

мнению респондентов, являются субсидии молодым семьям для приобретения жилья ( $91,4 \pm 0,8$  %), увеличение размера пособий на каждого ребенка и социальных выплат матерям при рождении детей ( $78,1 \pm 1,1$  %), налоговые льготы для работающих матерей и отцов ( $51,4 \pm 1,4$ ), проведение аборт только по медицинским показаниям  $18,4 \pm 1,8$  %.

### Выводы

Таким образом, для населения городского округа «Город Чита» характерна детерминирующая репродуктивное поведение специфика соотношения мотивов деторождения, которая не выводит их за рамки общих закономерностей, но несколько иначе расставляет акценты. Это связано с особенностями соотношения

таких элементов репродуктивного поведения, как потребность в детях и оценка конкретной социально-экономической ситуации, в которой находится семья. При этом сформировавшаяся за счет психологических и социальных мотивов потребность в детях измеряется негативной оценкой своих возможностей родить и воспитать ребенка в условиях социально-экономического кризиса. За счет чего имеющийся репродуктивный потенциал реализуется не полностью. Более полной его реализации могут способствовать меры государственной демографической политики, направленной на формирование потребности в детях и создание условий для реализации этой потребности, а также укрепление института семьи.

### Литература

1. Демографический ежегодник России. – М. : Госкомстат России, 2009. – 560 с.
2. Борисов В.А. Демография – М. : Издательский дом NOTA BENE, 1999. – 272 с.
3. Лисицын Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости:

проблемная статья // Медицинская газета. – 2010. – № 19. – С. 12.

4. Скрыбина Я.А. Особенности репродуктивного поведения населения современной России // Инновации и инвестиции. – 2011. – № 1. – С. 86–90.

**Координаты для связи с авторами:** Томских Эльвира Сергеевна – ассистент кафедры гигиены ЧГМА, e-mail: ehlvira-tomskikh@yandex.ru; Шильникова Наталья Федоровна – доктор мед. наук., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ЧГМА, тел. 8-(3022)-35-41-87, e-mail: ozizchita@mail.ru.



УДК 614.2:338.28(571.56/.6)

Ю.В. Кирик<sup>1</sup>, Е.Ю. Руссу<sup>2</sup>, Н.А. Капитоненко<sup>1</sup>, В.Б. Пригорнев<sup>1</sup>

## ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2011–2012 ГГ.

<sup>1</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: ozd\_fesmu@mail.ru;

<sup>2</sup>Аппарат полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе, 680030, ул. Шеронова, 22, тел. 8-(4212)-31-39-72, e-mail: social@dfo.gov.ru, г. Хабаровск

### Резюме

Для решения проблем, накопившихся в российском здравоохранении, и повышения эффективности функционирования государственных и муниципальных медицинских организаций в период 2011–2012 гг. в стране получили свое развитие региональные Программы модернизации здравоохранения (далее – программы) [4, 5, 6]. Финансовое обеспечение программ предусмотрено за счет трех источников: средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В статье представлен анализ финансовых показателей реализации программ в Дальневосточном федеральном округе Российской Федерации.

**Ключевые слова:** модернизация, региональные программы, финансовое обеспечение, Дальневосточный федеральный округ.

**FUNDING AND IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL HEALTHCARE MODERNIZATION PROGRAMS  
IN THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA IN 2011–2012**

<sup>1</sup>Far Eastern State Medical University;

<sup>2</sup>Plenipotentiary office President of the Russian Federation in the Far Eastern Federal District, Khabarovsk

**Summary**

The regional healthcare modernization programs (Programs) have been developed to solve the problems accumulated in the Russian healthcare and to improve the performance of state and local government health organizations in the period 2011-2012. The financial support of the Programs is provided from three sources: the Federal obligatory medical insurance fund, the consolidated budget of the Russian Federation and territorial obligatory health insurance funds. The article analyzes the financial performance of the Programs implementation in the Far Eastern Federal District of the Russian Federation.

*Key words:* modernization, regional programs, financial support, Far Eastern Federal District.

**Материалы и методы**

Объектом исследования явилась сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения субъектов Дальневосточного федерального округа РФ и региональные Программы модернизации здравоохранения. Предмет исследования – система управления финансами в период реализации программ.

Для проведения научного анализа с целью изучения результатов модернизации здравоохранения в субъектах Дальневосточного федерального округа были использованы статистические данные субъектов по специально разработанной программе.

Время исследования включает период с 2011 по 2012 г.

Полученные данные оценивались путем применения математико-экономического метода, проведения сравнительного анализа и вычисления относительных величин.

Два года назад в соответствии с Федеральным законом от 20.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в каждом субъекте Российской Федерации утверждены и реализуются на сегодняшний день региональные Программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы.

Программы определяют основы государственной политики в области развития здравоохранения и закрепляют следующие направления:

- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, в том числе завершение строительства ранее начатых объектов, проведение текущего и капитального ремонта, оснащение оборудованием учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных технологий в здравоохранение;
- внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

В рамках Программ модернизации здравоохранения уделяется внимание мероприятиям по диспансеризации подростков, детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, переподготовку и повышение медицинских кадров, мероприятий связанных с переходом на одноканальное финансирование медицинских учреждений.

Финансовое обеспечение программ и контроль их выполнения осуществляется на основании федерального законодательства об обязательном медицинском страховании, бюджетного законодательства, а также на подзаконных нормативно-правовых актах, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации [3] и другим исполнительным органам государственной власти.

Проведенный анализ реализации программ модернизации здравоохранения в Дальневосточном федеральном округе показал, что на общее финансирование региональных программ определено 37 732,71 млн рублей. Объем же фактических расходов составил – 23 825,5 млн рублей или 63,1 % от планируемого финансирования.

Среди субъектов региона более 80 % денежных средств освоили территории Хабаровского края и Сахалинской области; 72,1 % – Амурская область; свыше 60 % – территории Еврейской автономной области, Республики Саха (Якутия), Камчатского края, Магаданской области, Приморского края и чуть более 50 % – Чукотский автономный округ (табл. 1).

Таблица 1

**Финансовое обеспечение Программ модернизации  
здравоохранения в 2011–2012 гг. и их выполнение в субъектах  
Дальневосточного федерального округа**

Территория	Нормативный объем финансирования Программы (млн руб)	Фактические расходы (млн руб)	Фактические расходы (%)	Ранг
ДФО	37732,71	23825,5	63,1	
Республика Саха (Якутия)	8365,31	5320,3	63,6	5
Камчатский край	3383,4	2146,2	63,4	6
Приморский край	6612,5	4219,3	61,0	8
Хабаровский край	6916,9	5713,3	82,6	1
Амурская область	3653,8	3215,8	72,1	3
Магаданская область	2552,6	1578,2	61,8	7
Сахалинская область	4995,3	4096,1	82,0	2
ЕАО	654,9	439,4	67,1	4
ЧАО	598,0	312,7	52,3	9

Предусмотренные денежные средства для укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечения заверше-

**Внедрение современных информационных систем  
в учреждениях здравоохранения**

Территория	Общий объем финансирования программы (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (%)	Фактическое использование денежных средств от поступивших (%)	Ранг
Республика Саха (Якутия)	383,2	229,1	59,8	63,5	3
Камчатский край	123,9	123,4	99,5	82,7	2
Приморский край	393,6	393,6	100	99,5	1
Хабаровский край	235,7	234,9	99,7	50,5	4
Амурская область	153,9	142,8	92,7	25,4	6
Магаданская область	108,7	108,6	99,9	10,9	7
Сахалинская область	167,1	166,1	99,4	38,3	5
ЕАО	34,5	29,9	86,6	0	8
ЧАО	18,4	–	–	0	8

ния строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования субъекты дальневосточного региона освоили следующим образом: более 70 % это территории – Сахалинской области, Хабаровского края, Амурской области, Приморского края, Республики (Саха) Якутия, Еврейской автономной области; свыше 60 % – Камчатский край; Магаданская область – 58,2 % и менее 50 % – Чукотский автономный округ. Отмечено, что показатель использования денежных средств в среднем по округу составил – 69,3%, при финансовом обеспечении программ – 79,2 % (табл. 2).

В период 2011–2012 гг. планировалось завершить строительство 12-ти ранее начатых объектов, из них девять объектов в Республике (Саха) Якутия, два в Амурской области и один в Хабаровском крае. К настоящему времени полностью выполнены работы только в Хабаровском крае. Оценка проводимых мероприятий в части проведения капитального ремонта зданий и приобретения медицинского оборудования показала, что во всех субъектах округа программы реализованы не более чем на 60 %.

Таблица 2

**Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений**

Территория	Нормативный объем финансирования Программ (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (%)	Фактическое использование денежных средств от поступивших (%)	Ранг
Республика Саха (Якутия)	4903,3	3383,2	69,0	72,2	5
Камчатский край	2124,9	1813,9	85,3	61,6	7
Приморский край	4044,1	3293,5	81,4	75,6	4
Хабаровский край	2866,9	2838,2	99,0	79,7	2
Амурская область	1234,2	1151,8	93,3	79,2	3
Магаданская область	1361,2	1186,1	87,1	58,2	8
Сахалинская область	1531,4	1530,7	99,9	79,8	1
ЕАО	232,4	227,5	97,8	70,4	6
ЧАО	505,6	–	–	47,8	9

В свою очередь, предусмотренные денежные средства для информационного обеспечения медицинских организаций, в том числе введение медицинских карт в электронном виде, субъектов дальневосточного региона были освоены следующим образом. В Приморском крае фактическое расходование денежных средств составило – 99,5 %, в Камчатском крае – 82,7 %, в Республике Саха (Якутия) – 63,5 %, Магаданской области – 58,2 %. В остальных субъектах округа данный показатель составил менее 50 %. При этом в двух – Еврейской автономной области и Чукотском автономной округе вопросы по поводу освоения денежных средств не решены (табл. 3).

Средний показатель по округу использования денежных средств на автоматизацию деятельности учреждений здравоохранения составил – 42,2 %, при финансовом обеспечении программ – 81,9 %.

С целью повышения эффективности управления в сфере здравоохранения и совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских организаций в рамках модернизации здравоохранения 2011–2012 гг. решаются задачи по созданию информационной системы обеспечивающей автоматизацию процессов формирования первичной медицинской документации, введение персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, осуществление записи на прием к врачу в электронном виде и др. В результате введения в эксплуатацию электронного документооборота медицинских организаций, а также органов управления здравоохранения, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций должно стать создание информационных региональных сегментов.

Анализ развития информационных технологий в субъектах Дальневосточного федерального округа показал, что в 81-м медицинском учреждении Приморского края ведется персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, в 76-ти учреждениях работает сервер «Запись на прием к врачу», внедрена система единого кадрового учета, ведется электронный паспорт медицинских учреждений. В 10-ти учреждениях Республики (Саха) Якутия введены в эксплуатацию электронные медицинские карты. В Сахалинской области завершены работы по разработке системы единого кадрового учета. По остальным направлениям информационно-технологической поддержки медицинских организаций в указанных субъектах работы еще ведутся. В остальных субъектах региона автоматизация и внедрение информационных систем медицинских организаций находятся на стадии приобретения и установки программного обеспечения.

Для решения третьей задачи программ дальневосточного региона на внедрение стандартов медицин-

ской помощи и повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи, использование денежных средств в среднем составило 64,2 %, при финансовом обеспечении программ – 72,3 %.

Таблица 4

**Внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи**

Территория	Общий объем финансирования программы (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (млн руб)	Профинансировано от запланированных денежных средств (%)	Фактическое использование денежных средств от поступивших (%)	Ранг
Республика Саха (Якутия)	3078,6	1914,8	62,2	67,3	6
Камчатский край	1040,9	659,0	62,4	51,0	7
Приморский край	2984,8	–	–	45,2	8
Хабаровский край	3814,2	3798,9	99,6	86,0	1
Амурская область	1864,5	1613,7	86,5	73,0	4
Магаданская область	1082,6	1081,0	99,8	71,5	5
Сахалинская область	3296,8	3290,8	99,8	84,8	2
ЕАО	445,0	303,9	68,2	23,9	9
ЧАО	74,0	–	–	75,1	3

Наибольший показатель расходования денежных средств отмечен в Хабаровском крае, который составил 86 %, второе ранговое место занимает Сахалинская область (23,9 %), третье – Чукотский автономный округ (75,1 %), четвертое – Амурская область – (73,0 %), пятое – Магаданская область (71,5 %), шестое – Республика (Саха) Якутия (67,3 %), седьмое – Камчатский край (51,0 %).

Низкие показатели использования денежных средств наблюдаются в Приморском крае и Еврейской автономной области, что составило 45,2 % и 23,9 % соответственно (табл. 4). Необходимо отметить, что в рамках программ модернизации федеральные стандарты оказания медицинской помощи внедрены в соответствии с плановым показателем на территориях Хабаровского края (общее кол-во – 123), Сахалинской области (108), Амурской области (35), Магаданской области (34), Чукотского автономного округа (15), Камчатского края (10).

В остальных трех территориях степень внедрения стандартов округа составила: Республики Саха (Якутия) – 87,5 % (49 из 56), Приморском крае – 65,3 %

(23 из 53), Еврейской автономной области – 26,6 % (8 из 30).

Проведенный анализ позволил отметить ряд факторов неблагоприятно сказывающихся на эффективности реализации программ модернизации здравоохранения.

Во-первых, соотношение плановых показателей финансирования программ и имеющихся денежных средств в распоряжении учреждений здравоохранения свидетельствует о недофинансировании их из государственных источников.

Во-вторых, низкий уровень нормативно-методической обеспеченности федерального и регионального значения не позволяет внедрить информационные системы в здравоохранение (например, отсутствие типовых пакетов прикладных информационных систем для использования в медицинских организациях, обеспечивающих введение электронной медицинской карты, персонифицированного учета оказанных услуг и др.).

В-третьих, необходимость выполнения федерального законодательства «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» и проведение аукционов [1].

В-четвертых, нарушение сроков завершения работ, в результате строительства ранее начатых объектов, проведения текущего и капитального ремонта зданий, указанных в договорах подряда.

В-пятых, нарушение сроков и объемов поставки строительных материалов, на основе государственных или муниципальных контрактов на поставку товаров, а также заключаемых в соответствии с ними договоров поставки для государственных или муниципальных нужд.

И последнее, простаивание медицинского оборудования из-за незавершенного ремонта или отсутствия медицинских кадров.

Использованный программно-целевой метод в рамках региональных программах модернизации получил свое заключительное закрепление в федеральном законодательстве «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] и положением в основу Государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» одобренной Правительством РФ в ноябре 2012 г.

Таким образом, полагаем, что при реализации дальнейших планов развития отрасли необходимо учитывать приоритетный опыт полученных в ходе реализации региональных программ в период 2011–2012 гг., с тем, чтобы в целом повысить эффективность и результативность проводимых мероприятий.

*Литература*

1. Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В. Методические подходы к формированию концепции медицинского, научно-образовательного кластера в Хабаровском крае [Электронный ресурс]: «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России. – № 3. – 2012 г. // Доступ: URL.: <http://www.fesmu.ru/voz/20123/2012301.aspx>.

2. Капитоненко Н.А. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения дальневосточного федерального округа Российской Федерации в условиях модернизации / Н.А. Капитоненко, Ю.В. Кирик, С.Н. Киселев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. – 114–117.

3. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А., Киселев С.Н. Особенности ресурсного обеспечения здравоохране-

ния Дальневосточного федерального округа Российской Федерации и основные тенденции его развития [Электронный ресурс]: «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России. – № 2. – 2012 г. // Доступ: URL.: <http://www.fesmu.ru/voz/20122/2012205.aspx>.

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.02.2011 № 141н «Об утверждении порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социаль-

ного развития Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» // СПС «Консультант Плюс».

5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // СПС «Консультант Плюс».

6. Федеральный закон от 25.6.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» // СПС «Консультант Плюс».

**Координаты для связи с авторами:** *Кирик Юлия Владимировна* – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru); *Руссу Елена Юрьевна* – специалист-эксперт департамента по социальной политике аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе, тел. 8-(4212)-31-39-72, e-mail: [social@dfo.gov.ru](mailto:social@dfo.gov.ru); *Капитоненко Николай Алексеевич* – доктор мед. наук, профессор, проректор по научной и лечебной работе, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru); *Пригорнев Владимир Борисович* – доктор мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: [ozd\\_fesmu@mail.ru](mailto:ozd_fesmu@mail.ru).

