

Теоретическая и прикладная экономика

Правильная ссылка на статью:

Бизин С.В. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, как фактор повышения качества жизни населения (региональный аспект) // Теоретическая и прикладная экономика. 2024. № 1. DOI: 10.25136/2409-8647.2024.1.43681 EDN: FJUOWT URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=43681

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, как фактор повышения качества жизни населения (региональный аспект)

Бизин Сергей Викторович

ORCID: 0000-0003-3462-5327

кандидат экономических наук

доцент, кафедра государственного управления и менеджмента, Липецкий государственный технический университет

398055, Россия, Липецкая область, г. Липецк, ул. Московская, 30



april88@yandex.ru

[Статья из рубрики "Экономическая теория и история экономической мысли"](#)

DOI:

10.25136/2409-8647.2024.1.43681

EDN:

FJUOWT

Дата направления статьи в редакцию:

31-07-2023

Аннотация: Предметом исследования, отраженного в данной статье, является реализация в регионе государственной политики в сфере здравоохранения, которая выступает ключевым фактором, определяющим качество жизни населения. Объектом исследования являются система здравоохранения Липецкой области и особенности региональной государственной политики в сфере охраны здоровья. Вопросы совершенствования управления системой здравоохранения и реализуемой государственной политики приобретают особую актуальность в виду преодоления последствий пандемии и внешних вызовов, существенно затронувших данную отрасль. В статье раскрываются особенности теоретических и нормативных подходов к сущности государственной политики в сфере здравоохранения. Особое внимание в исследовании уделяется тенденциям развития системы здравоохранения Липецкой области, с учетом региональной проблематики, и инструментам повышения ее эффективности. Научная

новизна и особый вклад исследования заключаются в системном анализе результатов реализации государственной политики в сфере здравоохранения региона в совокупности ее составляющих: показатели общественного здоровья (заболеваемость, смертность, продолжительность жизни), кадровое обеспечение, цифровизация отрасли и финансовая устойчивость системы здравоохранения. В результате проведенного исследования сделан вывод о том, что эффективность государственной политики была достигнута посредством реализации комплекса мер по совершенствованию организационных процессов оказания медицинской помощи, оптимизации кадровых функций, укреплению материально-технической базы и др., что позволило снизить негативное влияние проблемных аспектов для сферы здравоохранения региона и, как следствие, повысить качество жизни населения области.

Ключевые слова:

государственная политика, система здравоохранения, охрана здоровья, качество жизни, регион, региональная государственная политика, управление здравоохранением, народосбережение, социально-экономическая сфера, региональное развитие

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что приоритетной стратегической целью государственной политики в нашей стране является повышение качества жизни граждан, при этом система здравоохранения выступает ключевой социальной сферой, от развития и эффективного функционирования которой зависит уровень качества жизни каждого гражданина и нации в целом.

Качество жизни является комплексным обобщающим понятием, которое включает в качестве составной части «уровень жизни» и показатели, его характеризующие, с другой стороны оценивает уровень развития на конкретной территории отраслей социальной сферы (здравоохранение, образование, соц. обеспечение, культура, физическая культура и спорт и др.) [\[4, с.312\]](#).

Для оценки качества жизни используется множество методик, однако в каждом из них показатели отрасли здравоохранения занимают весомое место.

Так, одним из самых распространенных способов оценки качества жизни является методика расчета индекса качества жизни, которая применяется с 2005 года британским исследовательским центром и включает 9 показателей, на первом месте из которых стоит индикатор здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни [\[22\]](#).

В отечественной практике наибольший интерес представляет методика расчета и рейтингования субъектов РФ по качеству жизни проводимая ежегодно Агентством стратегических инициатив, имеющая более практическую направленность. В рейтинге оценки усилий региональных органов исполнительной власти по созданию качественной среды для жизни граждан, одна из ключевых сфер, влияющих на улучшение качества жизни граждан России, является медицинское обслуживание. Рейтинг включает 16 показателей, всесторонне оценивающих эффективность здравоохранения в субъектах РФ: удовлетворенность граждан, среднее время ожидания, показатели доступности медицинских учреждений, ожидаемая продолжительность жизни при рождении и др. [\[21\]](#)

Кроме того, непосредственную связь развития системы здравоохранения с уровнем

качества жизни отмечали в своих трудах многие исследователи, подчеркивая важнейшую роль государства и проводимой политики в функционировании данной отрасли [\[12\]](#).

Так, Дятлов С.П. [\[8\]](#) отмечает основополагающую роль здоровья в обеспечении благополучной жизнедеятельности населения, а Самуйлова И.А. и Минакова П.С. [\[24\]](#) на основе эмпирического исследования (опрос «Оценка качества жизни» и анализ результатов) подтвердили гипотезу о существовании взаимосвязи между качеством жизни, уровнем доверия и оценкой системы здравоохранения России.

По мнению социологов Финансового университета при Правительстве РФ, высокое качество жизни человека подразумевает, в т.ч. достаточную продолжительность здоровой (активной) жизни, поддержанную хорошим медицинским обслуживанием и безопасностью (отсутствием значимых угроз жизни и здоровья) [\[18\]](#).

С медицинской точки зрения повышение качества жизни является либо основной, либо дополнительной целью лечения. Дополнительной целью повышения качества жизни является, если заболевание может привести к сокращению жизни, а основной – если оно не может привести к сокращению жизни или, напротив, если заболевание неизлечимо и непременно приведет к смерти больного. В последнем случае улучшение качества жизни остается единственной целью лечения [\[11\]](#).

Стоит отметить, что исследование качества жизни, выделение понятий «здоровье» и «благополучие людей» является высокотехнологичным инструментом, который определяет эффективность системы оказания медицинской помощи и позволяет дать объективную оценку качества медицинской помощи на уровне главного его потребителя – пациента, что является ключевым в государственной политике России [\[12, с.88\]](#).

Государственная политика в области здравоохранения, являясь составной частью государственной социальной политики, представляет собой деятельность органов государственной власти, направленную на обеспечение эффективного функционирования и развития системы здравоохранения в целях охраны здоровья граждан, посредством реализации совокупности мер законодательного, исполнительного и контролирующего характера.

В настоящее время проблемы народосбережения, роста ожидаемой продолжительности жизни, охраны здоровья граждан и эффективности мер государственной политики в Российской Федерации имеют ключевое значение, поскольку здоровье является главным экономическим ресурсом личности, а в масштабах страны характеризует качество трудовых ресурсов для экономики.

Информационной основой исследования послужили ключевые нормативно-правовые акты, регулирующие данную сферу, прежде всего Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 №254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и иные нормативные правовые акты федерального и регионального уровня, а также статистические данные исследуемой сферы, периодическая, методическая и научная литература.

Дополнительную актуальность придает проблематика отрасли здравоохранения и ее

региональной составляющей. По мнению многих исследователей [\[16, 17\]](#) наиболее острой проблемой системы здравоохранения является обеспечение медицинскими кадрами (как врачами, так и средним медицинским персоналом) и эффективность кадровой политики (уровень планирования кадров, дефицит сотрудников узких специализаций и др.).

Другой проблемой выступает недостаточность проводимой работы учреждениями здравоохранения в воспитании и популяризации здорового образа жизни, в т.ч. среди молодежи, о чем свидетельствует высокая доля населения с наркотической и алкогольной зависимостями [\[8, с.648\]](#).

Среди основных вызовов системы здравоохранения в Российской Федерации также выделяют доступность медицинской помощи, когда жители удаленных территорий не всегда имеют доступ к необходимым услугам отрасли здравоохранения (в т.ч. числе из-за отсутствия финансовых возможностей на передвижение) [\[8, с.647\]](#), прежде всего для населения, проживающего в сельской местности [\[20\]](#).

Также в качестве ключевых проблем отрасли здравоохранения является низкое обеспечение нуждающихся граждан льготными лекарствами. [\[7, с.56\]](#).

Одной из основных причин сложившейся ситуации в отрасли многие ученые видят в недостаточности объемов финансирования медицинской сферы. Например, И. П. Каткова указывает на «...низкие уровни государственных расходов на здравоохранение в России» [\[10\]](#), а Ю. Ю. Садовникова, Л. Н. Тимейчук и Г. Г. Уварова утверждают, что «негативной тенденцией выступает сокращение количества медицинских учреждений, которое свидетельствует о недофинансировании отрасли и ведет к увеличению сектора частных медуслуг и снижению доступности медпомощи» [\[23\]](#).

Следствием данных тенденций являются отсутствие свободных мест и возможности записи на прием к врачу в государственных учреждениях, порождая длинные очереди на получение медицинских услуг населением в особенности на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Методы и результаты исследования

Достоверность данного исследования обеспечивается обширным эмпирическим материалом и системой его изучения. К методам исследования относятся контент-анализ, анализ статистических данных, сравнение, описание, обобщение.

Теоретические и нормативные подходы к государственной политике в сфере здравоохранения

В последние годы произошли коренные изменения социально-экономической ситуации в стране, которые отразились на всех сферах жизни общества [\[5, с. 16\]](#).

Пандемия, вызванная новой коронавирусной инфекцией, структурные изменения в экономике, последовавшее снижение жизненного уровня населения обусловили появление негативных тенденций в динамике общественного здоровья. С другой стороны, проводимая специальная военная операция и беспрецедентные санкции, наложенные на Российскую Федерацию, привели как к возникновению новых проблем отрасли здравоохранения, так и усугубили системные проблемы.

На сегодняшний день существует целый ряд исследований, посвященных аспектам сущности и содержания, а также практическим вопросам применения различных

инструментов и реализации государственной политики в системе здравоохранения как в России, так на региональном уровне. Эти направления нашли отражение в работах известных российских ученых, Улумбекова Г. Э. [25], Садовникова Ю. Ю. [23], Кузьмин А. В. [14], Козликов С. П. [13], Лобынцева И. И. [15], Арсланбекова А. З. [11] и других ученых [30]. Также большое внимание уделено исследованиям отдельных ключевых вопросов государственной политики в сфере охраны здоровья: стратегическое планирование [2, 28, 31] кадровые обеспечение [17] и цифровизация здравоохранения [9, 26, 27, 29].

Охрана здоровья населения является важнейшей функцией государства, закрепленной в ст. 41 Конституции РФ. Охрана здоровья граждан определяется как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами власти субъектов РФ, 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 (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 №254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» государственная политика в сфере охраны здоровья граждан выступает ключевым фактором качества жизни населения и реализуется посредством принятия и исполнения:

- программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (территориальной программы в Липецкой области),
- государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и государственных программ субъектов Российской Федерации (государственная программа «Развитие здравоохранения Липецкой области»),
- национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», а также, входящих в их состав, федеральных проектов (региональных проектов Липецкой области),
- ведомственных целевых программ (региональные программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Липецкой области», «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» Липецкой области и др.).

По мнению Кузьмина А. В. «под государственной политикой в области здравоохранения, как представляется, следует понимать деятельность государства в указанной сфере, направленная на обеспечение её эффективного функционирования и развития» [14, с. 158].

Государственная политика включает в себя нацеленные действия, реализуемые на практике государственными органами при активном участии институтов гражданского общества. [1, с. 68].

Управление развитием сферы здравоохранения – комплекс мероприятий, направленных на создание и оптимизацию социально-экономических, правовых и организационных условий функционирования отрасли. При управлении здравоохранением необходимо учитывать ее специфические особенности. В данном контексте государственное

регулирование системы здравоохранения играет главную роль, как неотъемлемый фактор жизнедеятельности человека.

Политическая деятельность государства осуществляется через механизм государственных программ социального обеспечения и систему предоставления социальных услуг. Государство формирует и создает общую концепцию и основные направления развития системы здравоохранения, а также осуществляет законодательное и правовое обеспечение отрасли [\[15, с.29\]](#).

Основная цель совершенствования развития здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению [\[6, с. 6\]](#).

Таким образом, государственная политика в области здравоохранения, являясь составной частью государственной социальной политики, представляет собой деятельность органов государственной власти, направленную на обеспечение эффективного функционирования и развития системы здравоохранения в целях охраны здоровья граждан, посредством реализации совокупности мер законодательного, исполнительного и контролирующего характера, выраженных в исполнении целевых показателей и мероприятий (контрольных точек) государственных программ и национальных проектов.

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения (на примере Липецкой области)

Липецкая область является типичным регионом Центрального Черноземья с точки зрения территориальной организации населения и основных медико-демографических тенденций. Компактные размеры области, средняя плотность населения, развитая транспортная инфраструктура обеспечивают доступность медицинской помощи (рис. 1). В регионе отсутствуют населенные пункты вне зоны медицинского обслуживания [\[19\]](#).

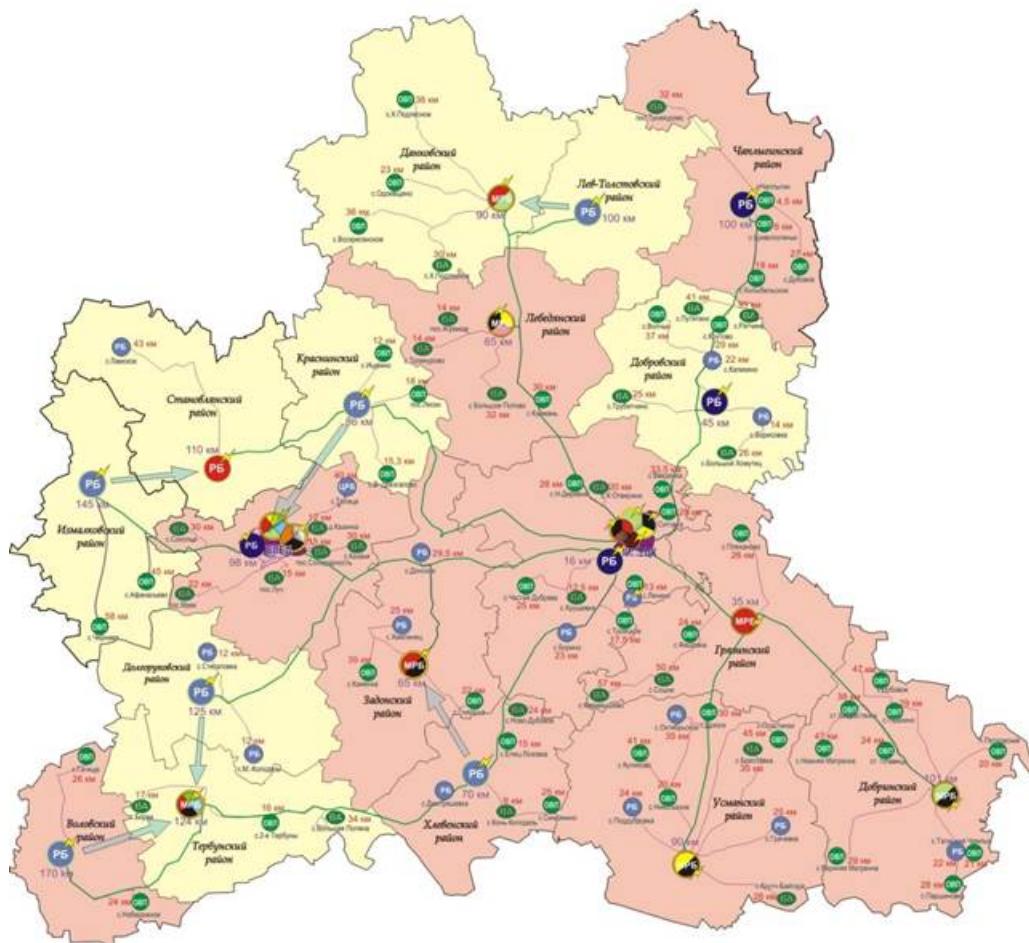


Рисунок 1 – Структура лечебной сети здравоохранения Липецкой области

Лечебная сеть Липецкой области включает 89 поликлиник и поликлинических отделений (33,7 тыс. посещений в смену): 35 – детских, 54 – взрослых, а также 38 круглосуточных стационаров мощностью 8884 коек (79,8 на 10 тыс. нас.) – 6415 коек ОМС и 2454 коек, финансируемых за счет областного бюджета.

Мощности региональной лечебной сети в целом соответствуют уровню и структуре заболеваемости населения, с учетом возрастной структуры населения (рис. 2), и установленным нормативам объемов медицинской помощи



Рисунок 2 – Возрастная структура населения Липецкой области, %

Важным преимуществом организации медицинской помощи в Липецкой области является сохраненная инфраструктура сельского здравоохранения. В сельском здравоохранении функционирует 18 районных и центральных районных больниц, 68 отделений общей врачебной практики, 22 врачебные амбулатории, 376 фельдшерско-акушерских пунктов.

В рамках реализации модели достижения национальной цели увеличения ожидаемой

продолжительности жизни Липецкая область, с одной стороны, сосредоточили усилия на сокращении преждевременной смертности населения, с другой стороны, в пределах существующих возможностей, обеспечиваем увеличение рождаемости.

С точки зрения сокращения преждевременной смертности в минувшем году в регионе достигли существенного улучшения состояния общественного здоровья. Среди субъектов Российской Федерации, входящих в состав ЦФО, Липецкая область по уровню общей смертности заняла пятое место (рис. 3).



Рисунок 3 – Модель достижения национальной цели увеличения ожидаемой продолжительности жизни Липецкая область

Эффективным инструментом улучшения состояния общественного здоровья является медицинская профилактика, реализуемая в форме диспансеризации и профилактических осмотров, а также массовых профилактических акций различной направленности. По итогам 2022 года регион оказался на 20-м ранговом месте по выполнению объемов проведения профилактических осмотров и диспансеризации населения (59,8% в области, 35,3% в РФ) и на 16-м ранговом месте по выполнению объемов проведения углубленной диспансеризации населения (100% в области, 77,7% в РФ)

В центры общественного здоровья обратилось более 12 тыс. чел., обучение основам здорового образа жизни прошли более 160 тыс. жителей области. В «Школах здоровья», функционирующих в медицинских организациях региона, обучено более 26 тыс. чел. В целом в 2022 году проведено более 6,8 тыс. профилактических мероприятия и акций с охватом около 270 тыс. человек.

Несмотря на достигнутую результативность, целый ряд территорий не справился с запланированными объемами профилактической работы. Причины этого объясняются, как организационными просчетами при планировании профилактической кампании на уровне конкретных медорганизаций, так и вследствие недостаточной мотивированности граждан, прежде всего работающих, к прохождению обследования. В этой связи Правительством области, начиная с прошлого года, внедрена практика еженедельного заслушивания глав органов местного самоуправления на предмет создания благоприятных условий для прохождения диспансеризации и профосмотров на местах, в том числе посредством непосредственного взаимодействия с работодателями и организованными трудовыми коллективами.

Общая смертность в отчетном периоде по сравнению с 2021 годом уменьшилась на 27%

и достигла 15,3 на 1000 нас. Значение ожидаемой продолжительности жизни составило 72 года, превысив соответствующий уровень 2021 года на 3,4 года. Более или менее выраженное снижение смертности затронуло все без исключения территории региона. Вместе с тем смертность всего населения оказалась выше соответствующего уровня 2019 года на 7%, что указывает на имеющиеся резервы дальнейшего улучшения медико-демографической ситуации (рис. 4).



Рисунок 4 – Показатели смертности в Липецкой области

Принимая во внимание значимость болезней системы кровообращения в процессах формирования общественного здоровья в регионе сформирована вертикально интегрированная система оказания медицинской помощи больным кардиологического профиля, представленная четырьмя первичными сосудистыми отделениями и двумя региональными сосудистыми центрами.

С 2020 года в Липецком областном клиническом центре функционирует Центр диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности с входящим в его состав кабинетами нагрузочного тестирования и экспертной ультразвуковой диагностики, кардиологическим отделением и блоком интенсивной терапии.

В Липецкой областной клинической больнице с 2021 года начал работу кардиологический диспансер, благодаря чему обеспечено организационно-методическое единство процесса оказания доступной, качественной и своевременной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В целях поддержки принятия решения о проведении тромболитической терапии на догоспитальном этапе, а также для круглосуточной обработки дистанционно передаваемых бригадами скорой медицинской помощи ЭКГ и оперативной выдачи экспертных заключений с 2021 года в области действует Единый консультативный центр (ЕКЦ). Специалисты ЕКЦ оказывают круглосуточную консультативную помощь при остром коронарном синдроме и других острой формах болезней системы кровообращения у пациентов на дому, при вызове бригады скорой помощи, принимают с использованием метода тел-ЭКГ и расшифровывают электрокардиограммы с выдачей рекомендаций по тактике ведения пациентов, включая решение вопроса о необходимости проведения тромболитической терапии при остром коронарном синдроме.

Для сокращения времени доставки экстренных больных из районов области в Липецк, а также в федеральные центры России осуществляют полеты санитарная авиация. В 2022

году были установлены известные ограничения на полеты, но по договоренности с Минобороны России в сложных случаях моглосовывается разрешение на транспортировку больных.

В здравоохранении Липецкой области обеспечивается интенсивное развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения сосудистых заболеваний. По итогам минувшего года выполнены более 10 тысяч ангиографий, около 3000 ангиопластик, в том числе 2570 - со стентированием (рис. 5).



Рисунок 5 – Показатели болезней системы кровообращения

В текущем году запланировано преодолеть рубеж в 3000 стентирований, все необходимые силы и средства для этого имеются.

С прошлого года в регионе приступили к решению задачи, связанной с дальнейшим тиражированием высокотехнологичных сосудистых операций. С этой целью на базе Елецкой городской больницы №1 имени Н.А. Семашко за счет средств областного бюджета была создана рентгенохирургическая операционная, оснащенная современной ангиографической установкой, определены объемы высокотехнологичной помощи.

С целью повышения качества и доступности медицинской помощи больным онкологического профиля на сегодняшний день в регионе под организационно-методическим началом областного онкологического диспансера созданы 5 центров амбулаторной онкологической помощи, располагающие 28 койками для химиотерапии. В текущем году начаты работы по созданию шестого ЦАОП в составе Лебедянской ЦРБ. Благодаря согласованной работе онкологов увеличивается ранняя выявляемость злокачественных новообразований, обеспечивается своевременное начало лечения и сокращается смертность от новообразований (рис. 6).



Рисунок 6 – Показатели медицинской помощи больным онкологического профиля

В здравоохранении Липецкой области проводится систематическая работа по увеличению рождаемости. За счет непрерывного совершенствования деятельности службы материнства и детства в тесном взаимодействии с профильными федеральными НМИЦ обеспечивается уменьшение младенческой смертности и сокращение количества абортов (рис. 7), в том числе за счет проведения активной разъяснительной кампании среди беременных и оказания медико-психологической помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора: мониторинг основных причин, побудивших женщину обратиться на аборт; взаимодействие с НКО; программы: «Молодежь за ЗОЖ», «Знаю, действую, живу», «Малая родина - семья»; размещение социальной рекламы в общественно доступных местах; «скрипты» с мерами социальной поддержки.

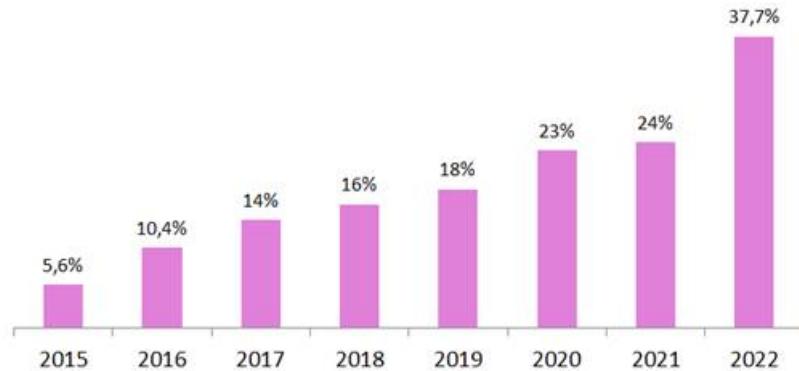


Рисунок 7 – Доля женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности

Годы испытаний коронавирусной эпидемией продемонстрировали особую значимость кадрового ресурса. В 2022 году не удалось сократить дефицит врачей и среднего медицинского персонала (показатели укомплектованности и обеспеченности медицинскими кадрами исполнены в диапазоне от 88,4% до 96%). Фактически региональный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» оказался единственным неисполненным среди всех остальных программно-целевых мероприятий национального проекта «Здравоохранение», по которым достигли целевых показателей эффективности.

По итогам года количество врачей и средних медработников уменьшилось соответственно на 279 и 842 человека. Такое выраженное уменьшение численности медработников за 2022 год связано главным образом с внесением изменения в действующее законодательство в сфере пенсионного обеспечения, согласно которому была отменена ежегодная индексация пенсионных выплат работающим пенсионерам. В

связи со значительным ростом пенсионного обеспечения в 2022 году продолжающие работать медицинские работники-пенсионеры вынуждены прерывать трудовые отношения для того, чтобы иметь право на индексацию пенсионного обеспечения (рис. 8).

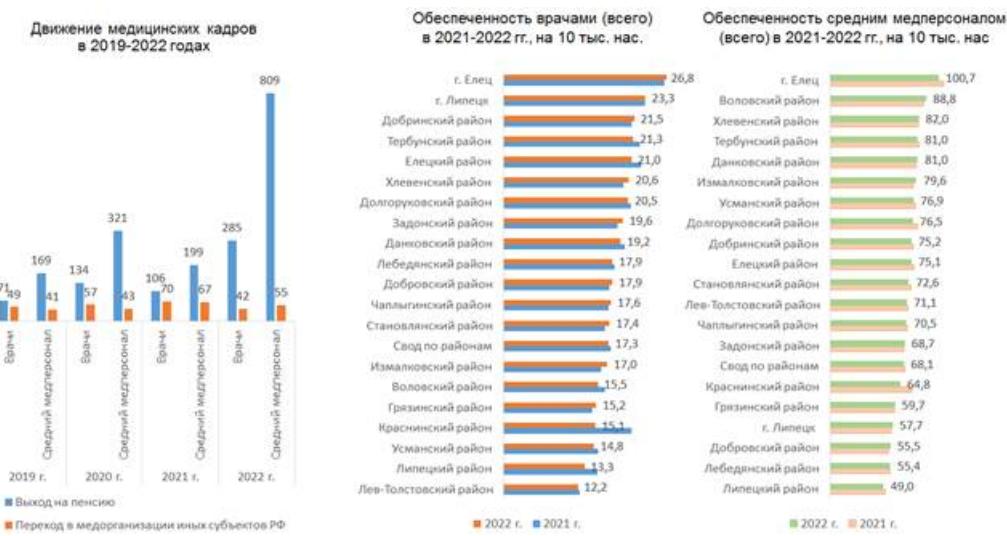


Рисунок 8 – Анализ показателей кадрового обеспечения здравоохранения Липецкой области

Уменьшение численности медицинских работников могло бы оказаться еще более значительным, если бы не реализуемые на региональном уровне комплексные меры по сокращению дефицита кадров государственного здравоохранения:

1. Развитие предуниверсария Липецкой области во взаимодействии с медицинскими вузами (31 медицинский класс).
2. Увеличение численности обучающихся в медицинских вузах и ссузах (пятикратное увеличение стипендий для студентов медицинских вузов, обучающихся по целевому набору от Липецкой области).
3. Реализация комплексных мер социальной поддержки медработников наиболее дефицитных специальностей:
 - единовременные социальные выплаты «Губернаторские полтора миллиона»,
 - социальные выплаты на строительство и приобретение жилья,
 - компенсация расходов на аренду жилья.
4. 100% участие медработников в системе непрерывного образования.
5. Организация деятельности 4 клинических баз последипломной подготовки врачей.
6. Создание Интернет-версии Центра привлечения медицинских кадров Липецкой области.

В Липецкой области действует трехэтапная система подготовки медицинских кадров.

Первый этап - профориентационный. Для обеспечения активной профориентации абитуриентов на медицинские специальности в регионе функционирует научно-образовательный медицинский кластер «Предуниверсарий Липецкой области» в виде 31 медицинских классов, созданных под эгидой Воронежского и Рязанского государственных медицинских университетов.

Второй этап - этап профессионального образования. Силами и средствами региональных медицинских колледжей в текущем году запланировано открытие медицинских классов еще в 11 муниципальных районов, ранее не располагавших подобной формой организации учебного процесса.

На 10% увеличено количество студентов медицинских вузов, обучающихся в рамках «целевых» договоров. В настоящее время для регионального здравоохранения проходят подготовку более 800 студентов.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации на 30% увеличен прием в Липецкий и Елецкий медицинские колледжи.

Третий этап - этап последипломного образования. Достигнуто 100% участие медработников в системе непрерывного образования, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, формирующих необходимые профессиональные компетенции и квалификации.

Обеспечено интенсивное развитие клинических баз, предусматривающих внедрение в учебный процесс практикоориентированных технологий и расширение сотрудничества медицинских вузов с учреждениями здравоохранения региона. На сегодняшний день регион располагаем четырьмя клиническими базами, функционирующими на площадках Липецкой областной клинической больницы, Областной детской больницы, Липецкого областного онкологического диспансера и Липецкого областного клинического центра.

С целью сокращения дефицита медицинских кадров в сельской местности продолжена реализация федеральных программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер», позволивших привлечь в районные и центральные районные больницы региона, начиная с 2012 года, 440 врачей и 78 фельдшеров (рис. 9).

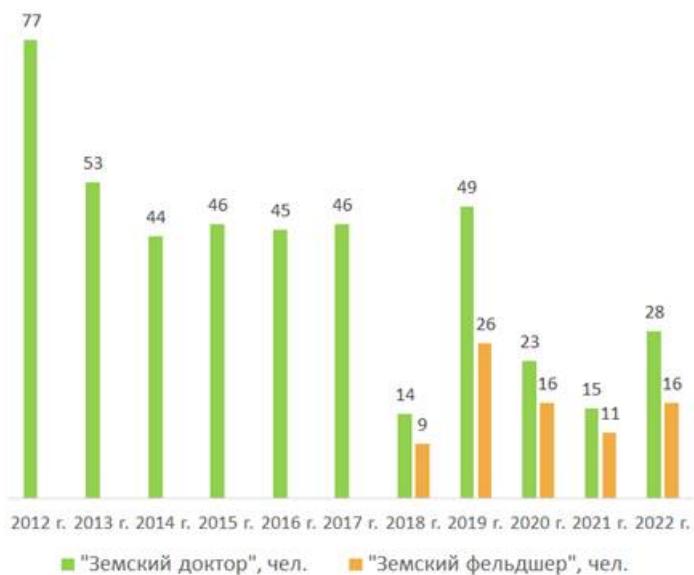


Рисунок 9 – Реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в Липецкой области

Вместе с тем обозначенные программы становятся все менее привлекательными для их потенциальных участников вследствие уменьшения покупательной способности предлагаемых социальных выплат.

В начале реализации программы «Земский доктор» в 2012 году социальная выплата в размере 1 млн. руб. позволяла врачу-участнику приобрести в Липецкой области 1-2-

комнатную квартиру или дом. Сегодняшний размер выплаты в 1-1,5 млн. руб., даже при наличии региональных мер социальной поддержки сопоставимой стоимости, этого сделать не позволяет. Аналогичным образом недостаточно привлекательными являются установленные размеры выплат в 500 и 750 тыс. руб. для фельдшеров.

В условиях сохраняющегося кадрового дефицита в регионе делается акцент на повышение эффективности имеющихся кадров, в том числе за счет сокращения нецелесообразной нагрузки.

Продолжено внедрение новых организационных процессов оказания медицинской помощи, разработанных НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России (рис. 10).



Рисунок 10 – Внедрение новых организационных процессов в здравоохранение Липецкой области

Данные процессы призваны сократить нецелесообразную нагрузку на врачей и медсестер, прежде всего занятых в участковой службе. Среди них важное место занимает совершенствование работы неотложной медицинской помощи. Результатом данной работы является высвобождение участковых врачей и средних медработников от обслуживания вызовов на дому. Участковый врач и занятый с ним средний медицинский персонал должны все свое время посвящать приему больных в стенах поликлиники.

На сегодняшний день отделения (кабинеты) неотложной помощи созданы во всех взрослых и детских поликлиниках и поликлинических отделениях области. Количество их возросло с 32 в 2021 году до 56 - в 2022: 36 кабинетов (отделений) - для взрослого населения и 20 - для детского.

Укомплектование отделений и кабинетов неотложной помощи происходит преимущественно персоналом со средним медицинским образованием. Опыт привлечения фельдшеров, акушерок, медсестер в период эпидемического распространения новой коронавирусной инфекции к выполнению функционала, ранее относимого к врачебному, показал, что медработникам со средним образованием по силам решение большинства рутинных лечебно-диагностических задач. И лишь в редких случаях они вынуждены обращаться за помощью к врачам.

В 2022 году продолжена практика возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшеров и акушерок при недостаточной укомплектованности медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами, участковыми врачами и врачами общей практики. Таким образом, к работе

на участках были привлечены 59 фельдшеров.

Безусловно, привлечение фельдшеров к работе на участках является вынужденным решением, но в условиях дилеммы между доступностью или качеством медицинской помощи, целесообразно делать выбор в пользу доступности, о чем продемонстрировала коронавирусная эпидемия.

Другой практикой, призванной сгладить остроту проблемы дефицита медицинских кадров, в минувшем году стал проект «С заботой о Вас». Впервые был опробован механизм передачи ряда функций, ранее выполняемых участковыми медсестрами и фельдшерами, младшим медсестрам по уходу за больными.

С этой целью в 11 поликлиник на работу были привлечены порядка полусотни человек, ранее никогда не работавших в сфере здравоохранения, которые за 4 месяца были обучены в медколледже и выведены на участок. На сегодняшний день можно утверждать, что проект оказался вполне удачным и может быть рекомендован для тиражирования в масштабах области. Младшие медсестры не только вполне справляются с выполнением целого ряда процедур, относящихся к содержанию доврачебной первичной медико-санитарной помощи, но и успешно решают задачи на позициях дежурных администраторов, медрегистраторов и т.п.

Стоит отметить, что на участках исключающих обязательное наличие медработников на работу привлекаются лица без медицинского образования: большая часть рутинного документооборота возложена на таких сотрудниках (в государственных медицинских организациях занято 623 человека).

Важным направлением деятельности системы здравоохранения Липецкой области, обеспечивающим повышение эффективности функционирования отрасли, а также сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет автоматизации целого ряда процессов, является цифровизация регионального здравоохранения.

С целью оперативного представления и визуализации аналитической информации в 2022 году в Липецкой области реализован дашборд «Региональная информационно-аналитическая медицинская система Липецкой области (РИАМС)», предназначенный для использования главными врачами региона. Дашборд формирует оперативный мониторинг доступности записи на прием к врачу, а также помогает контролировать формирование электронных медицинских документов на уровне медорганизации (рис. 11).

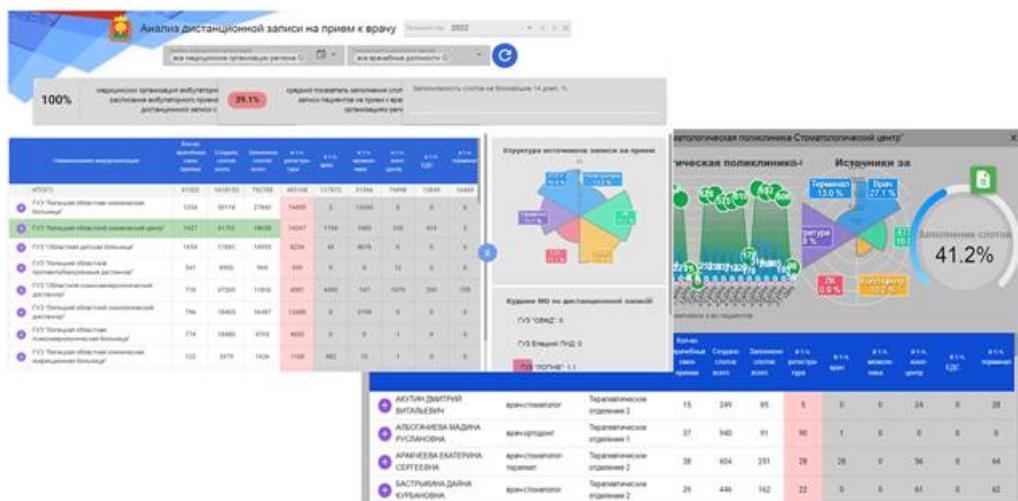


Рисунок 11 – Дашборд «Региональная информационно-аналитическая медицинская система Липецкой области (РИАМС)»

Во взаимодействии с Минздравом России с целью повышения качества лечебно-диагностического процесса за счет его информационной поддержки в практику активно внедряются вертикально интегрированные медицинские информационные системы (ВИМИС) по профилям «Сердечно-сосудистые заболевания», «Онкология», «Акушерство, гинекология и неонатология».

В сентябре 2022 года в Липецкой области запущена ВИМИС «Профилактическая медицина», позволяющая осуществлять в режиме реального времени контроль за всеми этапами диспансерного наблюдения, диспансеризации, профилактических и медицинских осмотров и вакцинации.

По инициативе Правительства Липецкой области в регионе продолжается внедрение Интеллектуальной системы управления (ПСУ). В основе ПСУ лежит принцип повышения эффективности работы сотрудников.

Данный принцип реализован с помощью автоматического анализа действий медицинского персонала в информационных системах при выполнении производственной деятельности; поиска точек роста в работе каждого конкретного сотрудника на основании компьютерных алгоритмов; автоматического формирования задач сотрудникам и руководителям с рекомендациями конкретных шагов для повышения эффективности работы, а также автоматического контроля выполнения этих задач.

В 2022 году во взаимодействии с ЦНИИОИЗ Липецкая область реализовала проект «Запись на прием к врачу» (рис. 12). В государственных медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» определен перечень специальностей врачей, расписание которых должно быть доступно для самостоятельной записи на Едином портале государственных услуг и функций, посредством инфоматов, расположенных в медицинских организациях, call-центров и регистратур.

Благодаря отработанным процессам обеспечивается снижение времени ожидания пациента в регистратуре; повышение производительности труда медрегистраторов и качества обслуживания граждан, а также стандартизация процесса управления персоналом.

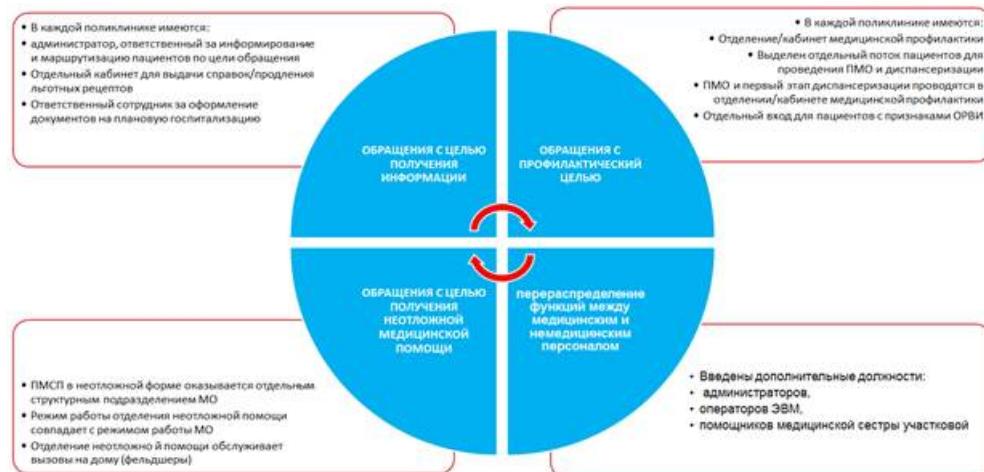


Рисунок 12 – Реализация pilotного проекта «Запись на прием к врачу»

Правительством Липецкой области в тесном взаимодействии с федеральным центром обеспечивается финансовая устойчивость региональной системы здравоохранения.

На финансовое обеспечение Государственной программы Липецкой области «Развитие

здравоохранения Липецкой области» в 2022 году было направлено 30,5 млрд. руб., в 2023 году предусмотрено 31,2 млрд. руб. (рис. 13).

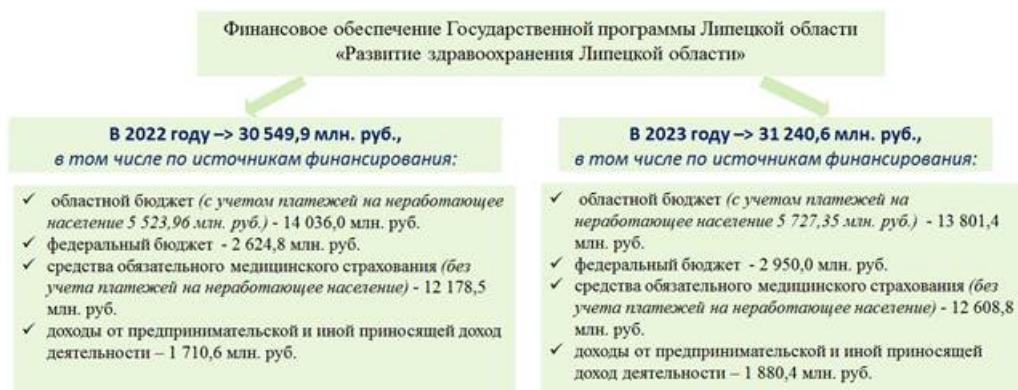


Рисунок 13 – Финансовая устойчивость системы здравоохранения области

На постоянной основе осуществляется мониторинг кредиторской задолженности государственных медицинских организаций и анализируются причины образования просроченной кредиторской задолженности. Следует отметить, что наличие просроченной кредиторской задолженности характерно для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования.



Рисунок 14 – Кредиторская задолженность государственных медицинских организаций Липецкой области

По состоянию на 1 февраля 2023 года сумма просроченной кредиторской задолженности по средствам ОМС со сроком три и более месяцев составила 66,37 млн. руб.

Основные причины образования просроченной кредиторской задолженности являются перераспределение средств на обеспечение роста заработной платы медицинских работников в темпах, опережающих рост объема субвенции из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В здравоохранении Липецкой области осуществляются мероприятия, направленные на сокращение необоснованных и нецелевых расходов на содержание лечебной сети региона, оптимизацию численности прочего персонала.

В целях поддержания финансовой устойчивости на погашение просроченной кредиторской задолженности по обязательному медицинскому страхованию выделяются

средства областного бюджета. Так, в 2021 году на эти цели были израсходованы около 800 млн. руб., в 2022 году - более 700 млн. руб.

В минувшем году в Липецкой области обеспечена реализация всего комплекса мероприятий, связанных с возведением и ремонтом объектов здравоохранения, закупкой медицинского оборудования, автотранспорта и оснащения в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и государственной программы «Развитие здравоохранения Липецкой области»:

1. Построены и введены в эксплуатацию:

- операционный блок с отделением анестезиологии и реанимации областного онкологического диспансера,
- поликлинический корпус ГУЗ «Липецкая городская детская больница» (в т.ч. создание реабилитационного центра),
- детская поликлиника и женская консультация ГУЗ «Чаплыгинская районная больница»,
- 2 отделения общей врачебной практики,
- 4 фельдшерско-акушерских пунктов.

2. Выполнены 58 капитальных ремонтов и 4 реконструкции в 34 медицинских организациях.

3. Закуплено:

- 48 единиц автотранспорта (в т.ч. 12 автомобилей скорой медицинской помощи),
- 1165 единиц медоборудования и медицинских изделий.

Согласно оценкам Минздрава России, Липецкая область относится к числу регионов, выполнивших целевые показатели укрепления материально-технической базы на 100%.

Одним из ключевых результатов оценки эффективности реализуемой государственной политики в сфере здравоохранения Липецкой области выступает общественное мнение по удовлетворенности населения медицинской помощью (рис. 15).



Рисунок 15 – Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения Липецкой области медицинской помощью

По итогам 2022 года, согласно информации Минздрава России, среднероссийский показатель удовлетворенности населения медицинским обслуживанием оказался равен

42,7%. В Липецкой области данный показатель, замеренный по федеральной методике, составил 45,7%.

Результаты и выводы

Повышение качества жизни населения является одной из наиболее приоритетных стратегических целей развития страны и регионов [\[3, с. 1226\]](#), а государственная политика в сфере охраны здоровья ее важнейшая составляющая.

Основной задачей системы здравоохранения является сохранение и восстановление здоровья человека, повышение продолжительности жизни, посредством снижения уровня заболеваемости и смертности, что, в свою очередь, должно способствовать стимулированию роста человеческого капитала, привести к повышению благосостояния граждан и национального дохода страны.

В проведенном исследовании проанализированы основные аспекты системы здравоохранения Липецкой области, определяющие качество жизни: ожидаемая продолжительность жизни населения, которая составила 72 года по итогам 2022 года; удовлетворенность населения медицинской помощью (45,7% при плане – 43,5%); показатели смертности, в т.ч. по ключевым заболеваниям – новообразования и болезни системы кровообращения (существенно снизились в 2022 году). Положительная динамика данных индикаторов и наличие потенциала для роста дает объективную положительную оценку качеству медицинской помощи в регионе и, как следствие, свидетельствует о повышение качества жизни населения.

Стоит отметить, что положительная динамика показателей в 2022 году обусловлена объективными факторами, прежде всего «эффектом высокой базы» смертности в 2020-2021 гг. Учитывая сложившиеся тенденции можно прогнозировать в дальнейшем рост индикаторов общественного здоровья в 2023 году, учитывая повышенную смертность населения в 1 квартале 2022 года (обусловленную заболеваемость COVID-19 и его последствиями), и достижение значений уровня «доковидного» 2019 года.

Вместе с тем не корректно преуменьшать положительный вклад в состояние общественного здоровья эффективно реализованных мероприятий государственной политики в сфере охраны здоровья в Липецкой области, рассмотренных в данном исследовании: совершенствование текущих и внедрение новых организационных процессов оказания медицинской помощи; масштабное переоснащение медицинским оборудованием учреждений здравоохранения региона; непрерывное совершенствование деятельности службы материнства и детства; создание новых объектов и отделений (ЦАОП, кардиологический диспансер, центр диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности и др.); цифровизация здравоохранения области (в т.ч. реализация пилотного проекта «Запись на прием к врачу»).

В настоящее время осуществляется разработка и реализация документов стратегического планирования на федеральном и региональном уровне (стратегии, государственные программы, проекты) в сфере государственного регулирования и управления системой здравоохранения, направленных на достижение удовлетворенности граждан в качественной и доступной медицинской помощи на всех ее этапах, при этом эффективность их исполнения и государственной политики в целом различна в каждом субъекте РФ.

В Липецкой области, несмотря на ряд проблем (кадровый дефицит, высокий уровень заболеваемости отдельными болезнями, кредиторская задолженность учреждений

здравоохранения и т.д.) государственная политика в сфере здравоохранения реализуется достаточно успешно. Правильность избранной стратегии всестороннего повышения качества и доступности медицинской помощи подтверждается данными федеральной и региональной статистики, а также результатами анализа проведенного в данном исследовании.

Стоит отметить, что проблемы системы здравоохранения Липецкой области соотносятся с проблематикой отрасли здравоохранения Российской Федерации, описанных в научных исследованиях [16, 17, 7, 10].

Единственным существенным отличием является проблема территориальной доступности [8, 20], которая не является актуальной для региона в виду административно-географических особенностей – Липецкая область компактна и развернутая лечебная сеть обеспечивает удовлетворение потребность в большей части видов медицинской помощи для населения. Кроме того, в области обеспечено практически полное покрытие сетью интернета, что способствует высокому уровню развития цифровизации здравоохранения (прежде всего телемедицинских услуг).

С другой стороны сокращение количества медицинских учреждений [7] в Липецкой области также происходит, но, как правило, не за счет закрытия объектов, а за счет преобразования их организационной структуры: например, объединение всех детских поликлиник г. Липецка под руководство ГУЗ «Липецкая городская детская больница» или объединение станций скорой медицинской помощи в систему ГУЗ «Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Липецкой области». Другой причиной, может быть преобразование в соответствие с приказом Минздрава России от 27.02.2016 № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»: при строительстве объекта в замен существующего его вид определяется на основе численности прикрепленного населения (например, в случае уменьшения численности ниже 2000 чел. в населенном пункте вместо ОВП будет построен ФАП).

Для решения существующих проблем системы здравоохранения Липецкой области и повышения эффективности государственной политики целесообразно рассмотреть возможность реализации комплекса практических рекомендаций в следующих направлениях:

1. Аналитика и разработка организационных управленческих решений:

- 1) проведение регулярного анализа медико-демографических показателей Липецкой области, показателей состояния и деятельности системы здравоохранения с выявлением наиболее неблагоприятных трендов (до уровня муниципальных образований Липецкой области и медицинских организаций) с принятием организационных и управленческих решений;
- 2) проведение на постоянной основе анализа причин летальности от болезней системы кровообращения и новообразований в отдельных медицинских организациях, анализа предотвратимой смертности;
- 3) на основе анализа показателей общественного здоровья оперативно перераспределять материальные и организационные ресурсы для своевременного управления рисками;
- 4) проведение анализа действующих правовых актов и разработка алгоритмов,

обеспечивающих доступность первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи пациентам, включая сроки оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

5) формирование плана проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации) и диспансерного наблюдения (ежемесячного, ежедекадного) с декомпозицией до уровня терапевтического участка;

6) организация прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации), в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставление гражданам возможности дистанционной записи на прием медицинскими работниками;

7) проведение информационно-коммуникационной кампании для населения на регулярной основе (в СМИ и социальных сетях) в отношении необходимости и своевременности прохождения профилактических мероприятий с целью выявления начальных проявлений хронической патологии, а также в части повышения ранней обращаемости за медицинской помощью при проявлении симптомов заболеваний, повышения приверженности врачебным рекомендациям по профилактике заболеваний и осложнений;

8) увеличение объемов выездных форм работы мобильных бригад для повышения доступности диспансеризации и обследований в рамках диспансерного наблюдения в сельской местности, в отдаленных и труднодоступных районах Липецкой области;

9) совершенствование деятельности Школ здоровья для пациентов, в т. ч. с использованием выездных форм работы в трудовые коллективы, как обязательного метода диспансерного наблюдения и лечения больных;

10) внедрение проактивного приглашения пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, на прием к врачу, обеспечение планового направления для оказания специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и злокачественными новообразованиями.

2. Популяризация здорового образа жизни:

1) проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни среди населения, в т.ч. информационно-разъяснительной работы через СМИ, социальные сети и социальную рекламу, распространение полиграфической продукции и проведение профилактических мероприятий;

2) реализация корпоративных программ, содержащие наилучшие практики по укреплению здоровья работников;

3) реализация муниципальных программ общественного здоровья;

4) регулярный мониторинг заболеваемости алкоголизмом в разрезе муниципальных образований;

5) актуализация и корректировка межведомственных планов/программ по профилактике пьянства и алкоголизма, употребления наркотических и психоактивных веществ, предусматривающая усиление работы психиатрической и наркологической службы.

3. Мероприятия по привлечению медицинских кадров в регион и снижение кадрового дефицита:

- 1) повышение привлекательности программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» с использованием дополнительных региональных мер социальной поддержки;
- 2) повышение эффективности имеющихся кадров, в том числе за счет сокращения нецелесообразной нагрузки на медицинский персонал – внедрение практики привлечения персонала без медобразования и оптимизация процесса работы с очередью пациентов;
- 3) совершенствование профориентационной работы: открытие дополнительных медицинских классов в школах, расположенных муниципальных районах; выездные мероприятия с участием медицинского персонала и т.д.;
- 4) дополнительный набор по целевому направлению за счет средств областного бюджета и муниципальных образований.

4. Укрепление материально-технической базы: ускоренная реализация программных и проектных мероприятий 2024 г. и 2025 г. по строительству, реконструкции и капитальному ремонту объектов в здравоохранения, а также опережающая закупка автотранспорта и медицинского оборудования с привлечением бюджетных кредитов.

Кроме того, с учетом высокой заболеваемости новообразованиями и в целях повышения доступности онкологической помощи необходимо рассмотреть возможность открытия и оснащения центра амбулаторной онкологической помощи в с.Тербуны Тербунского района Липецкой области (с охватом Воловского и Долгоруковского районов), т.к. данная территория не располагает полноценной онкологической службой.

5. Повышение финансовой устойчивости системы здравоохранения.

Проблема кредиторской задолженности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования неизбежна, т.к. ежегодно темп роста субвенции из бюджета ФФОМС ниже уровня инфляции(8,7% на 2023 год при инфляции в 2022 году в Липецкой области – 13%), что усугубляет недофинансирование отрасли и вышеперечисленные проблемы.

Погашение кредиторской задолженности осуществляется за счет областного бюджета, в этой связи целесообразно проводить еженедельный мониторинг ее состояния, динамики и структуры в целях своевременного выделять средства не допуская роста просроченной задолженности.

Кроме того, необходимо сокращать неэффективные расходы медицинских организаций: передать в казну области неликвидные активы и объекты, создать единую централизованную бухгалтерию в здравоохранении, усилить контрольно-надзорные мероприятия за финансовой деятельность и т.д.

С другой стороны, необходимо увеличить объемы государственного финансирования системы здравоохранение Липецкой области.

6. Обеспечить своевременность и полную доступность населению льготных лекарств за счет совершенствования процесса оборота и государственных закупок медицинских препаратов и лекарственных средств, снижения бюрократических проволочек, расширения сети государственных аптек, и в первую очередь в сельской местности.

7. Продолжить активно внедрять инструменты цифровизации в систему здравоохранения региона: развивать региональную информационно-аналитическую медицинскую систему (в т.ч. электронный документооборот, создание цифровых профилей пациентов и т.д.), разработать и внедрить чат-боты для беременных, больных диабетом, гипертонией, с возможностью экстренного вызова врача и др.

Таким образом, реализация комплекса мероприятий государственной политики по совершенствованию организационных процессов оказания медицинской помощи, оптимизации кадровых функций, цифровизации и укреплению материально-технической базы позволяет снизить негативное влияние проблемных аспектов для сферы здравоохранения региона и, как следствие, повысить качество жизни населения области.

Библиография

1. Арсланбекова, А. З. Особенности реализации современной государственной политики России в сфере здравоохранения // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. 2021. Т. 40, № 4. С. 68-74. doi: 10.21779/2224-0241-2021-40-4-68-74.
2. Бабенко, А. И. Разработка элементов стратегического планирования в здравоохранении // Медицина в Кузбассе. 2021. Т. 20, № 3. С. 18-25.
3. Бизин, С. В. Качество жизни населения как ключевые критерии оценки социально-экономического развития региона // Экономика и предпринимательство. 2018. № 1(90). С. 1225-1229.
4. Бизин, С. В. Управление качеством и уровнем жизни населения региона (на примере Липецкой области) // Социальные и экономические системы. 2022. № 6-2(30.2). С. 311-335.
5. Бизин, С.В. Государственная политика комплексного управления устойчивым развитием региона как сложной социально-экономической системой: теоретико-методологические основания. Воронеж: НАУКА-ЮНИПРЕСС, 2023.
6. Бринцева А. В. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения: анализ источников финансирования, проблемы и пути их решения // Научный вестник Волгоградского филиала РАНХиГС. Серия: Экономика. 2018. № 2. С. 5-8.
7. Герсонская, И. В. Система здравоохранения в России: основные проблемы и возможные пути их решения // Вестник Челябинского государственного университета. 2023. № 3(473). С. 53-63.
8. Дятлов, С. П. Вызовы системе здравоохранения в обеспечении качества жизни человека // Методология предотвращения угроз в XXI веке: Сборник научных трудов. Иркутск: Иркутский государственный университет, 2022. С. 646-650.
9. Заболотная, Н.В. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития // Экономика. Информатика. 2020. Т. 47, № 2. С. 380-389.
10. Каткова И. П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году // Народонаселение. 2020. Т. 23, № 1. С. 135-147.
11. Данцигер, Д. Г., Филимонов, С. Н., Андриевский, Б. П., Часовников, К. В. Качество жизни населения глазами организатора здравоохранения // Медицина в Кузбассе. 2022. Т. 21, № 2. С. 35-38. doi: 10.24412/2687-0053-2022-2-35-38.
12. Краснова, Л. С., Холовня-Волоскова М. Э. Качество жизни как синоним здоровья // Московская медицина. 2022. № 5(51). С. 84-88.

13. Козликов, С.П. Государственная политика в период пандемии: отечественный и зарубежный опыт // Устойчивое развитие науки и образования. 2020. № 6(45). С. 117-124.
14. Кузьмин, А.В., Трифонов Ю. Н. Государственная политика в сфере здравоохранения и механизмы её реализации // Ученые записки Тамбовского отделения РоСМУ. 2021. № 22. С. 158-167.
15. Лобынцева, И. И., Гавриков Ф. А. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения на региональном уровне // Актуальные проблемы социально-гуманитарного и научно-технического знания. 2020. № 1(21). С. 29-31.
16. Магомадова, Т. Л. К вопросу о реализации государственной кадровой политики в системе здравоохранения: отечественный и зарубежный опыт // Вестник ГГНТУ. Гуманитарные и социально-экономические науки. 2022. Т. 18, № 4(30). С. 20-28. doi: 10.34708/GSTOU.2022.62.64.003.
17. Макаров, С. В., Гайдаров Г. М. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект. Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2022.
18. Модернизация России как построение нового государства. Независимый экспертный доклад. М.: Институт современного развития (ИНСОР), 2009.
19. Официальный сайт управления здравоохранения Липецкой области. URL: <http://www.uzalo48.lipetsk.ru/> (дата обращения 10.06.2023).
20. Калининская, А. А., Бакирова, Э. А., Кизеев М. В. Проблемы здравоохранения села, состояние и перспективы развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 6. С. 1224-1229. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1224-1229.
21. Рейтинг качества жизни Агентства стратегических инициатив. URL: <https://asi.ru/governmentOfficials/quality-of-life-ranking/> (дата обращения: 12.06.2023).
22. Рейтинг качества жизни в странах мира. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/quality-of-life-index> (дата обращения: 12.06.2023).
23. Садовникова, Ю.Ю., Тимейчук, Л. Н., Уварова Г. Г. Оценка эффективности управления системой здравоохранения в Российской Федерации: современные проблемы и тренды реформирования // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. 2019. № 4. С. 55-63.
24. Самуйлова, И. А., Минакова П. С. Роль качества жизни и уровня доверия в оценке системы здравоохранения России // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2022. Т. 17, № 4. С. 1880-1886.
25. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
26. Шандора, Н. Цифровизация системы здравоохранения: опыт и перспективы / // Наука и инновации. 2020. № 2(204). С. 38-43.
27. Assessment, regulation and use of apps for health management: where we are and where we are going? // European Journal of Public Health, 2020. Vol. 30. doi:10.1093/eurpub/ckaa165.1326.
28. Barbosa E and others, A systematic review on resource allocation in public health // European Journal of Public Health, 2020. Vol. 30. doi: 10.1093/eurpub/ckaa166.1309.
29. Dossi F and others, M-health and telemedicine: are people ready for the future? // A real-world survey, European Heart Journal, 2020. Vol. 41. doi: 10.1093/ehjci/ehaa946.3460.

30. Larsen Mandi, Wendt, C., Mischke, M., & Pfeifer, M. Welfare States and Public Opinion: Perceptions of Healthcare Systems, Family Policy and Benefits for the Unemployed and Poor in Europe // International Journal of Public Opinion Research, 2011. Vol. 23, Pp. 558-561. doi: 10.1093/ijpor/edr043.
31. Olminski J and others, Maps of Health Needs and their use for policy making // European Journal of Public Health, 2020. Vol. 30. doi: 10.1093/eurpub/ckaa166.1275.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Предмет исследования. Исходя из названия, статья должна быть посвящена реализации государственной политики в сфере здравоохранения, как фактору повышения качества жизни населения. Содержание статьи, в целом, посвящено первому аспекту заявленного заголовка, не раскрывая вопросы, связанные с контекстом роста качества жизни населения.

Методология исследования. Автором рецензируемых материалов используется ряд общенаучных и специальных методов. В частности, проведены анализ статистических данных, их обобщение и сравнение. Ценно, что автор использует методы графического представления данных, позволяющие визуализировать полученные результаты, тем самым, с одной стороны, наглядно их продемонстрировать, подсветив существующие тенденции, а, с другой стороны, привлечь большее количество потенциальных читателей.

Актуальность исследования вопросов, связанных с развитием системы здравоохранения в Российской Федерации, не вызывает сомнения. С учётом федеративного устройства нашего государства особый интерес приобретает изучение региональных аспектов. Потенциальную читательскую аудиторию интересуют качественные научные исследования, посвящённые вопросам, связанным с научным обоснованием комплекса практических рекомендаций по решению существующих проблем, в т.ч. в контексте достижения национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 года.

Научная новизна в представленных на рецензирование материалах отсутствует ввиду того, что автором, несмотря на большое количество собранных данных, осуществлена констатация общеизвестных фактов. Формирование на их основе авторских выводов и суждений позволит устраниТЬ существующую проблему.

Стиль, структура, содержание. Стиль изложения научный. Структура статьи выстроена автором своеобразно. В частности, из текста статьи не осталось ясно, почему заключительный структурный элемент называется «нормативно-правовые акты». Оценка содержания статьи позволяет сделать вывод о том, что в нём отсутствует авторский анализ изложенных фактов, сопровождающийся определением тенденций, закономерностей, динамики развития предмета исследования с учётом постоянных и изменяющихся условий. Также автору рекомендуется дополнить статью обоснованными проблемами, связанными с предметом исследования, и аргументированными путями их решения.

Библиография. Библиографический список состоит из 20 источников. Ценно, что автор изучил не только отечественные источники, но и зарубежные. В то же время в списке литературы отсутствуют научные публикации 2022-2023 гг., что говорит об отсутствии учёта последних тенденций научной мысли. Также автору следует привести список литературы в единообразное оформление в соответствии с требованиями ГОСТ (в настоящее время отсутствует как первое, так и второе).

Апелляция к оппонентам. Несмотря на тот факт, что автором осуществлено формирование ссылок в тексте на научные статьи, приведённые в списке литературы, какой-либо научной дискуссии по ним не осуществлено. Устранение данной проблемы позволит значительно повысить уровень научной новизны, особенно если будет представлено обсуждение полученных результатов с итогами исследований, приведённых другими авторами.

Выводы, интерес читательской аудитории. С учётом всего вышеизложенного, статья требует доработки, после проведения которой может быть рассмотрен вопрос о целесообразности её опубликования. В случае качественной доработки, сопровождающейся конкретными обоснованными авторскими суждениями, она будет представлять интерес для широкого круга лиц.

Результаты процедуры повторного рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

В рецензируемой статье региональный аспект реализации государственной политики в сфере здравоохранения рассмотрен в качестве фактора повышения качества жизни населения.

Проведение исследования базируется на обобщении литературных источников по теме исследования, применении таких методов научных исследований как контент-анализ, анализ статистических данных, сравнение, описание.

Актуальность работы авторы справедливо связывают с тем, что приоритетной стратегической целью государственной политики в РФ является повышение качества жизни граждан, а здравоохранение выступает ключевой социальной сферой, от развития и эффективного функционирования которой зависит уровень качества жизни каждого гражданина и нации в целом.

Научная новизна рецензируемого исследования, по мнению рецензента, состоит в результатах проведенного анализа системы здравоохранения Липецкой области и сформулированных предложениях по ее совершенствованию с целью повышения качества жизни населения региона.

В статье структурно выделены следующие разделы: Введение, Методы и результаты исследования, Теоретические и нормативные подходы к государственной политике в сфере здравоохранения, Реализация государственной политики в сфере здравоохранения (на примере Липецкой области), Результаты и выводы, Библиография.

В статье отражена структура лечебной сети здравоохранения Липецкой области, возрастная структура населения региона, показатели смертности, болезней системы кровообращения, показатели медицинской помощи больным онкологического профиля, принимаемые в области меры по увеличению рождаемости, проведен анализ показателей кадрового обеспечения здравоохранения, представлена модель

достижения национальной цели увеличения ожидаемой продолжительности жизни в области, отражен ход реализации госпрограмм в сфере здравоохранения, уделено внимание внедрению новых организационных процессов в здравоохранению, а также процессам его цифровизации, проанализирована кредиторская задолженность и финансовая устойчивость государственных медицинских организаций области, отражена удовлетворенность населения получаемой медицинской помощью. Авторы пришли к выводу о том, что динамика индикаторов и наличие потенциала для роста говорят о положительной оценке качества медицинской помощи в регионе и, как следствие, свидетельствует о повышении качества жизни населения. В заключительной части статьи автором сформулирован комплекс практических рекомендаций для решения проблем системы здравоохранения Липецкой области и повышения эффективности ее функционирования.

Следует отметить удачно проведенную визуализацию результатов исследования, наглядное их представление в виде графиков, диаграмм, дашбордов.

Библиографический список включает 31 источник – публикации отечественных и зарубежных ученых по теме статьи, нормативные материалы и интернет-ресурсы, на которые в тексте имеются адресные ссылки, подтверждающие наличие апелляции к оппонентам.

Статья соответствует направлению журнала «Теоретическая и прикладная экономика», содержит элементы научной новизны и практической значимости, может вызвать интерес у читателей, рекомендуется к опубликованию.