



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный экономический университет»
(УрГЭУ)

<i>Направление подготовки</i>	38.03.04 Государственное и муниципальное управление
<i>Направленность (профиль)</i>	Государственная и муниципальная служба

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(БАКАЛАВРИАТ)**

<i>Тема</i>	Реализация государственной политики в сфере здравоохранения на уровне субъекта РФ
-------------	--

<i>Обучающийся</i>	Скрипкина Татьяна Михайловна
<i>Группа</i>	ГМС-17/1
<i>Руководитель</i>	Резниченко Денис Владимирович к.с.н., доцент
<i>Консультант (при наличии)</i>	

<i>Кафедра</i>	Государственного и муниципального управления
<i>Институт</i>	Непрерывного и дистанционного образования

<i>Нормоконтролер</i>	Ляшенко Елена Александровна старший преподаватель
-----------------------	--

<i>Дата защиты</i>	
<i>Оценка</i>	

Екатеринбург
2020 г.

АННОТАЦИЯ

1) *Ф.И.О. выпускника* Скрипкина Татьяна Михайловна

Код, направление подготовки 38.03.04 Государственное и муниципальное управление

Профиль Государственная и муниципальная служба

Форма обучения заочная

2) *Тема работы (название)* Реализация государственной политики в сфере здравоохранения на уровне субъекта РФ

Краткое описание содержания работы:

В первой главе раскрыты содержание государственной политики в сфере здравоохранения и нормативно-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения.

Во второй главе работы охарактеризована деятельность Министерства здравоохранения Свердловской области по реализации государственной политики в сфере здравоохранения, а также произведен анализ современного состояния политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

Третья глава содержит проблемы государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области, а также разработаны направления совершенствования реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

Результат работы (основные выводы): в работе представлен анализ теоретических основ государственной политики в сфере здравоохранения, а также проведен анализ реализации государственной политики в сфере здравоохранения Свердловской области, с помощью которого были разработаны направления совершенствования реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1 Теоретические основы государственной политики в сфере здравоохранения	7
1.1 Понятие и сущность государственной политики в сфере здравоохранения	7
1.2 Нормативно-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения	18
2 Анализ реализации государственной политики в сфере здравоохранения Свердловской области	25
2.1 Деятельность Министерства здравоохранения Свердловской области по реализации государственной политики в сфере здравоохранения	25
2.2 Анализ современного состояния политики в сфере здравоохранения в Свердловской области	36
3 Рекомендации по совершенствованию реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области	43
3.1 Проблемы государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области	43
3.2 Направления совершенствования реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области	46
Заключение	58
Список использованных источников	62
Приложения	66

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования состоит в постоянной необходимости реализации и модернизации государственной политики в сфере здравоохранения. Стоит отметить, что обеспечение сохранения и улучшения здоровья граждан – это прямая обязанность государства и именно от грамотной реализации политики в данной области зависит не только благосостояние страны и граждан проживающих в ней. Немаловажным является тот факт, что демографические показатели и показатели здоровья населения являются критериями эффективности социальной и экономической политики государства и факторами национальной безопасности.

Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению.

Эффективную реализацию политики в области здравоохранения определяют следующие факторы:

1) совершенствование организационной системы, способствующей обеспечению формирования здорового образа жизни и оказанию бесплатной и качественной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий, соответственно);

2) модернизация инфраструктуры и ресурсного обеспечения, которое состоит из финансового, материально-технического и технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений;

3) наличие необходимого количества квалифицированных медицинских кадров, способных решать поставленные здравоохранением Российской Федерации задачи.

Проблемное поле исследования обусловлено, тем что на современном этапе развитие здравоохранения Российской Федерации находится в стадии реформирования. Основной движущей силой является совокупность проблем национальной системы здравоохранения, а именно низкая социально-экономическая эффективность.

Цели и задачи исследования. Целью работы является анализ реализации государственной политики в сфере здравоохранения на уровне Свердловской области.

Выбор данной цели исследования обусловил необходимость постановки и решения комплекса взаимосвязанных задач:

- 1) рассмотреть понятия «государственная политика» и «сфера здравоохранения»;
- 2) изучить особенности государственной политики в сфере здравоохранения;
- 3) изучить нормативно-правовую основу государственной политики в сфере здравоохранения;
- 4) рассмотреть реализацию государственной политики в области здравоохранения по Свердловской области за 2017-2019 гг.;
- 5) выявить проблемы государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области;
- 6) разработать рекомендации по совершенствованию реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

Объект исследования. Объектом исследования выступает государственная политика в сфере здравоохранения.

Предмет исследования. Предметом исследования является реализация государственной политики в сфере здравоохранения на уровне Свердловской области.

Методы исследования. В процессе написания выпускной квалификационной работы применялись общенаучные и специальные методы: системный подход, сравнительный анализ и синтез, индукция и дедукция, приемы логического мышления, статистико-экономический метод, а также методы графического анализа для систематизации и визуализации информации.

Информационной базой исследования выступили учебная и научная литература, система нормативно-правовых актов Российской Федерации,

Свердловской области, материалы специальных периодических изданий, статистические данные Росстата и Свердловскстата.

Структура работы обусловлена поставленной целью и задачами и состоит из трех глав, включающих шесть параграфов, введения, заключения, списка использованных источников и приложения.

Первая глава посвящена содержанию государственной политики в сфере здравоохранения и нормативно-правовым основам государственной политики в сфере здравоохранения.

Вторая глава посвящена деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области по реализации государственной политики в сфере здравоохранения, а также произведен анализ современного состояния политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

Третья глава посвящена проблемам государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области, а также разработке направления совершенствования реализации государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 ПОНЯТИЕ И СУЩНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медицина в государстве и обществе реализуется через систему организации здравоохранения, то есть лечебной помощи населению.

Здравоохранение – это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, которые направлены на практические действия по сохранению и улучшению здоровью населения.

Здравоохранение является институтом реализации государственных гарантий целью, которого является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение его уровня здоровья.

Он представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья [5, с. 98].

Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

Численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2019 года – 146,8 млн. человек. В 2018 году в связи с продолжающимся сокращением численности женщин активного репродуктивного возраста,

показатель рождаемости снизился на 5,2 % и составил 11,5 на 1 000 населения, представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 – Динамика рождаемости и смертности (на 1 000 населения) с 2000-2018 гг¹

Исходя из рисунка, можно сделать вывод, что за 12 месяцев 2018 года родилось 1 599 316 человек, что на 90 568 человек меньше (на 5,4 %), чем за аналогичный период 2017 года – 1 689 884 человека.

Ключевая роль системы здравоохранения в современной общественной системе прежде всего обусловлена тем, что услуги здравоохранения рассматриваются в качестве социально-значимых благ.

Следует принять во внимание тот факт, что понятие системы здравоохранения в настоящее время не закреплено ни в одном из действующих нормативно-правовых актов, однако сам термин «система здравоохранения» можно найти, к примеру, в п.2 ст.41 Конституции РФ, которая гласит «В Российской Федерации охрана здоровья населения обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения» [1, с. 1].

¹ Составлено автором по: [6]

Здравоохранение включает в себя систему лечебно-профилактических, противоэпидемических и реабилитационных мероприятий и соответствующую сеть учреждений различной собственности, в частности:

- 1) лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, диспансеры и другое);
- 2) учреждения охраны здоровья и медицинской помощи женщинам и детям (женские консультации, роддома);
- 3) учреждения медицинского образования и науки (медучилища, вузы, НИИ);
- 4) санитарно-противоэпидемическую службу (Роспотребнадзор);
- 5) фармацевтические учреждения;
- 6) санаторно-курортные учреждения;
- 7) учреждения медицинского страхования;
- 8) учреждения патологоанатомической службы, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы.

Хочется отметить, что в 2018 году общая заболеваемость в Российской Федерации в целом составила 163 429,7 на 100 тысяч населения (в 2017 году – 161 734,1), динамика заболеваемости населения в РФ, представлена на рисунке 2.

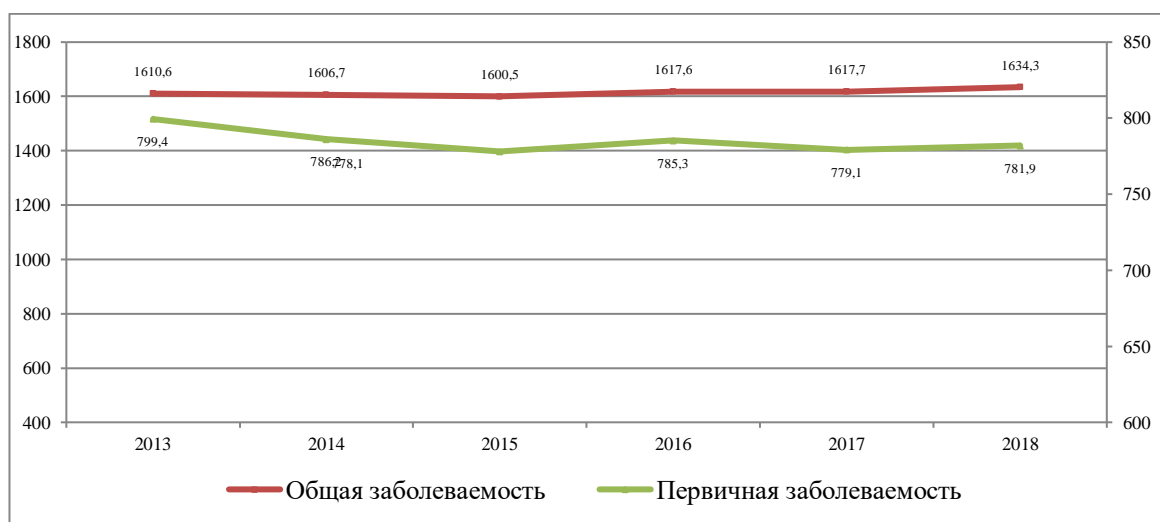


Рисунок 2 – Динамика заболеваемости населения Российской Федерации (на 1 000 человек населения) за период 2013–2018 гг²

² Составлено автором по: [6]

В 2018 году выросла заболеваемость по следующим классам: болезни нервной системы, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани новообразования, травмы отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Приложение А).

Структура общей заболеваемости в РФ за 2018 год, представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 – Структура общей заболеваемости в РФ за 2018 год³

Государственная политика – это совокупность целей, задач, приоритетов, принципов, стратегических программ и плановых мероприятий, которые

³ Составлено автором по: [3]

разрабатывают и реализуют органы государственной власти, используя для этого силы и ресурсы различных институтов гражданского общества [5, с. 22].

Государственная политика является целенаправленной деятельностью органов государственной власти в сфере решения общественных проблем, достижения и реализации общезначимых целей развития всего общества или его отдельных сфер [10, с. 14].

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

Под государственной политикой в сфере здравоохранения будем понимать систему ценностей и целей, совокупность управленческих мер, решений и действий, направленных на обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в надлежащем объеме и соответствующего качества для снижения смертности, повышения рождаемости, увеличения продолжительности жизни населения страны.

В общем виде схему государственной политики в области здравоохранения можно рассмотреть на рисунке 4.

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 сфере охраны здоровья населения; приоритетности финансирования системы здравоохранения.

В России на федеральном уровне охрана здоровья, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения страны возлагается на Министерство здравоохранения Федерации, которое является центральным отраслевым органом руководства здравоохранением в составе правительства и возглавляемое Министром здравоохранения, организационная структура и штатное расписание Министерства здравоохранения Российской Федерации утверждается соответствующим Постановлением правительства.

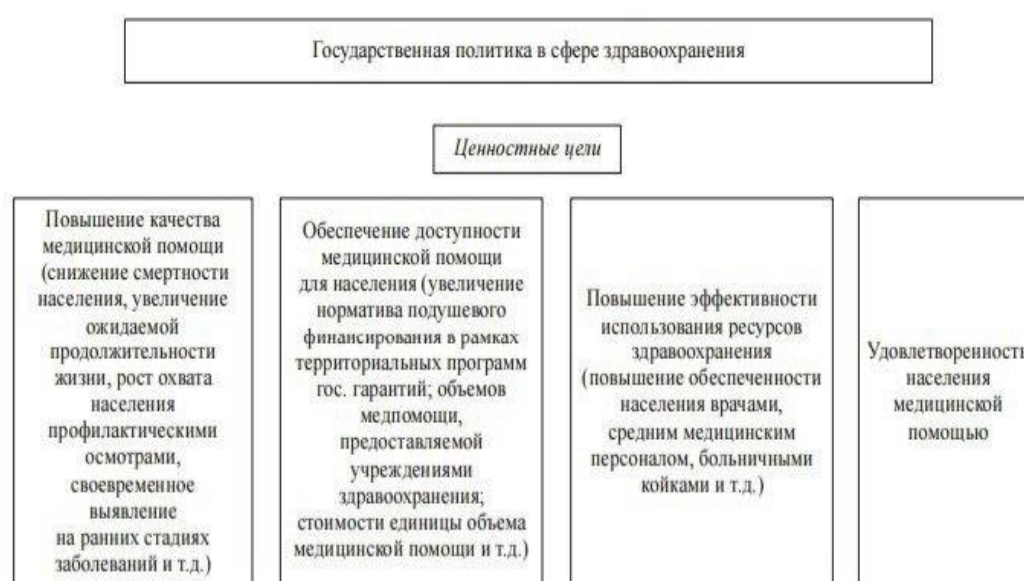


Рисунок 4 – Общая схема государственной политики в сфере здравоохранения⁴

Правительство Российской Федерации в свою очередь осуществляет федеральную государственную политику в области здравоохранения и финансирует федеральные целевые программы, например, такие как:

- 1) «развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»;
- 2) «повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах»;

⁴ Составлено автором по: [3]

3) «национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2015–2020 годы)».

Основные приоритетные направления деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2020 год определены Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее – Указ № 204):

– обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации;

– повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (в 2030 году – до 80 лет).

Во исполнение Указа № 204 Минздравом России разработан национальный проект «Здравоохранение», утвержденный 24 декабря 2018 года на Президиуме Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, который содержит 8 федеральных проектов.

Во-первых, одним из значимых федеральных проектов является «развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», который направлен на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации, в том числе в малонаселенных и труднодоступных районах.

Во-вторых, федеральный проект под названием «борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Направлен на повышение доступности и качества медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и снижение смертности от болезней системы кровообращения путем оснащения медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений; профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений; внедрения клинических рекомендаций и протоколов лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году.

В-третьих, проект о «борьбе с онкологическими заболеваниями», который направлен на улучшение выявления и повышение качества медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

В-четвертых, федеральный проект под названием «развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Реализация федерального проекта направлена на развитие профилактического направления педиатрической службы и внедрение стационарозамещающих технологий в амбулаторных условиях.

В-пятых, проект об «обеспечении медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который направлен на устранение кадрового дефицита медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также обеспечение необходимыми специалистами кардиологической, онкологической и педиатрической служб.

А также значимые федеральные проекты, такие как: «завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров, внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения»; «создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»; «развитие экспорта медицинских услуг».

Субъектами Российской Федерации разработаны, согласованы с Минздравом России и утверждены региональные составляющие национального проекта в соответствии с паспортами федеральных проектов, которые содержат планируемые значения показателей, объемов финансового обеспечения, задачи, планируемые результаты, контрольные точки и мероприятия.

Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан [12, с. 54].

При этом Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) осуществляющим следующие функции по выработке и

реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы и военно-врачебной экспертизы), фармацевтической деятельности, включая обеспечение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств для медицинского применения, обращения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, организацию среднего, высшего, послевузовского и дополнительного медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела.

Важно отметить, что среди основных функций Министерства здравоохранения необходимо указать следующие [11, с. 9]:

- разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, базовой программы обязательного медицинского страхования;
- разработка программ подготовки медицинских и фармацевтических работников;
- разработка и реализация мер по спасению жизни людей в чрезвычайных ситуациях;
- развитие материально-технической базы здравоохранения;

- координация и финансирование научных исследований;
- разработка порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;
- разработка и утверждение стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;
- сертификация лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;
- разработка единой системы статистического учета и отчетности в органах и учреждениях здравоохранения;
- международное сотрудничество в области здравоохранения [4, с. 102].

Перечисленные функции возлагаются на Министерство здравоохранения и исполняются посредством уполномоченных федеральных органов исполнительной власти.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и (Росздравнадзор) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения.

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, организацию деятельности службы крови, по контролю и надзору в сфере донорства крови и ее компонентов, а также по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда [15, с. 74].

В подчинении у Министерства здравоохранения Российской Федерации находятся Министерства здравоохранения республик, входящих в состав Российской Федерации, комитеты по здравоохранению автономных округов, автономной области, краев и областей, а также городов федерального значения [15, с. 23].

В городах управление здравоохранением осуществляется городскими и районными комитетами по здравоохранению. В сельской местности функции районных отделов здравоохранения выполняют центральные районные больницы.

Министерство здравоохранения республики, входящей в состав Российской Федерации, с одной стороны, по общим вопросам подчинено соответствующему правительству, а по вопросам здравоохранения – Министерству здравоохранения Российской Федерации [5, с. 4].

В этом проявляется двойственное подчинение системы органов управления здравоохранением.

Территориальные органы управления здравоохранением также, с одной стороны, подчинены соответствующим административным органам управления, а по отраслевым вопросам вышестоящим органам управления здравоохранения, что можно увидеть на рисунке 5.



Рисунок 5 – Структура центрального аппарата Министерства здравоохранения Российской Федерации⁵

⁵ Составлено автором по: [9]

Принципы государственной политики в сфере здравоохранения можно подразделить на общие и частные.

Общие принципы:

- формирование эффективной институциональной структуры (в том числе ее нормативно-правового обеспечения), поддерживающей переход от управления затратами к управлению результатами;
- обеспечение равенства прав граждан на получение качественной помощи;
- обеспечение гарантированного объема бесплатной помощи;
- рост доступности медицинской помощи;
- рост социальной ответственности структур здравоохранения;
- приоритетность профилактики.

Частные принципы:

- регламентация реализации государственной политики на всех уровнях власти;
- анализ результативности и коррекция целей;
- повышение ответственности органов власти за реализацию государственной политики.

1.2 НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – это федеральный законодательный акт Российской Федерации, принятый в соответствии с Конституцией Российской Федерации для регулирования основ охраны здоровья граждан в сфере здравоохранения. Федеральный закон определяет [1, с. 2]:

1) здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

2) охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

В указанном выше Федеральном законе разрабатывались законы, которые можно разделить на 4 группы [6, с. 66]:

- законодательство в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- законодательство в сфере профилактики;
- законодательство в сфере организации медицинской помощи;
- законодательство по вопросам финансирования здравоохранения.

Во 2 главе, статьи 4, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится, что основными принципами охраны здоровья являются [14, с. 12]:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

- б) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Однако выполняется данная статья не полностью. В частности, пункт 6 «доступность и качество медицинской помощи» в России является, так скажем, наболевшей темой. Возникает дилемма: если медицина является доступной, то появляется сомнение в её качестве, если медицина качественная, то она становится не доступной для людей низкого и среднего достатка. Все это приводит к ухудшению ситуации, связанной со здоровьем населения, а также к повышению смертности.

Рассматривая формирование государственной политики в области здравоохранения как комплексную проблему, мы основываемся на том, что определяя ее правовые основы необходимо исследовать не только как отражается изучаемое понятие в нормативных правовых актах, но и системные характеристики зафиксированной в нём сущности. Речь идёт, в частности, о том, чтобы решить принципиальный вопрос о взаимосвязи между обозначенными в Конституции Российской Федерации направлениями государственной политики [3, с. 28]:

- а) в области здравоохранения (статья 114) и
- б) внутренней политики (статьи 80 и 84). Логично считать, что в системе государственной политики первое направление является частью второго.

В таком случае у государственной политики в области здравоохранения появляется серьезная властная поддержка, так как в соответствии со статьей 80 Конституции, основные направления внутренней политики государства, а, следовательно, и её здравоохранительной составляющей, определяются Президентом Российской Федерации [20, с. 98].

Помимо этого, правовое регулирование в области здравоохранения осуществляется в соответствии с различными международными договорами Российской Федерации, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, принимаемыми в соответствии с их компетенцией.

Примерами нормативных правовых актов являются следующие.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данный закон является базовым нормативным актом, определяющим взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан России. В частности, в нем определены основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации права граждан на охрану здоровья; организационные начала государственного, муниципального и частного здравоохранения, решаются вопросы его финансирования; содержится раздел о правах граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, медицинской экспертизы; выделены разделы о правовой и социальной защите медицинских и фармацевтических работников, об ответственности за причинение вреда здоровью граждан, за сохранение врачебной тайны и т. д.

Федеральный закон от 28 июня 1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» с принятием которого с 1 января 1993 г. была введена система страховой медицины как формы социальной защиты граждан РФ. Благодаря этому Закону здравоохранение как система получило один из основных источников финансирования (помимо бюджетов всех уровней) - средства обязательного и добровольного медицинского страхования. Он определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения, которое, согласно ст. 1, обязано

гарантировать гражданам в случае необходимости получение медицинской помощи, включая и профилактическую, за счет накопленных средств.

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» регулирующий правоотношения по осуществлению государственного (ведомственного) санитарного-эпидемиологического надзора; организации госсанэпидслужбы; предусматривает ответственность за нарушение санитарного законодательства.

Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», до введения которого Россия не имела законодательных актов в сфере обращения лекарственных средств, устанавливает приоритет государственного регулирования в вопросах контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, систему государственных органов контроля, а также правовые нормы по возмещению вреда здоровью, нанесенного гражданину в связи с применением ненадлежащих лекарственных средств.

Федеральный закон от 08 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах» закрепивший на уровне правовых норм обязательство нашего государства по исполнению международных актов (конвенций) по наркотикам и создавший предпосылки для получения финансовой помощи ООН на противодействие незаконному обороту наркотиков.

Федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 - ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» устанавливающий основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, создал правовую основу для снижения количества инфекционных заболеваний (управляемые инфекции), которые в настоящее время представляют серьезную угрозу для безопасности страны.

Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрел в ст.4 гарантии государства по нераспространению среди населения одного из самых опасных заболеваний. Обеспечение осуществления указанных гарантий Закон возложил

непосредственно на органы исполнительной власти и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Федеральный закон от 18 июня 2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» устанавливающий правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

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

А также постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь.

А также постановление предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно:

– указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г.»;

– постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;

– приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

– приказ Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщений субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»;

– приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

– приказ Минздрава России от 07.06. 2019 №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

В 2019 году Правительством Свердловской области принято более 20 постановлений, в числе которых [6, с. 5]:

– постановление Правительства Свердловской области от 05.09.2019 N 574-ПП «Об утверждении Стратегии развития здравоохранения Свердловской области до 2035 года»;

– постановление Правительства Свердловской области от 25.12.2019 N 993-ПП «О внесении изменений в государственную программу Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 N 1267-ПП»;

– постановление Правительства Свердловской области от 01.08.2019 N 501-ПП «Об утверждении порядка и условий предоставления иных межбюджетных трансфертов из областного бюджета бюджету муниципального образования «город Екатеринбург» на укрепление материально-технической базы

муниципальных учреждений здравоохранения города Екатеринбурга в рамках переданных государственных полномочий Свердловской области по организации оказания медицинской помощи в 2019 году»;

–постановление Правительства Свердловской области от 16.07.2019 № 431-ПП «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Свердловской области»;

–постановление Правительства Свердловской области № 994-ПП от 25 декабря 2019 г. «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Данная программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

Рассмотрев основные Федеральные законы, принятые в области здравоохранения можно сделать вывод о том, что установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время очень неоднородна по своему составу, что обусловлено спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, а также уровнем законодательной разработанности этой области.

При этом любой нормативный акт в сфере здравоохранения не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу обособленно от других.

Следовательно, возникает необходимость объединения нормативных актов, посвященным вопросам охраны здоровья граждан, в единый законодательный комплекс, например, путем принятия «Кодекса законов об охране здоровья населения».

2 АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Свердловской области реализация политики в области здравоохранения проходит под контролем Министерства здравоохранения Свердловской области.

Министерство здравоохранения Свердловской области является областным исполнительным органом государственной власти Свердловской области. Оно участвует в выработке государственной политики Свердловской области в сфере охраны здоровья граждан, развития и охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов на территории Свердловской области. Осуществляет реализацию в указанных сферах государственной политики Свердловской области и единой государственной политики Российской Федерации. А также реализует отдельные государственные полномочия Российской Федерации, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации [3, с. 3].

В своей деятельности Министерство руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, иными правовыми актами Российской Федерации, Уставом Свердловской области, законами Свердловской области, правовыми актами Губернатора Свердловской области и Правительства Свердловской области, настоящим Положением.

Министерство здравоохранения Свердловской области имеет следующую организационную структуру, которая представлена на рисунке 6.

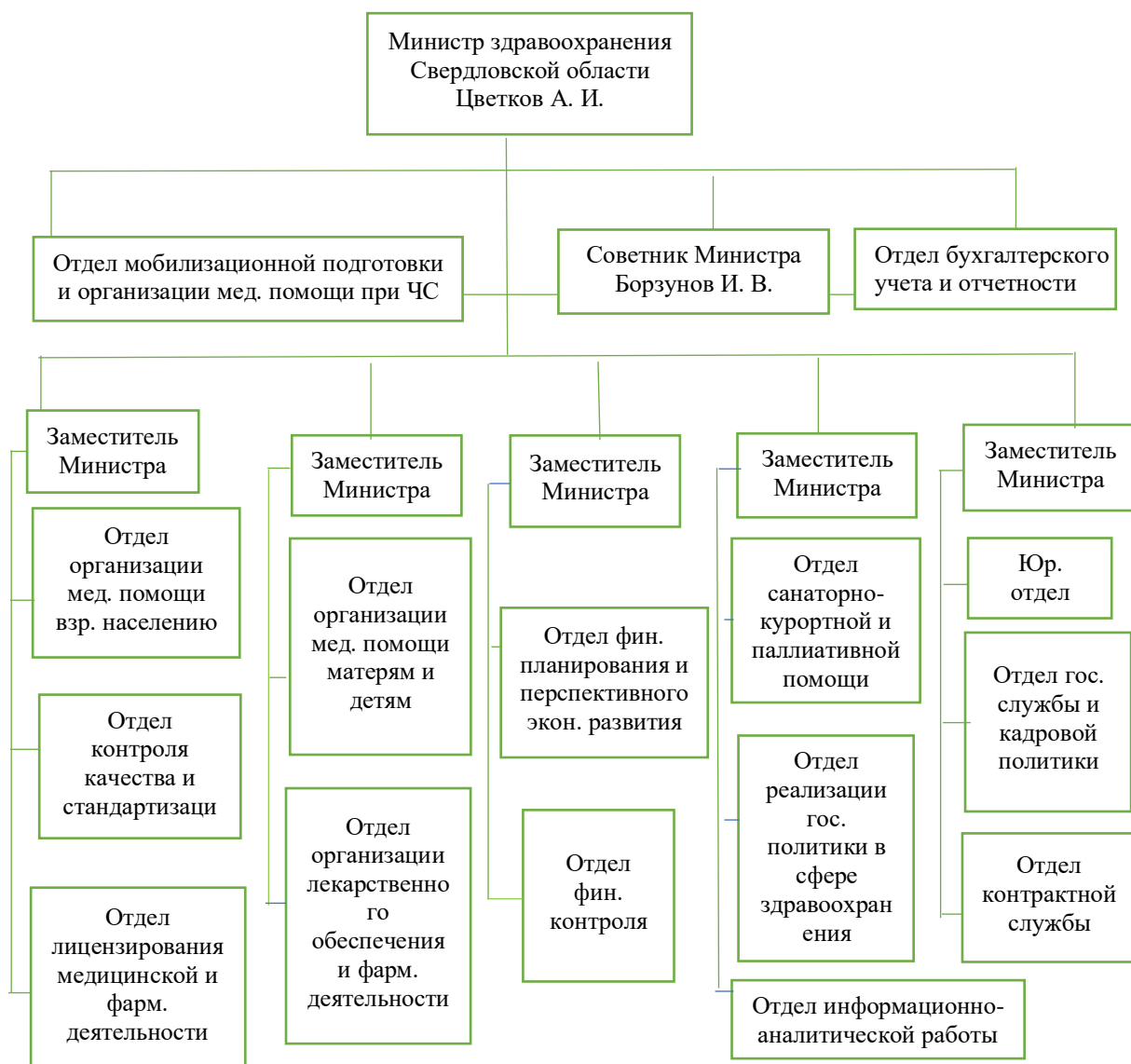


Рисунок 6 – Организационная структура Министерства здравоохранения Свердловской области⁶

Министерство здравоохранения Свердловской области и подведомственные ему учреждения предоставляют следующие услуги (государственные услуги).

Лицензирование медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук).

⁶ Составлено автором по: [6]

Лицензирование фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук).

Лицензирование деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук).

Прием заявлений, постановка на учет и предоставление информации об организации оказания высокотехнологической медицинской помощи.

Прием заявлений, постановка на учет и предоставление информации об организации оказания специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях.

Прием заявлений, постановка на учет и предоставление информации об организации оказания медицинской помощи, предусмотренной законодательством субъекта Российской Федерации для определенной категории граждан.

Награждение граждан и организаций наградами Министерства здравоохранения Свердловской области, проведение проверки документов на присвоение почетных званий и награждение наградами Свердловской области, наградами высших органов государственной власти Свердловской области, ведомственными наградами Министерства здравоохранения Российской Федерации, государственными наградами Российской Федерации и их направление в уполномоченные на рассмотрение органы.

Присвоение, подтверждение квалификационных категорий специалистов, работающих в системе здравоохранения Российской Федерации.

Прием заявлений, постановка на учет и предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг.

Ведение реестра фармацевтических организаций, осуществляющих отпуск лекарственных препаратов бесплатно и на льготных условиях.

Составление протоколов об административных правонарушениях, связанных с нарушением порядка предоставления мер социальной поддержки, установленных нормативными правовыми актами Свердловской области, или оказания государственной социальной помощи

Контроль за деятельностью подведомственных казенных, бюджетных и автономных учреждений Свердловской области.

Оказание бесплатной юридической помощи Министерством здравоохранения Свердловской области и подведомственными ему учреждениями.

Прием заявок (запись) на прием к врачу.

Выдача направлений гражданам на прохождение медико-социальной экспертизы, прием заявлений о проведении медико-социальной экспертизы, предоставление выписки из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом.

Заполнение и направление в аптеки электронных рецептов.

Выдача разрешения на занятие народной медициной [3, с. 7].

Все вышеперечисленные услуги оказываются через Министерство здравоохранения Свердловской области, подведомственные ему учреждения, многофункциональные центры, либо через портал оказания госуслуг (электронное правительство).

Портал государственных услуг предназначен для предоставления информации о государственных и муниципальных услугах, функциях,

ведомствах, а также для оказания услуг в электронном виде. С помощью электронного правительства можно: получить услугу в электронном виде; получить информацию о государственной или муниципальной услуге, месте получения, стоимости, сроках оказания и образцах документов; получить информацию о государственных и муниципальных учреждениях.

Государственные услуги (функции), предоставляемые Министерством здравоохранения Свердловской области, продемонстрированы на рисунке 7.



Рисунок 7 – Государственные услуги (функции), предоставляемые Министерством здравоохранения Свердловской области

Все вышеперечисленные услуги оказываются через Министерство здравоохранения Свердловской области, подведомственные ему учреждения, многофункциональные центры, либо через портал оказания госуслуг (электронное правительство).

Министерство здравоохранения Свердловской области уделяет особое внимание кадровому обеспечению системы здравоохранения. В области продолжается реализация мер по целевому федеральному набору студентов, который за последние пять лет вырос в 2,5 раза до 224 человек [7, с. 55].

В 2018 году впервые осуществлен целевой набор студентов в ординатуру за счет средств областного бюджета, который составляет 50 человек ежегодно. Кроме того, в областной медицинский колледж зачислено 1785 студентов за счет средств областного бюджета.

В 2020 году набор студентов в областной колледж составит 2530 человек, что на 42% больше, чем в 2019 году. Набор будет увеличен в рамках поручения Президента России о подготовке работников со средним медицинским образованием [8, с. 452].

В 2019 году удалось добиться увеличения принятых врачей, а также превышения принятых врачей над уволенными. В возрастной структуре уволившихся врачей в 2019 году преобладают врачи пенсионного возраста.

В таблице 1 представлена численность медицинских кадров Свердловской области за 2016-2019 гг.

Таблица 1 – Численность медицинских кадров Свердловской области за 2016-2019 гг.⁷

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	всего, тыс. человек	на 10000 человек населения	всего, тыс. человек	на 10000 человек населения
2016	18,4	42,4	47,9	110,6
2017	18,6	42,9	47,7	110,2
2018	18,2	42	46,7	108,1
2019	18,7	43,2	46,8	108,5

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Территориальная программа являлась бездефицитной в 24 субъектах

⁷ Составлено автором по: [10]

Российской Федерации, в том числе и в Свердловской области.

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и их фактическая реализация в рамках территориальных программ ОМС, отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и их фактическая реализация в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2018 году⁸

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Норматив базовой программы обязательного медицинского страхования (на 1 застрахованное лицо)	Фактический объем медицинской помощи, оказанной за счет средств обязательного медицинского страхования (на 1 застрахованное лицо)	
			всего	в т.ч. в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Скорая медицинская помощь	вызов	0,300	0,268	0,267
В амбулаторных условиях	посещение с профилактической целью	2,350	2,948	2,928
	посещение в неотложной форме	0,560	0,430	0,43
	обращение	1,980	1,671	1,668
В стационарных условиях	случай госпитализации	0,17235	0,18220	0,18140
В условиях дневного стационара	случай лечения	0,06	0,059	0,059

В 61 субъекте Российской Федерации фактические объемы медицинской помощи с профилактической целью выше или соответствуют установленному Программой государственных гарантий показателю. Наибольшее превышение (более чем в 2 раза) фактических объемов медицинской помощи над установленными Программой государственных гарантий нормативов отмечено в: Кемеровской Кировской, Магаданской, Свердловской областях, Чукотском автономном округе.

⁸ Составлено автором по: [10]

Министерство здравоохранения Свердловской области функционирует в условиях сформированной нормативно-правовой базы, позволяющей реализовывать Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 25.12.2019 года № 994-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», которая представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Перечень мед. организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов

Перечень мед. организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов	
№	Наименование медицинской организации
1	ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»
2	ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»
3	ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»
4	ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум»
5	ГБУЗ СО «Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт кардиологии»
6	ГБУЗ СО «Березовская центральная городская больница»
7	ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации
8	ФГБУЗ Поликлиника Уральского отделения Российской академии наук
9	ПАО «Северский трубный завод», лечебно-оздоровительный центр
10	ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье»
11	МАУ «Центральная городская клиническая больница № 23»
12	МАУ «Городская клиническая больница № 14»
13	МАУЗ «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга
14	МАУЗ «Городская клиническая больница № 40»
15	МАУ «Стоматологическая поликлиника № 12»

Таким образом, медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Свердловской области, составило 233 медицинских учреждения.

В Свердловской области развивается сеть центров медицинской реабилитации. Действуют 4 крупные областные больницы медицинской реабилитации и некоммерческое негосударственное научно-практическое медицинское учреждение «Клинический Институт Мозга», отделения реабилитации создаются в учреждениях здравоохранения Свердловской области в круглосуточных и дневных стационарах, развертываются койки по профилю медицинская реабилитация.

Успешно развиваются уникальные специализированные центры, такие, как «Сердце и сосуды», нейрохирургический, служба гемодиализа, успешно развивается трансплантология. Для оказания своевременной диагностики новообразований, основанной на принципах мультидисциплинарного подхода и преемственности, на базе 20 медицинских организаций Екатеринбурга и Свердловской области работают специальные центры амбулаторной онкологической помощи.

По данным на 27 мая 2019 года Министерству здравоохранения Свердловской области были подведомственны 139 медицинских организаций. По данным на 1 января 2019 года в Свердловской области существует развитая сеть частных и ведомственных медицинских организаций: 69 – федеральных медицинских организаций, 1618 – частных, 107 – индивидуальных предпринимателей [3, с. 3].

В 2019 году проведена независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями. Для независимой оценки применены следующие методы: исследование собственных интернет-сайтов и информационных стендов медицинских организаций; анкетирование в виде опроса граждан в помещении медицинской организации по анкетам, которые

содержат вопросы, позволяющие оценивать условия оказания услуг в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного стационара; интерактивное анкетирование при помощи Единого баннера «Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями», размещённого на собственных сайтах медицинских организаций, министерства здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения Свердловской области.

Медицинские организации, разработали соответствующие планы мероприятий, направленные на повышение качества условий предоставления медицинских услуги, повышение доступности медицинской помощи и улучшение информирования граждан о деятельности медицинской организации. Исполнение планов мероприятий будет контролироваться Общественным советом и Министерством здравоохранения Свердловской области.

В таблице 4, представлена Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями 2019 г.

Таблица 4 – Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями 2019 г.

Рейтинг	Медицинская организация	Процент удовлетворенности услугами, оказанными в медицинских организациях Свердловской области (из 100%)
1	МАУ «Стоматологическая поликлиника № 12»	97%
2	МАУ «Центральная городская больница № 2 им.А.А. Миславского»; МАУ «Детская городская клиническая больница № 9»; ГАУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника».	96%
3	ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии».	95%

Исходя из данной таблицы можно сделать вывод, что по количеству набранных баллов первое место в рейтинге присуждается МАУ «Стоматологическая поликлиника № 12», которая набрала 97 баллов из 100 возможных.

Второе место разделили три медицинские организации, набравшие по 96 баллов: МАУ «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского», МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», ГАУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника». Третье место с 95 баллами заняло ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии».

2.2 АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Анализ состояния реализации политики в сфере здравоохранения Свердловской области стоит начать с изучения и оценки выполнения Указов Президента Российской Федерации.

Указ Президента РФ от 07 мая 2012 № 596 -601, 606 (Приложение Б). Данный указ выполнен с отклонениями от плана, но они незначительные (не более трех процентов от планового значения).

По информации о реализации Указа Президента от 07 мая 2012 года № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике» (Приложение В) можно сказать, что он выполнен на 49,56% (а именно создано 241 и модернизировано 2669 рабочих мест).

Указ Президента от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (Приложение Г) реализован в полной мере.

Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 596–601, 606, пункт 1 (Приложение Д), можно считать вполне успешно выполненным. так как показатели смертности населения от различных заболеваний расходятся на

0,4 случая на 100 тыс. населения от нормы, а показатели младенческой смертности на 1,9 случаев на 1 тыс. родившихся живыми от нормы.

Указ Президента от 07 мая 2016 года № 597(Приложение Е) в части повышения заработной платы медицинских работников медицинских организаций также можно считать положительно выполненным, так как расхождения от плановых до фактических показателей составляют от 6 – 20% в хорошую сторону.

И наконец, стоит обратиться к отчету за 4 квартал 2019 года по реализации программы «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года».

Из 68 целевых показателей (за исключением показателей, по которым нет квартальных плановых значений) по 54 показателям достигнуты или перевыполнены плановые значения, что составляет 79,4%.

Не достигнуты плановые квартальные значения по показателям:

- 1) «выполнено вылетов санитарной авиации дополнительно к вылетам, осуществляемым за счет средств бюджета Свердловской области» - 245 единиц при плане 248;
- 2) «доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадиях» - 55,7% при плане 56%;
- 3) «смертность сельского населения» - 14,5 случая на 1000 человек сельского населения (данные Росстата за январь-май 2019) при плане 14,2;
- 4) «смертность от новообразований (в том числе злокачественных)» 233,2 случая на 100 тыс. человек населения (данные Росстата за январь-май 2019) при плане 222.5;
- 5) «смертность детей в возрасте 0-1 год на 1000 родившихся живыми» – 4,7 случая на 1000 родившихся живыми при плане 4,5;
- 6) «смертность населения в трудоспособном возрасте» – 546,7 случая на 100 тыс. человек населения при плане 542;
- 7) «смертность детей в возрасте 0-4 года на 1000 родившихся живыми» - 6,1 случаев на 1000 родившихся живыми при плане 5,9;

8) «доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи» – 13,6% при плане 30%;

9) «количество участников региональных и всероссийских конкурсов среди медицинских работников» – 76 человек при плане 100 человек;

10) «доля медицинских работников, которым фактически предоставлены единовременные компенсационные выплаты, в общей численности медицинских работников, которым запланировано предоставить указанные выплаты» – 76% при плане 100%;

11) «доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут, осуществленных на дорожно-транспортные происшествия» – 93% при плане 95%.

Расходы на реализацию мероприятий программы без учета полученной экономии в результате проведения конкурсных процедур было направлено в объеме 83 265 668,4 тыс. рублей за 2019 год [13, с. 1].

Государственным учреждениям утверждены государственные задания по 134 государственным услугам и 18 работам. В 2019 году соглашения на предоставление субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания заключены с 105 государственными учреждениями здравоохранения Свердловской области на сумму 12 907 281 тыс. рублей [13, с. 2].

По состоянию на 27.12.2019 фактически перечислено на лицевые счета учреждений 12 907 281 тыс. рублей (или 100 % от суммы заключенных соглашений). Вышеуказанные субсидии предоставляются в рамках реализации мероприятий, отражающих виды медицинской помощи.

Наибольший удельный вес в расходах, осуществленных в рамках программы имеют расходы на реализацию подпрограммы 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая технологическую, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной,

медицинской помощи», которые фактически на 27.12.2019 составили 35 180612,2 тыс. рублей (или 42,2% от общего объема фактических расходов).

Денежные средства перечисляются ежемесячно равными долями на счета фондов обязательного медицинского страхования во исполнение положений Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы на реализацию подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» составили 25 284 021,7 тыс. рублей.

На реализацию подпрограммы 7 «Меры социальной поддержки, обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан» составило 4 370 539,3 тыс. рублей (5,2 % от общего объема расходов по программе на отчетную дату).

На реализацию подпрограммы 3 «Охрана здоровья матери и ребенка» было направлено 14 294 721,9 тыс. рублей. Министерство здравоохранения Свердловской области осуществляет меры поддержки граждан в соответствии с действующим законодательством [13, с. 3].

Расходы на реализацию прочих подпрограмм составляют незначительную долю от общего объема фактических расходов на реализацию программы.

В рамках проекта «Укрепление общественного здоровья» была проделана широкомасштабная информационная кампания с охватом не менее 50% населения Свердловской области, включая мероприятия по профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска и профилактику онкологических заболеваний.

В 2019 году в Свердловской области было снято три видеоролика («Женское здоровье», «Ты не рискуешь», «Семья»). А также изготовлена наружная реклама по здоровому образу жизни, первичной профилактике онкологических заболеваний: разработаны плакаты с призывом пройти онкоскрининги в рамках диспансеризации в 16 городах Свердловской области:

Екатеринбурге, Верхней Пышме, Краснотурьинске, Полевском, Нижнем-Тагиле, Серове, Каменск-Уральском, Сухом Логе, Качканаре, Верхней Салде, Березовском, Ревде, Асбесте, Первоуральске, Новоуральске, Артемовском.

Проведено 6 массовых акций по профилактике онкологических заболеваний с целью обследования населения с использованием передвижных мобильных комплексов «Территория здоровья» 19.10.2019 – г. Серов, 20.10.2019 – г. Нижний-Тагил, 26.10.2019 – г. Ирбит, 09.11.2019- г. Каменск-Уральский, 24.11.2019 – г. Екатеринбург, 23.11.2019 – г. Первоуральск. Общее количество участников составило – 30 тыс. человек.

Проведенные мероприятия позволили охватить диспансеризацией определенные группы взрослого населения на 100,5 % при плане 95%.

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи, на основании Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», проводятся программы по модернизации здравоохранения субъектов РФ и мероприятия по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь. На территории Свердловской области проходит реализация национального проекта «Здравоохранение».

Во исполнение Указа Президента Российской «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» Министерство здравоохранения Свердловской области разработало проекты региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Борьба с онкологическими заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение» [12, с. 2].

Задачей данных программ является снижение на территории Свердловской области смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Реализация программ планируется на 2019–2024 годы.

В рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» организовано 22 первичных сосудистых отделения и 1 региональный сосудистый центр. Для жителей Западного управленческого

округа (г. Красноуфимск) и Горнозаводского управленческого округа (г. Верхняя Пышма) в 2019 году организованы сосудистые отделения, которые оснащены ангиографами. А также закуплено 2 реанимобиля для станций скорой медицинской помощи. В 2020 году открылось первичное сосудистое отделение в городе Артемовский.

С 2019 года услуга электрокардиографии с применением телемедицинских технологий стала проводиться не только расшифровка ТелеЭКГ, но и консультации фельдшеров о способах лечения и дальнейшей тактике введения пациента, что позволило на 33% увеличить количество проведенных тромбозов на догоспитальном этапе. Что поспособствовало в 2019 году снизить смертность от болезней системы кровообращения на 2,4% относительно аналогичного периода 2018 года.

В рамках регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями в Свердловской области» в 2019 году открылись два онкологических центра в Верхней Пышме и Асбесте.

С 2020 года в Свердловской области работает мобильный комплекс «Онкопатруль» с целью охвата населения отдельных территорий онкологической помощью.

В таблице 5, представлены совокупные затраты Свердловской области на здравоохранение за 2017-2019 гг.

Таблица 5 – Совокупные затраты Свердловской области на здравоохранение за 2017-2019 гг., тыс. руб.⁹

Наименование	Исполнено за 2017 год	Исполнено за 2018 год	Исполнено за 2019 год	Темп роста, %
Расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19854913,30	20351914,10	20499124,30	103,24
Расходы местных бюджетов	561953,00	563255,00	578992,00	103,03

⁹ Составлено автором по: [7]

Окончание таблицы 5

Наименование	Исполнено за 2017 год	Исполнено за 2018 год	Исполнено за 2019 год	Темп роста, %
Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области	44122178,00	45126981,00	45963355,30	104,17
в том числе расходы областного на обязательное медицинское страхование неработающего населения	19265422,70	21655125,30	21963214,00	114,00
Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области всего	64539044,30	65145026,10	65358625,00	101,27
в том числе на финансирование Территориальной программы	61694026,30	62355987,10	62458896,30	101,24

Исходя из анализа, можно сделать вывод, что затраты Свердловской области имеют тенденцию роста.

За анализируемый период 2017-2019 гг. расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения увеличились на 3,24 %, расходы местных бюджетов также имеют тенденцию роста, увеличение составляет 3,03%. Наибольшее увеличение расходов наблюдается по расходам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, что составляет 14,0%.

Из рассмотренных выше указов, программ и показателей можно сделать вывод о том, что в целом состояние здравоохранения Свердловской области хорошее и политика реализуется достаточно неплохо. Однако всё упирается в финансирование (то есть выделяемые финансовые средства не соответствуют реальным потребностям здравоохранения), но данная проблема будет рассмотрена в следующей главе.

3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 ПРОБЛЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Как и любая политика, которая реализуется в государстве, политика в сфере здравоохранения может испытывать определенные проблемы. Чаще всего проблемы имеют экономический (или социально – экономический) характер.

Однако не стоит забывать и о других проблемах. Например, отсутствие единой системы охраны здоровья, а именно разделение её на 3 автономные системы (государственную, муниципальную и частную) и множество различных подведомственных учреждений. Это значит, что такая социально значимая отрасль как здравоохранение не существует как единое целое. В настоящее время Министерству здравоохранения Свердловской области подведомственны 139 медицинских организаций.

По мимо этого в Свердловской области существует развитая сеть частных и ведомственных медицинских организаций: 69 – федеральных медицинских организаций, 1618 частных, 107 индивидуальных предпринимателей.

Все вышесказанное приводит к нарастанию различий доступности и качества медицинской помощи между субъектами Российской Федерации, муниципалитетами, между людьми низкого, среднего и высокого достатка. Также формируется многоукладность и раздробленность здравоохранения, что достаточно сильно усложняет управляемость и сводит к минимуму эффективность проведения целенаправленной государственной политики в области здравоохранения.

Единственным правильным решением в данной ситуации является объединение всех этих систем в одну – централизованную, что в принципе легко

решается на законодательном уровне и без особых финансовых затрат. Также имеет место формирование законодательной базы, которая будет направлена на упорядочение этих трех подсистем и законодательное закрепление, и координацию всех её элементов. Тем самым будет обеспечено системность, динамичность и целостность самого процесса здравоохранения.

Теперь вернемся к экономической проблеме. Действительно, эта проблема уже давно является головной болью отечественного здравоохранения. Наблюдается постоянный дефицит финансирования (то есть выделяемые финансовые средства не соответствуют реальным потребностям здравоохранения).

Следовательно, происходит удорожание здравоохранения, урезание зарплат и другие вытекающие из этого последствия. Возникает данная проблема непосредственно из-за неправильного механизма финансирования медицинской сферы на муниципальном уровне, из-за чего и появляется соблазн тратить деньги, непосредственно предназначенные для здравоохранения на другие, не менее важные и неотложные нужды.

Решить данный вопрос можно, достаточно лишь создать определенный механизм, позволяющий направлять средства из бюджета прямо в муниципальные учреждения, минуя муниципалитеты, – например через органы регионального управления здравоохранения.

Низкая экономическая заинтересованность частных медицинских организаций в проведении профилактических мероприятий, препятствующих развитию заболеваний у населения (вакцинопрофилактика, диспансерное наблюдение), и стремление частных медицинских организаций наращивать объемы оказываемых за счет государственных средств дорогостоящих медицинских технологий лечения.

Большой проблемой является устаревшая производственная база здравоохранения Свердловской области (несоответствие новым требованиям СанПин к зданиям медицинских организаций). Развитие современной медицины

невозможно без соответствующей материально-технической базы. Большая часть приборов эксплуатируется 15-20 лет.

Также существует проблема с кадровым составом в данной сфере, если быть точнее со специалистами с высшим и средним – специальным образованием. Помимо этого, есть достаточный дефицит молодых врачебных кадров. Отмечается низкая мотивация работников здравоохранения к улучшению качества медицинской помощи. Что в основном связано с низкой зарплатой.

Для решения данной проблемы необходимо укрепить кадровый потенциал и социальное обеспечение медицинских работников: повысить количество целевых наборов на обучение специалистов медицинского обслуживания, всячески пропагандировать важность и престижность получения медицинского образования и должностей, а также повысить заработную плату медицинского персонала и расширить социальные льготы и гарантии.

Не стоит забывать и о решающей роли профилактики заболеваний и снижению смертности, хотя данный вопрос решается достаточно эффективно в виде различных целевых программ (диспансеризации, вакцинации и других). Но целесообразно было бы укрепить решение данной проблемы в виде пропаганды культа здоровья, здорового образа жизни, физической культуры и спорта, привлекая для этого различные общественные организации.

Наконец последняя и достаточно серьезная, и важная – проблема правовой обеспеченности работников медицинских учреждений и законных прав медицинских учреждений в экономических вопросах.

Например, в настоящее время отсутствует правовое регулирование ряда экономических вопросов деятельности учреждений здравоохранения. Это касается, например, некоторых аспектов деятельности медицинских учреждений, связанных с использованием государственной (муниципальной) собственности при осуществлении бюджетными медицинскими учреждениями предпринимательской деятельности. В частности, это касается использования зданий (помещений). Наряду с этим отсутствует необходимое правовое

регулирование и ряда вопросов, связанных с гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи.

Помимо этого, имеется еще масса противоречия в правовом регулировании сферы здравоохранения. Решение данной проблемы возможно только на законодательном уровне, а именно в принятии единого (базового) системообразующего закона о здравоохранении в Российской Федерации, а также в пересмотре различного рода законов, постановлений и иных нормативно – правовых актов и внесению в них соответствующих изменений.

Таким образом, можно подытожить, что государственная политика, реализуемая в Свердловской области на основе различных нормативно – правовых актов (указов, распоряжений, федеральных законов, программ и так далее) является достаточно успешной. Конечно, есть ряд проблем в сфере здравоохранения, как во всей Российской Федерации, так и в Свердловской области, в частности, но они решаются или по крайней мере прилагаются все усилия для их решения.

3.2 НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

По прогнозам динамика показателей здоровья населения по-прежнему будет неблагоприятной. Общий уровень рождаемости останется весьма низким, общей смертности – довольно высоким. Миграционный поток не сможет компенсировать потери от естественной убыли и сокращения численности населения Российской Федерации. В связи с этим прогнозом, для совершенствования реализации государственной политики в сфере здравоохранения необходимы действия в следующих главных направлениях.

Во-первых, развитие механизмов стимулирования заинтересованности граждан в сохранении собственного здоровья. Информирование населения (в том числе детей и молодежи), о правилах здорового образа жизни, последствиях

употребления табака и злоупотребления алкоголем, включая разработку, осуществление и развитие информационных коммуникативных компаний и медиапроектов.

Во-вторых, безусловный приоритет развития первичного звена оказания медицинской помощи при сокращении объемов стационарной помощи. Развитие профилактики заболеваний, кардинальное улучшение первичной медицинской помощи – критические условия сокращения заболеваемости и смертности для современного российского здравоохранения. Соответственно, необходимы меры вложения в человеческий капитал участковой службы и ее в материальное оснащение. Что позволит провести структурные изменения в системе оказания медицинской помощи и улучшение ее работы приведет к уменьшению потребности, в других дорогостоящих видах медицинской помощи (например, стационарной, скорой).

В-третьих, развитие человеческого потенциала системы здравоохранения, путем повышения квалификации, а также внедрение новых систем стимулирования и мотивации. Для данного направления необходимо преобразование системы медицинского и дополнительного профессионального образования, а также реализация государственных программ повышения квалификации, в особенности участковым врачам и узким специалистам. Разработка и внедрение новых систем стимулирования и мотивации медицинских работников.

В-четвертых, развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения. Для улучшения состояния здоровья населения результативным будет предоставление гражданам лекарственных средств с 25-50% скидкой к цене даже по ограниченному кругу заболеваний и из более узкого перечня медикаментов по сравнению с используемым сейчас перечнем для лекарственного обеспечения ряда категорий населения (льготников).

В-пятых, развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования здравоохранения с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов.

В-шестых, радикальное повышение прозрачности государственного управления, и в первую очередь принятия решений о распределении ресурсов и закупках лекарств и медицинского оборудования. Необходимо введение четких требований к информированию общества о критериях включения мероприятий в государственные программы развития здравоохранения, о финансировании и результатах деятельности медицинских организаций, требований обязанности оценок сравнительной клинко-экономической эффективности при принятии решений о закупках медицинского оборудования, лекарственных средств и другое. Следовательно, данные меры поспособствуют уменьшить расточительство государственных средств и коррупции.

В-седьмых, содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи. Требуется введение конкурсных процедур распределения заказов между медицинскими организациями на оказание медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС, и снятие существующих барьеров для участия в ОМС негосударственных клиник. Что создаст условия для эффективной реаллокации ресурсов и сильнейшие стимулы для поставщиков медицинской помощи к улучшению ее качества.

Для повышения эффективности политики в сфере здравоохранения можно было бы стимулировать качественное выполнение медицинскими работниками своих обязанностей путем повышения заработной платы и уменьшением давления на них со стороны контролирующих организаций. Также необходимо проводить обучающие курсы и семинары.

Все эти меры позволили бы повысить эффективность реализации государственной политики в области здравоохранения в Свердловской области. Благодаря подобным мерам улучшилось бы качество медицинских услуг, предоставляемых населению, была бы обеспечена их доступность на территории

всей области. Таким образом, были бы решены поставленные перед проводимой политикой цели и задачи.

Также предлагается расширение платных услуг учреждением здравоохранения посредством внедрения платной (не в рамках ОМС) высокотехнологичной помощи.

На основании Федерального закона «О некоммерческих организациях» каждое государственное учреждение здравоохранения обладает правом вести самостоятельно предпринимательскую деятельность.

Данная деятельность заключается в предоставлении населению дополнительных платных медицинских услуг, включающих в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, протезно-ортопедическую, зубопротезную, а также реабилитационную помощь.

Предпринимательская деятельность не снимает с учреждения здравоохранения ответственность по сохранению регламентированного режима работы, обеспечения доступной, и вместе с этим качественной бесплатной медицинской помощи в требуемом объеме.

Это следует учитывать при заключении договора – обязательного документа, который регулирует отношения между учреждением здравоохранения и заказчиком.

В частности, в рамках договора в обязательном порядке должна быть отражена информация о том, что пациент извещён о возможности предоставления данной услуги бесплатно, если эта медицинская услуга может быть предоставлена ему в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Достаточно много государственных учреждений здравоохранения в течение последних несколько лет успешно функционируют на рынке платных медицинских услуг, при этом предлагают различные услуги, покрывая свои финансовые запросы за счёт данного источника. В качестве конечного результата эффективно три предпринимательской деятельности выступает правильная организация предоставления платных медицинских услуг, что

достигается за счёт качественного управления, распределения и планирования ресурсов.

В данном случае руководителям учреждения следует поддерживать конкурентоспособность на рынке платных медицинских услуг, а также понимать, как работать с потребителями, и в конечном итоге оценивать достоинства и недостатки своей предпринимательской деятельности.

Ещё несколько десятилетий назад некоммерческие организации не понимали значение слова «менеджмент».

Менеджмент зачастую ассоциировался с предпринимательской деятельностью, тогда как члены некоммерческих учреждений гордились своей непричастностью к предоставлению платных медицинских услуг, а также независимостью от величины прибыли.

В настоящее время большинство руководителей учреждений здравоохранения уже понимают, что для них чёткое следование основным принципам менеджмента, эффективное управление, распределение и планирование ресурсов, контроль, возможно, даже более важен, чем для предпринимательских структур, в силу того, что людей, которые работали не на конечный финансовый результат, значительно сложнее организовать. Разумеется, некоммерческие учреждения здравоохранения стремятся преуспеть в данной отрасли.

Однако они могут до конца не понимать, что добрые побуждения не заменят правильной и чёткой организации, использования принципов ответственности, эффективность работы и достижения высоких результатов.

Отметим, что государственные учреждения здравоохранения обладают рядом преимуществ перед некоммерческими организациями, в силу того, что они освобождены от арендной платы за использование помещений, тем не менее, самым большим преимуществом является то, что пациент может в одном месте получить как бесплатную медицинскую помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования, так и узкопрофильную помощь в рамках предоставления платных услуг.

Хотя в настоящее время многие частные медицинские организации стараются вложить финансовые средства в строительство многопрофильных медицинских центров, тем самым обеспечивает конкурентоспособность на отраслевом рынке.

Государственным учреждениям, которые оказывают платные услуги населению, следует иметь в виду, что ему надо вести свою деятельность в условиях наличия острой конкуренции среди предоставления медицинских услуг.

В этой связи руководителям учреждений необходимо разрабатывать более грамотные финансовые решения, уделять все большее внимание проблемам управления в рамках инвестирования, с обязательным использованием принципов экономической значимости.

Необходимо осознание сущности, определения особенностей методов и форм управления маркетинговой системы предоставления медицинских услуг. Все это способно в итоге оказать влияние на эффективность продвижения медицинских услуг.

Доход от предпринимательской деятельности, который поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения, можно рассматривать в качестве инвестиционного капитала. Инвестиционный поток капитала определяет элементы капитальных ценностей. Инвестиционный капитал из финансовой формы может быть трансформирован в здания, сооружения, а также оборудование и осуществлять инвестирование в целях наиболее полезного эффекта.

Для иллюстрации по одному расширению платных услуг учреждения здравоохранения составим план продаж следующей услуги высокотехнологичной помощи – хирургическое лечение новообразований глаза (не входит в систему ОМС).

Предлагаемое мероприятие подойдет учреждения здравоохранения, которое имеет одно свободное помещение.

Планируется оборудовать кабинет, стульями, столом, необходимым оборудованием и открыть услугу по хирургическому лечению новообразований глаза.

Необходимое для начала реализации услуг оборудование: ноутбук 1 шт., мебель, специализированное медицинское оборудование и т.д. Столы и стулья для приема посетителей уже имеются на балансе больницы.

Норма амортизации зависит от срока полезного использования. Срок полезного использования определяется бухгалтером самостоятельно при принятии основного средства к учету. Рассчитаем амортизацию и занесем данные в таблицу 6.

Таблица 6 – Бюджет капитальных вложений

Наименование актива	Стоимость приобретения, тыс. руб.	Срок эксплуатации, лет	Амортизация, тыс. руб/мес
Оборудование для хирургических манипуляций	30000	10	250,00
Витрина	15000	15	83,33
Световое оборудование	20000	8	208,33
Компьютерная техника (1 ноутбук Lenovo, МФУ)	60000	5	1 000,00
Зеркало	1500	5	25,00
Диоптриметр автоматический	75000	10	625,00
Щелевая лампа офтальмологическая	125000	10	1 041,67
Проектор знаков	50000	15	277,78
Итого в месяц			3 511,11

Амортизация рассчитывается линейным способом согласно формуле 1:

$$A=C*(1/n)/12, \quad (1)$$

где С – стоимость приобретения основных фондов;

n – срок эксплуатации.

По остальным позициям амортизационные отчисления рассчитываются аналогично.

Далее составим план продаж на 2020 год для учреждения здравоохранения (таблица 7).

Планируется принимать минимум 5-7 человек в день.

Таблица 7 – План продаж по проекту

Квартал	Кол-во человек	Доход за день, тыс. руб.	Доход за месяц, тыс. руб.	Доход за квартал, тыс. руб.
1-й	396	5400	118800	356400
2-й	396	5400	118800	356400
3-й	396	5400	118800	356400
4-й	396	5400	118800	356400
Итого	1584	21600	475200	1425600

Программой финансирования предусмотрено использование собственного капитала, а также привлечение долгосрочных заемных средств, с целью финансирования основных средств.

Рассмотрим долю инвестиционных затрат проекта (таблица 8).

Таблица 8 – Общие инвестиционные затраты проекта

Средства	Сумма, тыс. руб.	Доля %
Инвестиции в основной капитал	376500	65,31
Затраты на покупку контактных линз и сопутствующей продукции	500000	86,73
Всего	876500	100

Как видим из представленной таблицы, 65,31% инвестиций направляется в основной капитал, 34,69% - на покупку контактных линз и сопутствующей продукции.

Далее составим план финансирования (таблица 9).

Таблица 9 – Бюджет финансирования

Источники финансирования	Сумма, тыс. руб.	Доля, %
Заемные средства (ПАО «Сбербанк»)	809 224	92,32
Собственные средства	67 276	7,68
Всего	876500	100

Далее составим таблицу плановых показателей деятельности (таблица 10).

Таблица 10 – Плановые финансовые показатели деятельности за 1 месяц работы

Наименование услуги	Количество чел.	Выручка средняя за месяц, тыс. руб.
Продажа услуги по ВМП	132	118800
Заработная плата ср. знач., тыс. руб.		25 000
Постоянные издержки ср. знач., тыс. руб./мес.		
Реклама		4 000
Материалы и сопутствующая продукция		539 967
Прочие затраты		5 800
Отчисления социальные		7 500
Погашение займа		75 527,60
Итого расходы		657 795

Составим прогноз финансовых результатов на один год (таблица 11).

Таблица 11 – Прогноз прибыли по проекту

Показатели	Сумма, тыс. руб.
Выручка от реализации	1425600
Себестоимость	371200
Балансовая прибыль	1054400
Налоги (0%)	0
Чистая прибыль	1054400

При выполнении определенных условий медицинское учреждение вправе применять пониженную ставку по налогу на прибыль в размере 0 процентов (п. 1.1 ст. 284, ст. 284.1 НК РФ).

Такая ставка применяется ко всей налоговой базе в течение всего налогового периода (кроме дивидендов и доходов по операциям с отдельными видами долговых обязательств).

Организация может воспользоваться данной нормой, если:

– ведет медицинскую деятельность, включенную в Перечень видов медицинской деятельности, утвержденный постановлением Правительства РФ от 10 ноября 2011 г. № 917;

– имеет лицензию на ведение медицинской деятельности и др.

В этой связи налог на прибыль для рассматриваемого учреждения здравоохранения будет равен 0%.

Далее составим план движения денежных средств на 2020 год (таблица 12).

Таблица 12 – План движения денежных средств, тыс. руб.

Показатель	0 квартал	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Инвестиции	876500	0	0	0	0
Денежный поток от операционной деятельности	-876500	0	0	0	0
Выручка	0	356400	356400	356400	356400
Себестоимость	0	92800	92800	92800	92800
Прибыль	0	263600	263600	263600	263600
Налог (0%)	0	0	0	0	0
Чистая прибыль	0	263600	263600	263600	263600
Амортизация	0	42133,32	42133,3	42133,3	42133,3
Денежные потоки (ЧП+А)	0	305733	305733	305733	305733

Рассчитаем эффективность инвестиций, для этого необходимо учесть и рассчитать следующие показатели, представленные в таблице 13.

Таблица 13 – Показатели эффективности инвестиций

Прогнозные показатели эффективности инвестиций	Единицы измерения	Значения
PP (период окупаемости)	Мес.	1,0

Окончание таблицы 13

Прогнозные показатели эффективности инвестиций	Единицы измерения	Значения
NPV (чистая приведенная прибыль)	Руб.	52118,86
PI (индекс рентабельности проекта)	доли	0,059

Показатели эффективности инвестиций были рассчитаны по формулам 2, 3, 4:

$$PP = \frac{IC}{CF_t}, \quad (2)$$

$$NPV = -IC + \frac{CF_t}{(1+r)^t}, \quad (3)$$

$$PI = \frac{NPV}{IC}, \quad (4)$$

где n – количество периодов;

IC (Invest Capital) – первоначальный затраченный инвестиционный капитал;

CF_t – приток денежных средств в период t;

r – ставка дисконтирования (12% – ставка кредита ПАО «Сбербанк»).

$$PP = 876500 / (263600 + 263600 + 263600 + 263600) = 1,0 \text{ мес.}$$

$$NPV = -876\,500 + \frac{305\,733}{(1+0,12)^1} + \frac{305\,733}{(1+0,12)^2} + \frac{305\,733}{(1+0,12)^3} + \frac{305\,733}{(1+0,12)^4} = 52118,86$$

$$PI = 52118,86 / 876\,500 = 0,059.$$

Рассчитанные на основе этой финансовой модели показатели указывают на благоприятные условия для финансирования этого проекта.

Составим график чистого дисконтированного дохода проекта, исходя из расчетных данных (рисунок 8).

Проект окупится за 1 месяц, иначе говоря, достигнет своей точки безубыточности.

Экономическая выгода проекта включает в себя как количественные, так и качественные выгоды. Проект характеризуется достаточно быстрым сроком окупаемости, значит его можно воплощать в реальность.

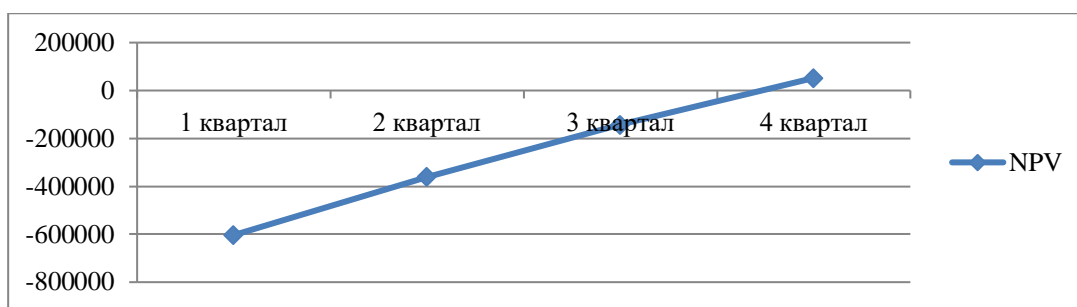


Рисунок 8 – График чистого дисконтированного дохода проекта

Эффективное взаимодействие государства и частного сектора предоставляет возможность для привлечения дополнительных инвестиций в сферу здравоохранения, что представляет возможность для проведения обновления отрасли, оперативного внедрения инновационных технологий и привлечения к обучению специалистов, обеспечив тем самым должный уровень занятости в системе здравоохранения. Для всех потребителей медицинских услуг становится возможным выбирать медицинскую организацию.

В качестве критерия выбора при этом выступает анализ на основании сравнения цен, качества предоставляемых услуг, а также уровня сервиса, квалификации персонала и так далее. Учреждения здравоохранения при этом получают дополнительный бонус в виде стимулирования развития, а также оптимизации собственной деятельности в силу того, что приходится конкурировать с частными организациями за потребителей услуг.

Развитие частного сектора медицины будет зависеть от финансового состояния экономики, которое находится в настоящее время под влиянием различных кризисных явлений, что и обусловило снижение платежеспособности населения государства, законодательными инициативами в сфере здравоохранения, развитие государственно-частного партнёрства, совершенствование нормативно-правовых актов деятельности, которые связаны, в том числе, с охраной частной собственности. Таким образом, внедрение услуги по платной высокотехнологичной медицинской помощи показало свою эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В выпускной квалификационной работе были рассмотрены понятия «государственная политика» и «сфера здравоохранения». Соотнеся данные понятия, можно получить следующее: государственная политика в сфере здравоохранения – это совокупность мер и программ, разрабатываемых Правительством Российской Федерации и направленных на улучшения здоровья граждан. Можно сделать вывод, что два данных понятия неразрывно связаны между собой, ведь здравоохранение не может быть реализовано без государственной политики, так как государственная политика – это система целей и задач, реализующихся государственной властью.

В выпускной квалификационной работе также проанализированы результаты работы государственной политики в сфере здравоохранения в Свердловской области в период 2017 – 2019 годов. По состоянию на 27.12.2019 фактически перечислено на лицевые счета учреждений 12 907 281 тыс. рублей (или 100 % от суммы заключенных соглашений). Вышеуказанные субсидии предоставляются в рамках реализации мероприятий, отражающих виды медицинской помощи.

Наибольший удельный вес в расходах, осуществленных в рамках программы имеют расходы на реализацию подпрограммы 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая технологическую, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», которые фактически на 27.12.2019 составили 35 180612,2 тыс. рублей (или 42,2% от общего объема фактических расходов).

За анализируемый период 2017-2019 гг. расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения увеличились на 3,24 %, расходы местных бюджетов также имеют тенденцию роста, увеличение составляет 3,03%. Наибольшее увеличение расходов наблюдается по расходам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, что составляет 14,0%.

Проведенный анализ сферы здравоохранения продемонстрировал наличие проблем, исходя из этого предлагается расширение платных услуг учреждением здравоохранения посредством внедрения платной (не в рамках ОМС) высокотехнологичной помощи. Наблюдается постоянный дефицит финансирования (то есть выделяемые финансовые средства не соответствуют реальным потребностям здравоохранения). Решить данный вопрос можно, достаточно лишь создать определенный механизм, позволяющий направлять средства из бюджета прямо в муниципальные учреждения, минуя муниципалитеты, – например через органы регионального управления здравоохранения.

Большой проблемой является устаревшая производственная база здравоохранения Свердловской области (несоответствие новым требованиям СанПин к зданиям медицинских организаций). Развитие современной медицины невозможно без соответствующей материально-технической базы. Большая часть приборов эксплуатируется 15-20 лет.

Также существует проблема с кадровым составом в данной сфере, если быть точнее со специалистами с высшим и средним – специальным образованием. Помимо этого, есть дефицит молодых врачебных кадров. Отмечается низкая мотивация работников здравоохранения к улучшению качества медицинской помощи, что в основном связано с низкой зарплатой.

Для решения данной проблемы необходимо укрепить кадровый потенциал и социальное обеспечение медицинских работников: повысить количество целевых наборов на обучение специалистов медицинского обслуживания, всячески пропагандировать важность и престижность получения медицинского образования и должностей, а также повысить заработную плату медицинского персонала и расширить социальные льготы и гарантии.

Помимо этого, имеются противоречия в правовом регулировании сферы здравоохранения. Решение данной проблемы возможно только на законодательном уровне, а именно, в принятии единого (базового) системообразующего закона о здравоохранении в Российской Федерации, а

также в пересмотре различного рода законов, постановлений и иных нормативно-правовых актов и внесению в них соответствующих изменений.

Для повышения эффективности политики в сфере здравоохранения можно было бы стимулировать качественное выполнение медицинскими работниками своих обязанностей путем повышения заработной платы и уменьшением давления на них со стороны контролирующих организаций. Также необходимо проводить обучающие курсы и семинары.

Также предлагается расширение платных услуг учреждением здравоохранения посредством внедрения платной (не в рамках ОМС) высокотехнологичной помощи. Эффективное развитие рынка платных медицинских услуг не представляется возможным без совершенствования механизма государственного регулирования, как на региональном, так и на государственном уровне.

Развитие частного сектора медицины будет зависеть от финансового состояния экономики, которое находится в настоящее время под влиянием различных кризисных явлений, что и обусловило снижение платежеспособности населения государства, законодательными инициативами в сфере здравоохранения, развитие государственно-частного партнёрства, совершенствование нормативно-правовых актов деятельности, которые связаны, в том числе, с охраной частной собственности.

В качестве конкретного предложения по расширению оказания платных услуг учреждением здравоохранения, составлен план продаж услуги высокотехнологичной помощи – хирургическое лечение новообразований глаза (не входит в систему ОМС). Предлагаемое мероприятие подойдет учреждению здравоохранения, которое имеет хотя бы одно свободное помещение.

Проект окупится за 1 месяц, иначе говоря, достигнет своей точки безубыточности. Проект характеризуется достаточно быстрым сроком окупаемости значит его можно воплощать в реальность. Таким образом, внедрение услуги по платной высокотехнологичной медицинской помощи показало свою экономическую эффективность.

В целом, эффективное взаимодействие государства и частного сектора предоставляет возможность для привлечения дополнительных инвестиций в сферу здравоохранения, что представляет возможность для проведения обновления отрасли, оперативного внедрения инновационных технологий и привлечения к обучению специалистов, обеспечив тем самым должный уровень занятости в системе здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция РФ [Электронный ресурс]: с учетом поправок от 07.03.2018 № 11-ФКЗ – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
2. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 28.06.1991 г. № 1499-1-ФЗ – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
3. Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 06.10. 2003 № 131-ФЗ – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
4. О внесении изменений в основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 25.11. 2009 г. № 267-ФЗ – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [Электронный ресурс]: федер. закон от 27.12.2009 № 365-ФЗ – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
6. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]: указ Президента РФ от 9.10.2007 г. № 1351– Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
7. О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год [Электронный ресурс]: постановление Правительства Российской Федерации от 04.10. 2010 г. № 782 – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
8. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>, свободный.
9. Алексеев, Н.А. Анализ эффективности деятельности ЛПУ [Текст] // Здравоохранение РФ. – 2018. – №5. – С.305-307.

10. Анисимов, В.Н. Правовая база социального компромисса [Текст] // Человек и труд. – 2017. № 12. – С.105-106.
11. Бояринцев, Б.И. Рынок и здравоохранение [Текст] // Среднерусский вестник общественных наук. – 2017. № 2. – С. 259-265.
12. Вишняков, Н. И. Основы экономики здравоохранения [Текст]: учеб. / В.А. Миняев; под ред. Н. И. Вишнякова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2014. – 149 с.
13. Гареева, И.А. Социальная трансформация системы здравоохранения в современных условиях [Текст] // Автореферат. – 2016. – №5. – С.24-30.
14. Герасименко, Н.Ф. Муниципальная система здравоохранения – проблема собственных полномочий местного самоуправления [Текст] / О.Ю. Александрова, И.В. Груздева // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №4. – С.250 -270.
15. Григорьева, Н.С. Гражданин и общество в контексте реформы здравоохранения [Текст] // Государственное управление. – 2018. – №10. – С.125-130.
16. Дудов, А.С. Совершенствование деятельности продуцентов платных медицинских услуг в контексте развития муниципального здравоохранения [Текст] // Управление экономическими системами: научный журнал. – 2017. – №13. – С.250-255.
17. Елманова, Т.В. Организационно-правовое обеспечение муниципального здравоохранения в современных условиях [Текст] // Главврач – 2016. – №19. – С.212-230.
18. Засимова, Л. С. Экономика здравоохранения [Текст]: учеб. / Н.А. Капицына; под ред М.Г. Колосницына, Н.Б. Окушко, Н.В. Ракута. – Москва: ГУ ВШЭ, 2018. – 10 с.
19. Кадыров, Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений [Текст] // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №4. – С.255-265.

20. Кучеренко, В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс [Текст] // Проблемы управления здравоохранением. – 2016 – №7. – С.215-230.
21. Колосницына, М.Г. Экономика здравоохранения [Текст] / И.М. Шейман, С.В. Шишкина // ГУ-ВШЭ. – 2018. – №4. – С.250-260.
22. Левкевич, М.М. Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://safbd.ru/sites/default/files/safbd-2012-1_19-27.pdf, свободный.
23. Петрова, Ю.А. Система органов управления здравоохранением в современных условиях [Текст] // Ученые заметки ТОГУ. – 2018. – №1. С.70-74.
24. Пивень, Д.В. Обсуждение проекта концепции развития здравоохранения до 2020 года. Одноканальное финансирование – миф или реальность [Текст] / П.Е. Дудин // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №8. – С.126-175.
25. Пидде, А.Е. Проблемы выхода из кризиса российского здравоохранения [Текст] / Г.К. Кривошеев, А.И. Киселев // Общество и экономика. – 2018. – №7. – С.155-175.
26. Раскин, Д.И. Несостоявшаяся реформа управления здравоохранением [Текст] // Вопросы истории. –2016. – №4. – С.109-113.
27. Семенова, В.Г. Необходимость нового подхода к определению приоритетных проблем здоровья населения России [Текст] / Е.А. Варавикова // Еженедельник РАУ-Корпорации. – 2015. – №3. – С.265-270.
28. Солодовников Ю.Л. Экономика и управление в здравоохранении [Текст]: учеб. / Ю. Л. Солодовников. – Санкт-Петербург: Лань, 2018. – 331 с.
29. Солодовников, Ю. Л. Экономика и управление в здравоохранении [Текст]: учеб. / Ю. Л. Солодовников. – Санкт-Петербург: Лань, 2019. – 312 с.
30. Тощенко, Ж.Т. Изменились ли проблемы местного самоуправления за последние 10 лет [Текст] / Г.А. Цветкова // Социологические исследования. – 2015. – №2. – С.335-345.

31. Международный круглый стол «Государственная политика в сфере здравоохранения: реалии и перспективы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://spravmir.ru/events/54-politika-v-sfere-zdravooohraneniya.html>, свободный.

32. Отчет. Министерства здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoj-federatsii>, свободный.

33. Отчет. Министерство Здравоохранения Свердловской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.midural.ru/>, свободный.

34. Словари и энциклопедии на Академике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: dic.academic.ru, свободный.

35. Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sverdl.gks.ru>, свободный.

36. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>, свободный.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Общая заболеваемость населения по классам болезней в Российской Федерации в 2017 и 2018 годах (на 100 тыс. населения)

Наименование классов болезней	2017 г.	2018 г.	Темп прироста/ убыли, % 2017 г. к 2016 г.
Всего	161 734,1	163 429,7	1,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4 385,3	4 359,8	-0,6
Новообразования	4 895,9	5 007,5	2,3
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 265,6	1 250,8	-1,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8 085	8 284,3	2,5
Психические расстройства и расстройства поведения	4 185,4	4 076,5	-2,6
Болезни нервной системы	5 815,3	5 833,9	0,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	10 368,2	10 372,1	0,04
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 846	3 786,5	-1,5
Болезни системы кровообращения	24 149,6	24 883,4	3,0
Болезни органов дыхания	40 346,7	40 944,8	1,5
Болезни органов пищеварения	11 573	11 518,4	-0,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5 722,6	5 671,9	-0,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	13 117,2	13 352,1	1,8
Болезни мочеполовой системы	11 594,3	11 784,8	1,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	789,9	797,2	0,9
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	109,2	93,5	-14,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	8 818,8	8 901,7	0,9

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1 – Форма публичной отчетности исполнительных органов государственной власти Свердловской области о ходе достижения показателей, содержащихся в указах Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 596–601, 606

№ п/п	Реквизиты документа (нормативного правового акта, поручения и иных документов)	Наименование показателя	Единица измерения	Ответственный исполнитель	Отчетная дата (период) значения показателя	значение показателя				Примечание
						целевое	плановое	фактическое	отклонение	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Указ Президента РФ от 07 мая 2012 № 597	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 Свердловской области	%	Министерство здравоохранения Свердловской области	январь-сентябрь 2018 года	200	186,7	183,5		
2	Указ Президента РФ от 07 мая 2012 № 597	Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	%	Министерство здравоохранения Свердловской области	январь-сентябрь 2018 года	100	95,2	93,3		
3	Указ Президента РФ от 07 мая 2012 № 597	Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	%	Министерство здравоохранения Свердловской области	январь-сентябрь 2018 года	100	56,0	54,3		

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица В.1 – Форма публичной отчетности исполнительных органов государственной власти Свердловской области по реализации мероприятий, направленных на достижение показателей, содержащихся в указах Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 596–601, 606

№ п/п	Реквизиты документа (нормативного правового акта, поручения и иных документов)	Наименование мероприятия	Результат исполнения мероприятия	Дата исполнения мероприятия (план)	Дата исполнения мероприятия (факт)	Отчетная дата (период) значения показателя	Финансирование, предусмотренное бюджетом Свердловской области (млн. рублей)			Примечание
							плановое	фактическое	отклонение	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Указ Президента РФ от 07 мая 2012 года № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике»										
	Постановление Правительства Свердловской области от 11.07.2015 № 591-ПП «О программе модернизации и создания новых рабочих мест на территории Свердловской области до 2020 года». № 1769-п «Об одобрении Программы модернизации и создания новых рабочих мест в сфере здравоохранения Свердловской области на период до 2020 года»	Модернизация и создание новых рабочих мест	49,56 % Создано – 241, модернизировано – 2669.			Январь-сентябрь 2018				

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таблица Г.1 – Информация о реализации в Свердловской области Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года Министерство здравоохранения Свердловской области по состоянию на 19.12.2018

№ п/п	Поручение, содержащееся в Указе Президента РФ	Информация о реализации мероприятий, обеспечивающих выполнение поручения, содержащегося в Указе Президента РФ
Указ Президента от 07.05.2013 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»		
1	Совместно с общественными организациями обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности.	В соответствии с распоряжением Правительства Свердловской области от 09.10.2013 № 1628-РП «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы учреждений в сфере образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, социального обслуживания в Свердловской области», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2013г. №810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» Министерством здравоохранения изданы следующие приказы: «Об утверждении плана мероприятий по формированию независимой оценки качества работы государственных и муниципальных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения в Свердловской области на 2016-2018 годы» (от 22.11.2016г. № 1502), «Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества работы государственных и муниципальных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения Свердловской области» (от 09.12.2016г. № 1593-п), «Об утверждении перечня информации, необходимой для размещения на собственных сайтах и информационных стендах учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения Свердловской области» (от 09.12.2016г. № 1594-п).

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таблица Д.1 – Форма публичной отчетности исполнительных органов государственной власти Свердловской области о ходе достижения показателей, содержащихся в указах Президента Российской Федерации от 07 мая 2017 года № 596–601, 606

№ п/п	№ Указа Президента Российской Федерации	Наименование показателя	Единица измерения	Ответственный исполнитель	Отчетная дата (период) значения показателя	Значение показателя				Примечание
						целевое	плановое	фактическое	отклонение	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	598	Смертность от болезней системы кровообращения	случая на 100 тыс. населения	МЗСО	2019	649,40	720	715,3	-4,7	Оперативные данные за 5 мес.
		Смертность от новообразований (в т. ч. от злокачественных)	случая на 100 тыс. населения	МЗСО	2018	192,80	213	221,2	8,2	Оперативные данные за 5 мес.
		Смертность от туберкулеза	случая на 100 тыс. населения	МЗСО	2018	11,80	15,2	16,5	1,3	Оперативные данные за 5 мес.
		Смертность от ДТП	случая на 100 тыс. населения	МЗСО	2018	10,60	13	7,8	-5,2	Оперативные данные за 5 мес.
		Младенческая смертность	на 1 тыс. родившихся живыми	МЗСО	2018	6,00	6,8	4,9	-1,9	Оперативные данные за 5 мес.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Таблица Е.1 – Информация о реализации в Свердловской области указов Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года с учетом изменений «дорожной карты», согласованных с Министерством здравоохранения Российской Федерации по состоянию на 19.12.2018 год.

№ п/п	Поручение, содержащееся в Указе Президента РФ	Важнейшие целевые показатели и индикаторы, обеспечивающие достижение поручений Указа Президента РФ		Информация о реализации мероприятий, обеспечивающих выполнение поручения содержащегося в Указе Президента РФ
		план	факт	
Указ Президента РФ от 07 мая 2012 года № 597				
1.	К 2018 году обеспечить: повышение средней заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, до 200% от средней заработной платы в Свердловской области	169,2	189,4	Запланированный на 2018 год показатель соотношения заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, к средней заработной плате по субъекту РФ достигнут.
2.	среднего медицинского персонала до 100% от средней заработной платы в Свердловской области	85,1	96,6	Запланированный на 2018 год показатель соотношения заработной платы среднего медицинского персонала к средней заработной плате по субъекту РФ достигнут.
3.	младшего медицинского персонала до 100% от средней заработной платы в Свердловской области	51	57,8	Запланированный на 2018 год показатель соотношения заработной платы младшего медицинского персонала к средней заработной плате по субъекту РФ достигнут.