

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ТЕХНОЛОГИЙ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
УСЛУГ В Г.БЕЛГОРОДЕ)**

Магистерская диссертация

**студента заочной формы обучения направления подготовки
38.04.04 Государственное и муниципальное управление
магистерской программы «Управление проектами»
3 курса группы 09001680
Дроновой Дианы Юрьевны**

Научный руководитель
к.с.н., доцент, доцент кафедры
социальных технологий
Коврижных Ю.В.

Рецензент
заместитель главного врача
по медицинской части
ОГАУЗ «Стоматологическая
поликлиника №1 г.Белгорода»
Кононенко Н.И.

БЕЛГОРОД 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	11
РАЗДЕЛ II. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В Г.БЕЛГОРОД	30
РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.БЕЛГОРОД С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	69
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	72
ПРИЛОЖЕНИЯ	81

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Государственное регулирование в секторе здравоохранения, наряду с другими секторами, обладает значительным потенциалом для обеспечения здоровья населения. Она представляет собой важное дополнение к проведенным реформам.

Для эффективного развития системы здравоохранения необходимо, чтобы та ее часть, которая связана с организацией и управлением учреждениями здравоохранения, была адекватна современным, качественно новым экономико-правовым отношениям. Только в этом случае возможна полноценная консолидация и качественное взаимодействие государства, **бизнеса** и общества по вопросам охраны здоровья граждан. Однако, в настоящее время система здравоохранения России представлена наличием целого комплекса проблем структурно-управленческого характера, требующих кардинального изменения существующего подхода к управлению и организации медицинской помощи.

Одним из актуальных направлений адаптации отрасли здравоохранения к новым рыночным условиям является поддержка данного направления государством.

Государством выделяются инвестиции в модернизацию системы здравоохранения, необходимые для развития ресурсной базы службы здоровья, оказания эффективной и доступной медицинской помощи, повышения качества и продолжительности жизни. Однако в настоящее время нерешенными остаются многие вопросы формирования государственного регулирования и развития системы здравоохранения на макро-, мезо- и микроуровнях, требуют модернизации и реформирования механизмы, методы и инструменты реализации высокотехнологичной медицинской помощи как примера реализации принципов государственно-частного партнерства в области здравоохранения. В этой связи особый интерес представляет выработка теоретических и методических подходов к

формированию стратегии инновационного развития территориального здравоохранения посредством использования методов и инструментов государственно-частного партнерства, способного обеспечить доступность для населения качественной медицинской помощи в рыночных условиях хозяйствования.

Все это указывает на актуальность исследования и предопределяет выбор темы диссертации.

Степень разработанности темы. Над проблемой теоретического и методологического развития управления, инновационных методов регулирования отечественного здравоохранения работают такие российские и зарубежные исследователи, как А.Г. Вишневский, А.И. Вялков, Н.Б. Грищенко, И.М. Шейман и другие¹. Механизм государственно-частного партнерства в структуре территориального здравоохранения раскрывают А. Бронштейн, Н.Ф. Герасименко, Ф.Н. Кадыров, Д. Стиглиц².

Весомый вклад в исследование проблем функционирования здравоохранения был сделан А.И. Вялковым, Н.Ф. Герасименко, Ф.Н. Кадыровым, Ю.П. Лисицыным, Н.Б. Найговзиной, В.Ю. Семеновым, В.И. Стародубовым, И.М. Шейманом, О.П. Щепиным и др.³.

¹ Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. М., Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. М., 2014; Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности. Барнаул, 2014; Шейман И. М. Экономика здравоохранения. М., 2014.

² Бронштейн А. Частная медицина, ее настоящее и будущее // Врач. 2013. № 1; Герасименко Н.Ф. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Экономика здравоохранения. 2015. № 5; Кадыров Ф.Н. Проблемы участия частных медицинских организаций в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью // Менеджер здравоохранения. 2014. № 1; Стиглиц Дж.Ю. Экономика государственного сектора. М., 2017.

³ Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. М., 2014; Герасименко Н.Ф. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Экономика здравоохранения. 2015. № 5; Кадыров Ф.Н. Проблемы участия частных медицинских организаций в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью // Менеджер здравоохранения. 2014. № 1; Лисицин Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. 2018. № 2; Найговзина Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: Организационно-правовые аспекты. М., 2014; Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. М., 2014; Стародубов В.И. Прогноз развития системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2014. № 1; Шейман И.М. Реформа управления и

В современной экономической литературе проблемам совершенствования механизма управления здравоохранением уделено достаточно внимания как отечественными, так и зарубежными учеными. Значительный вклад в разработку проблемы внесли труды Герасименко Н.Ф., Гришина В.В., Исаковой Л.Е., Комарова Ю.М., Корчагина В.П., Кравченко Н.А. и ряда других авторов¹. Проблемы эффективности здравоохранения и её оценки изложены в трудах Азарова А.В., Кулагиной Э.Н. и других авторов².

Анализ научной литературы позволяет делать вывод, что исследования, посвященные комплексному анализу указанной проблемы, практически отсутствуют. Заметна протеречивость взглядов на основополагающие принципы системы здравоохранения, мнений о сущности, целях и задачах такой системы, в использовании тех или иных определений и терминов.

Проблема исследования обусловлена противоречием между необходимостью совершенствования механизмов управления системой здравоохранения и дефицитом концептуальных разработок и практических рекомендаций по эффективной организации ее поддержки .

В качестве **основной гипотезы исследования** выступает предположение о том, что недостаточно эффективное управление системой здравоохранения обусловлено неэффективным функционированием государственной поддержки системы здравоохранения г.Белгорода.

финансирования здравоохранения. М., 2018; Щепин О. П. О современных проблемах в развитии здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2015. № 1.

¹ Герасименко Н. Финансирование здравоохранения: проблемы, итоги и перспективы (интервью) // Экономика здравоохранения, 2015, № 4; Гришин В.В. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М., 2015; Исакова Л.Е. Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения. Кемерово, 2016; Комаров Ю.М. Концептуальные основы оценки качества и эффективности здравоохранения. М., 2018; Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. М., 2017; Кравченко Н. А. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России. М., 2018.

² Азаров А.В. Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. 2017. № 2; Кулагина А.А. Развитие здравоохранения и медицинской науки и пути их совершенствования. Уфа, 2014.

Объект исследования – государственная поддержка системы здравоохранения.

Предмет исследования – эффективность государственной поддержки системы здравоохранения г. Белгород с использованием технологий проектного управления.

Целью диссертационного исследования является разработка направлений повышения эффективности государственной поддержки системы здравоохранения г. Белгород с использованием технологий проектного управления.

Достижение данной цели предполагает решение следующих **задач**:

- изучить теоретические основы организации государственной поддержки системы здравоохранения;
- проанализировать особенности функционирования системы государственной поддержки здравоохранения в г. Белгород;
- обосновать направления повышения эффективности государственной поддержки системы здравоохранения г. Белгород с использованием технологий проектного управления.

Теоретико-методологическую основу исследования стали труды отечественных и зарубежных ученых, экспертов и практиков, представленные в современной литературе, посвященные проблемам государственной поддержки системы здравоохранения, такие как: А.И. Вялков, М.Е. Путина, В.И. Стародубов, Р.А. Хальфин¹.

Диссертационное исследование проводилось в рамках системно-функционального подхода как базового методологического инструментария, определяющего мировоззренческие позиции автора.

¹ Вялков А.И. Управление здравоохранением на уровне региона в условиях рыночных отношений // Здравоохранение РФ. 2014. № 5; Путин М.Е. Экономическое развитие здравоохранения и принципы его финансирования // Проблемы управления здравоохранением. 2014. № 2; Стародубов В.И. Прогноз развития системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2014. №1; Хальфин Р.А. Стратегическое управление. М., 2017.

При решении поставленных задач автором использованы методы сравнительного анализа, группировки, системного подхода на основе сопоставления и сравнения теоретического и практического материала, а также экономико-статистические и графические методы и модели, позволившие сформулировать обоснованные и достоверные выводы в диссертационном исследовании.

В процессе выполнения работы были использованы общенаучные **методы**: анализ и синтез, структуризация, обобщение, а также качественный анализ нормативных документов. Для сбора эмпирических данных использовался метод анкетного опроса. Анализ данных анкетного опроса осуществлялся на основе прямого распределения данных, их ранжирования и группировки.

Эмпирическую и информационную базу исследования составили:

- Конституция РФ, законодательные акты Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации;¹
- приказы и письма Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации по вопросам, отнесенным к реализации программы здравоохранения Российской Федерации;²

¹ Конституция Российской Федерации от 25 декабря 1993 года, с изменениями от 30 декабря 2008 года // Российская газета. – 2009. – 21 января; Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422; Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Постановление Правительства РФ от 15 февраля 2011 г. № 85 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2011. – № 8. – Ст. 1126.

² О Комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 года: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05 февраля 2008 г. № 48 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство»; Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь: приказ Минздравсоцразвития РФ от 30 декабря 2010 г. № 1240н // Российская газета. – 2011. – 04 февраля.

– постановления и распоряжения правительства и Губернатора Белгородской области, приказы департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, регламентирующие реализацию программы здравоохранения на территории города Белгорода и Белгородской области;¹

– результаты авторского научного исследования «Проблемы здравоохранения», проведенного методом анкетирования в мае-июле 2018 года на базе стоматологических клиник г. Белгород (N=175).

Научная новизна исследования заключается в обосновании и уточнении теоретических основ и методических положений, связанных с совершенствованием механизма управления развитием здравоохранения в условиях рынка:

– определены особенности развития и основные тенденции рынка услуг здравоохранения г. Белгород;

– сформулированы основные направления повышения эффективности функционирования механизма управления развитием здравоохранения.

Положения, выносимые на защиту.

¹ Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 - 2012 годах : Распоряжение Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 2396-р // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2011. – № 1. – Ст. 263; Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 // бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2010. – № 36. О долгосрочной целевой программе "Формирование и развитие системы региональной кадровой политики" на 2011 - 2015 годы: Постановление правительства Белгородской области от 23 октября 2010 г. № 357-пп// Белгородские известия. – 2011. – 14 января; Стратегия социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года: Постановление правительства Белгородской области от 25 января 2010 г. № 27-пп// Белгородские известия. – 2010. – 10 марта; Об утверждении Положения, структуры и штатных расписаний департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области: Распоряжение правительства Белгородской области от 09 июля 2007 г. № 119-рп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область»; Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011 - 2012 годы: Постановление правительства Белгородской области от 28 марта 2011 г. № 114-пп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область».

1. На основе уточнения сущности реализации системы здравоохранения и обоснования инструментария государственного регулирования определены принципы и методы государственного регулирования стоматологических учреждений и системы здравоохранения отлчительно направленные на формирование поддержки, способствующей становлению эффективной медицины и повышению инвестиционной привлекательности стоматологии.

2. Результаты эмпирического анализа показали, необходимости разработки рекомендаций по совершенствованию стоматологических услуг в сфере внедрения инновационных медицинских технологий, отлчительно базирующиеся на уточненных принципах, формах, методах и вариантах привлечения инвесторов в сферу здравоохранения (медицинские инвестиции, практическое здравоохранение, медицинское образование, медицинская промышленность и фармацевтическое производство), позволяющие создать высокоэффективную конкурентную среду и повысить качество медицинских услуг города.

3. Определение этапов, методов и инструментов государственной поддержки развития стоматологических центров, построение оптимизационной модели финансовых вложений в исследуемую сферу с использованием множественной корреляции, отличающаяся возможностью выявления влияния отдельных показателей работы системы здравоохранения на уровень эффективности развития медицинских услуг.

Научно-практическая значимость магистерской диссертации заключается в том, что полученные в работе результаты исследований могут быть использованы при разработке отраслевых программ развития здравоохранения, а также в практике управления организациями и учреждениями здравоохранения.

Апробация исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались и получили одобрение на ежегодных научно-практических конференциях¹.

Структура работы. Магистерская диссертация состоит из введения, трех разделов, заключения, списка источников и литературы и приложений.

¹ Дронова Д.Ю. Организационный менеджмент ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода» // «Стоматология славянских государств»: сборник трудов X Международной научно-практической конференции, посвящённой 25-летию ЗАО «ОЭЗ «ВладМиВа» / под. ред. А.В. Цимбалистова, А.А. Копытова. Белгород, 2017. С. 212-215.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение как социальный институт прежде ассоциировалось с понятием «система здравоохранения» и воспринималось в качестве объединения медицинских работников и сотрудников санитарно-эпидемиологических служб, выполняющих лечебно-профилактическую работу и санитарно-эпидемиологические мероприятия в рамках системы здравоохранения и связанных общностью правовых и поведенческих норм, традиций, социальных и этических ценностей. Она обладает внутренней структурой и иерархией, внутренней и внешней устойчивостью связей. Фактически – это государственная структура управления здравоохранением как отраслью народного хозяйства.

Современное состояние системы российского здравоохранения по ряду критериев не отвечает потребностям общества, государства и граждан. Трудности переходного периода общественных трансформаций, экономические и политические коллизии последних двух десятилетий оказали огромное влияние на процессы функционирования социальных институтов, потребовали их фундаментальной модернизации. Государство перестало быть единственным субъектом регулирования социальных отношений в обществе. Становится все более заметным проявление интересов негосударственных субъектов в тех областях, которые ранее определялись политикой централизации государственного управления.

Для достижения стратегических целей и задач развития страны до 2020г. требуются «самые серьезные, системные изменения и в организации медицинской помощи, и в техническом перевооружении медицинских организаций, и в качественном изменении кадрового потенциала здравоохранения. Вся организация оказания медицинской помощи должна быть устроена по-новому»¹. Ввиду этого целью совершенствования системы

¹ Медведев Д.А. Россия 2020. Главные задачи развития страны. М., 2013. С. 16.

здравоохранения должно быть улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности лечебно-профилактических учреждений и формирования здорового образа жизни при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли.

С начала 90-х гг. XX в. кардинально изменились общественные приоритеты в российском здравоохранении. Так, если еще сравнительно недавно гарантом удовлетворения интересов и потребностей граждан в медицинских услугах выступало государство, то сейчас эти функции распределены между различными субъектами, в число которых помимо государственных структур включены местные органы самоуправления, представители бизнеса и предпринимательства.

Повышение интереса к модели общественного здравоохранения в России в последние годы связано, прежде всего, с проведением в стране административной реформы, главная цель которой (по замыслу ее «архитекторов») – «коррекция форм государственного вмешательства в экономику, отказ от избыточного бюрократического регулирования, повышение эффективности действий государственной власти в тех сферах, где ее участие абсолютно необходимо»¹. Важным направлением сокращения масштабов государственного регулирования экономики является развитие саморегулирования хозяйственной деятельности.

С.М. Цыганкова в своей работе рассматривает механизм государственного регулирования в сфере услуг здравоохранения и предлагает комплекс организационно-экономических рекомендаций по формированию механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения. Состав разработанных автором элементов учитывает современную институциональную структуру рынка медицинских услуг и

¹ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года утверждена Распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р // Российская газета. – 2008. – 23 ноября.

позволяет посредством оценочной подсистемы, основу которой составляет сбалансированная система ключевых показателей, сопоставлять достигнутые общественно-значимые результаты с целевыми параметрами государственной политики¹.

К настоящему времени ситуация в сфере здравоохранения характеризуется в высшей степени неопределенностью и непоследовательностью. Вместо планомерной работы по формированию современной модели здравоохранения обществу предлагаются программы, представляющие собой не что иное, как попытку «реанимировать» устаревшую административно-государственную модель управления этой социальной сферой. Более того, налицо «прогностически неблагоприятные» признаки по сворачиванию реформ, в том числе и в сфере здравоохранения.

С 1 января 2006 г. вступили в действие поправки к «Основам законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан»¹, в соответствии с которыми стандарты медицинской помощи могут быть федеральными и региональными, и утверждаются органами управления исполнительной власти, т.е. государственным регулятором соответствующего уровня.

Важное значение имеет установление правовой основы содержания понятия «система здравоохранения». Ранее существовавший и во многом остающийся и сейчас подход – это восприятие системы здравоохранения как определенной отрасли. Это система субъектов, осуществляющих охрану здоровья населения. При таком подходе маловероятно формирование системы эффективного управления здравоохранением. Ведомственная и уровневая разрозненность, отсутствие реального контроля за исполнением нормативных актов, разноплановость и бессистемность программ развития здравоохранения, слабость научного обоснования являются серьезным

¹ Цыганкова С.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения. М., 2014.

препятствием¹. При таком подходе к государственной системе здравоохранения, гражданин «выводится» за ее пределы, хотя ради него она и создается.

Иной подход отражен в международных документах, определяющих содержание понятия «система здравоохранения»², когда гражданин рассматривается в качестве основы системы отношений субъектов и объектов в сфере здравоохранения в целях улучшения охраны здоровья людей.

От потребностей граждан в сфере медицинской помощи и обеспечения должных условий своего здорового существования будет зависеть развитие системы здравоохранения и в России. Это, в свою очередь, потребует формирования и правового закрепления новых механизмов и технологий управления обеспечением здоровья нации, здоровья как национальной безопасности. Фактически система общественного здравоохранения – это интеграционное взаимодействие всех структур, оберегающих, здоровье, по обеспечению конституционно-определенного права населения быть здоровым и работоспособным. Система общественного здравоохранения – это функционально-организационная структура и совокупность отношений, представляющие научную и практическую деятельность по управлению одной из важнейших социальных сфер общества.

Государственная политика в области здравоохранения строится на принципах: поддержки мер по сохранению и укреплению здоровья населения; отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности; соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; ответственности органов государственной власти, юридических лиц и должностных лиц за обеспечение прав граждан в

¹ Об охране здоровья граждан: закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 // Российская газета – 2011. – 23 ноября.

²Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине // Менеджер здравоохранения. 2016. № 12.

сфере охраны здоровья населения; приоритетности финансирования системы здравоохранения; обеспечения гарантий предоставления гражданам медицинской помощи, соответствующей установленным стандартам качества медицинской помощи; обеспечения системы здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами; разграничения полномочий и предметов ведения в области здравоохранения между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления; соблюдения единства интересов граждан и государства в области здравоохранения; доступности медицинской помощи гражданам на территории всей Российской Федерации; реорганизации государственно – муниципального сектора путем передачи в государственно – муниципальный сектор ведомственных организаций здравоохранения; ответственности органов государственной власти, органов местного самоуправления и должностных лиц за неисполнение законодательства Российской Федерации в области здравоохранения; экономической заинтересованности граждан и юридических лиц в сохранении и укреплении здоровья населения; социальной справедливости при реализации прав граждан в области здравоохранения; социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья; координации действий органов государственной власти и органов местного самоуправления в области здравоохранения; приоритетности мер по профилактике заболеваний, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни; преемственности действий медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи; равных условий деятельности организаций здравоохранения, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации; государственной поддержки научных исследований в области разработки новых методов профилактики заболеваний, диагностики и лечения; участия населения в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также управления

здравоохранением; развития международного сотрудничества в области здравоохранения.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации в нашей стране закреплено положение, в соответствии с которым функционируют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная, а также законодательно закреплены две формы учреждений здравоохранения – государственная и муниципальная. Все это имеет непосредственное отношение к медицине, однако не охватывает всю систему здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами,

ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органов управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-

социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами. Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Развитие системы здравоохранения и всей здравоохранительной деятельности общества, государства и личности является объективной

необходимостью. Эта необходимость обуславливается ростом потребностей людей в результативном медицинском обеспечении.

Степень выполнения здравоохранением функций по охране здоровья населения во многом зависит от его материально–технической базы, наличия квалифицированных медицинских кадров, уровня развития медицинской науки. Однако влияние развития науки и техники на состояние медицинской помощи населению ограничивается степенью внедрения их достижений в повседневную медицинскую практику.

Практика показывает, что при разработке планов, программ и проектов, направленных на решение социальных проблем, особую важность приобретает та окружающая среда, в которой происходят события, связанные с переменами. Любые перемены могут быть осуществлены только в тех рамках, которые объективно существуют в каждом конкретном случае. Это и есть факторы внешней среды, влияющие на деятельность, связанную с переменами.

В связи с этим, государство прилагает значительные усилия в целях формирования комфортной среды для осуществления в России исследований мирового уровня, оказания содействия научным исследованиям в перспективных направлениях, как самой медицинской науки, так и ее организации и управления. Государство реализует федеральные целевые программы, направленные на развитие и повышение эффективности здравоохранения и поддержание комплексных социально ориентированных инновационных проектов в сфере здравоохранения.

Одним из методов государственной поддержки развития здравоохранения является программно-целевое управление. Основная особенность программно-целевого управления — это его нацеленность на конечный результат. Применительно к отрасли здравоохранения конечный результат программно-целевого управления выражается в сокращении смертности, инвалидности и заболеваемости населения, повышения качества и доступности медицинской помощи, улучшение демографической ситуации.

Эти показатели рассматриваются в данном исследовании в качестве основных индикаторов (критериев) программно – целевого управления на уровне территории и муниципального образования.

Основными принципами программно-целевого управления в здравоохранении являются: ориентация на конечную цель, сквозное планирование объекта управления, принцип непрерывности.

Целевые программы являются инструментом повышения эффективности бюджетных расходов. Управление посредством программ осуществляется по схеме «цели-мероприятия-ресурсы». На основании целей, преследуемых при реализации той или иной целевой программы устанавливаются способы их достижения, которые согласуются непосредственно с соответствующими органам государственной власти и увязываются с необходимыми ресурсами. Единство таких целей, мероприятий и ресурсов воплощается в программу действий, отражающую каким именно образом будут достигаться цели, какие будут необходимы затраты на их достижение и сколько времени на это потребуется. Сроки реализации программных мероприятий и решения программных задач обусловлены определенно-сложившейся логикой построения, содержанием, технологией, последовательностью и ресурсными возможностями программы.

По нашему мнению, общая модель государственного регулирования развития системы территориального здравоохранения должна быть ориентирована на повышение эффективности использования имеющихся ресурсов в регионе (материально-технических, финансовых, кадровых, научных, образовательных, информационных и т.д.), а также координацию инвестиций в систему здравоохранения.

Реальная ситуация, сложившаяся в современной России, понуждает власть и общество к выбору альтернатив при принятии стратегических решений. Это в полной мере относится к модели государственного регулирования развития системы территориального здравоохранения. На

наш взгляд, существует три группы альтернатив при выборе решения, связанного с формированием модели государственного регулирования развития системы здравоохранения. Они таковы:

1. Выбор нормативно-правовой основы модернизации – модернизация здравоохранения осуществляется на основании общего закона и, в соответствии с ним, на основании законодательного закрепления всех деталей организации оказания медицинской помощи, или на основании законодательного закрепления деталей деятельности, совокупность которых позволит сформулировать общие принципы здравоохранения.

2. Выбор объекта модернизации – модернизация здравоохранения осуществляется как модернизации отрасли или модернизируется собственно медицинская деятельность.

3. Выбор предмета модернизации – модернизация здравоохранения это модернизация деятельности медицинских организаций или модернизации отношений врача и пациента.

Современное законодательство, регулирующее деятельность здравоохранения (Закон о медицинском страховании, законодательство о разграничении полномочий) не дает основания считать, что здравоохранение в Российской Федерации функционирует как отрасль. Свидетельством тому является то, что в настоящее время учреждение здравоохранения является самостоятельным хозяйствующим субъектом, имеющим право заключать договоры со страховыми медицинскими организациями, которое управляется органом управления здравоохранения соответствующего уровня и, в принципе, не подчиняющееся вышестоящим органам управления здравоохранением. В равной степени, органы управления здравоохранением не имеют возможности нормативного регулирования деятельности медицинских учреждений, не находящихся в их непосредственном ведении. Именно поэтому приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам хозяйственной деятельности (в том числе и по организации оплаты труда) направлены только для подведомственных

министерству медицинских организаций, приказы органов управления здравоохранением субъекта Федерации – только на подведомственные учреждения субъекта Федерации, а муниципальные медицинские учреждения подчиняются органам управления здравоохранением муниципального уровня.

Медицинская деятельность не имеет территориального или ведомственного регулирования. Мало того, обеспеченная единым для всей страны законодательством, совокупность последовательных, мотивированных действий медицинского персонала (врача, фельдшера, медицинской сестры), целью которых является оказание медицинской помощи (предоставление медицинской услуги) может и должна быть единой для всей страны. Специфика может присутствовать только в связи с уровнем (этапом) оказания медицинской помощи.

Необходимым и обязательным условием успешного функционирования и развития системы здравоохранения может стать использование проектного подхода и его последующая реализация. Проектный подход в управлении системой здравоохранения включает следующие характеристики:

- максимально конкретные цели и задачи;
- четко и строго определенные сроки реализации;
- строго и четко определенные и максимально сконцентрированные все виды ресурсов;
- строго определенные участники и ответственные за реализацию;
- исполнение согласованного плана-графика работ по реализации проекта;
- многосторонний, оперативный и стратегический контроль;
- информационная открытость.

Как правило, при реализации проектов наступает системный эффект. В нашем случае, показатели этого эффекта таковы:

1. Оснащение учреждений здравоохранения вызвало изменения в других отраслях.

2. Реализация приоритетного национального проекта привела к переходу к долгосрочному планированию и бюджетированию, что важно для экономического развития.

3. Реализация проекта потребовала долгосрочных отраслевых и межотраслевых стратегий.

4. Реализация проекта способствовала внедрению новых, современных технологий и совершенных коммуникационных сетей.

5. Для успешной реализации проектов внедряются современные, эффективные методы управления, взаимодействия и контроля.

По данным, опубликованным на сайте, посвященном реализации приоритетных национальных проектов, на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» за пять лет было израсходовано более 607 миллиардов рублей.

За все годы проекта суммарно было обучено около 53 тысяч врачей. Реализуемые мероприятия проекта возложили дополнительные обязанности на врачей первичного звена здравоохранения, поэтому, начиная с 2006 года более 290 тысячи медицинских работников ежегодно получают выплаты. Это способствовало росту заработной платы в среднем в 2,6 раза.

Таким образом, мероприятия национального проекта «Здоровье» охватывают все наиболее болевые точки современной России. Мы можем уверенно говорить об их эффективности. Ведь по данным анализа показателя смертности за пять лет реализации мероприятий удалось добиться снижения смертности населения на 11,2%, в том числе и по причинам-лидерам.

Таким образом, следует констатировать, что совершенствование инфраструктуры медицинских организаций, а за счет этого и инфраструктурного обеспечения медицинской деятельности является фактором, способствующим улучшению оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день государственная поддержка здравоохранения осуществляется по средствам Государственной программы развития здравоохранения. Целью данной программы являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачи Государственной программы развития здравоохранения предусматривают:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины; повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении; повышение эффективности и прозрачности контрольно–надзорных функций в сфере охраны здоровья;
- медико–биологическое обеспечение охраны здоровья населения

На период реализации данной программы с 2013 по 2020 гг. объем бюджетных ассигнований из средств федерального бюджета выделено 2 038 088 713,4 тыс. рублей.

Поддержка здравоохранения при помощи реализации Государственной программы позволит:

- снизить смертность от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения; снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;
- снизить смертность от болезней системы кровообращения до 622,4 случая на 100 тыс. населения;
- снизить смертность от дорожно–транспортных происшествий до 10 случаев на 100 тыс. населения;
- снизить смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190 случаев на 100 тыс. населения;
- снизить смертность от туберкулеза до 11,2 случая на 100 тыс. населения;
- снизить потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10 литров на душу населения в год;
- снизить распространенность потребления табака среди взрослого населения до 26 процентов;
- снизить число зарегистрированных больных с диагнозом активный туберкулез, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения) до 61,6 случая на 100 тыс. населения;
- обеспеченность врачами составит 40,2 человека на 10 тыс. населения;
- количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека;
- повысить отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 200 процентов;

– повысить отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;

– повысить отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов; повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;

– увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении до 74,3 года.

Анализ системы оказания медицинской помощи населению в период модернизации здравоохранения в Белгородской области показал, что эта система получила свое развитие на всех уровнях ее оказания: первичная медико-санитарная помощь, специализированные ее виды, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Однако модернизация проводилась недостаточно системно. При осуществлении процесса оптимизации объемов стационарной помощи медленными темпами реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объема их работы, в том числе по оформлению документации. Это происходило при дефиците кадров и отсутствии в ряде медицинских организаций достаточного количества средств на адекватную мотивацию труда медицинских работников. Этому также способствовало сложное социально-экономическое положение в регионе в связи с продолжающимся кризисом в стране, ростом дефицита финансирования программных мероприятий по развитию здравоохранения и медицинской помощи, в том числе

высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Все это требует дальнейшего совершенствования системы управления, организации и реализации мероприятий по внедрению трехуровневого оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальной стандартизированной системы организации ее первого уровня.

Управление в сфере здравоохранения диктует необходимость как количественного, так и качественного формирования инфраструктурного комплекса, включающего в себя не только основу становления рынка медицинских услуг, но и развитие, и расширение деятельности предпринимательских диагностических центров в составе медицинских учреждений. Основными государственными интересами в сфере здравоохранения должны быть направленность на создание более развитых рынков медицинских услуг на территории административно-территориальных образований Российской Федерации и переход от традиционных рынков услуг здравоохранения к рынкам, предлагающим разнообразные виды лечебно-оздоровительных услуг, отличающиеся лишь набором и формой оказания услуг на всех этапах лечения. Это обстоятельство, в свою очередь, предопределяет необходимость эффективного управления развитием сферы здравоохранения и усиления контроля качества медицинских услуг. Актуальность решения данных задач и проблем особенно возрастает в условиях необходимости осуществления прямых государственных и опосредованных нормативно-правовых и экономических управляющих воздействий на деятельность организационно-правовых структур (объектов) сферы услуг здравоохранения, которые должны быть направлены не на жесткую регламентацию и детализацию форм и видов функционирования взаимодействующих объектов сферы здравоохранения, нередко приобретающих изощренные формы в попытках установить доминирующую роль государства в контроле и регулировании, например, налогообложение учреждений здравоохранения, а на подведение фундаментальной правовой базы для рационализации взаимодействия

объектов сферы здравоохранения при действенном контроле за исполнением важнейших решений.

В целях упорядочения управляющих воздействий различной направленности со стороны государства, а также процессов саморегулирования движения объектов рынка медицинских услуг к конечной цели своего функционирования необходим организационно-экономический механизм, объединяющий все виды управляющих воздействий и приводящий их к рационализации влияния на процессы становления и эффективного развития сферы услуг здравоохранения.

В этой связи, актуальным является решение проблемы эффективного управления сферой услуг здравоохранения и последующей реализации управляющих воздействий. При этом на процесс управления развитием сферы услуг здравоохранения большое влияние оказывают социальные отношения, складывающиеся в обществе, где государство действует как субъект отношений, определяющий механизм управления, и как социальный институт, способствующий обеспечению прав на получение медицинских услуг гражданами России.

Таким образом, проанализировав вышеизложенный материал, сделаем следующие выводы:

1. Учитывая отечественный и зарубежный опыт, а главное общие закономерности и принципы развития системы здравоохранения, необходимо принять своеобразную «дорожную карту» обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения. Модернизация системы общественного здравоохранения – это востребованность социальной практики, которой требуется уже государственно–общественное управление здравоохранением. Ведь будущее России, возможные успехи зависят от образования и здоровья людей, от их стремления к самосовершенствованию и использованию своих навыков и талантов. И надо сделать все, чтобы граждане страны имели возможность получить качественное образование, поддержать свое здоровье, приобрести жилье, получить достойные доходы.

2. Концепция развития России на перспективу 20 лет рассматривает охрану здоровья как приоритетное направление государственной социальной политики, требующей участия государственных и общественных структур всех основных социальных институтов общества, расширения социальной базы здравоохранения за счет привлечения общественных объединений и прежде всего профессиональных ассоциаций, благотворительных и религиозных организаций, объединений семей и пациентов, поддерживающих инновационное отношение к обеспечению здоровья людей.

3. В ближайшей перспективе предстоит создать систему общественного здравоохранения как управленческо–функциональную структуру охраны здоровья населения на основе комплексного подхода, обеспечивающего заинтересованность государства, правительства, хозяйственных, общественных организаций и самого населения. Без этого не решить особо значимые задачи: повышение уровня жизни населения, внедрение здорового образа жизни, повышение ответственности граждан за состояние своего здоровья, ответственность общества за здоровье граждан.

РАЗДЕЛ II. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В Г. БЕЛГОРОД

На современном этапе развития общества совершенствование управления на уровне области в системе качества медицинского обслуживания требует применения экономико-математических методов, которые позволяют разработать рациональные и эффективные варианты управления системой качества медицинского обслуживания области в соответствии с новыми условиями. Необходимо развивать информационную систему, обеспечивающую и совершенствующую деятельность каждого медицинского учреждения и медицинского работника. Управление системой качества медицинского обслуживания в области должно обеспечивать построение структурно-эффективной сети, укрепление ресурсной базы и достижение планируемых показателей в повышении медицинской помощи населению области. Таким образом, можно отметить, что результаты функционирования медицинских учреждений области напрямую связаны с совершенствованием системы управления качеством медицинского обслуживания. Одной из самых сложных проблем здравоохранения на государственном уровне является его финансирование, которое носит многоканальный характер.

Из проведенного нами исследования следует вывод о необходимости решения ряда задач стоящих перед системой здравоохранения. Так, по мнению опрошенного населения государство должно направлять больше средств именно на развитие больниц и поликлиник, повышение зарплат медицинскому персоналу – 55%.

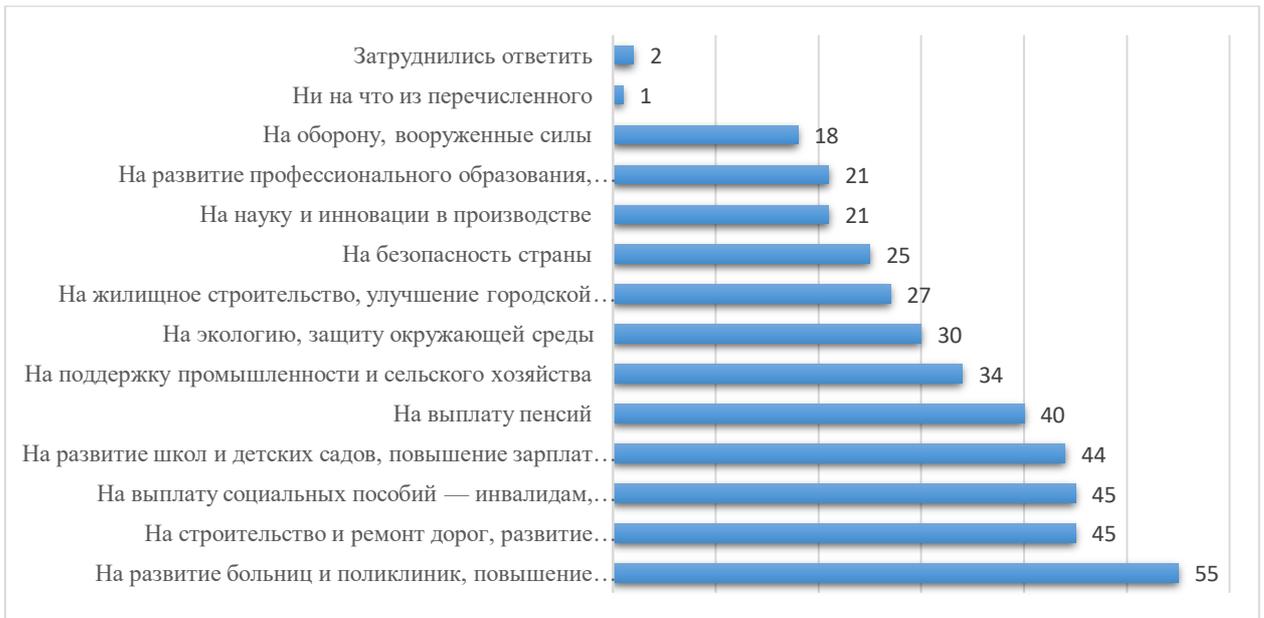


Рис. 1. Распределение ответов российских граждан на вопрос о том, на что в первую очередь государство должно направлять больше средств, чем сейчас

Какие проблемы здравоохранения отмечает население в первую очередь? Самые «больные» вопросы – недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей, недоступность медицинской помощи из-за дороговизны лекарств и медицинских услуг, недостаточность современного оборудования (рисунок 2).

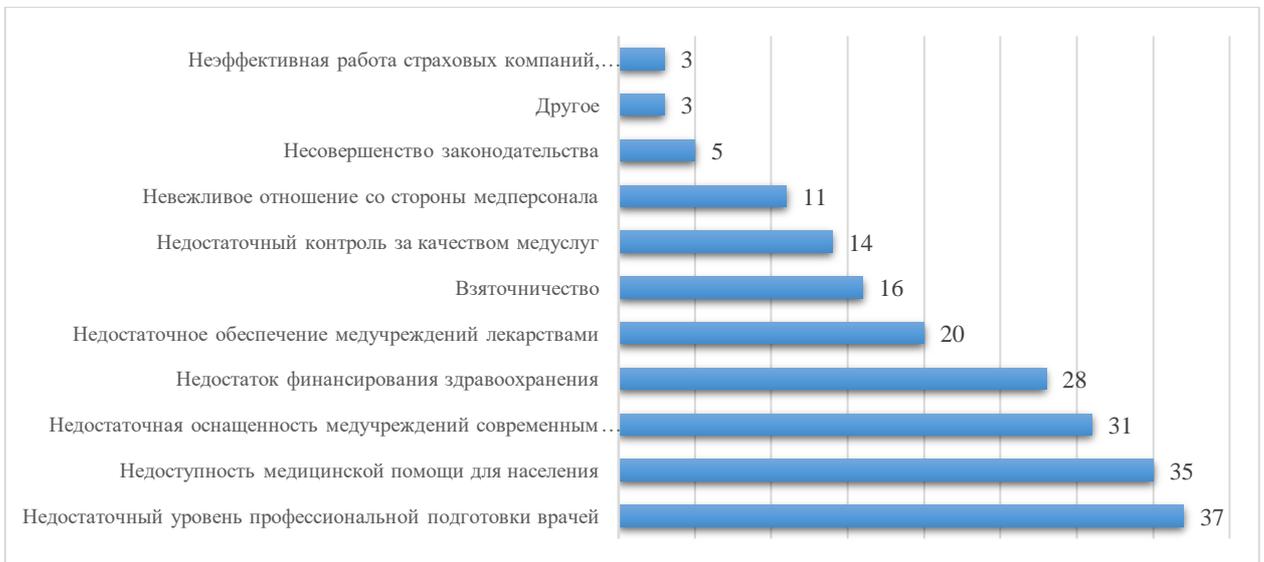


Рис.2 Распределение ответов граждан на вопрос о том, какие проблемы российского здравоохранения должны решаться в первую очередь

Реорганизация и модернизация системы здравоохранения региона являются основой решения проблем сохранения здоровья населения

зависящих от активного межведомственного взаимодействия – государственной поддержки развития системы здравоохранения, от эффективности деятельности самой системы здравоохранения, решения проблем ее финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, а также от эффективных методов и методик диагностики и лечения.

В результате реализации мероприятий модернизации здравоохранения региона медицинская помощь получила свое развитие на всех уровнях ее оказания, в том числе на уровне оказания стоматологических услуг. Вместе с тем процесс модернизации здравоохранения и государственной поддержки Белгородской области осуществлялся недостаточно системно, что требует дальнейшего совершенствования системы управления здравоохранением региона, особенно по функционированию спектра стоматологических услуг.

В этой связи изучение динамики этих явлений в регионе приобретает первостепенную значимость и актуальность.

Особо важное значение приобретает разработка оптимальных вариантов управления стоматологической службой, учитывающих особенности социально-экономического развития региона, уровень стоматологической заболеваемости населения и его основные тенденции, обеспеченность ресурсами, финансовую устойчивость, экологическую ситуацию и другие социально-гигиенических факторы, влияющие на состояние стоматологической помощи.

На год анализа (2018 г.) в Белгородской области в системе Минздрава РФ трудится 632 врача стоматолога, в том числе: стоматологи-терапевты - 44,1%, стоматологи-ортопеды - 21,0%, стоматологи-хирурги - 12,7%, стоматологи детские - 8,9%, стоматологи - 6,1%, ортодонты - 5,2% и челюстно-лицевые хирурги - 2,0%.

В области в 2018 г. работает 632 зубных врачей. Обеспеченность населения зубными врачами составила 2,13 на 10 тысяч населения, что выше, чем по РФ (1,3) и по ЦФО (1,14). Доля зубных врачей в Белгородской

области составила 48,4 % (в РФ - 28,0, в ЦФО -22,7) в структуре врачей стоматологического профиля. Суммарный показатель обеспеченности Белгородской области стоматологами и зубными врачами составил 4,4 на 10 тысяч населения (по РФ - 4,6).

Выполнение важнейших задач управления, таких как оценка, выработка стратегии, создание и обеспечение гарантий, осуществление контрольных функций, выводят аспекты развития и эффективности использования информационно-аналитических систем, разработки методов, форм и механизмов их влияния на решение задач и достижение поставленных целей в ранг особо актуальных, в связи с чем остро возникает вопрос государственной поддержки стоматологической службы региона. Одним из основополагающих элементов управления является формирование системы показателей для комплексной оценки деятельности службы, выбор метода их расчета.

Для эффективного функционирования стоматологической службы необходима государственная поддержка.

Деятельность департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области в управлении развитием системой здравоохранения четко прослеживается в оказании государственной поддержки стоматологическим службам, в частности в реализации территориальных программ.

Медицинские организации, оказывающие стоматологические услуги, как государственной, так и частной формы собственности принимают участие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области. В 2017 году четыре медицинские организации негосударственной формы собственности участвовали в реализации территориальной программы ОМС (ООО «Белгородская стоматологическая ассоциация», ООО «Консультативно-диагностическая поликлиника», ООО «Стоматологическая поликлиника», ООО «Центр современной стоматологии»), в 2018 году количество

медицинских организаций негосударственной формы собственности сохранится на уровне предыдущего года и возрастет до 5 единиц в 2019 - 2020 годах.¹

Доля медицинских организаций частной формы собственности, участвующих в программе обязательного медицинского страхования, увеличивается, что способствует росту конкуренции между медицинскими организациями различных форм собственности и, как результат, повышению качества и доступности медицинских услуг.

Рынок стоматологических услуг относится к рынкам с развитой конкуренцией. В то же время в разных муниципальных образованиях уровень развития конкуренции разный. К территориям с развитой конкуренцией относятся города Белгород и Старый Оскол, в муниципальных районах конкуренция развита недостаточно.

В рамках «дорожной карты» по содействию развитию конкуренции запланированы мероприятия, направленные на привлечение медицинских организаций негосударственной формы собственности для реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания жителям области медицинской помощи, повышение качества предоставляемых услуг, проведение мониторинга функционирования независимой системы оценки качества работы медицинских организаций.

Результатом реализации мероприятий «дорожной карты» будет являться достижение следующих целевых значений показателей в 2020 году:

– обеспечение доли затрат на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную негосударственными (немуниципальными) медицинскими организациями данного рынка, в общих расходах на выполнение территориальных

¹ О внесении изменений в распоряжение Губернатора Белгородской области от 9 марта 2016 года № 125-р: убернатора Белгородской области от 9 марта 2016 года N 125-р // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Регион. вып. Белгородская область».

программ обязательного медицинского страхования на уровне одного процента;

– увеличение количества медицинских организаций, оказывающих стоматологические услуги, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению области медицинской помощи, до 5 единиц.

Приведем некоторые результаты социологического опроса, которые позволили сформулировать следующие основные выводы о функционировании системы здравоохранения в Белгородской области в целом и конкретно стоматологических услуг.

Опрос проводился среди жителей города по вопросу достаточного функционирования системы здравоохранения Белгородской области. Оценка мнений респондентов происходила по следующим показателям: использование жителями Белгородской области медицинских услуг; оценка работы медицинских учреждений области; сложности, возникающие при использовании медицинских услуг.

1. Использование жителями Белгородской области медицинских услуг. Треть опрошенных респондентов 37% довольно редко пользуются медицинскими услугами, 33% жителей довольно часто прибегают к медицинским услугам, 20% практически не пользуются услугами медицинских учреждений, и 10% вообще никогда не пользуются данными услугами.

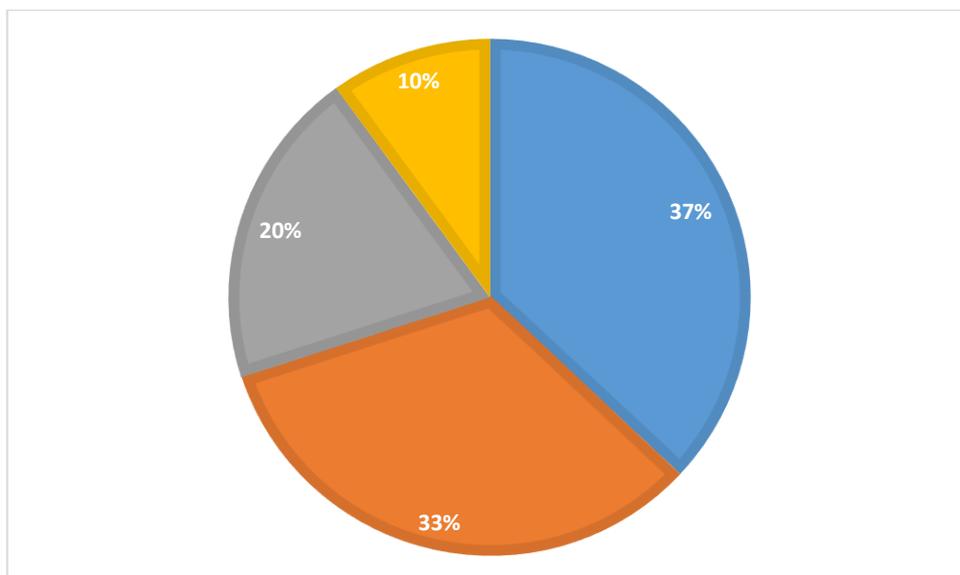


Рис. 3. Использование жителями Белгородской области медицинских услуг

Отметим, чаще всего граждане обращаются в поликлинику к участковому врачу 42,7% или к специалисту узкого профиля 32,5%. Одна десятая часть жителей 13,5% обращаются в коммерческие медицинские учреждения и 9% горожан обращаются к знакомым врачам. Процент лиц, посещающих знакомых врачей и коммерческие медицинские учреждения, выше среди тех, кто редко пользуется услугами системы здравоохранения. 34,6% опрошенных относились к льготной категории, а 65,9% не имели никаких льгот. Среди «льготников» 37,4% респондентов получали денежную компенсацию, а 63,6% получали дополнительное лекарственное обеспечение.

2. Оценка работы медицинских учреждений области. Большинство жителей 69,6% удовлетворены качеством медицинских услуг. 30,9% опрошенных лиц недовольны медицинским обслуживанием.

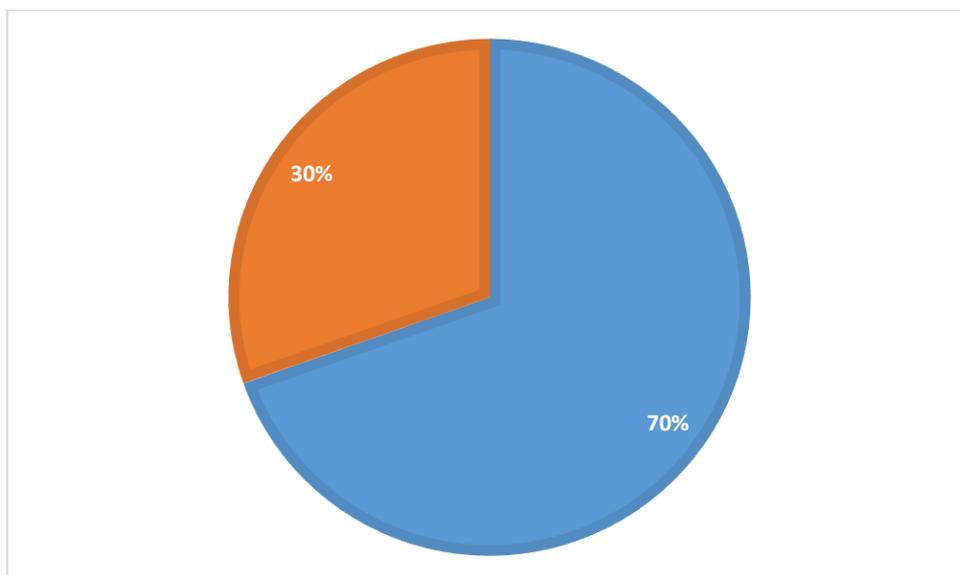


Рис. 4. Удовлетворенность качеством оказываемых медицинских услуг Белгородской области

Из них, меньше половины 62,3% оценивают работу стоматологов удовлетворительно, 21,2% считает ее хорошей, 16,5% – неудовлетворительной.

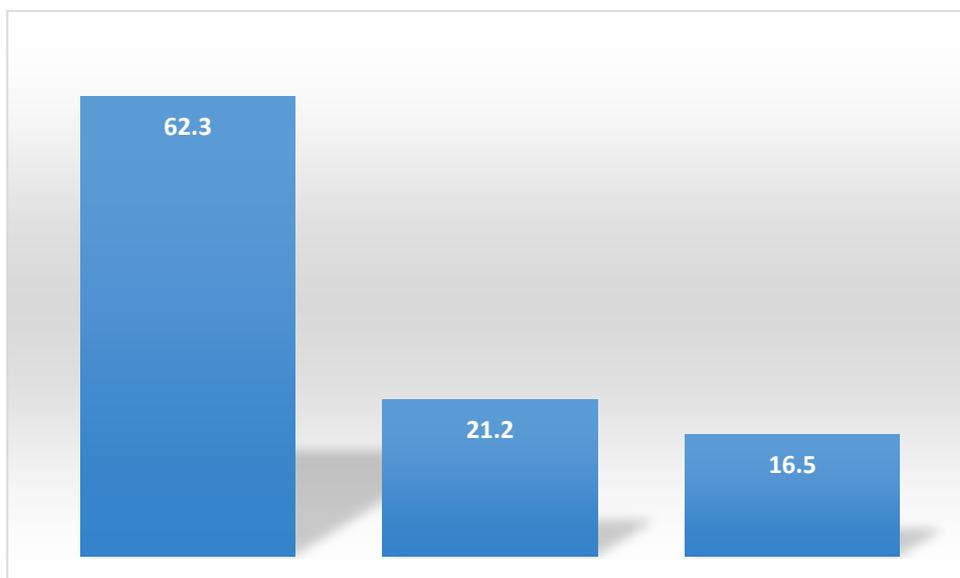


Рис. 5. Удовлетворенность качеством оказываемых стоматологических услуг Белгородской области

Работу врачей-специалистов широкого профиля оценивает как удовлетворительную почти половина респондентов 47,2%, чуть больше одной трети 36,2% считает, что она хорошая, и лишь 17% – ее неудовлетворительная. Причем, респонденты, которые платят за работу врачам, оценивают их работу ниже, чем те, кто им не платит.

45,4% жителей области оценивают работу служб, обеспечивающих их лекарствами, удовлетворительно, 26,7% считает, что эту работу можно оценить как хорошую, 27,9% не удовлетворены услугами служб лекарственного обеспечения¹.

Всего одна треть населения 29,9% отчасти удовлетворена наличием лекарств в больницах. Практически столько же 28% граждан недовольны имеющимся ассортиментом, и лишь одна четвертая 24,2% часть жителей этим удовлетворена.

3. Сложности, возникающие при использовании медицинских услуг. Возникающие сложности в вопросах получения достойных и качественных медицинских услуг встречаются все чаще. Обращаясь за медицинской помощью, многие забывают или попросту не знают, что часть услуг, которые предлагают оплатить, должна оказываться бесплатно по полису обязательного медицинского страхования.

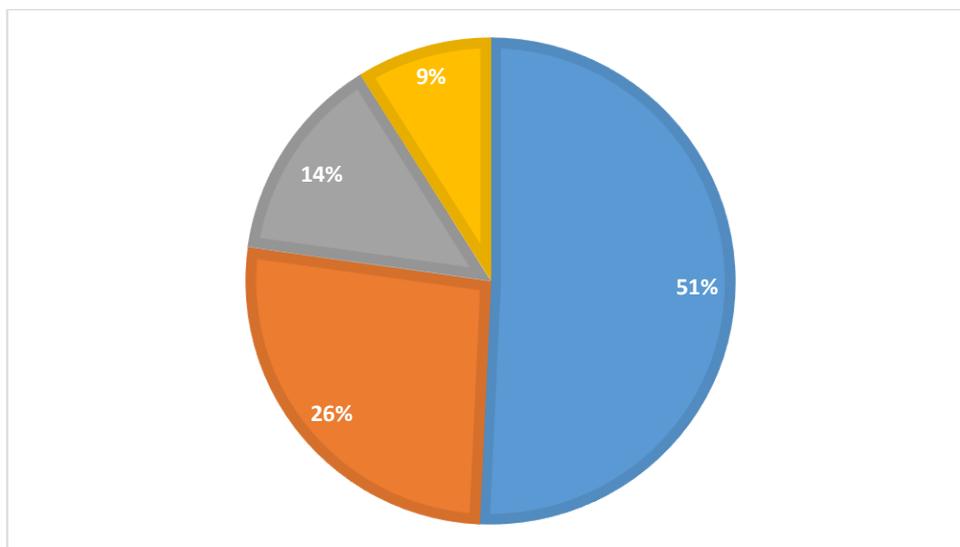


Рис. 6. Доступность качественных медицинских услуг населению Белгородской области

Значительная часть граждан Белгородской области 45% никогда не платила врачам за работу, которую они должны делать совершенно бесплатно. Около четверти жителей 23,5% изредка делают это. Однако чуть больше одной десятой части 12,3% населения вынуждены платить довольно

¹ Официальный сайт Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. URL: <http://www.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.11.2018).

часто, а 7,9% платят постоянно врачам за ту работу, которую они должны делать бесплатно.

На вопрос: «Каким должно быть здравоохранение в Белгородской области и по России в целом?», около 65% опрошенных граждан полагают, что бесплатным. Такой же точки зрения придерживаются 72% респондентов пенсионного возраста, а 26% опрошенных из этой группы указали на возможность сосуществования как платных, так и бесплатных медицинских услуг. Люди выражают свои точки зрения по поводу того, что бесплатное медицинское обслуживание является не достаточно качественным и требует модернизации.

Что касается вопроса удовлетворенности населения предоставляемыми стоматологическими услугами, то 63% опрошенных полностью удовлетворены качеством оказываемых услуг, 22% отчасти удовлетворены, а оставшаяся часть – 15% вовсе отрицательно относятся к качеству стоматологических услуг.

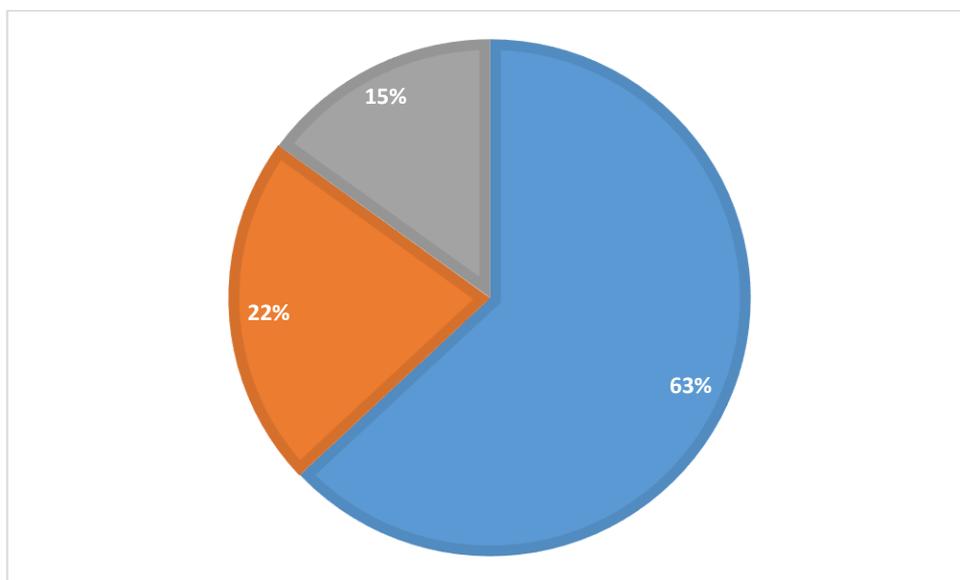


Рис. 7. Удовлетворенность населения Белгородской области качеством оказываемых стоматологических услуг

При проведении исследования в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» среди сотрудников, с целью определения основных направлений совершенствования медицинского обслуживания, были получены ответы на следующие вопросы:

1. На вопрос: «Необходимо ли улучшение материально – технической базы поликлиники, ее медицинского оборудования, оснащения, лекарственного обеспечения?», 52 % опрошенных высказали свою положительную точку зрения по данному вопросу, 41% ответили что скорее да, чем нет, и лишь 7% уверенно ответили об отсутствии необходимости что-либо менять.

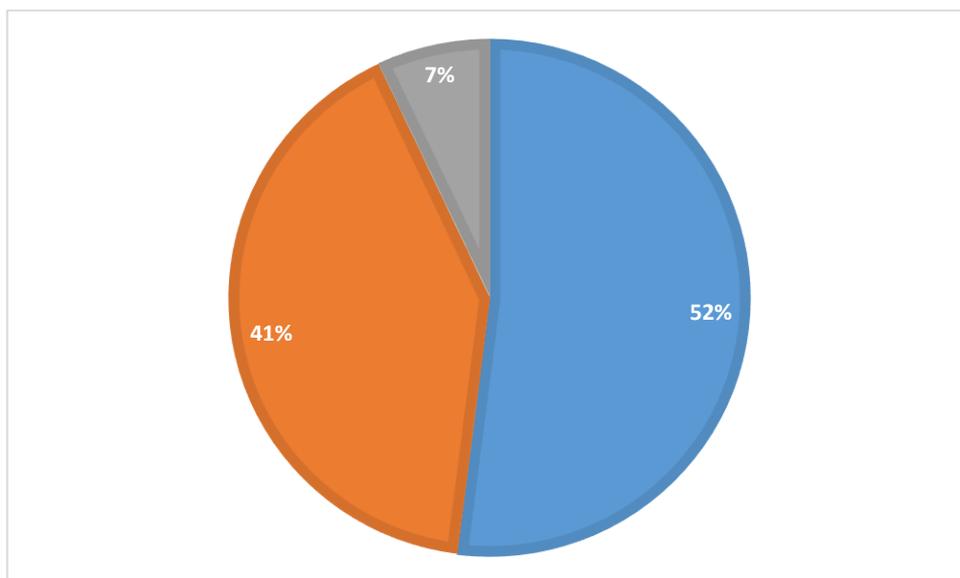


Рис. 8. Наличие необходимости улучшения материально – технической базы поликлиники

Тем самым мы видим, что персонал не препятствует улучшению материально-технической базы поликлиники. Это будет способствовать повышению уровня качества предоставляемых услуг пациентам.

2. На вопрос: «Нужно ли создание системы управления качеством медицинского обслуживания, проведение мероприятий, направленных на повышение качества, эффективности, удовлетворенности пациентов, повышение ответственности пациентов за свое здоровье?».

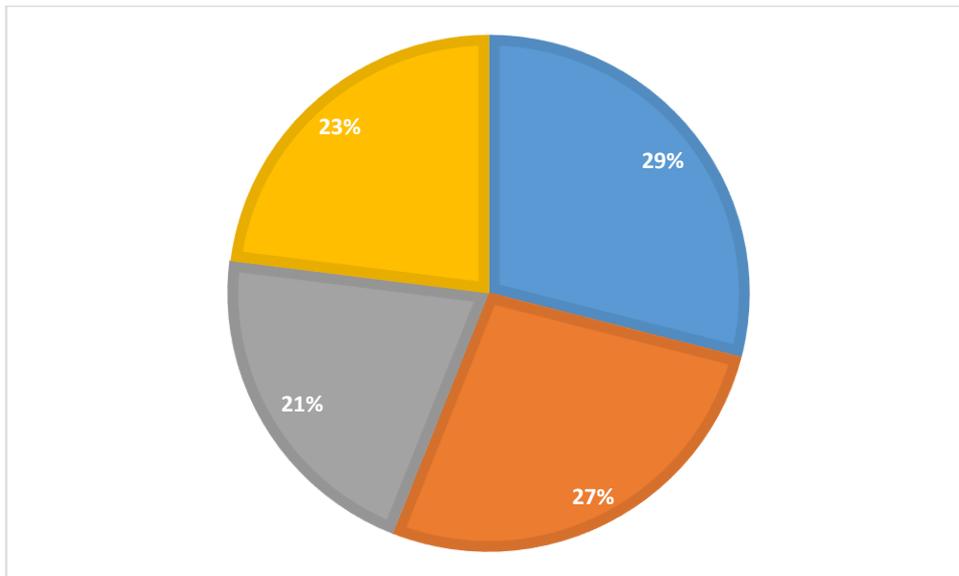


Рис. 9. Необходимость создания системы управления качеством медицинского обслуживания

29% респондентов сказали о том, что создание системы управления качеством медицинского обслуживания существенно улучшило бы качество предоставляемой медицинской услуги, 27% - сомневаются в необходимости создания системы управления качеством медицинского обслуживания, 23% - в основном согласны и 21% убеждены в том что нет необходимости в разработке такого рода системы. Мы наблюдаем положительную динамику в ответах респондентов, что говорит о возможной их готовности к изменениям. Но и тем не менее важен результат 27% - сомневаются в необходимости создания системы управления качеством медицинского обслуживания, 21% убеждены в том что нет необходимости в разработке такого рода системы. Что представляет собой 48% от общего количества опрошенного персонала поликлиники. Это позволяет судить о возникновении проблемы, которая может состоять в отсутствии должного финансирования или возможного нежелания персонала участвовать в формировании данной системы.

3. На вопрос: «Улучшение финансирования поликлиники, повышение уровня финансирования и тарифов в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), расширение использования дополнительных источников финансирования, включая дополнительную оплату работодателями и

пациентами позволило бы улучшить материально-техническую базу больницы?»).

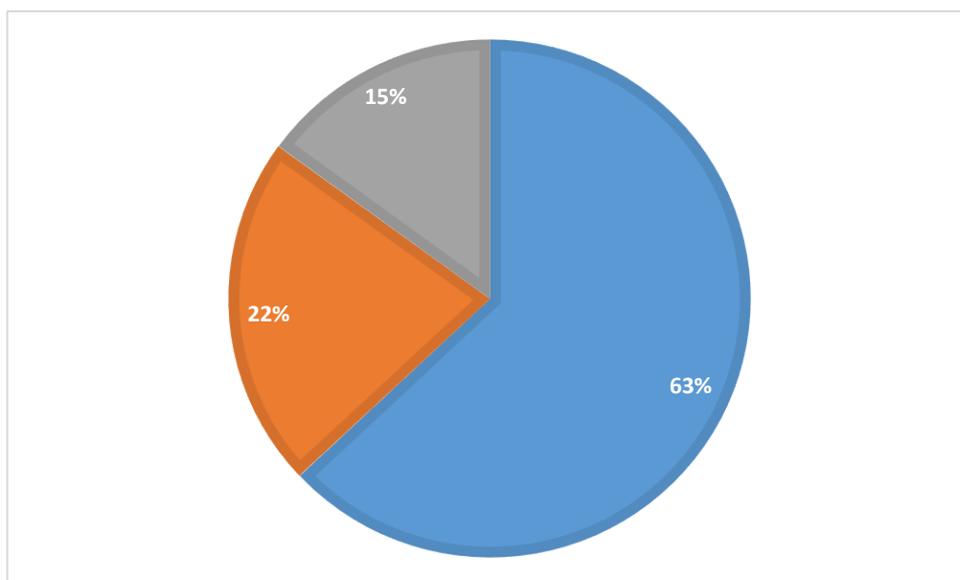


Рис. 10. Зависимость улучшения материально-технической базы от улучшение финансирования поликлиники

63% сказали, что дополнительное финансирование значительно улучшило бы как материально-техническую базу больницы, так и сам процесс оказания медицинского обслуживания, а также лекарственное обеспечение больных. 22% поддержали и ответили, что в основном согласны с этим, а всего 15% сомневаются что только это является первопричиной.

4. На вопрос: «Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников, повышение уровня оплаты труда, оплата труда и премии с учетом объема, качества работы и удовлетворенности пациентов улучшило бы отношение к пациентам?» – 73% считают что, финансовое стимулирование медицинских работников, несомненно, улучшило бы как отношение к пациентам, так и повлияло бы на качество медицинского обслуживания, 17% ответили скорее да, чем нет, тем самым отметили зависимость оплаты труда и качества медицинского обслуживания, и 10% затруднились ответить.

Таким образом, анализ мнения сотрудников ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» позволяет выявить как проблемы в организации медицинского обслуживания, так и средства

повышения эффективности здравоохранения в области в целом, и стоматологических услуг в частности .

Таким образом, основными недостатками, выявленными при социологических опросах населения, в организации медицинского обслуживания Белгородской области являются следующие:

- низкое качество первичной медико-санитарной помощи, прежде всего оказываемой в участковой службе;
- дефицит кадров первичного звена: не хватает 30% участковых терапевтов и 10% участковых педиатров. Две трети участковых врачей составляют люди предпенсионного и пенсионного возраста. Если им на смену через 5-10 лет не придут молодые врачи, работа участковой службы будет необратимо деградировать;
- недостаточные в сравнении с имеющимися потребностями уровни развития геронтологической, реабилитационной, медико-социальной помощи, лабораторно-диагностической службы;
- при существующих медицинских технологиях и участковой службе сохраняется дефицит узких специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, недостаток компетенций медицинских кадров. Происходит устойчивое снижение уровня квалификации медицинских кадров, которые готовит система профессионального образования;
- слабая мотивация медиков к повышению качества медицинской помощи;
- недостаток кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами. Использование современных технологий тормозится недостаточным текущим финансированием и неполноценной подготовкой работников, прежде всего — врачей.

Что касается недостатков при оказании стоматологических услуг: невысокий уровень материально-технической базы стоматологического

учреждения; низкий уровень финансирования учреждения; недостаточные меры по стимулированию сотрудников организации.

Недостаток государственного финансирования порождает разрыв между гарантиями бесплатного лечения и реальными практиками получения медицинской помощи за плату и создает серую зону взаимоотношений между медиками и пациентами. Создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и другие изменения в механизмах финансирования здравоохранения, которые произошли за последнюю четверть века, не привели к формированию у участников этой системы (органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, государственных медицинских учреждений) достаточной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Формальные правила оказания и финансирования медицинской помощи в значительной степени дополняются неформальными отношениями и теневыми потоками средств. Сфера здравоохранения все еще характеризуется недостаточно четкими правилами распределения ресурсов и обеспечения доступа к ним пациентов. Вокруг неформальных практик сложились довольно устойчивые конфигурации интересов, препятствующих позитивным изменениям. Отсутствуют надежные стимулы, которые побуждали бы большинство медиков к заинтересованности в реальной оценке качества их работы, изживанию неформальных практик и обеспечению полной прозрачности финансово-экономических отношений в отрасли.

Разработка и внедрение новых технологий тормозится дефицитом кадров, обладающих необходимыми компетенциями для создания медицинской техники и ее эксплуатации в медорганизациях.

Для совершенствования системы управления качеством медицинского обслуживания необходима разработка программ по следующим направлениям:

1. Улучшение материально-технической базы медицинского учреждения;
2. Повышение квалификаций медицинских работников, привлечение молодых специалистов;
3. Формирование межличностных партнерских отношений в коллективе;
4. Создание системы контроля управлением качества медицинского обслуживания;
5. Повышение качества работы лечебно-профилактического учреждения.
6. Уделение наибольшего внимания бесплатному и качественному способу оказания медицинской помощи.

Более того, увеличение объемов финансирования здравоохранения без создания систем управления качеством медицинского обслуживания может не привести к улучшению его состояния.

Таким образом, анализ системы оказания медицинской помощи населению в Белгородской области показал, что эта система получила свое развитие на всех уровнях ее оказания: первичная медико-санитарная помощь, специализированные ее виды, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, а также стоматологические услуги. Однако все изменения проводимые ранее были несистемны. При осуществлении процесса оптимизации объемов стационарной помощи медленными темпами реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объема их работы, в том числе по оформлению документации. Это происходило при дефиците кадров и отсутствии в ряде медицинских организаций достаточного количества средств на адекватную мотивацию труда медицинских работников. Этому также способствовало сложное социально-экономическое положение в регионе, ростом дефицита финансирования программных мероприятий по развитию здравоохранения и медицинской

помощи, в том числе высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Все это требует дальнейшего совершенствования системы управления, организации и реализации мероприятий по внедрению методов совершенствования оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальных региональных программ. Реализация этих мероприятий позволит вернуть доверие населения к преимущественному оказанию медицинской помощи, к отказу от приоритета высокооплачиваемой помощи и ускорению процесса переориентации специалистов первичного звена на профилактическую работу.

Тем самым, отметим, что в условиях дефицита бюджетного финансирования одной из проблем является поиск путей совершенствования деятельности стоматологической помощи.

Принятие конкретных управленческих решений необходимо проводить применительно к конкретному региону, на основе мониторинга стоматологической заболеваемости населения, с использованием единых методологических приемов и информационных компьютерноориентированных технологий. Необходима разработка мероприятий по своевременному корректированию объемов лечебно-профилактических мероприятий ресурсного обеспечения структурных изменений деятельности медицинских организаций (МО) стоматологического профиля.

Комплексная оценка основных количественных и качественных показателей работы поликлиники в условиях рыночных отношений, свидетельствует о необходимости дополнительного финансирования за счет внебюджетных средств. Высокий уровень оказания стоматологической помощи в государственной поликлинике, основанный на внедрении новых технологий и оборудования, материальной заинтересованности специалистов, достижим за счет создания отделений платных услуг. Средства, полученные от деятельности платных отделений, позволяют поддерживать на необходимом уровне и бюджетные подразделения.

Прогнозы развития стоматологии в России ближайшие годы являются благоприятными, сочетая в разумных соотношениях государственный и частный секторы стоматологии. В государственных стоматологических учреждениях постепенно увеличивается объем платных услуг. Конкуренция в сети стоматологических учреждений разных форм собственности способствует повышению качества оказания стоматологической помощи и внедрению новых стоматологических, а также и компьютерных технологий.

На основании анализа состояния стоматологической заболеваемости населения, показателей деятельности и ресурсного обеспечения стоматологической службы с учетом результатов нашего исследования рекомендуется разработать целевую региональную Программу «Качественная и доступная стоматология для всех!».

Таким образом, рассмотрев и проанализировав государственную поддержку здравоохранения Белгородской области, можно говорить о том, что:

1. Важнейшим направлением развития здравоохранения в Белгородской области является оборудование больниц, поликлиник и фельдшерских пунктов новейшим оборудованием. В числе приоритетов выделяют следующие: ремонт и оснащение современным оборудованием поликлиник, больниц, фельдшерских пунктов, служб скорой помощи; улучшение качества медицинского обслуживания путем совершенствования оплаты медицинских услуг с применением медико-экономических стандартов; внедрение дифференцированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества выполненных работ.

2. В сфере здравоохранения Белгородской области совершенствуются экономические механизмы функционирования отрасли путем обеспечения сбалансированности Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и внедрения системы одноканального финансирования, перехода на финансирование медицинских

организаций за фактически оказанные услуги, бюджетирование, ориентированное на достижение конечных результатов.

3. К числу основных задач, стоящих сегодня перед департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, относится и совершенствование подходов к реализации программ поддержки стоматологических услуг, а также продолжение целенаправленной деятельности по разработке, внедрению и тиражированию высоких медицинских технологий. Это в целом работает на конечный результат – обеспечение населения области качественной, доступной и эффективной медицинской помощью.

РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.БЕЛГОРОД С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОЕКТНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Для улучшения состояния здоровья населения и улучшения деятельности в области здравоохранения должны быть предприняты кардинальные меры на уровне законодательных органов¹, Правительства Российской Федерации и соответствующих федеральных министерств, в субъектах Российской Федерации, в муниципалитетах.

Речь, прежде всего, идет о поднятии социально–экономического уровня жизни населения, о привитии здоровых навыков жизни, поднятии самоуважения граждан, о соблюдении и реальном обеспечении их прав человека и гражданина.

Стратегическими целями в области управления муниципальными процессами здравоохранения должны стать:

- улучшение здоровья населения, уменьшение показателей смертности, увеличение показателей рождаемости;
- оказание медицинской помощи гражданам на территории муниципального образования;
- осуществление мероприятий по охране окружающей среды и надзору за санитарно–эпидемиологическим состоянием муниципального образования².

При реализации задач обеспечения доступности медицинского обслуживания необходимо учитывать, что возможность получения медицинской помощи (как первичной, так и специализированной) не гарантирует ее надлежащего качества. Повышение оснащенности медицинских учреждений и качества подготовки медицинских кадров,

¹ Об охране здоровья граждан: федер. закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».

² Парахина В.Н. Муниципальное управление. М., 2015. С. 28.

приводя к улучшению качества медицинской помощи, требует значительных финансовых вложений, но не гарантирует сохранения достигнутого уровня качества на протяжении длительного времени.

Эффективность и чёткость функционирования всех звеньев системы улучшения качества медицинского обслуживания возможны только при согласованном их взаимодействии. Поэтому руководящие органы здравоохранения федерального и территориального уровней, врачебные ассоциации, страховые медицинские организации, учебные заведения, осуществляющие подготовку и последипломное обучение медицинских кадров, медицинские учреждения, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, должны руководствоваться единой стратегией улучшения качества медицинского обслуживания. Для этого необходима разработка комплексной программы управления качеством медицинского обслуживания и ее выполнение с четким разграничением обязанностей и ответственности.

Совершенствование управления системы качества медицинского обслуживания наиболее эффективно и рационально в условиях, когда:

- органы управления системой здравоохранения района имеют четко определенные цели и задачи, которые должны быть достигнуты посредством совершенствования управления системы качества медицинского обслуживания;
- объективно оценена материально–техническая база и кадровый потенциал медицинского учреждения с целью выявления имеющихся скрытых и нерешенных возможностей;
- изучено мнение населения и медицинского персонала об объеме и качестве медицинского обслуживания в каждом отдельном учреждении.

Для более эффективной работы медицинских учреждений необходимо повышение «ресурсоёмкости» (финансовых, кадровых, технологических, информационных ресурсов, материально-технической базы), так как именно

эти ресурсы полностью определяет качество оказываемой в нём медицинской помощи.

1. Для совершенствования качества медицинского обслуживания в условиях дефицита финансовых средств особенно важно внедрять передовые технологии, экономически более выгодные формы ведения лечебно-диагностического процесса, наиболее эффективно использовать все имеющиеся ресурсы, минимизировать затраты по предоставлению медицинского обслуживания, смещать акценты на технологии и качество медицинских услуг, развивать стандарты оказания медицинской помощи и внедрять профилактические программы.

Также необходимо разрабатывать действенные методы оценки качества и эффективности медицинского обслуживания, удовлетворяющие запросы практического здравоохранения.

Оптимальное решение проблем системы здравоохранения возможно только посредством совершенствования организации и управления на основе системного подхода с использованием медицинских стандартов, единого информационного пространства, экономико-математических методов через систему информатизации основных направлений деятельности учреждений здравоохранения и органов управления муниципальным (территориальным) здравоохранением.

Среди множества подходов к исследованию качества медицинского обслуживания (по результатам, структуре медицинской помощи, данным опросов) для улучшения его состояния наиболее перспективным и одновременно труднореализуемым является оценка по процессу медицинского обслуживания. Приоритет оценки качества медицинского обслуживания по процессу его оказания позволит:

– определять реальные возможности исполнителей в обеспечении пациентов квалифицированной медицинской помощью;

– устанавливать влияние руководителей здравоохранения на устранение системных и частных причин ненадлежащего качества медицинской помощи.

2. Серьёзной проблемой является низкая заработная плата работников медицинских учреждений, что негативно отражается на его текущем состоянии и развитии, так как современные медицинские технологии весьма трудоёмки. Часто применение нового диагностического и лечебного оборудования требует дополнительного числа специалистов различного профиля.

Для решения проблемы нехватки специалистов необходимо привлечение выпускников университетов для работы в сельской местности. Для стимулирования работы необходимо создание материальной заинтересованности специалистов, повышение заработной платы, введение премий, поощрений.

Необходимо также обеспечить прозрачность результатов оценки работы медицинского персонала. Каждый сотрудник должен знать, что он обязан делать в системе управления качеством медицинской помощи (КМП), как подводятся итоги работы, как они оцениваются и как вознаграждаются.

В целях повышения квалификации медицинских работников целесообразно осуществлять меры по совершенствованию системы квалификационного экзамена. Необходимо создание принципиально новых приказов и инструкций, где будут облегчены и уменьшены формализованные требования к претендентам на получение категории, такие как наличие определенного стажа, этапность в присвоении категорий.

Низкие доходы и неясные перспективы развития государственной системы здравоохранения заставляют врачей и младший медицинский персонал переориентироваться на медицинский бизнес, в рамках которого можно рассчитывать на финансовый успех за счёт профессиональных знаний и личной инициативы.

Появление возможности для врачей организовать собственный бизнес дало старт формированию многих видов предпринимательской деятельности в сфере медицины¹. Получили импульс к развитию малые формы медицинского бизнеса (в стоматологии, пластической хирургии, гинекологии, гомеопатии), не требующие значительных единовременных финансовых вложений. Быстрыми темпами развивается также фармацевтический и аптечный бизнес, страховая медицина. Это даёт медицинским работникам самостоятельность принятия решений, и непосредственное получение прибыли.

В медицине основным процессом, независимо от места и причин оказания медицинской помощи, является процесс взаимодействия определенного врача с конкретным пациентом. По отношению к нему все другие, включая процессы управления, материально–технического обеспечения, информационные процессы, подготовку специалистов, являются вспомогательными.

Качество медицинского обслуживания является управляемым объектом, а изменение его состояния может анализироваться не только в связи с изменениями финансирования, но и в процессе реструктуризации и модернизации любых частей отрасли (стационарной, амбулаторно-поликлинической, терапевтической, хирургической, педиатрической и т.д.).

3. Общение – это взаимодействие людей и поскольку в нем всегда разворачивается взаимопонимание ими друг друга, устанавливаются те или иные взаимоотношения.

Для межличностного общения типична такая ситуация, когда участники общения, вступая в контакты, преследуют по отношению друг к другу более или менее значимые для них цели, которые могут совпадать по своему содержанию, а могут и отличаться друг от друга. Цели эти – следствие действия определенных мотивов, имеющих у участников общения, их достижение постоянно предполагает использование

¹ Галкин В.В. Медицинский бизнес. М., 2014. С. 154.

разнообразных способов поведения, которые у каждого человека формируются по-своему. Все это означает, что межличностное общение по основным своим характеристикам всегда является видом деятельности, суть которого составляет взаимодействие человека с человеком.

Совершенствование материально-технической базы медицинского учреждения, внедрение организационных новшеств происходит в результате активной трудовой деятельности людей. Движущей силой должен выступать интерес к достижению определенного результата, что, в свою очередь, позволяет удовлетворить материальные и социальные потребности работников медицинского учреждения. Кроме заинтересованности, весь медицинский персонал должен обладать определенным уровнем профессиональной подготовки и общего развития, необходимыми личными качествами, здоровьем, что предопределяется социальными факторами.

4. Создание контроля системы качества медицинского обслуживания населения существенно улучшит регулирование медицинской деятельности в целом. Контроль за соблюдением законодательства в сфере медицинских услуг должен осуществляться на всех субъектах, оказывающих медицинские услуги, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности.

Основными направлениями контроля являются:

- контроль объемов и качества оказания медицинского обслуживания, а также услуг на платной основе;
- контроль качества профилактических медицинских осмотров;
- контроль эффективности бесплатного и льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий населения;
- контроль эффективности использования нового медицинского оборудования и медицинских изделий;
- контроль за соблюдением квалификационных требований медицинских работников и правил лицензирования;

- контроль за проведением экспертизы в области медицинского обслуживания (судебно-медицинской, судебно-наркологической, судебно-психиатрической, военно-медицинской);
- контроль за рекламой медицинских услуг.

Контроль должен основываться на правилах и стандартах оказания медицинского обслуживания, утвержденных нормативными актами. При этом упор должен делаться на контроль системы качества и предусмотренный объем оказания медицинского обслуживания.

Наиболее целесообразным является разработка государственной системы контроля качества медицинского обслуживания и механизм общественного и профессионального контроля, включающий следующие направления деятельности:

- определение субъектов Российской Федерации для внедрения инновационных методов управления качеством медицинского обслуживания;
- совершенствование нормативно-правовой базы системы управления качеством медицинского обслуживания в Российской Федерации;
- внедрение единых методов и технологий сбора и обобщения информации о состоянии качества медицинского обслуживания;
- создание системы ведомственной экспертизы и управления качеством медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения;
- реформирование системы вневедомственной экспертизы качества медицинского обслуживания;
- создание системы мониторинга деятельности учреждений здравоохранения по экспертизе и управлению качеством медицинского обслуживания;
- разработка и внедрение индикаторов качества медицинского обслуживания;

- формирование информационного банка данных о состоянии качества медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения и мерах по его улучшению;
- обеспечение процесса непрерывного обучения специалистов систем здравоохранения;
- формирование регистра экспертов по оценке качества медицинского обслуживания.

Для осуществления общего руководства системой управления качеством медицинского обслуживания, обобщения информации об его состоянии и подготовки для руководства территории решений по стратегическим вопросам улучшения качества медицинской помощи целесообразным является создание в каждом субъекте федерации структуры управления указанной программой. Создание данной программы на муниципальном уровне существенно улучшило бы качество медицинского обслуживания населения.

Необходима разработка управленческих решений и профилактических мер, принимаемых по устранению и предупреждению некачественной медицинской помощи.

5. Для улучшения качества работы лечебно-профилактического учреждения совершенствование многих факторов (организационных, социальных, материально-технических) несомненно, будет влиять на всю деятельность медицинского учреждения.

К организационным факторам относятся:

- совершенствование организации управления, отработка управленческих процедур и технологий их осуществления, автоматизация систем управления;
- улучшение материально-технического и кадрового обеспечения медицинского учреждения;
- повышение качества текущего и перспективно планируемого медицинского обслуживания;

– совершенствование организации условий труда медицинского персонала.

Все организационные факторы тесно взаимосвязаны и представляют собой единую систему труда, и управления качеством медицинского обслуживания.

К числу социальных факторов относятся:

- материальная и моральная заинтересованности в результатах индивидуальной и коллективной деятельности медицинских работников;
- уровень квалификации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, общий культурно–технический уровень медицинского персонала;
- отношение к труду и трудовая дисциплина;
- здоровье и уровень благосостояния;
- экономическая и правовая защищенность медицинских работников;
- взаимоотношения в коллективе, его стабильность и сплоченность;
- развитие корпоративной трудовой морали, идеологии, формирование «духа единой команды».

Влияние социальных факторов на деятельность медицинского учреждения является опосредственным, проявляясь в росте удовлетворенности трудом и повышении трудовой активности, инициативы, ответственности, самодисциплины и самоконтроля медицинских работников.

Для более эффективной работы медицинского учреждения необходимо совершенствование материально-технической базы.

К материально-техническим факторам можно отнести:

- модернизацию действующего медицинского оборудования;
- замену устаревшего оборудования новым, более производительным;

- внедрение новых, прогрессивных, в том числе ресурсосберегающих технологий;
- повышение качества медицинского обслуживания.

Задачи удовлетворения потребности населения в высококачественном медицинском обслуживании, информационного обеспечения различных уровней управления по вопросам деятельности лечебно–профилактических учреждений, а также дифференцированной оценки и оплаты труда медицинских работников требует создания действенных механизмов оценки качества и эффективности медицинской помощи, внедрения их в практику здравоохранения.

В условиях острого дефицита бюджетных средств обеспечение гарантированных прав населения на получение бесплатного и качественного медицинского обслуживания требует оптимального использования предназначенных для этого ресурсов, что предполагает выбор приоритетов развития здравоохранения, определения и финансирования наиболее эффективных форм медицинской помощи. В частности, следует наибольшее внимание уделять профилактике здоровья граждан с соответствующим перераспределением финансовых средств из стационарного в амбулаторно–поликлинический сектор. В рамках профилактических мер должна проводиться работа по формированию у населения навыков здорового образа жизни. Эти меры не требуют значительных финансовых затрат, будут способствовать снижению заболеваемости и смертности и помогут дать ощутимый социально–экономический эффект.

6. Профилактика – это система мер по предотвращению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика. Вот что сегодня является жизненно необходимым для каждого гражданина. Абсолютно все, не только больные, но и здоровые, начиная с ранних лет, должны знать, как сохранить свое здоровье и снизить риск заболеваний. Поэтому необходима разработка системы медицинской профилактики.

Таким образом, повышение качества, а также доступности медицинского обслуживания будут достигнуты за счёт их модернизации и существенного финансового вливания, как со стороны государства, бизнеса, так и со стороны самих потребителей.

Особого внимания в плане повышения качества и совершенствования медицинского обслуживания требует направление развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В качестве конкретных мероприятий, основываясь на анализе состояния системы здравоохранения Белгородской области, в частности предоставления стоматологических услуг, считаем целесообразным реализацию Проекта «Здоровое долголетие!». Паспорт проекта представлен в приложении 1 настоящего исследования.

1. Обоснование проектных мероприятий.

Проблема высокой стоматологической заболеваемости остается одной из наиболее острых и актуальных проблем, представляющих реальную угрозу состоянию здоровья.

Особенностью стоматологической заболеваемости на современном этапе является высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологии: кариозного поражения зубов, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций. Хроническое прогрессирующее течение этих патологических процессов, в свою очередь, приводит к формированию очагов хронической одонтогенной инфекции, нередко являющихся причиной роста болезней желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, а также инфекционно-аллергических состояний.

За последние годы Министерством здравоохранения Российской Федерации и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проведена определенная работа по повышению качества стоматологической помощи населению, дальнейшему расширению сети

стоматологических учреждений и оснащению их современной медицинской техникой, расширению подготовки стоматологических кадров, внедрению современных организационных форм и технологий медицинского обеспечения детей с заболеваниями полости рта, созданию специализированных центров для населения с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Но не разработаны региональные программы, направленные на развитие стоматологической службы.

В то же время, в связи с характером и особенностями питания, состоянием окружающей среды, низкой информированностью населения по вопросам профилактики, стоматологическая заболеваемость населения остается высокой.

Недостаточно осуществляется развитие сети стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также коечного фонда для оказания стоматологической помощи, не принимаются эффективных мер по укреплению материально-технической базы стоматологических учреждений. Недостаточна укомплектованность врачами стоматологами, средним и младшим медицинским персоналом. Отмечаются серьезные отставания в развитии стоматологической помощи в сельской местности.

Остается проблемой внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний у. Не принимаются действенные меры по улучшению образования и гигиенического воспитания населения по вопросам предупреждения заболеваний челюстно-лицевой области.

В настоящее время около 80% детских стоматологических поликлиник работают в системе обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что с учетом использования современных технологий, стоимость лечения объективно столь высока, что существующие возможности оплаты в системе ОМС не могут в полной мере обеспечить реального покрытия стоимости лечения сложных форм патологии.

В тоже время квоты, выделяемые на высокотехнологичные,

дорогостоящие виды стоматологической помощи (челюстно-лицевая хирургия) используются органами управления здравоохранением недостаточно эффективно.

Проект направлен на активное побуждение органов здравоохранения на содействие в повышении качества и доступности предоставляемых стоматологических услуг, а также привлечение населения к проведению профилактических мер по сохранению своего здоровья. Для ключевых и целевых аудиторий проекта с учетом уровня развития и потребностей каждой аудитории предусмотрен индивидуальный механизм информирования и вовлечения в проект, включающий в себя систему специальных мероприятий.

Проект выстроен таким образом, что все события и мероприятия имеют универсальный характер и могут быть продолжены по истечении срока реализации Проекта. Для успешной реализации Проекта необходимо тесное межведомственное взаимодействие — партнерство органов власти всех уровней, общественных, коммерческих и некоммерческих организаций. Такой подход позволит вовлечь максимальное количество людей в мероприятия Проекта.

Также необходимо вовлечение в проект представителей экспертного сообщества из различных сфер деятельности, общественности, СМИ, что важно для обеспечения позитивного восприятия обществом его результатов.

2. Цель внедрения проекта.

Цель Проекта – содействие снижению распространенности стоматологических заболеваний путем увеличения объема мероприятий по профилактике заболеваний зубочелюстной системы среди жителей города Белгорода и Белгородской области и повышению качества и доступности оказываемых стоматологических услуг.

Задачи Проекта:

1. Создание условий оказания стоматологической помощи не менее 80 - 85 % населения области на период реализации программы;

2. Сокращение сроков лечения путем внедрения современных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний;
3. Улучшение материально-технической базы стоматологических учреждений области;
4. Увеличение выездов в населенные пункты округа для оказания стоматологической помощи, в том числе частнопрактикующих врачей;
5. Инициирование своевременного обращения граждан в учреждения здравоохранения: для профилактических осмотров; при первых симптомах заболеваний; при острых состояниях, когда фактор времени играет решающую роль в спасении жизни человека;
6. Разрушение ложных стереотипов о здоровье, здравоохранении, долголетию и формирование у граждан продуктивных установок на управление собственным здоровьем;
7. Формирование культуры здорового образа жизни и активного долголетия.

3. Сроки реализации проекта.

Предлагаемый к реализации проект относится к среднесрочным объектам планирования. Общий период от разработки концепции проекта до реализации его базовых мероприятий – 2 года.

4. Результат проекта

- Результаты и эффекты, планируемые для достижения в рамках проекта:
- проведение профилактических осмотров у 80 - 85 % населения области на период реализации программы;
 - улучшение материально-технической базы 3 стоматологических учреждений области;
 - увеличение выездов в населенные пункты округа для оказания стоматологической помощи, в том числе частнопрактикующих врачей в 4 раза;
 - уменьшение цены на предоставляемые стоматологические услуги на 0,75%;

- открытие двух кабинетов неотложной стоматологической помощи;
- формирование услуг круглосуточной стоматологической помощи на базе 1 городской больницы.

5. Пользователи результата проекта

К целевой аудитории проекта относятся:

- 1) население Белгородской области;
- 2) департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области;
- 3) органы местного самоуправления районов Белгородской области;
- 4) некоммерческие организации и объединения региона;
- 5) коммерческие организации;
- 6) СМИ (областные, городские, районные; пресса, телевидение, радио, интернет);
- 7) профессиональное сообщество (мед. учреждения и коллеги из других регионов);
- 8) образовательные и медицинские учреждения.

6. Описание состава мероприятий по реализации проекта.

Реализацию проекта предполагается осуществить в 2 этапа.

На 1 этапе планируется осуществление следующих первоочередных мероприятий:

- организация профилактического обследования населения области по выявлению стоматологических заболеваний и прогнозированию риска осложнений;
- укрепление материально–технической базы имеющихся стоматологических центров области в соответствии с действующим законодательством, переподготовка медицинских кадров для эффективной и качественной работы;
- внедрение и совершенствование современных технологий оказания стоматологической помощи населению Белгородской области;

- формирование направлений переподготовки кадров стоматологических учреждений;

- мониторинг мер по оптимизации профилактики стоматологических заболеваний.

На 2 этапе предусматривается реализация следующих мероприятий:

- совершенствование системы оказания медицинской помощи детям и лицам пожилого возраста;

- открытие двух кабинетов неотложной стоматологической помощи;

- повышение квалификации медицинских работников, участвующих в оказании стоматологической помощи;

- формирование услуг круглосуточной стоматологической помощи на базе 1 городской больницы;

- подготовка и издание методических материалов по профилактической работе;

- продолжение профилактики стоматологических заболеваний и реализации мероприятий проекта.

7. Оценка эффективности проекта.

Оценка эффективности реализации мероприятий проекта основывается на достижении следующих показателей:

- увеличение посещаемости гражданами стоматологических учреждений с профилактической целью и целью диспансеризации;

- обеспечения в структурных отделениях поликлиники качественного лечебно-диагностического процесса на основании стандартов медицинской помощи, страдающим стоматологическими заболеваниями;

- внедрения современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области

- увеличение продолжительности жизни населения Белгородской области;

– положительные изменения результатов социологических опросов целевых аудиторий по теме Проекта.

Экономическая эффективность отражается в затратах на необходимые меры и управление результатами этих процессов.

В нашем случае затраты предполагают расходование средств на:

Таблица 1.

Объем финансирования проектных мероприятий

Мероприятие	Объем финансирования мероприятий (тыс.руб.)		
	2019	2020	Всего на весь период реализации программы
Подготовка и повышение кадров	187,5	187,5	375,0
Лекарственное обеспечение для профилактической и лечебной работы	249,8	249,8	499,6
Материально-техническое обеспечение (приобретение необходимого оборудования)	295,0	86,0	381,0
Привлечение специалистов из других регионов	14,1	14,1	28,2
Подготовка и издание методических материалов по профилактической работе	23,2	23,2	46,4
Выезд в населенные пункты области	122,0	122,0	244,0
Взаимодействие со СМИ	48,0	36,0	84,0
Всего по Проекту	939,6	718,6	1658,2

Исходя из вышеприведённых данных, расчет производится:

1. Подготовка и повышение кадров рассчитывается с учетом трех действующих областных стоматологических центра в городе Белгород. Таким образом $187,5 \text{ тыс.руб} : 3 \text{ шт} = 62,5 \text{ тыс. руб.}$ на каждую из больниц для повышения квалификации кадров в течении года.

В расчете затрат на два года будет выходить 375 тыс.руб.

2. Лекарственное обеспечение для профилактической и лечебной работы, включает затраты на:

- стоматологические препараты: 83,6 тыс.руб.
- высокоэффективные современные импортные стоматологические препараты: 166,2 тыс.руб.

Таким образом, расход средств на лекарственное обеспечение для профилактической и лечебной работы на 1 год с учетом трех областных стоматологических центров составит 249,8 тыс.руб.

Для эффективной работы стоматологических центров во второй год необходимо тоже количество средств. Таким образом за два года реализации Проекта расход средств составит 499,6 тыс.руб.

3. Материально-техническое обеспечение - приобретение необходимого инновационного оборудования.

В первый год реализации проекта, затраты составят 295 тыс.руб.

Во второй год затраты на комплектующие и обслуживание нового оборудования 86 тыс.руб.

Таким образом, общая сумма затрат на приобретение и обслуживание инновационного оборудования в течении двух лет реализации Проекта составит 381 тыс.руб.

4. Привлечение специалистов из других регионов, в частности для проведения мастер классов, в расчете бюджета 14,1 тыс.руб. За два года сумма составит 28,2 тыс.руб.

5. Подготовка и издание методических материалов по профилактической работе, для последующего распространения населению. Подготовка и реализация печатных материалов: 23,2 тыс.руб. в год. За два года 46,4 тыс. рублей.

6. Выезд в населенные пункты области, включает расходы на:

- оплату труда, 21 тыс. руб.
- командировочные расходы, 36 тыс.руб
- транспортные расходы, 21 тыс. руб.
- приобретение расходных материалов, предметов снабжения, медикаментов, 44 тыс.руб.

Итого затраты на год составят 122 тыс.руб., соответственно на два года реализации Проекта 244 тыс.руб.

7. Взаимодействие со СМИ в целях пропаганды профилактических мер стоматологических заболеваний, составит 48 тыс. руб. В последующий год: 36 тыс.руб. Всего за два года 84 тыс.руб.

На муниципальном уровне экономическая эффективность складывается из прироста бюджета за счёт снижения заболеваемости, повышения объёма дополнительно произведённой продукции (техники), повышения числа рабочих дней и потенциального числа трудовых ресурсов, сокращения затрат на здравоохранение, экономии средств по выплате пособий социального страхования и социального обеспечения.

Помимо экономической эффективности путем измерения затрат на предполагаемую реализацию Проекта, необходимо рассмотреть социальную эффективность, которая выявляется с помощью следующих характеристик:

Социальная эффективность отражает результат деятельности стоматологических центров по лечению и профилактике стоматологических заболеваний населения, измеряемый по снижению стоматологических осложнений, росту продолжительности жизни, увеличению периода трудоспособности, оказанию помощи нетрудоспособного населения или населения пожилого возраста и т.п. Социальная эффективность здравоохранения связана с удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского стоматологического назначения, что, в свою очередь, способствует повышению качества жизни населения в целом. Одними из показателей, характеризующих социальный аспект эффективности реализации Проекта, является «количество оказанной помощи пожилому населению», «количество оказанной неотложной помощи», «повышение квалификации персонала», «повышение оплаты труда персоналу стоматологических учреждений».

Таким образом, в результате предложенного нами проекта, мы пришли к выводам о том, что:

1. Важной задачей современного здравоохранения является профилактика и своевременное выявление и эффективное воздействие на

факторы риска заболеваний, пропаганда научно-обоснованных методов профилактики, поддержание стремления людей к позитивным изменениям в образе жизни.

2. Особого внимания в плане управления развитием системы здравоохранения требует направление профилактики и формирования имиджа здорового образа жизни в сознании населения. Профилактика – это система мер по предотвращению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика сегодня является жизненно необходимым для каждого гражданина. Абсолютно все, не только больные, но и здоровые, начиная с ранних лет, должны знать, как сохранить свое здоровье и снизить риск заболеваний. Поэтому необходима разработка системы медицинской профилактики.

3. С целью снижения заболеваемости, предлагаемый к реализации Проект представляет собой комплекс мероприятий с населением Белгородской области, направленных на повышение заботы граждан о сохранении здоровья. Проект предусматривает межведомственное взаимодействие всех заинтересованных структур власти, бизнес-сообщества, общественных организаций и иных граждан и организаций, которые оказывают (могут оказывать) влияние на факторы продолжительности жизни населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особо важное значение приобретает разработка оптимальных вариантов управления стоматологической службой, учитывающих особенности социально-экономического развития региона, уровень стоматологической заболеваемости населения и его основные тенденции, обеспеченность ресурсами, финансовую устойчивость, экологическую ситуацию и другие социально-гигиенических факторы, влияющие на состояние стоматологической помощи.

На основании анализа состояния стоматологической заболеваемости населения, показателей деятельности и ресурсного обеспечения стоматологической службы с учетом результатов нашего исследования была разработана целевая региональная Проект «Здоровое долголетие!».

При реализации целей настоящего Проекта были поставлены следующие задачи: Создание условий оказания стоматологической помощи не менее 80 - 85 % населения области на период реализации программы; сокращение сроков лечения путем внедрения современных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний; улучшение материально-технической базы стоматологических учреждений области; увеличение выездов в населенные пункты округа для оказания стоматологической помощи, в том числе частнопрактикующих врачей; инициирование своевременного обращения граждан в учреждения здравоохранения: для профилактических осмотров; при первых симптомах заболеваний; при острых состояниях, когда фактор времени играет решающую роль в спасении жизни человека; разрушение ложных стереотипов о здоровье, здравоохранении, долголетию и формирование у граждан продуктивных установок на управление собственным здоровьем; формирование культуры здорового образа жизни и активного долголетия..

Для реализации задач, определенных настоящим Проектом, нами был разработан и реализуется комплекс соответствующих организационных

мероприятий по совершенствованию стоматологической помощи в г. Белгород.

Комплекс организационных мероприятий по совершенствованию стоматологической помощи населению города Белгорода включал несколько блоков задач, касающихся: улучшения доступности стоматологической помощи; совершенствования управления службой; информатизации в стоматологии; обеспечения гарантий качества стоматологических услуг; совершенствования организационных форм работы; внедрения инновационных технологий; активизации профилактической работы; подготовки и повышения квалификации медицинских кадров в стоматологии.

В сфере здравоохранения Белгородской области совершенствуются экономические механизмы функционирования отрасли путем обеспечения сбалансированности Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и внедрения системы одноканального финансирования, перехода на финансирование медицинских организаций за фактически оказанные услуги, бюджетирование, ориентированное на достижение конечных результатов.

К числу основных задач, стоящих сегодня перед департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, относится и совершенствование подходов к выполнению государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также продолжение целенаправленной деятельности по разработке, внедрению и тиражированию высоких медицинских технологий. Это в целом работает на конечный результат – обеспечение населения области качественной, доступной и эффективной медицинской помощью.

Подводя итог сказанному, можно дать ряд практических рекомендаций:

1. Провести ежегодную профилактическую работу с населением - организация кабинетов гигиены полости рта, подготовка гигиенистов

стоматологических и «ассистента стоматологического». Активизация профилактической работы и медицинской активности населения.

2. Внедрить целевое усовершенствование, сертификацию и аттестацию врачей стоматологов.

3. Повысить доступность стоматологической помощи на селе.

4. Подготовить «Социально-ориентированную программу профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого и старческого возраста».

5. Провести мониторинг статистических данных и соответствующего анализа для уточнения состояния и динамики стоматологической патологии у населения.

6. Проведение информационных мотивационных бесед с населением, особенно с пожилым.

Система управления качеством медицинского обслуживания может считаться эффективной только тогда, когда предоставляемые медицинские услуги будут удовлетворять требования населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (в ред. от 21 июля 2014 г.) [Электронный ресурс] // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [Электронный ресурс]: федер. закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. № 5487 // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». Информ. банк. «Версия Проф». Разд. «Законодательство».
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326–ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.
4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий [Текст]: федер. закон от 29 декабря 2006 г. № 258–ФЗ // Собрание законодательства Рос. Федерации. – 2007. – № 1 (1 ч.) – Ст. 21.
5. Концепция долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации [Текст]: Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662–р // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2008. – № 47. – Ст. 5489.
6. Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно–эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» [Текст]: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2010. – № 36.
7. Стратегия социально–экономического развития Белгородской области на период до 2025 года [Текст]: Постановление правительства Белгородской области от 25 января 2010 г. № 27–пп // Белгородские известия. – 2010. – 10 марта.

8. Об утверждении Положения об управлении проектами в органах исполнительной власти и государственных органах Белгородской области [Текст]: Постановление Правительства Белгородской области от 31 мая 2010г. № 202-пп // Наш Белгород. – 2010. – № 38. – 15 апреля.

9. Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области [Текст]: Постановление Правительства области от 11 февраля 2013 г. № 59-р // Наш Белгород. – 2013. – № 64. – 27 июня.

10. Анохин, А.М. Всемирная организация здравоохранения как социальный институт [Текст] / А.М. Анохин. – М.: Мир, 2013. – 342 с.

11. Венедиктов, Д. Здравоохранение – это функциональная система [Текст] / Д. Венедиктов // Московский доктор. – 2017. – № 24. – С. 15-18.

12. Верткин, А. Л. Компьютерная модернизация медицины [Текст] / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, М.А. Румянцев, Е.Д. Ларюшкина, А.С. Русакова // Врач скорой помощи. – 2014. – № 7. – С. 46-50.

13. Войцехович, Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Б.А. Войцехович. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 125 с.

14. Гасников, В.К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований [Текст] / В. К. Гасников. – Ижевск : РМЦНС, 2016. – 359 с.

15. Герасимова, Н.А. Совершенствование системы управления здравоохранением в регионе [Текст] : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 / Н. А. Герасимова. – Воронеж, 2012. – 257 с.

16. Гладун, З. Учреждение здравоохранения: основы правового статуса [Электронный ресурс] / З. Гладун // Дискуссии и обсуждения: [сайт]. – Режим доступа: <http://pravoznavec.info/diskussii-i-obsujdeniya/uchrezhdenie-zdravoohraneniya-osnovy-pravovogo-statusa.html>.

17. Егоров, Т. Н. Организационно–методические основы управления качеством медицинских услуг [Текст] : дис. ... канд. эконом. наук.: 08.00.05 / Т. Н. Егоров. – СПб., 2018. – 154 с.

18. Ерохина, Т.В. Государственное управление здравоохранением в РФ [Текст] / Т. В. Ерохина. – Саратов : Литагент «Ай Пи Эр Медиа», 2017. – 345 с.

19. Жукова, М. В. Оценка эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в новых экономических условиях [Текст] / М. В. Жукова // Экономика. – 2015. – № 2. – С. 134-138.

20. Жукова, М.В. Развитие методического обеспечения оценки эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в сфере оказания сервисных услуг [Текст] / М. В. Жукова // Экономист лечебного учреждения. – 2016. – № 1. – С. 50-53.

21. Замараева, З.П. Институционализация социальной защиты населения в условиях современной России [Текст] : дис. ... д-ра социол. наук : 22.00.04 / З.П. Замараева. – М., 2012. – 144 с.

22. Зарубина, Т.В. О перспективах развития ИТ–образования врачей [Текст] / Т. В. Зарубина // Врач и информационные технологии. – 2016. – № 5. – С. 68-70.

23. Илюшин, Г.Я. Использование информационно– коммуникационных технологий в медицине [Текст] / Г.Я. Илюшин, С.Б. Шапошник // Информационное общество. – 2015. – № 2. – С. 76-91.

24. Кайдалов, А. Информатизация медицины: проблемы и решения [Электронный ресурс] / А. Кайдалов // PC Week Doctor : электрон. журн. / М, 2014. – № 2. – Режим доступа: <http://www.pcweek.ru/themes/detail.?ID=111200>.

25. Кесаева, Р. Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе [Текст]: дис.... д-ра социол. наук : 14.00.52 / Р. Э. Кесаева. – Волгоград, 2012. – 337 с.

26. Ковалевский, М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты [Текст] / М. А. Ковалевский, Н. Б. Найговзина. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2014. – 464 с.

27. Кузьменко, В. Г. Здоровоохранение в условиях рыночной экономики [Текст] / В.Г. Кузьменко, В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко. – М.: Дело, 2014. – 297 с.
28. Лисицын, Ю. К вопросу о медицинской социологии [Текст] / Ю. Лисицын, Л. Семенова // Российское здравоохранение. – 2014. – № 6. – С. 51–54.
29. Лисицын, Ю.П. Здоровоохранение в XX веке. [Текст] / Ю.П. Лисицын. – М.: Медицина, 2015. – 216 с.
30. Лучкевич, В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. [Текст] / В. С. Лучкевич. – СПб.: Наука, 2017. – 184 с.
31. Мунаев, Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России [Текст] : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Р.В. Мунаев. – М., 2009. – 167 с.
32. О ходе реализации программы модернизации здравоохранения: анализ за 12 месяцев // Программа модернизации : [сайт] / ОКГУЗ «МИАЦ» Белгородской области. – Белгород, 2012. – Режим доступа : <http://belmiac.ru/moder.html>.
33. Об информатизации здравоохранения [Электронный ресурс] / Документы : [сайт] / ТрастМед : современные технологические решения для медицины. – М., 2013. – Режим доступа : <http://1oms.ru/trustmed2/material.folder=2178&matID=2745>.
34. Официальный сайт департамента внутренней и кадровой политики области. – Режим доступа: <http://www.dkp31.ru>.
35. Официальный сайт департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. – Режим доступа: <http://www.belzdrav.ru>. 74.
36. Пиддэ, А.Л. Организационно–правовые и экономические основы модернизации здравоохранения в современной России: проблемы и возможности [Текст] / А. Л. Пиддэ // Руководителю ЛПУ. – 2014. – № 6. – С.14–25.

37. Положение о Департаменте здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области [Электронный ресурс] : Утверждено распоряжением Правительства Белгородской области от 9 июля 2007 года №119–рп // Департамент здравоохранения и социальной защиты Белгородской области: офиц. сайт : [сайт]. – Режим доступа: <http://www.belzdrav.ru/menus.php?cid=2>.

38. Поляков, И.В. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений [Текст] / И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов. – СПб.: Питер, 2014. – 487 с.

39. Попкова, Ю.В. Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52 / Ю.В. Попкова. – Саратов, 2017. – 177 с.

40. Репина, Г. Д. Актуальные вопросы повышения эффективности управления муниципальными учреждениями здравоохранения с использованием информационных технологий [Электронный ресурс] / Г. Д. Репина, Е. Л. Топоровская, Н. А. Капитоненко, Т. И. Булдакова // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. журн. – М., 2016. – № 10. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/119/30/lang,ru/>.

41. Сахно, А.В. Социология медицины и общественное здоровье [Текст] / А.В. Сахно. – М.: Наука, 2016. – 240 с.

42. Селезнев, В.Д. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики [Текст] / В. Д. Селезнев, И.В. Поляков. – СПб.: Нева, 2013. – 311 с. 75

43. Симаков, О. В. Приоритетные направления здравоохранения на 2015-2017 гг. [Текст] / О. В. Симаков, Г. С. Лебедев. – М. : Наука, 2015. – 143 с.

44. Системный анализ в здравоохранении [Текст] / Под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово : КемГМА, 2016. – 46 с.

45. Столбов, А.П. Здоровоохранение: новые реформы – старые проблемы [Текст] / А. П. Столбов // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 2. – С. 12-14.
46. Тавровский, В.М. Автоматизация лечебно-диагностического процесса [Текст] / В.М. Тавровский. – Тюмень: Вектор Бук, 2017. – 464 с.
47. Тогунов, И. А. Конкуренция в здравоохранении и медицине [Текст] / И. А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 12. – С. 38-41.
48. Тогунов, И.А. Теория управления рынком медицинских услуг [Текст] / И. А. Тогунов. – Владимир: Дело, 2015. – 308 с.
49. Удалов, Ф. Е. Моделирование качества жизни населения: факторный аспект [Текст] / Ф.Е. Удалов // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2017. – № 6. – С. 172-175.
50. Узинцева, В.М. Расслоение как один из основных методов статистического контроля качества медицинской помощи [Текст] / В.М. Узинцева // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2014. – № 2 (101). – С.11-21.
51. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения [Текст] / под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова и профессора Д.В. Пивеня. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения, 2015. – 128 с.
52. Утка, В.Г. Метод комплексной обобщенной оценки показателей охраны здоровья населения [Текст] / В.Г. Утка // Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений. – 2016. – № 4. – С. 241-250.
53. Филиппов Ю. Н. Значение анализа жалоб населения в оценке качества медицинской помощи [Текст] / Ю.Н. Филиппов // Медицинский альманах. – 2016. – № 1. – С. 18-20.
54. Финченко, Е. А. Методические подходы к оценке ресурсного обеспечения здравоохранения [Текст] / Е.А. Финченко // Главврач. – 2014. – № 10. – С. 85-92.

55. Финченко, Е. А. Информационное обеспечение управления здравоохранением на основе экспертных оценок [Текст] / Е.А. Финченко // Сибирский Консилиум. – 2014. – № 1. – С. 56-58.

56. Фоканов, С. Ю. Сравнительный анализ системы здравоохранения как социального института в России и Великобритании [Текст] : дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.04/ С. Ю. Фоканов. – М. : РГБ, 2008. – 146 с.

57. Фокин В.А. Информационная технология интегральной оценки состояния биосистем [Текст] / В.А. Фокин // Информатика и системы управления. – 2017. – № 2 (16). – С. 56-58.

58. Хабибуллин, К.Н. Медицинская социология [Текст] / К. Н. Хабибуллин. – СПб.: Нева, 2010. – 169 с.

59. Хаймур, М.Х. Применение методов многокритериального анализа для выбора медицинской техники в ЛПУ [Текст] / М.Х. Хаймур // НТОРЭС. – 2018. – №2. – С. 309-311.

60. Хальфин, Р. А. Методические рекомендации по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения [Текст] / Р.А. Хальфин. – М.: ИНТЕР, 2015. – 38 с.

61. Хальфин, Р.А. Состояние и перспективы развития муниципального здравоохранения Российской Федерации [Текст] / Р.А. Хальфин // Здравоохранение. – 2017. – № 12. – С.14-19.

62. Царик, Г. Н. Проблемы и перспективы развития регионального здравоохранения / Г. Н. Царик // Пробл. управления здравоохран. – 2002. – № 1. – С. 41- 42.

63. Цыцорина, И. А. Разработка и научное обоснование системы экспертных оценок в управлении здравоохранением на территориальном уровне (на примере Новосибирской области) [Текст] : Автореф. дис. канд. мед. наук / И.А. Цыцорина. – Новосибирск. – 2003. – 24 с.

64. Чеботарева, О. А. Патернализм в отечественной медицине [Текст] : дисс. канд. социол. наук : 22.00.04 / О. А. Чеботарева. – Волгоград, 2006. – 144 с.

65. Чепасов, В.И. Математическое обоснование компьютерной программы Сазыкина RANG [Текст] / В.И. Чепасов // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2014. – № 6. – С. 145-147.

66. Чернова, Т.В. Вариант методического подхода к оценке эффективности управления в лечебно-диагностических учреждениях [Текст] / Т.В. Чернова // Главврач. – 2017. – № 4. – С. 28-30.

67. Чертухина, О.Б. Изменение функций управления муниципальным здравоохранением в условиях рыночной экономики [Текст] / О.Б. Чертухина // Главврач. – 2018. – № 6. – С. 64-70.

68. Чеченин, Г.И. Состояние информатизации и автоматизации управления в системе охраны здоровья населения на региональном уровне [Текст] / Г.И. Чеченин // Врач и информационные технологии. – 2015. – № 1. – С. 56-58.

69. Шалмуев, А.А. Планирование развития региональной системы с использованием метода анализа иерархий (на примере Новгородской области) [Текст] / А.А. Шалмуев // Вестник Новгородского государственного университета. – 2016. – № 37. – С. 13-18.

70. Шапиро, И.А. Программный подход к автоматизации здравоохранения: опыт города Хабаровска [Текст] / И.А. Шапиро // Врач и информационные технологии. – 2018. – № 5. – С. 62-67.

71. Шипачев, К.В. Пути оптимизации муниципального здравоохранения [Текст] / К.В. Шипачев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – № 5. – С. 33-35.

72. Шитиков, В.К. Количественная гидроэкология: методы системной идентификации. [Текст] / В.К. Шитиков. – Тольятти: ИЭВБ РАН, 2013. – 463 с.

73. Шойко, С. В. Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение [Текст] : дисс. ... канд. экон. наук : 08.00.05/ С. В. Шойко. – М., 2006. – 168 с.

74. Щепин, О.П. Методология изучения здоровья населения [Текст] / О.П. Щепин. – М.: Инфо, 2014. – 25 с.

75. Щепин, О.П. Пути решения проблем здравоохранения [Текст] / О.П. Щепин // Проблемы социологии, здравоохранения и истории медицины – 2014. – № 1. – С. 1-6.

76. Щепин О. П. К развитию методологии в исследованиях общественного здоровья [Текст] / О.П. Щепин // Вестник Рос. Акад. мед. наук. – 2014. – № 4. – С. 38-43.

77. Юдицкий, С.А. Анализ и балансировка процессов исполнения ролей субъектами организационных систем [Текст] / С.А. Юдицкий // Управление большими системами. – № 22. – 2018. – С. 3350.

78. Юргель, Н.В. Первые результаты составления общероссийского рейтинга роддомов [Текст] / Н.В. Юргель // Здравоохранение. – 2018. – № 8. – С. 36-55.

79. Ямщиков, А.С. Организационно-экономические механизмы здравоохранения крупного города [Текст] / А.С. Ямщиков. – Красноярск: РИО КрасГУ, 2016. – 322 с.

80. Ямщиков, А. С. Совершенствование организационно-экономических механизмов системы здравоохранения крупного города [Текст]: дисс. ... докт. экон. наук : 08.00.05/ А. С. Ямщиков. – М., 2007. – 389 с.

81. Ямщиков, А.С. Некоторые аспекты организационно-экономического обеспечения здравоохранения крупного города [Текст] / А.С. Ямщиков // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 8. – С. 12-22.

82. Янкина, Л.Ю. Оценка эффективности медицинского обслуживания работников непроектной сферы в условиях медико-санитарной части [Текст] / Л.Ю. Янкина // Главврач. – 2018. – № 9. – С. 90-93.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРОГРАММА
социологического исследования
«Проблемы здравоохранения»

В рамках проводимой реорганизации здравоохранения, внедрения рыночных отношений и перехода к медицинскому страхованию, предусматривается необходимость решения одной из наиболее сложных задач - социальной целесообразности и экономической эффективности функционирования стоматологической службы. Последнее десятилетие характеризуется техническим прогрессом, внедрением современного оборудования и новых технологий в практику врачей-стоматологов. При этом на государственном уровне происходит формирование основных принципов уставной деятельности стоматологических медицинских организаций, регламентируются организационно-правовые формы, основы хозяйственно-экономической деятельности, определяются система налогообложения, субъекты и объекты движущих сил стоматологических услуг.

Важнейшим направлением развития здравоохранения в Белгородской области является оборудование больниц, поликлиник и фельдшерских пунктов новейшим оборудованием. В числе приоритетов выделяют следующие: ремонт и оснащение современным оборудованием поликлиник, больниц, фельдшерских пунктов, служб скорой помощи; улучшение качества медицинского обслуживания путем совершенствования оплаты медицинских услуг с применением медико-экономических стандартов; внедрение дифференцированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества выполненных работ.

Однако исследований, рассматривающих стоматологическую помощь в комплексе качества, уровня, объёма и безопасности предоставляемых услуг, которые учитывают не только интересы пациентов, но и врачей и руководителей стоматологических организаций, недостаточно. Основной базой концепции развития маркетинга отрасли, являются результаты

изучения нуждаемости, уровней обращаемости, посещаемости населения по поводу стоматологических заболеваний среди различных социальных групп населения, которые необходимы для программно-целевого планирования, разработки профилактических программ в рамках национальных проектов. К числу основных задач, стоящих сегодня перед департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, относится и совершенствование подходов к реализации программ поддержки стоматологических услуг, а также продолжение целенаправленной деятельности по разработке, внедрению и тиражированию высоких медицинских технологий. Это в целом работает на конечный результат – обеспечение населения области качественной, доступной и эффективной медицинской помощью.

Исследование проводится в стоматологических учреждениях г. Белгорода.

1. Методы сбора информации.

1.1. Изучение системы нормативно-правовых актов по проблемам управления системой здравоохранения, принятых на федеральном и областном уровнях.

1.2. Анкетный опрос, включающий в себя:

- опрос населения (анкета 1);
- опрос персонала медицинских учреждений (анкета 2);

Опрос работников системы высшего профессионального образования региона осуществляется посредством многоступенчатой выборки.

В самих образовательных учреждениях опрос осуществляется по методу серийной выборки. Выборочная совокупность среди опрошенного населения составила 125 респондентов, выборочная совокупность персонала медицинских учреждений – 50 респондентов.

Определение этапов исследования

Программа включает три основных раздела:

- 1) теоретико-методологический (содержит определение научной

проблемы и описание способов ее решения);

2) методический (содержит характеристику основных способов сбора данных и описание ожидаемых результатов);

3) организационный (включает определение основных этапов исследования и сроков их выполнения).

В результате подготовки и проведения исследования соблюдена следующая этапность:

1. Подготовительный этап – разработка программы исследования. Он проводился в срок с февраля по март 2018.

2. Этап сбора социологической информации – проведение социологического исследования. Он проводился в срок с мая по июль 2018.

3. Этап обобщения результатов исследования – обработка анкетных данных проведенного социологического исследования.

Социологическая анкета №1.
(для населения)

1. Удовлетворены ли Вы качеством предоставляемых медицинских услуг?

- | | |
|---|--|
| 1. Удовлетворен качеством медицинских услуг | 2. Недоволен медицинским обслуживанием |
|---|--|

2. Как Вы оцениваете работу врачей-специалистов широкого профиля?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Удовлетворительная | 3. Неудовлетворительная |
| 2. Хорошая | |

3. Как Вы оцениваете работу служб, обеспечивающих их лекарствами?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Удовлетворительная | 3. Неудовлетворительная |
| 2. Хорошая | |

4. Удовлетворены ли Вы качеством оказываемых стоматологических услуг?

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1. Удовлетворен | 3. Не удовлетворен |
| 2. Удовлетворен не в полной мере | |

5. Удовлетворены ли Вы наличием лекарств в больницах?

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1. Удовлетворен | 3. Не удовлетворен |
| 2. Удовлетворен не в полной мере | |

6. На что, по Вашему мнению, государство должно в большей степени направлять средства?

- | | |
|--|---|
| 1. На экологию, защиту окружающей среды | 9. На выплату пенсий |
| 2. На выплату социальных пособий | 10. На поддержку промышленности и сельского хозяйства |
| 3. На безопасность страны | 11. На развитие школ и детских садов |
| 4. На строительство и ремонт дорог | 12. На развитие больниц и поликлиник |
| 5. На оборону и вооруженные силы | 13. Ни на что из перечисленного |
| 6. На науку и инновации | 14. Затрудняюсь ответить |
| 7. На развитие профессионального образования | |
| 8. На жилищное строительство | |

7. Какие проблемы здравоохранения отмечает население в первую очередь?

- | | |
|--|--|
| 1. Неэффективная работа страховых компаний | 3. Взяточничество |
| 2. Недостаточный контроль за качеством услуг | 4. Недостаток финансирования здравоохранения |

5. Невежливое отношение со стороны медперсонала
6. Недостаточная оснащенность медучреждений современным оборудованием

7. Низкий уровень профессиональной подготовки врачей
8. Несовершенство законодательство
9. Другое

8. Насколько часто Вы обращаетесь к системе здравоохранения?

1. Довольно часто
2. Довольно редко
3. Практически не пользуюсь услугами медицинских учреждений
4. Вообще никогда не пользуюсь данными услугами

9. К кому из специалистов здравоохранения Вы обращаетесь гораздо чаще остальных?

1. К участковому врачу
2. Специалисту узкого профиля
3. В коммерческие медицинские учреждения
4. К знакомым врачам

10. К какой категории граждан Вы относитесь?

1. Льготной категории
2. Не имею никаких льгот

11. Если Вы относитесь к льготной категории граждан, то каков был результат обращения в медицинское учреждение?

1. Получал денежную компенсацию
2. Получал дополнительное лекарственное обеспечение

12. Как Вы оценивает доступность качественных медицинских услуг населению?

1. Никогда не платил врачам за работу, которую они должны делать совершенно бесплатно
2. Изредка оплачиваю работу, которую они должны делать совершенно бесплатно
3. Вынужден платить довольно часто
4. Плачу постоянно врачам за ту работу, которую они должны делать бесплатно

13. Каким, на Ваш взгляд, должно быть здравоохранение в Белгородской области и по России в целом?

1. Бесплатным
2. Платным
3. Возможность сосуществования как платных, так и бесплатных медицинских услуг

14. Укажите Ваш пол?

1. Мужской
2. Женский

15. Укажите Ваш Возраст?

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1. 20 – 30 лет | 4. 51 – 60 лет |
| 2. 31 – 40 лет | 5. 60 лет и старше |
| 3. 41 – 50 лет | |

Социологическая анкета №2.
(для сотрудников стоматологических учреждений)

1. Необходимо ли улучшение материально – технической базы поликлиники, ее медицинского оборудования, оснащения, лекарственного обеспечения?

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1. Да | 3. Нет |
| 2. Скорее да, чем нет | |

2. Нужно ли создание системы управления качеством медицинского обслуживания, проведение мероприятий, направленных на повышение качества, эффективности, удовлетворенности пациентов, повышение ответственности пациентов за свое здоровье?

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1. Да | 3. Нет |
| 2. Скорее да, чем нет | |

3. Улучшение финансирования поликлиники, повышение уровня финансирования и тарифов в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), расширение использования дополнительных источников финансирования, включая дополнительную оплату работодателями и пациентами позволило бы улучшить материально-техническую базу больницы?

- | | |
|---|--|
| 1. Дополнительное финансирование значительно улучшило бы как материально-техническую базу больницы, так и | сам процесс оказания медицинского обслуживания |
| | 2. В основном согласен с этим |
| | 3. Сомневаюсь, что это как-то бы повлияло |

4. Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников, повышение уровня оплаты труда, оплата труда и премии с учетом объема, качества работы и удовлетворенности пациентов улучшило бы отношение к пациентам?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Да | 3. Нет |
| 2. Скорее да, чем нет | 4. Затрудняюсь ответить |

5. К какой категории сотрудников Вы относитесь?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Врач | 3. Младший медицинский персонал |
| 2. Средний медицинский персонал | 4. Прочие сотрудники |

6. Укажите Ваш пол?

- | | |
|------------|------------|
| 1. Мужской | 2. Женский |
|------------|------------|

7. Укажите Ваш Возраст?

1. 20 – 30 лет
2. 31 – 40 лет
3. 41 – 50 лет
4. 51 – 60 лет
5. 60 лет и старше

Паспорт проекта

«Здоровое долголетие!»
(полное наименование проекта)

1. Основание для открытия проекта

<p>1.1. Направление Стратегии социально-экономического развития региона, на примере которого проводится диссертационное исследование</p>	<p>Развитие здравоохранения, физической культуры и спорта</p>
<p>1.2. Индикатор (показатель) реализации Стратегии социально-экономического развития региона, на примере которого проводится диссертационное исследование</p>	<p>Показателей, измеряющие качество жизни: здравоохранения, продолжительность жизни</p>
<p>1.3. Наименование государственной программы региона, на примере которого проводится диссертационное исследование</p>	<p>Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014 - 2020 годы</p>
<p>1.4. Наименование подпрограммы государственной программы региона, на примере которого проводится диссертационное исследование</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. 2. Кадровое обеспечение системы здравоохранения. 3. Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

2. Цель и результат проекта

2.1. Измеримая цель проекта:	содействие снижению распространенности стоматологических заболеваний путем увеличения объема мероприятий по профилактике заболеваний зубочелюстной системы среди жителей города Белгорода и Белгородской области и повышению качества и доступности оказываемых стоматологических услуг
2.2. Способ достижения цели:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание условий оказания стоматологической помощи не менее 80 - 85 % населения области на период реализации программы; 2. Сокращение сроков лечения путем внедрения современных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний; 3. Улучшение материально-технической базы стоматологических учреждений области; 4. Увеличение выездов в населенные пункты округа для оказания стоматологической помощи, в том числе частнопрактикующих врачей
2.3. Результат проекта:	<ul style="list-style-type: none"> - проведение профилактических осмотров у 80 - 85 % населения области на период реализации программы; - улучшение материально-технической базы 3 стоматологических учреждений области; - увеличение выездов в населенные пункты округа для оказания стоматологической помощи, в том числе частнопрактикующих врачей в 4 раза; - уменьшение цены на предоставляемые стоматологические услуги на 0,75%; - открытие двух кабинетов неотложной стоматологической помощи; - формирование услуг круглосуточной стоматологической помощи на базе 1 городской больницы.

	Требование:	Вид подтверждения:
2.4. Требования к результату проекта:	Создано не менее 4 новых рабочих мест	Предоставление копий трудовых договоров
	Проведение не мене 2 раз в год профилактического осмотра населения	Предоставление журналов регистрации пациентов
	Оснащение инновационным оборудованием 3 стоматологических центров	Предоставление сопроводительной документации о закупке оборудования
	Повышение квалификации 6 специалистов в год	Предоставление сертификатов о повышении квалификации
2.5. Пользователи результатом проекта:	1) население Белгородской области; 2) департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области; 3) органы местного самоуправления районов Белгородской области; 4) некоммерческие организации и объединения региона; 5) коммерческие организации; 6) СМИ (областные, городские, районные; пресса, телевидение, радио, интернет); 7) профессиональное сообщество (мед. учреждения и коллеги из других регионов); 8) образовательные и медицинские учреждения.	

3. Ограничения проекта

БЮДЖЕТ ПРОЕКТА (тыс. руб.):	
Целевое бюджетное финансирование:	
федеральный бюджет:	
областной бюджет:	874,6
местный бюджет:	625,0
Внебюджетные источники финансирования:	
средства хозяйствующего субъекта:	84,0
заемные средства:	
прочие (указать): взаимодействие с медицинскими представителями организаций производящих и предлагающих лекарственные средства	74,6

Общий бюджет проекта:	1658,2
СРОКИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА (чч.мм.гг.)	
Дата начала проекта (план):	13.05.2019
Дата завершения проекта (план):	30.12.2020

4. Календарный план-график работ по проекту

Название работы/процесса	Дата начала	Дата окончания (контрольная точка)	Документ, подтверждающий выполнение
организация профилактического обследования населения области по выявлению стоматологических заболеваний и прогнозированию риска осложнений	11.06.2019	21.10.2020	Журнал регистрации пациентов
укрепление материально–технической базы имеющихся стоматологических центров области в соответствии с действующим законодательством	20.06.2019	30.08.2019	Паспорт приобретенного оборудования
внедрение и совершенствование современных технологий оказания стоматологической помощи населению Белгородской области	11.06.2019	21.10.2020	Отчет об оказании инновационных стоматологических услуг и мониторинг востребованности пациентами
формирование направлений переподготовки кадров стоматологических учреждений	11.06.2019	20.07.2019	Программа повышения квалификации
мониторинг мер по оптимизации профилактики стоматологических заболеваний	11.06.2019	20.12.2020	Отчет об исследовании реализуемого процесса профилактического обслуживания населения
совершенствование системы оказания медицинской помощи детям и лицам пожилого возраста	11.06.2019	20.12.2020	Реализация проектных мероприятий
открытие двух кабинетов неотложной стоматологической помощи	14.01.2020	14.01.2020	Проектная документация
повышение квалификации медицинских работников, участвующих в оказании стоматологической помощи	11.06.2019	20.12.2020	Сертификаты о повышении квалификации

Название работы/процесса	Дата	Дата окончания	Документ, подтверждающий выполнение
формирование услуг круглосуточной стоматологической помощи на базе 1 городской больницы	11.06.2019	20.07.2020	Приказ контролирующего органа на местном уровне
подготовка и издание методических материалов по профилактической работе	21.06.2019	20.12.2020	Брошюры , статьи и прочие полиграфические материалы

5. Риски проекта

№ п/п	Наименование риска проекта	Ожидаемые последствия наступления риска	Предупреждение наступления риска	Действия в случае наступления риска
			Мероприятия по предупреждению	
1.	Недостаток финансирования или несвоевременное финансирование	Срыв реализации проекта	Своевременная подача заявок на финансирование, мониторинг поступления денежных средств	Перенос сроков реализации проектов
2.	Низкая мотивация сотрудников и населения к участию в проекте	Срыв сроков реализации проекта	Разработка и проведение информационных кампаний; создание эффективной системы управления на основе четкого распределения функций, полномочий и ответственности основных исполнителей проекта	Корректировка сроков проекта, поиск и привлечение участников проекта
4.	Низкий уровень заинтересованности органов здравоохранения и социальной защиты к реализации Проекта	Не достижение целей и результатов проекта; Закрытие проекта	Организация и проведение совещаний с руководителями органов исполнительной власти	Корректировка управления проектом
5.	Нарушение сроков поставки оборудования и лекарственных препаратов	Срыв сроков реализации проекта	Заключение срочных договоров на поставку	Перенос сроков реализации проектов

