных процессах в отношении данного показателя. Повышение укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами относится к четвертому направлению Программы - решение кадровых проблем. Однако следует отметить, что, на фоне позитивных изменений,

отмеченных большинством респондентов, фактический уровень данного показателя запланированного уровня не достиг.

На вопрос анкеты «Что, по Вашему мнению, необходимо сделать для улучшения системы организации медицинской помощи, повышения доступности и качества ее оказания?» было получено множество разноплановых предложений. При этом респонденты отмечали целесообразность реализации сразу нескольких мероприятий. Обобщенные и систематизированные ответы на этот вопрос представлены в таблице 4.3.4.

Таблица 4.3.4

Основные мероприятия, предлагаемые респондентами, для улучшения системы организации медицинской помощи, повышения доступности и качества ее оказания

Мероприятия	Численность группы	Удельный вес группы
Укрепление мат.-тех. базы	367	88,2%
Повышение з/п медперсонала	184	44,2%
Повышение контроля качества	166	39,9%
Уменьшение нагрузки врача	98	23,6%
Уменьшение документации	385	92,5%
Укомплектовать штаты	117	28,1%
Улучшение взаимодействия	223	53,6%
Восстановление ФАПов	157	37,7%
Повышение квалификации	214	51,4%

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что, для улучшения системы организации медицинской помощи, повышения доступности и качества ее оказания, наиболее часто респонденты указывали о необходимости уменьшения медицинской и другой документации, на заполнение которой у врачей уходит неоправданно много времени и

эмоциональных сил. О целесообразности уменьшения документооборота указали 92,5% респондентов.

Подавляющее большинство респондентов (88,2% общей численности) в числе необходимых мероприятий отметили укрепление материально-технической базы медицинских организаций и, в частности, приобретение современного лечебно-диагностического оборудования.

Более половины респондентов (53,6% общей численности) в качестве мероприятий, которые, по их мнению, будут способствовать улучшению системы организации медицинской помощи, повышению доступности и качества ее оказания, отметили необходимость улучшения взаимодействия амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

Большинство опрошенных врачей (51,4% общей численности) в качестве необходимых мероприятий отметили повышение квалификации медицинского персонала.

Многими респондентами была отмечена необходимость повышения заработной платы медицинским работникам – это отметили 44,2% проанкетированных врачей. Также была отмечена необходимость улучшения контроля качества оказания медицинской помощи - на это указали 39,9% респондентов.

В числе мероприятий, способствующих улучшению системы организации медицинской помощи, повышению доступности и качества ее оказания, 37,7% респондентов отметили необходимость восстановления ФАПов, 28,1% респондентов отметили необходимость повышения укомплектованности штатных должностей физическими лицами, а 23,6% отметили необходимость уменьшения нагрузки врача.

Представленный в данном разделе анализ позволил сформулировать несколько основных положений.

1. Реализация Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» не позволила в полной мере решить

существующие проблемы организации оказания медицинской помощи, улучшения ее качества и доступности.

2. Весьма ограниченный контингент потребителей медицинских услуг осведомлен о реализации каких-либо программ развития здравоохранения.

3. Система предоставления информации медицинской общественности о директивных документах, определяющих развитие здравоохранения, характеризуется недостаточной эффективностью – большинство врачей, принявших участие в социологическом исследовании, не осведомлены о реализации долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

4. В результате реализации Программы, наблюдается позитивное укрепление материально-технической базы медицинских организаций г. Серпухова, однако подавляющее большинство врачей, принявших участие в анкетировании, отметили необходимость дальнейшего развития и совершенствования данного направления.

5. Обобщенные результаты социологического изучения мнения врачей, а также результаты проведения интервью с руководителями медицинских организаций и их заместителями свидетельствуют о факте реализации основных мероприятий, запланированных Программой «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.», однако это не привело к существенному улучшению организации медицинского обслуживания населения, повышению доступности и качества оказания медицинской помощи.

Анализ результатов проведенного социологического исследования позволил также определить некоторые местные особенности.

Было установлено, что, на фоне существующего дефицита площадей и медицинских кадров, система здравоохранения г. Серпухова подвержена дополнительной нагрузке за счет вынужденного ненормированного обслуживания населения соседнего муниципального образования.

В системе здравоохранения г. Серпухова нет ни одной поликлиники, построенной по типовому проекту и позволяющей комплексно оказывать первичную медико-санитарную помощь населению.

Многие поликлиники не оснащены терминалами для электронной записи на прием к врачам и в некоторых поликлиниках отсутствует необходимое оборудование.

Более половины врачей, работающих в медицинских организациях г. Серпухова, не имеют квалификационной категории.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕРПУХОВА НА 2011-2013 гг.», КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ

5.1. Анализ результатов реализации программы «Развитие здравоохранения г. Серпухова на 2011-2013 гг.»

В соответствии с одной из основных задач исследования был проведен сравнительный анализ отдельных показателей, запланированных в качестве достижений реализации Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.», далее - Программа, с фактически достигнутыми показателями.

Следует подчеркнуть, что в 2011 году, в основном, осуществлялась подготовка к реализации Программы, а все масштабные мероприятия и преобразования были осуществлены в 2012-2013 годах. В связи с этим, программой данного исследования было запланировано проведение сравнительного анализа изменений, произошедших именно в период реализации Программы и характеризующих итоги модернизации системы здравоохранения базовой территории – города Серпухова.

Программой регламентировалось достижение определенного уровня по нескольким показателям, в том числе: общей смертности, инвалидизации и общей заболеваемости населения. Анализ изменений этих показателей будет представлен ниже, но нам представляется целесообразным проведение анализа произошедших изменений и других, в том числе демографических, показателей базовой территории. В таблице 5.1.1 представлены данные, характеризующие изменение численности населения г. Серпухова за время реализации Программы.

Представленные данные свидетельствуют о том, что за изучаемый период общая численность населения города Серпухова увеличилась на 247 человек, что соответствует увеличению на 0,20%. При этом, численность граждан трудоспособного возраста уменьшилась на 1,42%, а численность контингента пенсионного возраста увеличилась на 1,83%.

Таблица 5.1.1.

Динамика численности населения г. Серпухова.

Год	2012		2013		2013/2012	
	Абс. число	В % к итогу	Абс. число	В % к итогу	Абс. число	В % к итогу
Численность населения	126598	100,0	126845	100,0	+ 247	+ 0,20
Взрослые 18 лет и старше	102693	81,1	102 227	80,6	-466	-0,45
Дети (0-17 лет)	23 905	18,9	24 618	19,4	+713	+3,0
Трудоспособного возраста	72024	56,9	70998	56,0	- 1026	- 1,42
Пенсионного возраста	30669	24,2	31229	24,6	+ 560	+ 1,83

Следует также отметить, что доля граждан трудоспособного возраста в общей численности изучаемого населения уменьшилась с 56,9% до 56,0%, тогда как доля граждан старше трудоспособного возраста возросла с 24,2% до 24,6%.

Установленная тенденция увеличения удельного веса контингента старше трудоспособного возраста в общей возрастной структуре всего населения является одной из наиболее острых демографических проблем современности, отмеченной в подавляющем большинстве развитых стран. Такие закономерности не характерны для развивающихся стран с низким уровнем социально-экономического развития, обуславливающим низкий уровень продолжительности жизни и недожитие граждан до пенсионного возраста.

В таблице 5.1.2 представлены данные, характеризующие динамику основных демографических показателей базовой территории за изучаемый период.

Таблица 5.1.2.

Динамика основных демографических показателей по г. Серпухову.

Год	2012		2013		2013/2012	
	Абс. число	На 100 тыс. населения	Абс. число	На 100 тыс. населения	На 100 тысяч населения	В %
Рождаемость	1626	1284,4	1613	1271,6	- 12,8	- 1,0
Общая смертность	2148	1696,7	2049	1615,4	- 81,3	- 4,8
в т. ч. населения трудоспособного возраста	727	574,3	678	534,5	- 39,8	- 6,9
Естественный прирост/убыль	- 522	- 412,3	- 436	- 343,8	+ 68,5	+ 16,6

Анализ материалов таблицы показал, что интенсивный показатель рождаемости, составивший 1271,6 на 100 тыс. населения в 2013 году, уменьшился, по сравнению с 2012 годом (1284,4 на 100 тыс. населения) на 1,0%.

Уровень общей смертности, составивший в 2013 году 1615,4 случая на 100 тысяч населения, уменьшился, по сравнению с 2012 годом (1696,7 случая на 100 тыс. населения), на 4,8%.

Следует отметить, что, несмотря на остающийся в 2013 году отрицательный прирост населения (-343,8 на 100 тысяч населения), темпы этого снижения замедлились, и показатель естественной убыли населения, по сравнению с 2012 годом (-412,3 на 100 тысяч населения), уменьшился на 16,6%.

Следует также отметить, что, в соответствии с Программой, ожидаемый показатель общей смертности населения, выраженный в абсолютных величинах, в 2013 году должен был составить 2260 случаев. Фактическая численность составила 2049 случаев смерти и можно констатировать позитивное превышение запланированного показателя – в относительных величинах это превышение составило 9,3%.

Однако, как известно, уровень смертности, впрочем, как и уровень заболеваемости, а также инвалидизации населения зависят несравнимо в большей степени от факторов, которые не имеют отношения к системе здравоохранения. К числу таких факторов относятся экология, генетическая наследственность, уровень социально-экономической обеспеченности изучаемого населения, эпидемиологическая ситуация на изучаемой территории, санитарно-гигиеническая осведомленность изучаемого контингента и многие другие. Кроме этого, необходимо подчеркнуть, что ориентирование Программы на достижение конкретных показателей общей смертности населения, инвалидизации и заболеваемости, по нашему мнению, является концептуально неверным. Целесообразно планировать достижение лишь тех показателей, на которые можно воздействовать путем реализации определенных мероприятий, относящихся к компетенции органов управления здравоохранением. К таким показателям относятся, например, фондовооруженность, размер заработной платы всех категорий медицинских работников, укомплектованность штатных должностей медицинского персонала, численность медицинских работников, нуждающихся в улучшении жилищных условий. Эти показатели регулируются путем закупки лечебно-диагностического оборудования, увеличением или уменьшением заработной платы медицинского персонала, кадровой политикой. Перечисленные показатели были регламентированы Программой, но вместе с ними было запланировано достижение и других показателей, которые не могут в полной мере регулироваться организационными мерами, осуществляемыми системой управления здравоохранением. К таким показателям, вошедшим в число

достижений, запланированных Программой, относятся, помимо перечисленных выше заболеваемости, смертности и инвалидизации населения, еще и число посещений в АПУ, число вызовов скорой помощи.

Определенный интерес, по нашему мнению, представляет изучение и анализ использования коечного фонда больничных учреждений г. Серпухова в период реализации Программы (табл. 5.1.3).

Таблица 5.1.3.

Эффективность использования коечного фонда
больничных учреждений г. Серпухова.

Год	2012	2013	2013/2012
Число коек	925	930	+0,54%
Численность пролеченных больных	28 227	30 251	+7,17%
Численность умерших пациентов	795	801	+0,75%
Проведено всего койко-дней	281 482	294 584	+4,65%
Работа койки в году	304	317	+4,28%
Ср. длительность пребывания	10,0	9,7	-3,00%
Оборот койки	30,6	32,5	+6,21%
Показатель летальности	2,82%	2,65%	-6,03%

Представленные табличные данные свидетельствуют о том, что численность коечного фонда за изучаемый период практически не изменилась и составила 925 коек в 2012 году и 930 действующих коек в 2013 году – 5 коек в 2012 году находились на ремонте.

Численность пациентов, пролеченных в стационарных учреждениях г. Серпухова в 2013 году (30251 пациент), по сравнению с 2012 годом (28227 пациентов), увеличилась на 7,17%.

При этом общая численность койко-дней, проведенных больными на стационарных койках, в 2013 году составила 294 584 и, по сравнению с 2012 годом (281 482), она увеличилась на 4,65%.

Показатель общей численности умерших пациентов существенных изменений по изучаемым годам не имеет – 795 пациентов умерло в 2012 году, и 801 пациент скончался в больничных учреждениях г. Серпухова в 2013 году.

Работа койки в году имела позитивные изменения – в 2013 году этот показатель составил 317 дней, увеличившись, по сравнению с 2012 годом (304 дня), на 4,28%.

Незначительные позитивные изменения наблюдались и в отношении средней длительности пребывания больных на койке – в 2012 году этот показатель составлял 10,0 дня, в 2013 году он составил 9,7 дня.

Показатель «оборот койки» также имеет позитивные изменения – 30,6 он составлял в 2012 году и 32,5 он составил в 2013 году – увеличение составило 6,21%.

Позитивные изменения также наблюдались в отношении показателя больничной летальности – в 2013 году этот показатель составил 2,65% и, по сравнению с 2012 годом (2,82%), он уменьшился на 6,03%.

Таким образом, можно констатировать, что деятельность больничных учреждений г. Серпухова за изучаемый период характеризуется положительными изменениями, а основные показатели работы коечного фонда улучшились.

В таблице 5.1.4 представлены данные, характеризующие деятельность менее затратного вида медицинской помощи – дневного стационара, далее – ДС, за изучаемый период.

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что общая численность больных, пролеченных на койках ДС, развернутых в больничных и поликлинических учреждениях, а также пролеченных на дому, в 2013 году (2404 пациента) существенно (на 14,6%) уменьшилась, по сравнению с 2012 годом (2815 пациентов).

Численность выписанных больных (276 пациентов), пролеченных в 2013 году на койках ДС, развернутых в больничных учреждениях, по сравнению с 2012 годом (475 пациентов) существенно (на 41,9%) уменьшилась. В такой же

степени (на 42,8%) уменьшилось и число койко-дней, проведенных пациентами на данных койках в 2013 году (2495 дней), по сравнению с 2012 годом (4360 дней). Для данного вида коек показатель «оборот койки» в 2013 году составил 6,9 и, по сравнению с 2012 годом (11,9) он уменьшился на 42,0%. При этом средняя длительность пребывания больных на данных койках практически не изменилась и составила в 2013 году 9,0 дня, в 2012 году 9,2 дня.

Таблица 5.1.4.

Объемы медицинской помощи, оказанной населению г. Серпухова, при использовании формы «Дневной стационар»

	2012	2013	2013/2012
Число коек в больничных учреждениях	40	40	-
Выписано больных	475	276	- 41,9%
Проведено койко-дней	4360	2495	- 42,8%
Оборот койки	11,9	6,9	-42,0%
Средняя длительность пребывания на койке	9,2	9,0	-2,2%
Число коек в АПУ	40	40	-
Пролечено больных	697	641	- 8,0%
Число дней лечения	9380	9214	- 1,8%
Оборот койки	17,4	16,0	-8,0%
Средняя длительность пребывания на койке	13,5	14,4	+ 6,7%
Пролечено больных на дому	1643	1487	- 9,5%
Всего дней лечения на дому	23617	20208	- 14,4%
Итого пролечено больных	2815	2404	- 14,6%
Итого дней лечения	37357	31917	- 14,6%

За изучаемый период работа коечного фонда ДС поликлиник, по сравнению с коечным фондом ДС больничных учреждений, изменилась в меньшей степени. Так, в 2013 году на данных койках был пролечен 641 пациент. По сравнению с 2012 годом (697 пациентов) численность уменьшилась на 8,0%, показатель «оборот койки» уменьшился на 8,0%, а средняя длительность пребывания больных на койке увеличилась на 6,7%.

В 2013 году на дому было пролечено 1487 пациентов. По сравнению с 2012 годом (1643 пациента), численность больных, пролеченных на дому, уменьшилась на 9,5%. Также уменьшилось (на 14,4%) совокупное число дней лечения больных на дому – в 2012 году этот показатель составил 23617 дней, в 2013 году – 20208 дней.

Таким образом, можно констатировать, что, за время реализации Программы, объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках организационной формы ДС, существенно уменьшились. Наиболее выраженное уменьшение объемов данного вида помощи наблюдается в стационарных медицинских учреждениях, где основные показатели использования коечного фонда ДС уменьшились более чем на 40%.

Однако следует отметить, что в основе этих изменений лежит уменьшение численности пролеченных больных, т.к. именно этот показатель в совокупности с показателем проведенных койко-дней, при неизменяющейся численности коечного фонда, обуславливает все другие показатели. Этот факт косвенно свидетельствует о том, что, в соответствии с Программой, были внедрены порядки оказания медицинской помощи, при соблюдении которых была утрачена возможность применения ДС для многочисленного контингента больных с определенными заболеваниями и состояниями.

Как указывалось выше, к числу регламентированных Программой показателей относится число посещений в АПУ. В таблице 5.1.5 представлены данные, характеризующие объемы амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной населению г. Серпухова в 2012 и 2013 годах.

Таблица 5.1.5.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной
населению г. Серпухова в 2012 и 2013 гг.

Год	2012		2013		2013/2012
	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес	
Всего посещений к врачам	797 133	100,0%	812 693	100,0%	+1,95%
в т.ч. в системе ОМС	649 381	81,5%	706 267	86,9%	+8,76%
посещений на платной основе	35 867	4,5%	35 687	4,4%	-0,50%
посещений кабинетов платных услуг	8 230	1,0%	7 342	0,9%	-10,79%

Представленные данные свидетельствуют о том, что общий объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в 2013 году, составил 812 693 посещения к врачам (6,4 посещения на одного человека). По сравнению с 2012 годом (797 133 посещения – 6,3 на одного человека), число посещений увеличилось на 1,95%.

Количество посещений в системе ОМС в 2013 году составило 706 267. По сравнению с 2012 годом (649381 посещение), количество данных посещений увеличилось на 8,76%.

Посещения в системе ОМС в 2012 году в общей структуре посещений составляли 81,5%. В 2013 году доля таких посещений выросла и составила 86,9%. При этом уменьшилось число платных посещений врачей на 0,50% и посещений кабинетов платных услуг на 10,79%.

К числу регламентированных Программой показателей относится также число вызовов скорой помощи. Запланировано сокращение числа вызовов скорой помощи до 36 341 случая.

В таблице 5.1.6 представлены данные, характеризующие деятельность станции скорой медицинской помощи ЦРБ г. Серпухова в 2013 году.

Таблица 5.1.6.

Деятельность станции скорой медицинской помощи ЦРБ
г. Серпухова в 2013 году.

Выполнено вызовов	55 938 в т.ч. перевозка 3 200
Число лиц, которым была оказана помощь	56 848
Число госпитализированных лиц	16 191
Число безрезультатных вызовов	1 782
Затрачено на доезд по вызову до 20 минут	52 371
Удельный вес в общем количестве вызовов	93,62%
От 21 до 40 минут	3 176
Удельный вес	5,68%
От 41 до 60 минут	91
Удельный вес	0,16%
Более 60 минут	-
Удельный вес	-

Представленные в таблице данные показывают, что при вызовах была оказана помощь 56 848 пациентам, из числа которых 16 191 пациент был госпитализирован. Из общего числа осуществленных вызовов, в 93,62% случаев на доезд по вызову было затрачено менее 20 минут.

Материалы таблицы также свидетельствуют о том, что в 2013 году было выполнено 55938 вызовов скорой медицинской помощи, из числа которых 1782 (3,2%) вызова были безрезультатными.

Таким образом, следует констатировать, что запланированное Программой сокращение числа вызовов скорой помощи не выполнено. При этом остается совершенно не понятной методология подсчета и аргументация установленного планового сокращения числа вызовов скорой помощи, а также аргументация и расчет других целевых показателей, величина которых, как

было указано выше, зависит от множества факторов и не зависит от системы управления здравоохранением.

Определенный интерес, по нашему мнению, представляет анализ кадрового обеспечения станции скорой медицинской помощи ЦРБ г. Серпухова (табл. 5.1.7).

Таблица 5.1.7.

Кадровое обеспечение станции скорой медицинской помощи ЦРБ г. Серпухова.

Должности	Врачи	Средний мед.пер.	Младший мед.пер.	Водители	Прочий персонал
Штатные	36,00	159,00	48,50	78,75	14,25
Занятые	15,50	132,25	13,50	78,00	8,50
Физические лица	11	99	13	61	7
Занятость штатных должн.	43,06%	83,18%	27,84%	99,05%	59,65%
Коэффициент совместительства	1,41	1,34	1,04	1,28	1,21
Укомплек-ть физ. лицами	30,56%	62,26%	26,80%	77,46%	49,12%

Представленные табличные материалы свидетельствуют о том, что вопрос анализируемого кадрового обеспечения является острой проблемой. Так, из 36,00 штатных должностей врачей занято только 15,50 должности, что соответствует занятости на 43,06%, а показатель укомплектованности физическими лицами еще меньше и составляет всего 30,56%.

Такая же острая проблема наблюдается и в отношении кадрового обеспечения станции скорой медицинской помощи средним и младшим медперсоналом. Так, занятость штатных должностей среднего медперсонала составляет 83,18%, а укомплектованность физическими лицами – 62,26%. Занятость штатных должностей младшего медперсонала составляет всего 27,84%, а укомплектованность физическими лицами – 26,80%.

Одним из основных направлений Программы является укрепление материально-технической базы здравоохранения. Этот аспект подлежит реализации путем закупки нового современного лечебно-диагностического оборудования, вследствие чего будет повышена фондовооруженность – показатель, который выражается стоимостью оборудования (в рублях), приходящегося на 1 врачебную должность.

В соответствии с задачами исследования, был проведен анализ обеспеченности больничных учреждений г. Серпухова лечебно-диагностическим оборудованием (табл. 5.1.8).

Таблица 5.1.8.

Обеспеченность больничных учреждений г. Серпухова
лечебно-диагностическим оборудованием.

Год	2012	2013	2013/2012
ЭКГ, ИВЛ, анализаторы и пр.	43	59	+37,21%
Рентгенологическая аппаратура	27	30	+11,11%
МРТ	-	1	-
Компьютерный томограф	-	2	-
УЗИ аппаратура	16	25	+56,25%
Лабораторное оборудование	134	135	+0,75%
Персональные компьютеры	127	193	+51,97%
Печатные устройства и МФУ	107	154	+43,93%

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что в 2013 году, по сравнению с 2012 годом, наблюдается увеличение арсенала лечебно-диагностического оборудования и увеличение численности аппаратуры всех видов. Так, численность аппаратов ЭКГ, ИВЛ, анализаторов и пр. увеличилась на 37,21%, численность рентгенологической аппаратуры увеличилась на 11,11%, аппаратуры УЗИ - на 56,25%, численность персональных компьютеров – на 51,97%, печатных устройств и МФУ – на 43,93%. Кроме

этого, в 2013 году были закуплены и введены в работу один аппарат МРТ и два компьютерных томографа.

В таблице 5.1.9 представлены данные, отображающие объемы деятельности вспомогательных лечебно-диагностических отделений больничных учреждений г. Серпухова за изучаемый период.

Таблица 5.1.9.

Деятельность вспомогательных лечебно-диагностических отделений
больничных учреждений г. Серпухова.

Профиль отделений	2012 год	2013 год	2013/2012
Физиотерапия (число лиц)	52 513	14 395	-72,53%
Количество процедур	199 720	201 361	+0,82%
ЛФК (число лиц)	231	111	-51,95%
Количество процедур	3 052	2 836	-7,08%
Кабинет функциональной диагностики (число лиц)	46 223	50 902	+10,12%
Количество исследований	65 040	85 224	+31,03%
Рентгенологических исследований	63 921	59 729	-6,56%
Рентгенологических профилактических исследований	28 267	27 243	-3,62%
Компьютерная томография (исследований)	-	1 747	-
УЗИ (исследований)	53 971	72 626	+34,56%
Эндоскопических исследований	2 968	3 449	+16,21%
МРТ (исследований)	-	379	-
Лабораторные исследования	2 988 512	3 152 248	+5,48%

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что в 2013 году (14395 пациентов) наблюдается резкое снижение, по сравнению с 2012 годом (52513 пациентов), числа лиц, получивших медицинскую помощь в кабинетах физиотерапии. При этом общее количество выполненных процедур

немного, но увеличилось (на 0,82%). Это объясняется тем, что, как указывалось выше, во исполнение Программы, были внедрены стандарты оказания медицинской помощи, в результате чего было увеличено число необходимых физиотерапевтических и других процедур при определенных заболеваниях и состояниях. Так, если в 2012 году одному пациенту физиотерапевтического кабинета было проведено в среднем 3,8 процедуры, то в 2013 году этот показатель увеличился более чем в 3,5 раза и составил 14,0 процедуры.

Аналогичная картина наблюдается и в отношении деятельности кабинетов ЛФК. Так, в 2013 году (111 пациентов) также произошло резкое снижение, по сравнению с 2012 годом (231 пациент), числа лиц, получивших медицинскую помощь в кабинетах ЛФК. При этом в 2012 году одному пациенту было проведено в среднем 13,2 процедуры ЛФК, а в 2013 году этот показатель увеличился в 1,9 раза и составил 25,5 процедуры.

В 2013 году, по сравнению с 2012 годом, численность пациентов кабинета функциональной диагностики увеличилась на 10,12%, тогда как общее количество исследований увеличилось на 31,03%. На одного пациента в 2012 году приходилось в среднем 1,4 исследования. В 2013 году этот показатель увеличился и составил 1,7 исследования.

По сравнению с 2012 годом, в 2013 году количество произведенных рентгенологических исследований уменьшилось на 6,56%, рентгенологических профилактических исследований – на 3,62%. При этом количество УЗИ исследований, эндоскопических и лабораторных исследований увеличилось на 34,56%, 16,21% и 5,48% соответственно.

В отличие от 2012 года, когда в арсенале вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов не было МРТ и компьютерных томографов, в 2013 году, как указывалось выше, эта аппаратура была закуплена и введена в эксплуатацию. Этот факт подтверждается представленными в анализируемой таблице данными – исследований с помощью компьютерных томографов в 2013 году было проведено 1747, а с применением МРТ – 379.

К числу регламентированных Программой показателей относится также укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами и занятость штатных должностей.

В таблице 5.1.10 представлены данные, характеризующие кадровое обеспечение больничных учреждений г. Серпухова за изучаемый период.

Таблица 5.1.10.

Кадровое обеспечение больничных учреждений
г. Серпухова

Персонал	2012			2013		
	Врачи	Средний мед. перс.	Младший мед. перс.	Врачи	Средний мед. перс.	Младший мед. перс.
Штатные должности	561,75	1152,25	554,25	635,50	1198,75	639,75
Занято	426,75	932,75	416,25	439,00	929,25	456,50
Занятость	75,97%	80,95%	75,10%	69,08%	77,52%	71,36%
Из них в поликлинике	330,25	547,50	161,00	340,00	535,25	203,00
Занято	234,50	428,00	114,25	232,75	400,75	145,00
Занятость	71,01%	78,17%	70,96%	68,46%	74,87%	71,43%
Всего физ. лиц	325	805	355	334	819	368
Из них в поликлинике	186	364	85	187	350	95
Коэффициент совместительства	1,31	1,16	1,17	1,31	1,13	1,24
В поликлинике	1,26	1,18	1,34	1,24	1,15	1,53
Укомплектованность физическими лицами	57,85%	69,86%	64,05%	52,56%	68,32	57,52%
В поликлинике	56,32%	66,48%	52,80%	55,00%	65,39%	46,80%

Анализ представленных в таблице данных показал, что численность штатных должностей врачей в 2013 году (635,50), по сравнению с 2012 годом (561,75 должности) увеличилась на 13,1%.

Из имеющихся 635,50 штатных должностей врачей в 2013 году было занято 439,00 должности, что соответствует занятости на 69,08%. В 2012 году показатель занятости штатных должностей врачей составлял 75,97%. Таким образом, показатель занятости штатных должностей врачей за период реализации Программы ухудшился на 6,89%.

Аналогичный факт установлен и в отношении занятости штатных должностей врачей в поликлинике. Так, в 2013 году из имеющихся 340,00 штатных должностей врачей было занято 232,75 должности, что соответствует занятости на 68,46%. В 2012 году занятость штатных должностей врачей в поликлинике составляла 71,01%, т.е. этот показатель ухудшился на 2,55%.

Установлена также негативная тенденция в отношении укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами. Так, в 2013 году этот показатель составил 52,56%, тогда как в 2012 году он был больше на 5,29% и составлял 57,85%.

В поликлинике этот показатель также ухудшился. Так, в 2012 году укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами составляла 56,32%, тогда как в 2013 году он составил 55,00%, т.е. уменьшился на 1,32%.

Проведенный анализ показал, что в отношении младшего и среднего медицинского персонала наблюдается также негативная тенденция уменьшения занятости штатных должностей и укомплектованности физическими лицами. Так, в 2013 году показатель занятости штатных должностей среднего медперсонала составил 77,52%. По сравнению с 2012 годом (80,95%) этот показатель ухудшился на 3,43%. Показатель укомплектованности физическими лицами также ухудшился и составил в 2013 году 68,32%, уменьшившись, по сравнению с 2012 годом (69,86%), на 1,54%.

Показатель занятости штатных должностей младшего медперсонала в 2013 году составил 71,36%. По сравнению с 2012 годом (75,10%), он уменьшился на 3,74%. Показатель укомплектованности физическими лицами

также ухудшился и составил в 2013 году 57,52%, уменьшившись, по сравнению с 2012 годом (64,05%), на 6,53%.

Таким образом, следует отметить, что, за время реализации Программы, показатели занятости штатных должностей и укомплектованности физическими лицами по всем контингентам медперсонала ухудшились.

Следует также отметить, что Программа «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 годы» в своей структуре имеет несколько основных направлений: укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных технологий, внедрение медицинских стандартов, решение кадровых проблем.

По каждому из перечисленных направлений Программой запланировано достижение конкретных показателей, которые, по мнению составителей, зависят от реализации соответствующих мероприятий.

В таблице 5.1.11 представлены данные, характеризующие фактическую реализацию всех запланированных Программой показателей по всем структурным направлениям.

Представленные данные свидетельствуют о том, что по многим показателям запланированные уровни не достигнуты. Так, запланированный показатель общей заболеваемости (1110,49‰) по факту в 2013 году был намного выше и составил 1387,90‰.

Затраты времени на запись к врачу, по результатам анкетирования пациентов, составили 15 минут вместо регламентированных Программой 10 минут.

Запланированное увеличение численности пациентов ДС до 3500 человек по факту составило только 2404 пациента, и при этом установлена тенденция уменьшения численности этого контингента.

Таблица 5.1.11.

Фактическая реализация Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 годы»

Регламентируемые показатели	Плановые показатели	Фактические показатели
Увеличение фондовооруженности	208224,17 руб./ врач	1098566, 26руб./врач
Общая заболеваемость	1110,49‰	1387,90‰
Первичная инвалидность	682 случая	651 случай
Общая смертность	2260 случая	2049 случаев
Запись на прием к врачу	До 10 минут	15 минут
Госпитализация в ДС	3500 пациентов	2404 пациентов
Сокращение госпитализации в стационар	30 000 пациентов	30 251 пациент
Увеличение числа посещений в АПУ	До 942 327	812 693
Сокращение числа вызовов скорой помощи	До 36 341	55 938
Увеличение з/п врачей, среднего медперсонала прочего персонала	До 29 160 руб. До 20 980 руб. До 12 314,8 руб.	33108 руб. 20897 руб. 18130 руб.
Снижение численности нуждающихся в улучшении жилищных условий	До 6 человек	6 человек
Повысить занятость и укомплектованность врачебных должностей физическими лицами	До 80,37%	69,08%
	До 60,47%	52,56%

Запланированное сокращение госпитализации в стационар до 30 000 пациентов также не выполнено – по факту в 2013 году был госпитализирован 30 251 пациент.

Фактическое число посещений в АПУ составило 812 693 посещения вместо планируемых 942 327.

Запланированное сокращение объемов предоставления скорой помощи до 36 341 вызова в год по факту в 2013 году составило 55 938 выполненных вызовов.

Не выполнена задача повышения занятости штатных врачебных должностей до 80,37%, которая в 2013 году составила только 69,08%, а запланированный показатель укомплектованности физическими лицами до 60,47% по факту составил 52,56%.

Вместе с этим целый ряд показателей достигнут и даже перевыполнен. Так, показатель фондовооруженности в 2013 году составил 1098566,26 руб./врач вместо 208224,17 руб./врач по плану. Запланированное снижение числа случаев первичной инвалидности до 682 по факту достигнуто - в 2013 году численность пациентов, которые признаны инвалидами, составила 651 случай. Также достигнуто снижение общей смертности - до 2049 случаев в 2013 году вместо планируемых 2260 случаев.

Запланированное увеличение заработной платы врачей до 29 160 руб. по факту составило 33 108 руб., младшего медперсонала - 18 130 руб. вместо 12 314,8 руб. Почти выполнен этот показатель и для среднего медперсонала, который составил 20 897 руб. при запланированных 20 980 руб. Также успешно был решен вопрос уменьшения численности медицинских работников, нуждающихся в улучшении жилищных условий: запланированное снижение численности таких нуждающихся до 6 человек достигнуто. Однако возникает правомерный вопрос: «почему нельзя было запланировать решение жилищной проблемы полностью для всех нуждающихся медицинских работников?!».

На реализацию Программы выделены большие финансовые средства.

Структура финансирования Программы представлена в таблице 5.1.12.

Таблица 5.1.12.

Структура финансирования Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011 – 2013 годы».

Источники финансирования	2011 год (тыс. рублей)	2012 год (тыс. рублей)	2013 год (тыс. рублей)	Всего (тыс. рублей)
Федеральный бюджет	-	106 550,0	-	106 550,0
Областной бюджет	200,0	126 523,1	100,0	126 823,1
Местный бюджет	7 846,0	23 940,9	-	31 786,9
ФФОМС	176 261,1	253 361,0	-	429 622,1
ТФОМС	70 215,6	129 873,4	76 700,0	276 789,0
Итого	254 522,7	640 248,4	76 800,0	971 571,1

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что суммарный объем всех источников финансирования Программы составляет 971 571,1 тыс. рубля.

5.2. Предложения по совершенствованию системы показателей для планирования здравоохранения

По мнению многих авторов научных публикаций (Лисицын Ю.П., Щепин О.П., Стародубов В.И., Щепин В.О., Линденбратен А.Л., Улумбекова Г.Э.), а также в соответствии с материалами плановой темы «Экономический анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» НИР ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им Н.А. Семашко», в рамках которой выполнялось данное исследование, в перечень целевых показателей программ развития здравоохранения, целесообразно включать, прежде всего, показатели, на изменение которых может влиять сама система управления здравоохранением.

В первую очередь это показатели, относящиеся к качеству оказываемой медицинской помощи, а также к организации медицинского обслуживания

населения, которые условно можно объединить в понятие качество медицинской деятельности.

При разработке показателей, характеризующих качество медицинской помощи, можно ориентироваться на приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

К критериям, отражающим качество организации медицинской помощи населению, можно отнести, в первую очередь, такие, например, как ресурсное обеспечение и эффективность его использования, доступность, своевременность, безопасность, результативность, ориентированность на пациента и его удовлетворенность, экономичность, преемственность, качество документооборота и др.

На основе этих критериев необходима разработка соответствующих показателей, из числа которых руководители органов управления здравоохранением могут выбрать для включения в планы и программы развития отрасли наиболее значимые и приоритетные для них с учетом местных особенностей.

Примеры показателей, которые могут использоваться в программах развития здравоохранения.

1. Показатели, характеризующие ресурсное обеспечение и эффективность его использования (экономичность)

Соотношение величины норматива подушевого финансирования Территориальной программы госгарантий с базовым общероссийским нормативом.

Фондовооруженность.

Обеспеченность населения врачами.

Обеспеченность населения койками.

Частота случаев отказа от медицинских вмешательств из-за отсутствия или неисправности медицинского оборудования, отсутствия медикаментов, расходных материалов.

Занятость штатных должностей врачей.

Укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами.

Занятость штатных должностей среднего медицинского персонала.

Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами.

Соотношение врачей и средних медицинских работников.

Заработная плата врачей.

Заработная плата среднего медицинского персонала.

Заработная плата младшего медицинского персонала.

Удельный вес работников с квалификационной категорией.

Доля медицинских работников, нуждающихся в улучшении жилищных условий.

Показатели использования коечного фонда:

- работа койки в году;
- оборот койки;
- средняя длительность пребывания больного на койке;
- простой койки.

Соотношение объемов помощи, оказываемой в стационарах дневного пребывания и стационарах круглосуточного пребывания.

Нагрузка на 1 занятую должность.

Фондоотдача основных средств.

Соотношение доходов и расходов.

2. Показатели, характеризующие доступность медицинской помощи.

Объем медицинской помощи на одного жителя, в т. ч.:

- стационарной помощи (число койко-дней);
- амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений);
- стационарозамещающей помощи (число пациенто-дней);
- скорой медицинской помощи (число вызовов).

Соотношение выделенных квот и необходимого объема оказаний

высокотехнологичной медицинской помощи.

Удельный вес страдающих хроническими заболеваниями, охваченных школой пациентов.

Доля организаций здравоохранения, реализовавших внедрение медицинских стандартов.

Доля респондентов, по данным социологического опроса, удовлетворенных транспортной, временной, информационной и финансовой доступностью.

3. Показатели, характеризующие своевременность медицинской помощи.

Удельный вес своевременного выполнения вызовов скорой медицинской помощи.

Средние сроки ожидания госпитализации (в днях, часах).

Среднее время ожидания приема врача (в днях, часах).

Своевременность взятия под диспансерное наблюдение.

4. Показатели, характеризующие безопасность медицинской помощи.

Удельный вес выявленных в ходе проверок нарушений:

– правил техники безопасности при эксплуатации медицинского оборудования;

– требований санитарно-эпидемиологического режима;

– нарушений этико-деонтологических принципов.

Частота внутрибольничной инфекции.

Частота падения пациентов.

5. Показатели, характеризующие результативность медицинской помощи.

Процент случаев соответствия результата, полученного в процессе оказания медицинской помощи, ожидаемому результату.

Частота вновь и своевременно выявленных заболеваний при целевых осмотрах.

Частота снятия с диспансерного учета в связи с излечением.

Больничная летальность.

6. Показатели, характеризующие ориентированность на пациента и его удовлетворенность.

Доля пациентов, удовлетворенных организацией медицинской помощи, по данным социологического опроса.

Количество случаев нарушения права на выбор врача, медицинской организации.

Количество случаев отказа в допуске адвоката, законного представителя для защиты прав, священнослужителя и т. д.

Частота обоснованных жалоб.

7. Показатели, характеризующие преемственность в оказании медицинской помощи.

Доля лиц, полностью обследованных перед плановой госпитализацией.

Удельный вес необоснованного дублирования обследования больных в стационаре (в % от общего числа больных, обследованных в поликлинике перед госпитализацией).

Длительность (в днях) предоперационного периода у больных, госпитализированных для проведения плановых хирургических операций.

Доля случаев ненадлежащего оформления рекомендаций при выписке пациента.

Процент переданных активов в поликлиники после вызовов скорой медицинской помощи.

8. Показатели, характеризующие качество документооборота.

Частота случаев несвоевременного оформления медицинской документации.

Частота случаев дефектов в ведении медицинской документации.

Число случаев отсутствия необходимых стандартов, протоколов, инструкций и др.

Представленные в данной главе материалы позволяют сформулировать

несколько основных положений.

Уровень многих запланированных Программой «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» показателей фактически не достигнут. Это относится к показателям, зависящим в небольшой степени или не только от деятельности системы здравоохранения.

Наиболее острой проблемой здравоохранения г. Серпухова является кадровое обеспечение медицинских учреждений. Более половины врачей, работающих в медицинских организациях г. Серпухова, не имеют квалификационной категории.

Кроме этого, как указывалось выше, имеются проблемы дефицита площадей и дополнительной нагрузки на территориальные медицинские организации за счет вынужденного ненормированного обслуживания ими населения соседнего муниципального образования. Также следует отметить, что в системе здравоохранения г. Серпухова нет ни одной поликлиники, построенной по типовому проекту и позволяющей комплексно оказывать первичную медико-санитарную помощь населению. Многие поликлиники не оснащены терминалами для электронной записи на прием к врачам и в некоторых поликлиниках отсутствует необходимое оборудование.

Все это и должно найти отражение в приоритетных задачах развития данного муниципального образования.

В целом, мониторинг ситуации на конкретной территории, выбор адекватных критериев и показателей для разработки планов и программ развития здравоохранения будут способствовать совершенствованию управления и повышению уровня оказываемой медицинской помощи населению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной задачей реформирования системы здравоохранения является улучшение качества и доступности медицинской помощи населению.

Одним из наиболее значимых условий проводимого в Российской Федерации реформирования отрасли явилась программа модернизации здравоохранения, предусматривавшая несколько основных направлений: улучшение материально-технической базы, развитие информатизации, внедрение стандартов медицинской помощи.

Необходимость модернизации была обусловлена наличием множественных проблем в системе здравоохранения, суть которых заключалась, прежде всего, в том, что система не обеспечивала в полной мере государственных гарантий медицинской помощи, а также не обеспечивала надлежащий уровень доступности и высокое качество ее оказания.

Все это требовало создания совсем иной системы здравоохранения, руководимой и ориентированной на профессионалов, владеющих высокотехнологичными методами диагностики и лечения, сосредоточенных в центрах, оснащенных дорогостоящим оборудованием.

Основополагающими документами, которые составили правовую основу современной модернизации системы здравоохранения, являются: Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»; Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. 1662-р «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.».

Проведенный анализ правовых актов, регламентирующих модернизацию здравоохранения, показал, что, в целом, с юридической точки зрения, степень проработанности правовой базы модернизации здравоохранения следует считать высокой. Основной недостаток – это

колоссальный объем актов, который создает существенные препятствия для всестороннего изучения, что является наиболее острой проблемой для лиц, осуществляющих контроль над ходом и результатами реализации программ.

Совершенствование организационной системы здравоохранения, развитие инфраструктуры, в том числе финансового, материально-технического и технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений, наличие квалифицированных медицинских кадров – необходимые факторы для эффективного функционирования системы здравоохранения.

Разработка федеральных, региональных и территориальных программ, где формируются текущие и перспективные задачи в сфере здравоохранения и меры по их реализации, является неотъемлемым элементом современной политики.

В период 2011-2012 годов, в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществлялась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь. В связи с этим было принято Постановление Правительства Московской области от 17.05.2011г. № 446/19 «О реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 годы». В соответствии с этим Постановлением, Главой города Серпухова было принято постановление от 20.01.2009 № 67 «Об утверждении порядка принятия решений о разработке долгосрочных целевых программ г. Серпухова, на основании которого была утверждена долгосрочная целевая программа «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.».

Программой «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» были запланированы достижения по ряду конкретных показателей.

Представленный в настоящем исследовании сравнительный анализ показал, что по многим показателям, включенным в перечень данной Программы, фактические уровни не достигнуты. Так, запланированный показатель общей заболеваемости (1110,49‰) по факту в 2013 году был намного выше и составил 1387,90‰. Затраты времени на запись к врачу, по результатам специально организованного анкетирования пациентов, составили 15 минут вместо регламентированных Программой 10 минут. Было запланировано увеличение численности пациентов ДС до 3500 человек, а по факту численность составила только 2404 пациента. Запланированное сокращение госпитализации в стационар до 30 000 пациентов также не выполнено – по факту в 2013 году был госпитализирован 30 251 пациент. Также не реализовано запланированное увеличение числа посещений в АПУ до 942 327 - по факту в 2013 году было сделано 812 693 посещения. Запланированного сокращения объемов предоставления скорой помощи до 36 341 вызова в год также не произошло - по факту в 2013 году осуществлено 55 938 вызовов. Запланированное повышение занятости штатных врачебных должностей до 80,37% по факту не выполнено - в 2013 году занятость составила только 69,08%, а запланированный показатель укомплектованности физическими лицами до 60,47% по факту составил 52,56%.

Однако следует отметить, что многие включенные в Программу показатели, такие как уровень смертности, уровень заболеваемости, уровень инвалидизации населения, а также число посещений в АПУ, число вызовов скорой помощи зависят несравнимо в большей степени от факторов, которые не имеют отношения к системе здравоохранения. К числу таких факторов относятся экология, генетическая наследственность, уровень социально-экономической обеспеченности изучаемого населения, эпидемиологическая ситуация на изучаемой территории, санитарно-гигиеническая осведомленность изучаемого контингента и многие другие. В связи с этим в программах развития здравоохранения целесообразно планировать достижение лишь тех показателей, на которые можно воздействовать путем

реализации определенных мероприятий, относящихся к компетенции органов управления здравоохранением. К таким показателям относятся фондовооруженность, обеспеченность населения врачами, обеспеченность населения койками, соотношение выделенных квот и необходимого объема оказаний высокотехнологичной медицинской помощи, больничная летальность, частота случаев внутрибольничной инфекции, занятость и укомплектованность штатных должностей медицинского персонала, заработная плата медицинского персонала, удельный вес работников с квалификационной категорией, эффективность использования коечного фонда и др.

Эти показатели регулируются экономической и кадровой политикой.

Одним из основных направлений Программы являлось укрепление материально-технической базы здравоохранения. Этот аспект подлежал реализации путем закупки нового современного лечебно-диагностического оборудования, вследствие чего будет повышена фондовооруженность – показатель, который выражается стоимостью оборудования, приходящегося на 1 врачебную должность.

Проведенный в данном исследовании анализ показал, что в 2013 году, по сравнению с 2012 годом, наблюдалось увеличение арсенала лечебно-диагностического оборудования и увеличение численности аппаратуры всех видов. Произшедшее повышение обеспеченности больничных учреждений г. Серпухова лечебно-диагностическим оборудованием обусловило ожидаемое увеличение фондовооруженности – запланированный Программой показатель фондовооруженности 208 224,17 руб./врач существенно перевыполнен и в 2013 году он составил 1 098 566,26 руб./врач. Этот факт является доказательством упомянутого выше утверждения о том, что фондовооруженность относится к числу показателей, регулируемых мероприятиями, относящимися к компетенции органов управления здравоохранением.

Следует констатировать, что запланированные уровни заработной платы различных категорий медицинского персонала в ходе реализации Программы были достигнуты. При этом следует подчеркнуть, что достижение этих показателей обусловлено реализацией необходимых мероприятий, относящихся также к компетенции органов управления здравоохранением.

На реализацию долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» были выделены и израсходованы большие финансовые средства, общая сумма которых, по всем источникам финансирования, составила 971 млн. 571,1 тыс. рубля.

Анализ результатов проведенного нами исследования позволил сформулировать несколько основных выводов:

1. Фактический уровень целого ряда запланированных Программой показателей не достигнут, т.е. Программа выполнена не полностью.

2. Наиболее острой проблемой здравоохранения г. Серпухова остается кадровое обеспечение медицинских учреждений. Более половины врачей, работающих в медицинских организациях г. Серпухова, не имеют квалификационной категории. Кроме этого имеются проблемы дефицита площадей и дополнительной нагрузки за счет вынужденного ненормированного обслуживания населения соседнего муниципального образования. Также следует отметить, что в системе здравоохранения г. Серпухова нет ни одной поликлиники построенной по типовому проекту и позволяющей комплексно оказывать первичную медико-санитарную помощь населению. Многие поликлиники не оснащены терминалами для электронной записи на прием к врачам и в некоторых поликлиниках отсутствует необходимое оборудование.

3. Большинство регламентированных Программой показателей не зависят от системы здравоохранения, включение их в перечень планируемых достижений не имеет научного обоснования. В то же время в планы развития здравоохранения целесообразно включать, в первую очередь, показатели, отражающие ресурсное обеспечение медицинских организаций и

эффективность его использования, доступность и качество медицинской помощи, ее безопасность, своевременность и результативность, удовлетворенность потребителей и целый ряд других критериев.

ВЫВОДЫ

1. Результаты анализа научной литературы свидетельствуют о том, что, на современном этапе, вопросам совершенствования планирования здравоохранения уделяется особое внимание, как в РФ, так и в зарубежных странах. Общая для всех развитых стран демографическая проблема, характеризующаяся постарением населения и увеличением в его возрастной структуре доли граждан нетрудоспособного возраста, является причиной изменения структуры заболеваемости и изменения потребности отрасли в ресурсном и кадровом обеспечении, что обуславливает необходимость научно обоснованного планирования здравоохранения, в том числе реструктуризации и модернизации отрасли.

2. Нормативная правовая база модернизации отечественного здравоохранения характеризуется достаточной проработанностью, однако, имеется неоправданно большой объем дополнительных актов, которые создают существенные трудности для всестороннего изучения и правильного понимания регламентирующих документов, а также создают проблему при осуществлении контроля реализации отраслевых программ развития.

3. Результаты проведенного социологического исследования свидетельствуют о том, что запланированные Программой «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» мероприятия, в частности, закупка и введение в эксплуатацию нового лечебно-диагностического оборудования, повышение заработной платы всем категориям медицинского персонала и пр., осуществлены в полном объеме, однако это не привело к существенному улучшению организации медицинского обслуживания населения. В качестве мероприятий, реализация которых будет способствовать подобному улучшению, 92,5% респондентов отметили необходимость сокращения оборота медицинской и другой документации, 88,2% респондентов указали на необходимость дальнейшего приобретения современного лечебно-диагностического оборудования, более

половины респондентов (53,6% общей численности) отметили необходимость улучшения взаимодействия амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, а также повышение квалификации медицинского персонала (51,4% респондентов).

4. Программа «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» по целому ряду показателей не выполнена. Так, запланированный показатель общей заболеваемости (1110,49‰) по факту в 2013 году был намного выше и составил 1387,90‰. Запланированного увеличения численности пациентов ДС до 3500 человек также не произошло - по факту численность составила 2404 пациента. Было запланировано повышение занятости штатных врачебных должностей до 80,37% - по факту в 2013 году занятость составила только 69,08%, а запланированный показатель укомплектованности физическими лицами до 60,47% по факту составил 52,56%.

5. Многие регламентированные Программой «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 гг.» показатели, такие как заболеваемость, смертность и инвалидизация населения, число посещений АПУ, уровень госпитализации, число вызовов скорой помощи не зависят от системы здравоохранения, включение их в перечень планируемых достижений нецелесообразно.

6. При разработке целевых программ развития здравоохранения муниципальных образований следует учитывать территориальные особенности. Для г. Серпухова таковыми являются: проблема кадрового обеспечения медицинских учреждений, отсутствие квалификационной категории более чем у половины врачей, дефицит площадей, дополнительная нагрузка на территориальные медицинские организации за счет вынужденного ненормированного обслуживания населения соседнего муниципального образования, отсутствие поликлиники, построенной по типовому проекту и позволяющей комплексно оказывать первичную медико-санитарную помощь населению, отсутствие во многих территориальных

поликлиниках терминалов для электронной записи на прием к врачам и недостаток в некоторых поликлиниках необходимого оборудования.

7. В целевых Программах развития здравоохранения в качестве достижений следует использовать, прежде всего, показатели, на изменение которых может влиять система управления здравоохранением. К таким показателям относятся показатели ресурсного обеспечения и эффективности его использования, показатели доступности и качества медицинской помощи, ее безопасности, своевременности и результативности, преимущества в ее оказании, удовлетворенности потребителей, качества документооборота и целый ряд других критериев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При разработке долгосрочных целевых Программ развития здравоохранения для территорий различных иерархических уровней, в качестве планируемых достижений, следует использовать, прежде всего, показатели, на изменение которых может влиять система здравоохранения.

2. Разработка территориальных Программ развития здравоохранения должна быть основана на изучении демографической ситуации конкретной территории, изучении уровня и структуры заболеваемости населения, анализе состояния организации медицинской помощи, анализе состояния материально-технической базы медицинских учреждений и их кадрового обеспечения.

3. При планировании Программ развития здравоохранения следует учитывать взаимосвязь и взаимозависимость многих показателей, например, повышение доступности медицинской помощи, которое может приводить к увеличению обращаемости и, следовательно, показателей заболеваемости населения; постарение население и изменение потребности в различных видах медицинской помощи и т.д.

4. Для получения дополнительной информации при формировании территориальных программ и оценке их реализации, целесообразно проводить социологические исследования по изучению мнения потребителей и производителей медицинских услуг, что позволяет также определить местные особенности, которые следует учитывать при разработке программ развития здравоохранения муниципальных образований.

5. Результаты исследования рекомендуется использовать в учебно-педагогическом процессе в рамках вузовского и последипломного образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапцов С.А., Мордвинцев А.И., Фомин П.А., Шаховская Л.С. Индикативное планирование как основа стратегического развития промышленного предприятия. - М.: Высшая школа, 2007. – 210 с.
2. Алексеева Н.А. Методологические подходы к реформированию системы муниципального здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2001. - № 4. – С. 23-27.
3. Андриюшкевич О.А. Индикативное планирование в экономиках разного типа. 23.01.2012. Ред. «Капитал страны» capital-rus.ru/articles/article/199716.
4. Баков Н.Х. Нормативный метод индикативного планирования в сельскохозяйственном производстве: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. - Нальчик, 2002. - 23 с.
5. Балацкий С.А. Использование индикативного мониторинга структурного развития экономики при разработке промышленной политики // Общество и экономика. – 2007. - № 5. - С. 53-67.
6. Балувев Е.Е. Научное обоснование разработки государственных и муниципальных заданий в здравоохранении (на примере больничной помощи при болезнях системы кровообращения): Автореф. дис. ...канд. мед.наук. – М., 2011. – 24 с.
7. Бергман А.В. Ресурсное обеспечение муниципального здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. – М., 1995. – 24 с.
8. Бондаренко Н.Ю. Индикативное планирование в системе управления региональными инвестициями // Научный журнал «Вестник Таганрогского института управления и экономики». 2010.cyberleninka.ru/journal/vestnik-taganrogskego-instituta-upravleniya-ekonomiki
9. Бубличенко Н.В., Глигич-Золотарева М.В. К 150-летию учреждения земств в России (отечественный и зарубежный опыт становления и развития местного самоуправления) // Аналитический вестник. – 2014. - № 9(527). – 69 с.

10. Виноградов К.А. Состояние здоровья населения и планирование медицинской помощи в условиях медико-территориального районирования и типизации (на модели Красноярского края): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2001. – 24 с.

11. Гасников В.К. Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов информационных технологий: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2001. – 48 с.

12. Гасников В.К., Савельев В.Н., Стрелков Н.С. Многолетний опыт совершенствования методологического и информационно-аналитического обеспечения управления региональным здравоохранением // Организация здравоохранения и общественное здоровье. – 2008. – № 4. – С. 11–14.

13. Гасников В.К., Шадрин С.Г., Блохин Ю.Г., Савельев Ю.Н. Система социально-экономических индикаторов здоровья и здравоохранения региона как основа среднесрочного планирования развития отрасли // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: Науч. тр. республ. научно-практ. конф. 28-30 мая 2002 г. – М., 2002. – С. 41-44.

14. Гатиева О.К. Совершенствование мониторинга организации медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях на основе индикативной оценки: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2015. – 23 с.

15. Гриднев О.В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2015. – 48 с.

16. Гриднев О.В. Оценка объемных показателей работы амбулаторных центров столичного региона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. - № 5-6. – С. 50-56.

17. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А., Гаврисюк Е.В. Анализ изменений объемно-экономических показателей деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных объединениях столичного региона // Вестник Росздравнадзора. – 2014. -№ 4. – С. 36-39.

18. Гришина Н.К. Совершенствование информационного обеспечения управления здравоохранением: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2011. – 47 с.

19. Гришина Н.К., Плутницкий А.Н. Пути оптимизации качества оказания медицинской помощи на территории (по материалам социологического исследования) // Пути повышения качества и эффективности труда медицинского персонала: Сб. тез. XXXIX научно-практ. конф.врачей 5 ЦВКГ ВВС 23 мая 2008 г. – Красногорск, 2008. - С. 57-58.

20. Гуров А.Н., Балканов А.С., Катунцева Н.А., Огнева Е.Ю. Анализ онкозаболеваемости и смертности населения Московской области за 2014 год // Альманах клинической медицины. – 2015. – Вып. 41. – С. 6-11.

21. Гуров А.Н., Веселова Т.Е., Огнева Е.Ю. Информационная система мониторинга качества и эффективности работы по реализации программы модернизации здравоохранения Московской области // Информационно-измерительные и управляющие системы. -2011. - Вып. 12, Т. 9. –С. 45-49.

22. Гуров А.Н., Смбатян С.М., Николаева Е.В., Огнева Е.Ю. Применение принципов стратегического управления системой обеспечения качества и эффективности медицинской помощи на основе информационной системы в здравоохранении Московской области//Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Мат. научно-практ.конф. с межд. участием, МЗСР РФ, ГБОУ ВПО Первый МГМСУ им. И.М. Сеченова - М., 2012. - С. 117-119.

23. Дарьин А.В. Совершенствование планирования и организации медицинской помощи в сельском муниципальном образовании: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2010. – 26 с.

24. Девятко В.Н. Финансирование здравоохранения крупного города на основе программно-целевого планирования: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2003. – 48 с.

25. Денисов В.С. Планирование здравоохранения в муниципальных образованиях с функционирующими вахтовыми поселками (на примере

Красноярского края): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Красноярск, 2011. – 25 с.

26. Дзугаев К.Г. Медицинские кадры в стоматологии и перспективное планирование потребности в их подготовке: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2002. – 46 с.

27. Долматович И.А., Головизнина О.А. Региональное индикативное планирование: организационно-функциональные аспекты. – ukros.ru/wp-content/uploads/2012/08/долматович_головизнина.doc/

28. Дудкин В. Конкретный пример использования возможностей индикативного планирования // Российский экономический журнал. - 2009. - № 11-12. - С.120-125.

29. Ефремов Д.В. Современные технологии управления в здравоохранении // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2014. Тематич. вып. С. 71-73.

30. Злобин А.Н. Планирование и регулирование ресурсов здравоохранения в субъекте Российской Федерации: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2003. – 45 с.

31. Иванов Е. Индикативное планирование развития экономики // Экономист. - 2006. - № 9. - С. 3-10.

32. Ильченко И.Н. Эколого-эпидемиологические технологии оценки ущерба здоровья детского и взрослого населения для научно обоснованного планирования профилактических программ: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2002. – 47 с.

33. Индикативное планирование в системе государственного регулирования экономики, его функции. knowledge/allbest.ru/economy/3c0...

34. Индикативное планирование за рубежом: содержание, сущность и функции, referat/yabotanic.ru/jekonomika/indikativnoe-plfnovanie-soderzhanie-suchnost/194593/page1

35. Истомина А.В. Проблемный подход к государственному индикативному планированию экономического развития pandia.ru/text/77/203/76939/php

36. Каммузаман С. Научное обоснование формирования программ снижения смертности населения на региональном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 48 с.

37. Кича Д.И. Научное обоснование комплексной программы медико-социальной оценки здоровья и потребностей семьи как пациента службы первичной медико-социальной помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 37 с.

38. Клиньшанс Е.В. Зарубежный опыт функционирования государственной и муниципальной службы www.distanz.ru/videolecture/3394

39. Комаров Ю.М. Кому верить и кто кого обманывает? pravo-med.ru/articles/11652

40. Коротков Ю.А., Чуднов В.П. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях // ГлавВрач. – 2010. - № 2. www.lawmik.ru/medlaw/3538

41. Корчагин В.П., Семенов В.Ю., Шипова В.М., Тишук В.А. Эксперимент по совершенствованию планирования, финансирования и управления здравоохранением // Проблемы перестройки хозяйственного механизма в здравоохранении: Сб. науч. тр. ВНИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. – М., 1990. – С. 43-50.

42. Кочорова Л.В. Состояние психического здоровья населения крупного города и пути совершенствования планирования и организации психиатрической помощи в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2000. – 46 с.

43. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). – М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 392 с.

44. Круглов Е.Е., Гуров А.Н., Огнева Е.Ю. Организация мониторинга качества и эффективности работы по реализации программы модернизации

здравоохранения в Московской области // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - Вып. 4(10). – С. 52-55.

45. Кулькова В.Ю. Индикативное планирование в системе государственного управления: субфедеральная практика ebox.nbu.bg/pa2011/6_V.Kulkova.pdf

46. Кулькова В.Ю. Оценка системы индикаторов мониторинга отрасли здравоохранения Республики Татарстан / Альманах гуманитарных и социологических исследований: Сб. науч. ст. – Казань, 2009. – С.63-70.

47. Кулькова В.Ю., Мухарямова Л.М. Реформирование местного самоуправления: российские практики в контексте мирового опыта // Экономика региона. - № 2 (14). – 2008. – С. 51-60.

48. Кулькова В.Ю., Храмкова Т.П. Индикативное управление трудом, занятостью и социальной защитой: опыт Республики Татарстан // Ползуновский альманах. – 2009. – № 1. - С. 258-263.

49. Лакунин К.Ю. Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию ее в новых социально-экономических условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – 2001. – 46 с.

50. Левин А. Экономическое программирование в странах Западной Европы. - М.: Наука, 2008. – 172 с.

51. Левинталь А.Б. Региональное индикативное планирование: методы, механизмы (на примере Хабаровского края): Автореф. дис. ... д-ра эконом.наук. – Хабаровск, 2007. – 45 с.

52. Леонов С.А. Сон И.М., Вайсман Д.Ш. Основные тенденции заболеваемости населения РФ в 2012-2013 гг. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 9. – С. 6-9.

53. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Гриднев О.В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской

помощи // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Мат. межд. научно-практ. конф. – М., 2012. – С. 222-226.

54. Линденбрaтен А.Л., Филиппова В.И., Плутницкий А.Н., Волошина Л.И. О резервах снижения смертности пострадавшим при ДТП на муниципальном уровне // Пути повышения качества и эффективности труда медицинского персонала: Сб. тез. XXXXII научно-практ. конф. врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС» 25 мая 2010 г. – Красногорск, 2010. – С. 107-110.

55. Линденбрaтен А.Л., Шипова В.М., Ушакова Е.И., Дарьин А.В., Плутницкий А.Н. Совершенствование планирования объема деятельности сети ЛПУ территории: Методические материалы. – М., 2011. – 83 с.

56. Липчиу А.И. Об индикативном планировании в управлении финансами организаций // Экономический анализ: теория и практика. – 2007. – № 17. – С. 26–30.

57. Липчиу А.И. Об индикативном управлении в управлении финансами организаций // Научный журнал «Фундаментальные исследования». – 2007. – С. 26-30.<http://www.rae.ru/fs>

58. Махинова Н.В. Совершенствование организационных технологий планирования в здравоохранении: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Екатеринбург, 2010. – 24 с.

59. Медик В.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование динамики здоровья населения и обоснование концептуальной модели реформы здравоохранения на региональном уровне (на примере Новгородской области): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 1996. – 63 с.

60. Михайлова Ю.В., Еремичева Т.И. Программно-целевой метод – инструмент стратегического планирования в здравоохранении // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: Сб. науч. тр. республиканской научно-практич. конф., Москва, 28-30 мая 2002 г. – М.:ЦНИИЦИЗ, 2002. – С. 15-18.

61. Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Сон И.М., Скачкова Е.И., Бирагова О.К. Индикаторы качества медицинской помощи при туберкулезе: Учебно-методическое пособие для организаторов здравоохранения. – М., 2013. – 33 с.

62. Нагимова А.Н. Индикативная модель управления социально-экономическими системами как механизм обеспечения качества жизни населения // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2010. - № 2.- С. 97-101.

63. Новожилов А.В. Научное обоснование выбора индикаторов мониторинга программ (на примере программ предупреждения распространения вируса иммунодефицита человека): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2008. – 47 с.

64. Нечаева О.Б., Попович В.К., Шикина И.Б., Бирагова О.К. Индикаторы качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. - № 1. [http: vestnik.mednet.ru/content/view/449/30/lang.ru](http://vestnik.mednet.ru/content/view/449/30/lang.ru)

65. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Бирагова О.К. Индикаторы качества оказания медицинской помощи при туберкулезе // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. - № 6. [http: vestnik.mednet.ru/content/view/449/30/lang.ru](http://vestnik.mednet.ru/content/view/449/30/lang.ru)

66. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 25 с.

67. Огнева Е.Ю. Организация системы мониторинга для оценки качества и эффективности работы здравоохранения в процессе модернизации (на примере Московской области) // Главный врач. – 2012. -Вып. 3. - С. 40-45.

68. Огнева Е.Ю. Соблюдение прав граждан на качественную медицинскую помощь в городском округе Серпухов //Вестник уполномоченного по правам человека в Московской области. – 2012. – Вып. 2(25). – С. 15-18.

69. Огнева Е.Ю. Проблемы программно-целевого планирования здравоохранения муниципального образования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. - № 6.- С. 8-9.

70. Огнева Е.Ю., Головина С.М. Развитие индикативного планирования – инновационной составляющей современной системы управления здравоохранением // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума, ноябрь 2015 г. // Бюлл. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко». 2015. Тематич. вып. С.139-141.

71. Огнева Е.Ю., Гуров А.Н. Управление внутренним контролем качества медицинской помощи на основе созданной в МОНИКИ информационной системы мониторинга открытости работы и в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2014. Вып. 1. С. 214-221.

72. Огнева Е.Ю., Сердюковский С.М. Оценка результативности долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011-2013 годы» // Бюлл. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко». 2015. Вып. 2. С. 180-183.

73. Одинцов В.Е. Индикативное управление противотуберкулезными мероприятиями в учреждениях уголовно-исполнительной системы: Авторефдис. ... канд. мед.наук. – М., 2013. – 25 с.

74. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования управления при решении приоритетных задач здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2008. – 29 с.

75. Палеев Ф.Н., Огнева Е.Ю., Гуров А.Н. Управление внутренним контролем качества медицинской помощи на основе, созданной в МОНИКИ, информационной системы мониторинга открытости работы и в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО//Врач и информационные технологии. – 2014. - Вып. 2. – С. 51-56.

76. Папикян И.В. Планирование как элемент повышения эффективности управления: Курсовая работа. - Туапсе, 2013 г. bibliofond.ru/view.aspx?id=706479

77. Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г. Кузьмин С.А. и др. Заболеваемость как ведущий показатель общественного здоровья: учебное пособие. – Оренбург, 2008. – 140 с.

78. Пивень Д.В., Кицул И.С. Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. - № 2. – С. 6-12.

79. Плавунов Н.Ф. Интегративное управление многопрофильными больницами в современный период реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2004. – 48 с.

80. Планирование здравоохранения 25.10.2013. <http://www.dom-zel.ru/Planirovanie-uslug-zdravoohranenija>

81. Планирование в здравоохранении. www.studfiles.ru/preview/4103999

82. Плутницкий А.Н. Научно-методическое обоснование определения приоритетных направлений развития здравоохранения территории: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2014. – 46 с.

83. Плутницкий А.И., Волошина Л.В., Авакян А.А. Состояние тенденции здоровья населения Клинского муниципального района //Роль профилактики и диспансеризации в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф. / Бюлл. ГУ НИИ общественного здоровья РАМН. 2008. Вып. 3. С. 120-123.

84. Плутницкий А.Н., Волошина Л.В., Филиппова В.И. К проблеме предотвратимости смертности при ДТП в сельском муниципальном образовании // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2010. Вып. 1. С. 25-30.

85. Плутницкий А.Н., Загоруйченко А.А. Анализ организации оказания основных видов амбулаторно-поликлинической помощи в сельской местности // Зам. главного врача. - 2012. - № 9(76). – С. 30-39.

86. Плутницкий А.Н., Загоруйченко А.А. Отдельные аспекты организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в стационаре // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-

практ. конф. // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2013. Вып.2. С. 230-233.

87. Полухин В.В. Стратегическое планирование развития системы оказания медицинской помощи населению региона в условиях обязательного медицинского страхования (на примере Тюменской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 25 с.

88. Полянская С.В. Совершенствование инновационной деятельностью учреждений здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. эконом. наук. – Саратов, 2012. – 25 с.

89. Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

90. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» («дорожная карта»).

91. Редько А.Н., Редько Е.Н., Карякин Н.Н. и др. Индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности в муниципальных образованиях Краснодарского края // Сборник информационно-аналитических материалов. – Краснодар: ГУЗ МИАЦ, 2008. – С. 72-75.

92. Решетников А.В. Процессное управление в социальной сфере: Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

93. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

94. Рутковский О.В. Научные основы стратегического планирования ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2002. - 47 с.

95. Саввин Ю.А. Индикативное планирование за рубежом: содержание, сущность и функции. bestreferat.ru/referat-25283.html

96. Сазыкин В.Л. Новый метод интегральной оценки // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2004. - № 12. – С. 131-135.

97. Самородская И.В., Ватолина М.А., Барбараш О.А. и др. Мнение врачей о мониторинге показателей состояния общественного здоровья и факторов риска // Профилактическая медицина. – 2015. - № 2. – С. 11-17.

98. Сапралиева Д.О. Научно-организационный подход к развитию индикативного планирования в здравоохранении на региональном уровне (на примере Республики Ингушетия): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2014. – 24 с.

99. Сапралиева Д.О., Кудрина В.Г., Андреева Т.В. Опыт индикативного планирования в здравоохранении региона. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2015. – 216 с.

100. Свистунова Е.Г., Проценко Е.С., Каспарова Э.А. Новые социально-экономические принципы регулирования в здравоохранении (обзор мировой практики) // Экономика здравоохранения. – 2011. - № 9-10. – С. 5-9.

101. Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов // Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – С. 11-40.

102. Серебрянников А.С. Оптимизация уроандрологической помощи в условиях регионального перинатального центра: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2013. – 24 с.

103. Сибурина Т.А. Современные стратегии управления региональным здравоохранением: методологические подходы, перспективные технологии. – М.: ЦНИИОИЗ, 2003. – 344 с.

104. Синицын В.Н. Научное обоснование планирования и финансирования станции скорой медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2001. – 24 с.

105. Скляр М.С. Стратегическое планирование в реорганизации службы охраны материнства и детства на региональном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2008. – 48 с.

106. Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе стратегического планирования / Под ред. Л.П. Сухановой. – М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 192 с.

107. Соболева Е.С. Организационные механизмы управления инновационным развитием здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Калужской области): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2009. – 26 с.

108. Соколов А.П. Инструментарий индикативного планирования региональных социально-экономических проблем. teoria-practica.ru/files/arhiv_zhurnala/2013/1/...sokolov.pdf.

109. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: проблемы и решения // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2015. - № 1. – С. 13-27.

110. Сунгатов Р.Ш. Экономические предпосылки формирования эффективных методов управления в здравоохранении // Российское предпринимательство. – 2008. - № 12. – С. 76-80.

111. Томчук А.Л. Стратегическое планирование диагностической помощи на основе распространенности патологии среди населения: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2014. – 48 с.

112. Тхориков Б.А. Вопросы методологии индикативного управления в сфере здравоохранения // Известия Юго-Западного государственного университета. – 2012. – № 2(41). Ч 1. – С. 147-155.

113. Тхориков Б.А. Индикативное управление в организациях социальной сферы. – Белгород: БелГУ, 2012. – 98 с.

114. Тхориков, Б.А. Методология индикативного управления // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - Москва. – 2012. – № 10(45). – С. 154-157.

115. Тхориков Б.А. Методологические основы индикативного управления организациями социальной сферы // Международный научный журнал. – 2012. – № 5. – С. 34-38.

116. Тхориков Б.А. Методологические основы целеполагания всистем индикативного управления развитием организации // Проблемы современной экономики (II): Межд.науч.конф. - Пермь, 2012. – С. 182-187.

117. Тхориков Б.А. Некоторые вопросы методологии индикативного управления // Проблемы современной экономики (II): Мат. межд. конф. – Челябинск, 2012. – С. 187-189.

118. Тхориков Б.А. Некоторые методы-регуляторы индикативного управления медицинскими учреждениями // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 11. – С. 243-247.

119. Тхориков Б.А. Отраслевые предпосылки применения индикативного управления в сфере здравоохранения. Часть 1 // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 6. – С. 263–267.<http://www.rae.ru/fs>

120. Тхориков Б.А. Процессы целеполагания в системе индикативного управления // Научная перспектива. – 2012. – № 10. – С. 11-13.

121. Тхориков Б.А. Реализация индикативной оценки деятельности медицинских учреждений // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – №13 (132). -Вып. 23/1. – С.11-18.

122. Тхориков Б.А. Социально-индикативное управление медицинским учреждением // Современные исследования социальных проблем: VI Общероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Красноярск, 2012. – С. 97-101.

123. Тхориков Б.А. Теоретическая сущность индикативного управления // Научный обозреватель. – 2012. – № 12. – С. 12-16.

124. Тхориков Б.А. Технология оценки деятельности муниципальной системы здравоохранения // В мире научных открытий. Красноярск: Научно-инновационный центр. – 2011. – № 11.4 (23). – С. 1209-1226.

125. Тхориков Б.А. Методологические основы индикативного управления развитием организаций социальной сферы (на примере учреждений здравоохранения): Автореф. дис. ... д-ра эконом.наук. – Курск, 2013. – 48 с.

126. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.»: монография. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

127. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. 2-е издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 2-е издание. – 704 с.

128. Фатуллаев, Г.Г. Новые организационно-правовые формы медицинских учреждений // V Всероссийская научно-практическая конференция «Тенденции и противоречия развития российского права на современном этапе». Сб. статей. - Пенза, Изд-во ПТУ, 2006. –С. 16-18.

129. Фатуллаев, Г.Г. О компетенции муниципальных органов управления здравоохранением // Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева. Серия «Юриспруденция». - Тольятти: Изд-во ВУиТ, 2006. - Вып. – С. 23-28.

130. Фатуллаев Г.Г. Понятие муниципальной системы здравоохранения России // Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева. Серия «Юриспруденция». - Тольятти: Изд-во ВУиТ, 2006. - Вып.61. –С. 30-32.

131. Фатуллаев Г.Г. Совершенствование организационной структуры - особая функция муниципальных органов управления здравоохранением // Современное право. - 2006. - № 10. –С. 6-8.

132. Фатуллаев Г.Г. Муниципальная система здравоохранения в России: Правовые основы организации и деятельности: Автореф. дис. ... канд. юр. наук. – Саратов, 2007. – 26 с.

133. Фатуллаев, Г.Г. Понятие и место муниципальной системы здравоохранения в системе здравоохранения России // Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева. Серия «Юриспруденция». - Тольятти: Изд-во ВУиТ, 2007. - Вып. 65. – С. 24-47.

134. Фатуллаев, Г.Г. Правовое регулирование организации и деятельности объектов муниципальной системы здравоохранения. - Саратов: Изд-во «Научная книга», 2007. –182 с.

135. Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

136. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

137. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

138. Федеральный закон от 28.06.2014. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации».

139. Фененко Ю.В. Муниципальные системы зарубежных стран: правовые вопросы социальной безопасности. - М.: МГИМО-Университет, 2004. - 401 с.

140. Филатов В.Б. Концептуальное планирование: теория и практика / Под ред. О.П. Щепина. – М., 2000. – 193 с.

141. Хабриев Р.У. Основные проблемы в мониторинге общественного здоровья населения: Доклад VII ежегодного форума межрегионального общественного движения «Движение против рака». – М., 2014. <http://www.rakpobedim.ru/translation/>

142. Хальфин Р.А. Некоторые подходы к стратегическому планированию в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2001. - № 4-5. - С. 14-15.

143. Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня // Экономика здравоохранения. – М., 2010. - Вып. 11. -12(153). – С. 12-20.

144. Хандуев П.Ж., Сунграпова И.Ц. Методология и методы разработки индикативного плана развития региона <http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=2009/5/09>

145. Ханкоев И.М. Управление муниципальным здравоохранением в условиях реформирования // Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашко, 1999. Вып. 4. С. 90-98.

146. Ханкоев И.М. Реформа здравоохранения крупного города. – М., 2000. – 336 с.

147. Цыцорина И.А. Разработка и научное обоснование системы экспертных оценок в управлении здравоохранением на территориальном уровне (на примере Новосибирской области): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Новосибирск, 2003. – 23 с.

148. Чертухина О.Б. Изменение функций управления муниципальным здравоохранением в условиях рыночной экономики // ГлавВрач. – 2008. - № 6. – С. 64-70.

149. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. – М.: Изд-во «МЦФЭР», 2005. – 320 с.

150. Шевцова Н.В. Мониторинг эффективности реализации национального проекта «Здоровье» с учетом оценки удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (на примере Ставропольского края): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2010. – 30 с.

151. Шестаков Г.С. Научное обоснование применения метода моделирования для оценки и планирования работы станции скорой и неотложной медицинской помощи (на примере г. Москвы): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2000. – 25 с.

152. Шиган Е.Н. Системный подход в управлении здравоохранением // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. – М.: Изд-во «Медицина», 1987. – Т. 2. - С. 41-64.

153. Шипова В.М., Плутницкий А.Н. Планирование объема медицинской помощи и численности медицинского персонала в современных условиях // Зам. гл. врача. - 2012. - №№ 4; 5; 6. – С. 12-18; 18-24; 14-18.

154. Шойко С.В. Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2006. – 25 с.

155. Шпилянский Э.М. Социально-гигиенические аспекты формирования инновационной модели здравоохранения административного района крупного города на основе бизнес-планирования: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Кемерово, 2001. – 24 с.

156. Щепин В.О., Миргородская О.В. Региональные особенности здоровья населения, ресурсов и деятельности здравоохранения Российской Федерации в 2007 г.: информационно-аналитические материалы /Под науч. ред. О.П.Щепина. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. – 182 с.

157. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.

158. Щепин О.П. ред. Современные подходы к совершенствованию планирования здравоохранения. – Липецк: ООО «Неоновый город-Л», 2009. – 140 с.

159. Щипачев К.В. Роль инновационных технологий организации медицинской помощи в повышении эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - Кемерово, 2004. – 46 с.

160. Allen N.K. National program to restructure local public health // J. of Public Health Policy. - 1993. – Vol. 14. – P. 397-401.

161. Banta N.D., Andreasen P.B. The Political Dimension in Health Care Technology Assessment Programs // Int. J. Technol. Ass. Hlth. Care. – 1990. – Vol. 6. – P. 115-123.

162. Bloor K., Maynard A. Consultants: managing them means measuring them // Health Service Journal. – 2002. – Vol. 12. – P. 10-11.

163. Cole G.D.H. The Conception of Middle Classes // British Journal of Sociology. 1950. vol.1. № 4.

164. Drummond M., Stoddard G. Principles of economic evaluation of health programmes // World Health Statistics Quarterly. -1985. – 38. – P. 355-367.

165. Drummond M., Stoddard G., Torrance G. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programms // Oxford University Press, 1987. – P. 103-200.

166. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. International Healthcare Comparison Network. Планирование оказания медицинской помощи: Обзор международного опыта. – Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2007. – 62 с.

167. Goldthorpe J.H, McKnight A. The Economic Basis of Social Class // Sociology Working Papers. – University of Oxford. 2003. – 125 p.

168. Ginter P.M., Duncan W.J., Capper S.A. Strategic planning for public health practice using macroenvironmental analysis // *Lancet*. – 1991. – Vol. 338. – № 8758. – P. 46-47.

169. Klosterman R.E. Arguments for and against planning. *The Town Planning Review* Vol. 56, No. 1, pp. 5-20, 1985.

170. Marchall R.J. Standard expected years life as a measure of mortality: norms and reference to New Zealand data. *Aust NZJ Public Health*. 2004,28:5:452-457.

171. Ngulube T.J., Mdhluli L.Q. and Gondwe K. Planning and budgeting for Primary Health Care in Zambia: A policy Analysis. 2005. P. 27.

172. Pannenburg C.O., Albert van der Werff., Hirsch G.B., Barnard K., Meijer A.W.M. Reorienting Health Services. Some aspects of alternative approaches to planning. 1984. 167 p.

173. Tkhorikov B. Technology assessment of the municipal system of public health service // *European researcher*. – 2011. – № 11. P. 1554-1556.

174. Tkhorikov B. The dynamics of development the market of paid medical services Belgorod agglomeration // *Actual problems of economics*. – 2012. – № 4. P.449-456.

175. Why 'Indicative Planning' Failed: British Industry and the Formation of the National Economic Development Council (1960–64) *Twentieth Century Brit Hist* (2000) 11 (4): 431-459.

Уважаемый доктор!

Просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Результаты данного анкетирования помогут провести объективную оценку эффективности программы развития здравоохранения города и будут служить основой для разработки мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи.

Пожалуйста, обведите кружком порядковые номера тех вариантов ответов, которые, по Вашему мнению, наиболее объективны или впишите нужный ответ.

Благодарим Вас за участие в социологическом исследовании.

1. В каком отделении Вы работаете?

Вписать _____

2. Ваша специальность?

Вписать _____

3. Ваша квалификационная категория?

а) высшая

б) первая

в) вторая

г) нет категории

4. Наличие сертификата соответствия специалиста?

а) имеется

б) не имеется

5. Ученая степень?

а) кандидат медицинских наук

б) доктор медицинских наук

в) без ученой степени

6. Стаж работы по специальности?

а) до 5 лет

б) 5 – 10 лет

в) более 10 лет

7. Знаете ли Вы о реализации целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова на 2011 – 2013 гг.»?

а) да

б) нет

8. Появилось ли за последние 3 года в отделении или в учреждении, где Вы работаете, новое лечебно-диагностическое оборудование?

- а) да
- б) нет

9. Имеются ли проблемы с техническим обслуживанием имеющегося лечебно-диагностического оборудования?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

10. Имеются ли в учреждении, где Вы работаете, проблемы с техническим или врачебным персоналом, обеспечивающим функционирование лечебно-диагностического оборудования?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

11. Улучшилось ли за последние 3 года информационное обеспечение в учреждении, где Вы работаете?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

12. Внедрены ли стандарты оказания медицинской помощи в учреждении, где Вы работаете?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

13. Произошло ли за последние 3 года повышение уровня Вашей заработной платы?

- а) да
- б) нет

14. Произошло ли за последние 3 года повышение укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами в учреждении, где Вы работаете?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

15. Ваша оценка уровня оснащенности учреждения, где Вы работаете, современным лечебно-диагностическим оборудованием?

- а) не удовлетворительный
- б) удовлетворительный
- в) полностью соответствует современным требованиям
- г) затрудняюсь ответить

16. Ваша оценка уровня организации медицинской помощи населению Вашего муниципального района?

- а) не удовлетворительный
- б) удовлетворительный
- в) полностью соответствует современным требованиям
- г) затрудняюсь ответить

17. Что, по Вашему мнению, необходимо сделать для улучшения системы организации медицинской помощи, повышения доступности и качества ее оказания?

Вписать _____

Приложение 2

Уважаемый пациент!

Просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Результаты проводимого анкетирования помогут провести объективную оценку эффективности программы развития здравоохранения города и будут служить основой для разработки мероприятий, направленных на улучшение медицинского обслуживания населения.

Благодарим Вас за участие в социологическом исследовании!

1. Ваш возраст?
 - а) до 30 лет
 - б) 30 – 60 лет
 - в) старше 60 лет

2. Как, по Вашему мнению, изменилась за последние три года доступность медицинского обслуживания в поликлинике по месту жительства у врачей-специалистов (ЛОР, невропатолог, хирург и пр.)?
 - а) ухудшилась
 - б) улучшилась
 - в) не изменилась
 - г) затрудняюсь ответить

3. Имеется ли в поликлинике по месту Вашего жительства терминал для электронной записи к врачам различных специальностей?
 - а) да
 - б) нет

4. Как Вы оцениваете электронную систему записи через терминал к врачам - специалистам?
 - а) положительно (стало удобнее и быстрее)
 - б) отрицательно (стало менее удобно и непонятно)
 - в) затрудняюсь ответить

5. Сколько времени Вы тратите при записи к врачу?
 - а) 5-10 минут
 - б) 10 -15 минут
 - в) 15 – 25 минут
 - г) затрудняюсь ответить

6. Имелись ли случаи, когда Вас направляли на обслуживание в другое медицинское учреждение?
 - а) да
 - б) нет

7. Если такие случаи имели место, то по какой причине?
- а) отсутствие в штате поликлиники врача нужного профиля
 - б) недостаточная квалификация врача поликлиники и необходимость проведения дополнительной консультации
 - в) отсутствие необходимого медицинского оборудования или его неисправность
 - г) затрудняюсь ответить
 - д) прочее (вписать) _____
8. Сталкивались ли Вы с отказом в проведении необходимых, по Вашему мнению, диагностических, в том числе лабораторных исследований?
- а) да
 - б) нет
9. Если да, то укажите причины отказа:
- а) недостаточная, по Вашему мнению, квалификация лечащего врача, посчитавшего такое обследование ненужным
 - б) нежелание врача направить Вас на бесплатное диагностическое обслуживание
 - в) отсутствие в поликлинике оборудования, необходимого для проведения таких исследований
 - г) другое (вписать): _____
10. Возникало ли у Вас ощущение, что врач недостаточно внимательно отнёсся к Вашим проблемам?
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь ответить
11. Удовлетворены ли Вы полнотой и доступностью для понимания полученной информации о состоянии Вашего здоровья и результатах исследований?
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь ответить
12. Вы поступили на стационарное лечение в плановом порядке по направлению из поликлиники?
- а) да
 - б) нет

13. Период ожидания Вашей госпитализации составил?
- а) более 30 дней
 - б) 15 – 30 дней
 - в) 10 -15 дней
 - г) менее 10 дней
 - д) поступил (а) по скорой помощи
14. При поступлении в стационар Вам были назначены какие-либо повторные диагностические, в том числе лабораторные исследования?
- а) да
 - б) нет
15. Если да, то укажите причину повторных исследований:
- а) устарели данные проведенных исследований
 - б) врач стационара не доверяет исследованиям, проведенным в других медицинских учреждениях
 - в) другие причины (указать) _____
 - г) затрудняюсь ответить
16. Как Вы оцениваете произошедшие изменения системы организации медицинского обслуживания на уровне поликлиники?
- а) положительно
 - б) отрицательно
 - в) затрудняюсь ответить
17. Как Вы оцениваете произошедшие изменения системы организации медицинского обслуживания на уровне стационара?
- а) положительно
 - б) отрицательно
 - в) затрудняюсь ответить
18. Известно ли Вам о реализации долгосрочной целевой Программы «Развитие системы здравоохранения города Серпухова за 2011 – 2013 гг.»?
- а) да
 - б) нет
19. Известно ли Вам о реализации каких-либо долгосрочных целевых программ развития здравоохранения в Российской Федерации?
- а) да
 - б) нет