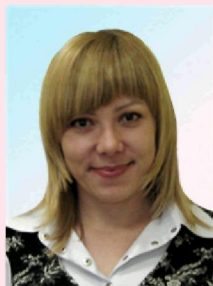


## Приоритеты политики в сфере охраны здоровья северного региона

*Работа посвящена вопросам модернизации здравоохранения северного региона (пример Мурманской области) и перспективным направлениям реализации собственной политики в сфере охраны здоровья на региональном уровне. Анализируются медико-демографическая ситуация в Мурманской области и основные приоритеты современной региональной политики в сфере охраны здоровья. Определены приоритетные направления политики в этой сфере, требующие реализации на федеральном, региональном и местном уровнях.*

*Медико-демографическое развитие, охрана здоровья населения, государственная политика.*



**Екатерина Евгеньевна  
ТОРОПУШИНА**

кандидат экономических наук, доцент, старший научный сотрудник  
Института экономических проблем им. Г.П. Лузина КНЦ РАН  
toropushina@iep.kolasc.net.ru

Уровень здоровья населения является одним из важнейших аспектов перспективного развития как страны в целом, так и каждого региона.

На уровень здоровья населения оказывают влияние многочисленные внешние факторы: экономические, социальные, экологические, институциональные, генетические и конституциональные особенности, эффективность функционирования системы здравоохранения.

Однако до сих пор не до конца ясной представляется истинная роль и характер взаимодействия между этими факторами [2]. Различия в состоянии здоровья, наблюдаемые между странами, между регионами, между отдельными группами населения внутри страны/региона, позволяют сделать вывод о том, что большинство

факторов, влияющих на здоровье, в т. ч. образ жизни, окружающая среда, эффективность здравоохранения, напрямую зависят от общего социального, экономического, политического развития, т. е. от того, каким образом распределяется и используется экономическое благосостояние [3].

Низкий уровень здоровья населения влечёт за собой сокращение возможностей экономического роста и снижение конкурентоспособности экономики региона, рост числа социальных аномалий и социальной напряжённости в обществе.

Медико-демографическая ситуация в регионах Севера обусловлена не только природно-климатическими условиями, но и теми специфическими особенностями, которые формируют общую социально-

экономическую и экологическую сферы<sup>1</sup>. Все северные регионы географически, экономически и политически удалены от метрополий, соответственно, все значимые решения, касающиеся этих территорий, принимаются в центрах, расположенных в более южных районах.

Кроме того, большинство регионов Севера России зависимы от экспорта природных ресурсов и государственных субсидий [4]. Однако значимая роль Севера для страны, специфические особенности этих территорий, вызванные экстремальными природно-климатическими условиями, удалённостью от центральных районов страны, моноотраслевой направленностью, требуют особого внимания государства, постоянного учёта специфики северных территорий при выработке и осуществлении политики в сфере охраны здоровья населения.

Несмотря на отдельные позитивные тенденции последних лет, медико-демографическая ситуация в северных регионах характеризуется рядом серьёзных проблем. Для большинства регионов Севера характерно интенсивное сокращение численности населения, основным источником которого является миграционная убыль, и хотя в последние годы она в большинстве

северных регионов снизилась и стабилизировалась, до сих пор наблюдается интенсивный отток населения.

Что касается естественного движения населения, то здесь, в отличие от России в целом, в большинстве регионов наблюдается естественный прирост населения. Однако связано это в основном с ростом общих коэффициентов рождаемости, а не со снижением смертности. Особую тревогу вызывает высокий уровень младенческой смертности, а в ряде регионов – ее рост.

Основной показатель качества жизни – показатель ожидаемой продолжительности жизни населения – в среднем по регионам Севера отстает от среднего по стране на 2,5 года (лишь в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах показатель ожидаемой продолжительности жизни выше среднероссийского уровня) [5].

Крайне высок уровень заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами, что, в свою очередь, продуцирует рост и высокие показатели смертности от внешних причин, травм, отравлений, болезней органов пищеварения. Отмечается тенденция роста смертности от туберкулеза и новообразований в большинстве северных регионов. В целом уровень здоровья населения северных регионов остается низким.

Основными медико-демографическими проблемами Мурманской области в настоящее время являются высокий уровень общей заболеваемости, высокий уровень смертности по всем определяющим классам причин. Показатель первичной заболеваемости населения выше среднего по стране (табл. 1). В последние годы наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости болезнями системы кровообращения.

<sup>1</sup> На уровень здоровья непосредственное влияние оказывает экологическая обстановка. В большинстве северных регионов территории вокруг концентрации производств, как правило, являются зонами чрезвычайной экологической ситуации, с превышением допустимых норм загрязнения воздуха, водоёмов и почвы. За последние 10 лет произошло увеличение выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух от передвижных источников в целом по северным регионам на 56,4% (в РФ – на 9,6%). Общее экологическое состояние водных объектов удовлетворительное, однако, например, в Мурманской области из общего объёма загрязнённых сточных вод доля проходящих через очистные сооружения составляет 81,5%, а очищенных до нормативных величин – лишь 5,4%. Остро стоит проблема утилизации отработанных нефтепродуктов, а также твёрдых, ртутьсодержащих отходов. Часть свалок бытовых отходов организована без учета экологических, санитарных и противопожарных правил.

Таблица 1. Заболеваемость населения Мурманской области  
(случаев на 1000 человек населения) [1]

Заболеваемость	Территория	Заболеваемость		
		2007 г.	2008 г.	2009 г.
Первичная	Мурманская обл.	818,1	816,5	855,0
	РФ	771,0	721,7	802,5
Общая	Мурманская обл.	1623,5	1631,4	1696,1
	РФ	1544,2	1560,9	1607,2

Только за 2009 г. общая заболеваемость ишемической болезнью сердца в регионе увеличилась на 3,8%, инсультом – на 18,1% (в 2009 г. показатели заболеваемости составили 5637,8 и 144,8 на 100 тыс. жителей соответственно [1]).

Характерно увеличение распространённости заболеваемости злокачественными новообразованиями: за последние пять лет данный показатель вырос среди мужской популяции на 10,4%, среди женской – на 9%.

Высока смертность людей в трудоспособном возрасте, особенно мужчин (смертность мужчин в трудоспособном возрасте примерно в 4 раза выше, чем женщин), что свидетельствует о низком уровне здоровья трудоспособного населения.

Происходит ухудшение ситуации по заболеваниям социального характера. Одной из наиболее серьезных проблем в этой сфере является распространенность в регионе алкоголизма. Несмотря на то, что в 2009 году распространенность хронического алкоголизма в Мурманской области была ниже, чем в среднем по РФ, показатели заболеваемости и распространенности алкогольных психозов по-прежнему превышают среднероссийские показатели (в 2009 г. распространенность алкогольных психозов составила 108,1 на 100 тыс. жителей Мурманской области при 74,0 по РФ [6]). Аналогичная ситуация сложилась по заболеваемости наркоманией – показатели выше средних по РФ почти в 2 раза [7].

Такая медико-демографическая ситуация является в основном результатом социально-экономических трансформаций 1990-х гг., и в дальнейшем уровень здоровья населения может только ухудшиться. И здесь одна из наиболее значимых проблем – бедность населения (несмотря на заметные достижения последних лет в ее преодолении, официальный уровень бедности в регионе превышает среднероссийский – 14,7% населения против 13,2% по РФ в 2009 г. [6]). Бедность является и следствием низкого уровня здоровья, и его основным фактором независимо от первопричины (размер дохода, социально-экономическое положение, условия жизни, уровень образования) [8].

Бедность предопределяет более короткую ожидаемую продолжительность жизни, высокую младенческую смертность, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокий риск заражения инфекционными и неинфекционными болезнями, алкоголизм, наркоманию, самоубийства и т.д. [3].

Безработица, низкий уровень доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы, нестабильность трудоустройства, социальное расслоение – в совокупности это приводит к резкому возрастанию проявлений психосоциальных стрессовых состояний. Социальное нездоровье населения продуцирует болезни сердца, проявляется в росте социальных аномалий и асоциального поведения: наркомании, алкоголизма.

Кроме того, проблемы непосредственно системы здравоохранения не позволяют в полной мере удовлетворять потребности жителей в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении уровня здоровья. В настоящее время для значительной части северных регионов характерен низкий уровень доступности и качества услуг учреждений здравоохранения, слаборазвитый кадрово-инфраструктурный потенциал. Наряду с этим, для регионов Севера России характерна значительная дифференциация муниципальных образований по уровню развития системы здравоохранения.

В административных центрах субъектов РФ и муниципальных образованиях, где осуществляют хозяйственную деятельность социально ответственные корпорации, инфраструктурные показатели, такие как уровень кадрово-инфраструктурной обеспеченности медицинских учреждений и эффективность деятельности системы здравоохранения, соответствуют уровням, достигнутому в обжитых регионах РФ. Здесь, например, обеспеченность врачебными кадрами в 2009 г. составляла: Нарьян-Мар – 46,3 чел. на 10 тыс. населения, Норильск – 48,5, Мурманск – 80,3, Салехард – 119,4, Анадырь – 148,1 чел. [9].

Для закрытых административно-территориальных образований (ЗАО), с пока еще приемлемым уровнем кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения, проблемы его развития нарастают. Главным образом это следствие муниципальной реформы, обусловившей значительное сужение налоговой базы ЗАО, а также «раздвоение» их статуса: с одной стороны, это территории, выполняющие задачи национальной безопасности и курируемые федеральной властью, с другой – обычные городские округа с типовым набором вопросов местного значения.

Уровень медицинского обслуживания жителей ЗАО невысок: в 2008 году были удовлетворены качеством медицинских услуг в Североморске 49,4%, в Полярном – 50,6, в Скалистом – 51, в Заозерске – 54, в Островном – 55, в Снежногорске – 67% жителей<sup>2</sup>.

Острее всего проблема низкого уровня развития системы здравоохранения стоит для поселений с малой численностью населения (особенно мест проживания представителей коренных малочисленных народов), а таких в регионах Севера большинство. Здесь уровень доступности услуг учреждений здравоохранения крайне низкий. Обеспеченность населения медицинскими кадрами в большинстве муниципальных образований в 1,5-2 раза ниже, чем в среднем по субъекту РФ, к которому они относятся. При этом большая часть медицинского персонала работает в региональных/муниципальных центрах. Например, в Ненецком автономном округе из 163 врачей 126 работают в Нарьян-Маре (46,3 на 10 тыс. населения в 2009 г.). Соответственно, в остальных муниципальных образованиях работает всего 37 врачей (обеспеченность врачами составляет около 20 на 10 тыс. населения при среднем показателе по Ненецкому автономному округу – 38,8) [6, 9]. Уровень качества услуг здравоохранения в большинстве муниципальных образований оценивается населением как невысокий. В ряде труднодоступных, сельских поселений отсутствуют стационарные медицинские учреждения, аптеки.

<sup>2</sup> Данные социологических исследований за 2008 г. для муниципальных образований Мурманской области, в т. ч. ЗАО Заозерск, Островной, Скалистый, Снежногорск, Полярный, Североморск, об удовлетворенности населения уровнем комфортности проживания, представленные в отчете о результатах выполнения НИР на тему «Проведение социологического исследования по вопросу изучения мнения граждан об уровне комфортности проживания населения в муниципальных образованиях Мурманской области», опубликованном на официальном сайте Мурманской области ([www.gov-murman.ru](http://www.gov-murman.ru)).

Обеспеченность населения медицинскими кадрами находится на невысоком уровне, отсутствуют стимулы для их привлечения из других регионов. Во многих поселениях нет помещений для работы и проживания медицинских работников. Материально-техническая база медицинских учреждений крайне слабая. Транспортная доступность специализированной и срочной медицинской помощи низкая. В целом для значительной территории Севера России характерны низкие доступность и качество услуг учреждений здравоохранения. Такое положение является в основном результатом отсутствия необходимых ресурсов не только для развития учреждений здравоохранения, но и даже для их поддержания на минимальном, жизненно необходимом уровне [10].

В Мурманской области за последние годы потенциал системы здравоохранения, безусловно, улучшился. Благодаря реализации нацпроекта «Здоровье» в 2006 – 2009 годах медицинские учреждения были оснащены современным оборудованием, автотранспортом, проведены работы по строительству, реконструкции и пр. Однако, несмотря на это, в настоящее время почти половина (49%) учреждений здравоохранения нуждается в капитальных и текущих ремонтах. Большинство ФАПов и амбулаторий расположены в малопригодных для оказания медицинской помощи зданиях 1930 – 1950-х гг. постройки со 100% износом, часть – в зданиях с печным отоплением, где отсутствует централизованное водоснабжение и водоотведение [1].

Серьезной проблемой остается кадровая обеспеченность учреждений здравоохранения Мурманской области. Дефицит врачебных кадров в 2009 году составлял 38% (953 врача), что связано с отсутствием на территории области не только медицинского вуза, но и работающих стимулов привлечения специалистов из других регионов на работу в область.

В наибольшей степени необеспеченность врачами затрагивает такие направления, как кардиология, онкология, наркология, досудебная психиатрия. В ряде муниципальных образований региона (Кандалакшский, Кольский, Ловозерский, Печенгский районы, г. Оленегорск) ставки врачей-кардиологов вообще не укомплектованы, в Мурманске на 9,75 ставки работают 3 врача. Коэффициент совместительства врачей-онкологов составляет 2,3, неврологов – 1,7. За исключением Мурманска, во всех учреждениях здравоохранения муниципальных образований региона не хватает специалистов наркологических служб.

Для Мурманской области, так же как и для регионов Севера в целом, характерна высокая межмуниципальная дифференциация кадрово-инфраструктурной обеспеченности учреждений здравоохранения. Так, в Кольском районе обеспеченность врачами составляет всего 20,5 чел. на 10 тыс. населения, в Терском – 22,2, в Ловозерском и Печенгском районах – около 23, а в Ковдорском районе – 24 чел. на 10 тыс. населения [11, 12, 13]. Межмуниципальная дифференциация по этому показателю составляет почти 4 раза. Аналогичное положение сложилось по обеспеченности населения средним медицинским персоналом, больничными койками: так, если в Мурманске обеспеченность средним медицинским персоналом в 2009 г. была 157,4 на 10 тыс. населения, то в Кольском районе – всего 55,5; больничными койками – 142,2 на 10 тыс. жителей в Мурманске против 54,0 в Терском районе [9, 11, 12, 13].

Правительством области совместно с главами муниципальных образований разработаны мероприятия, направленные на привлечение врачебных кадров в регион (предусмотрена выплата единовременного пособия в размере 6 должностных окладов и подъемных – 200 тыс. руб., ежемесячных надбавок – 20% в течение 3 лет после

окончания вуза, предоставление служебного жилья), однако проблемы кадрового обеспечения остаются нерешенными. Недостаточная укомплектованность врачами, наряду с дефицитом необходимого оборудования, продуцирует проблему низкой доступности отдельных видов медицинской помощи (компьютерная и магнитно-резонансная томография, УЗИ сосудов, эхокардиоскопия и пр.).

Остаются нерешенными проблемы финансирования предоставления жителям региона медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи: дефицит программы в 2009 году составил 39,6%, в 2010 – 33,6%.

Тем не менее потенциал системы здравоохранения Мурманской области в целом выше, чем в среднем по РФ, но лишь за счет его высокого уровня в гг. Мурманск и Кировск. Тогда как в большинстве муниципальных образований потенциал системы здравоохранения находится на невысоком уровне. Это свидетельствует о крайне низком уровне доступности медицинской помощи. Значительная доля жителей области оценивает уровень доступности услуг здравоохранения как низкий: по данным социологических обследований, лишь 30,4% [1] опрошенных в Мурманской области удовлетворены уровнем доступности медицинских услуг.

Во многих муниципальных образованиях региона обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, больничными койками находится на невысоком уровне, затруднено получение отдельных видов специализированной медицинской помощи. Многие медицинские учреждения из-за недостаточного оснащения ресурсами, уровня подготовки работников здравоохранения по современным подходам к диагностике,

лечению и профилактике заболеваний не могут обеспечить должную доступность и качество диагностической и медицинской помощи. Отсутствуют нормативные акты, направленные на создание условий для обеспечения здорового образа жизни, обеспечивающие комплексный характер деятельности всех секторов общества в целях повышения уровня здоровья [7].

В настоящее время в регионе реализуется Долгосрочная целевая программа «Модернизация здравоохранения Мурманской области» на 2011 – 2012 годы. Основными целями Программы являются: 1) обеспечение доступности качественной медицинской помощи населению Мурманской области и 2) создание условий для эффективной организации медицинской помощи и использования ресурсов здравоохранения [1]. Однако в рамках реализации мероприятий Программы предусмотрено значительное снижение доступности качественной медицинской помощи, поскольку предполагается существенное сокращение сети учреждений здравоохранения – с 59 учреждений (21 государственное и 38 муниципальных) в 2010 г. до 35 (35 государственных учреждений здравоохранения и 15 их филиалов) к 2013 г.

Планируется создание трех межмуниципальных центров специализированной медицинской помощи в г. Кандалакша (для жителей Терского и Кандалакшского районов), в гг. Кировск – Апатиты и в г. Мончегорск (для жителей Ковдорского, Ловозерского районов и г. Оленегорск). Именно в эти центры предполагается перемещение большинства отделений и структур, тогда как в остальных населенных пунктах будут предоставляться в основном базовые виды медицинской помощи. В результате доступность специализированной медицинской помощи для жителей большинства населенных пунктов области значительно ухудшится.

Это будет связано, во-первых, со значительным ухудшением транспортной доступности (так, например, расстояние между Ковдором и Мончегорском составляет 184 км). Во-вторых, — с еще большим снижением уровня обеспеченности врачевными кадрами и больничными койками.

Так, например, при организации межмуниципального центра в Кандалакше планируется сокращение коечного фонда на 11%, в Терском филиале — на 48, в Зеленоборском филиале — на 69%. Аналогичное сокращение затронет и учреждения здравоохранения при создании Мончегорского и Апатитско-Кировского межмуниципальных центров: в Мончегорске планируется сокращение коечного фонда на 12%, в Оленегорском филиале — на 17, в Ковдорском — на 40, в Ловозерском — на 34, в Апатитском филиале — на 42%. Сокращение практически не затронет лишь коечный фонд в Кировске, где он сократится только на 1,7% [1]. Произойдет также изменение структуры оказания медицинской помощи населению в сторону сокращения стационарной и скорой медицинской помощи (табл. 2).

В результате такие преобразования крайне негативно отразятся на качестве предоставляемой медицинской помощи, своевременности диагностики заболеваний и пр. и в целом на уровне здоровья населения Мурманской области.

Существующий уровень развития системы здравоохранения, и так не позволяющий реализовать ее компенсационную функцию (что является предпосылкой снижения качества человеческого потенциала, не оказывает положительного влияния на сохранение уже имеющихся трудовых ресурсов и пр.), лишь ухудшится. Доступность услуг учреждений здравоохранения значительно снизится.

В настоящее время жизненно необходимо формирование и реализация и государственной/национальной политики в сфере охраны здоровья и собственной активной региональной политики. Существуют и основные условия, которые позволят обеспечить эффективность реализации политики в сфере охраны здоровья.

Во-первых, человеческий потенциал должен рассматриваться в качестве цели общественного развития, а не как средство для решения социально-экономических задач [14].

Во-вторых, формирование и реализацию политики в сфере охраны здоровья следует ориентировать на закономерности развития общественной системы во взаимосвязи со здоровьем населения, а не на оценку влияния отдельных факторов среды на состояние здоровья человека.

Таблица 2. Организация медицинской помощи в межмуниципальных центрах Мурманской области [1]

Показатель	Межмуниципальный центр г. Кандалакша		Межмуниципальный центр г. Мончегорск		Межмуниципальный центр гг. Апатиты – Кировск	
	01.01.2010	01.01.2013	01.01.2010	01.01.2013	01.01.2010	01.01.2013
Коечный фонд (коек)	378	307	831	660	624	473
Объем стационарной мед. помощи, койко/дней на 1 жителя	1,6	1,3	2,2	1,8	2,1	1,7
Объем амбулаторно-поликлинической мед. помощи, посещений на 1 жителя	6,64	8,58	8,46	9,45	7,87	8,52
Объем стационарозамещающей мед. помощи, пациенто/дней на 1 жителя	0,29	0,53	0,36	0,66	0,32	0,51
Объем скорой мед. помощи, вызовов на 1 жителя	0,37	0,35	0,36	0,34	0,33	0,32

В-третьих, решение проблем должно носить комплексный характер, с включением всех подсистем региона в систему охраны здоровья населения, а не ограничиваться деятельностью только учреждений здравоохранения.

В целом политику в сфере охраны здоровья следует понимать не только как ряд мероприятий по повышению уровня здоровья жителей, но и как процесс формирования и развития жизненного, трудового и репродуктивного потенциала населения с адекватным потреблением человеческого потенциала и стремлением создания оптимальных условий жизнеобеспечения (окружающая среда, экономика, социальные условия).

Необходимо рассматривать политику в сфере охраны здоровья как комплекс целенаправленных мероприятий, проводимый органами государственной власти, включающий определение приоритетов и направлений политики, характер формирования ресурсов и последовательность этапов реализации поставленных целей, обеспечивающих предусмотренное развитие. С такой точки зрения системность политики в сфере охраны здоровья должна выражаться во взаимодействии всех организаций государственного и частного секторов экономики, региональных органов власти, органов управления здравоохранением, средств массовой информации и др. Наряду с этим необходимо расширять возможности отдельных людей и поощрять их к принятию позитивных, укрепляющих здоровье самостоятельных решений по таким вопросам, как потребление табака, чрезмерное потребление алкоголя, нездоровый пищевой рацион, небезопасный секс и др. Межсекторная политика в сфере охраны здоровья населения (как отражающая деятельность всего сообщества) должна быть ориентирована на критерии общественного здоровья.

А основным актором реализации политики в сфере охраны здоровья населения должна являться именно система здравоохранения.

Целью политики в сфере охраны здоровья должен являться рост уровня здоровья населения на основе модернизации системы здравоохранения, включающей обеспечение высоких стандартов качества и доступности медицинской помощи.

В целях обеспечения развития системы здравоохранения северных регионов России, в том числе Мурманской области, необходимо решить следующие задачи.

На федеральном уровне:

- существенно усилить меры государственного регулирования и протекционизма в вопросах развития системы здравоохранения регионов Севера РФ, направленные на тотальное повышение качества и доступности услуг здравоохранения, значительный рост удовлетворенности населения качеством и доступностью таких услуг;
- обеспечить проведение дифференцированной государственной политики в этой сфере, учитывающей специфические особенности северных регионов (в т.ч. низкие финансовые возможности, слабый кадрово-инфраструктурный потенциал, удаленность большинства поселений от крупных центров, демографические характеристики и пр.);
- разработать и внедрить специализированные меры государственной субсидиарной поддержки, обеспечивающие качественно новый уровень развития учреждений здравоохранения труднодоступных, сельских поселений, малых городов, закрытых административно-территориальных образований, включая создание и развитие современных медицинских учреждений, развитие транспортной инфраструктуры, обеспечить достижение соответствия высочайшим стандартам качества и значительное повышение доступности услуг учреждений здравоохранения;



- при формировании в рамках федеральных целевых программ адресных программ, направленных на развитие системы здравоохранения малых городов, закрытых административно-территориальных образований, труднодоступных, сельских поселений северных территорий России, исключить обязательность применения принципа паритетного софинансирования со стороны субъектов Федерации, к которым указанные поселения территориально относятся;

- при разработке нормативных показателей кадрово-инфраструктурной обеспеченности учреждений здравоохранения учитывать необходимость применения в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях более высоких их значений.

На региональном и местном уровнях:

- обеспечить бесплатное предоставление гарантированного государством объема медицинских услуг всем жителям независимо от социального статуса и места проживания; разработать и реализовать программы, направленные на создание и развитие современных, отвечающих высоким требованиям медицинских учреждений в труднодоступных, сельских поселениях, малых городах, ЗАТО; обеспечить достижение соответствия высочайшим стандартам качества услуг системы здравоохранения; содействовать развитию механизмов социального партнерства власти, бизнеса и общества в вопросах охраны здоровья, повышения эффективности здравоохранения и решения экологических проблем;

- обеспечить значительное повышение доступности качественных услуг учреждений здравоохранения, оказываемых населению; обеспечить условия для организации оказания первичной, скорой и специализированной медицинской помощи, условия для улучшения диагностики и

профилактики заболеваний; совершенствовать организационно-экономический потенциал здравоохранения, в т.ч. развивать систему управления здравоохранением, ориентированную на кардинальное улучшение качества медицинской помощи и эффективное использование всех ресурсов здравоохранения;

- содействовать созданию условий для закрепления высококвалифицированных кадров, в т.ч. на основе значительного повышения уровня и кардинального изменения условий жизни населения и повышения оплаты труда всех групп медицинских работников до среднего уровня по экономике региона; обеспечить повышение кадрового потенциала учреждений здравоохранения, в т.ч. внедрять программы целевой подготовки медицинских кадров из числа местных жителей, включая представителей КМНС;

- обеспечить качественно новый уровень развития материально-технической базы учреждений здравоохранения, направленный на тотальное повышение качества и доступности услуг учреждений здравоохранения; обеспечить учреждения здравоохранения новейшим медицинским оборудованием, лекарственными средствами и пр.; в учреждениях здравоохранения внедрять методы стратегического управления и методы анализа экономической эффективности медицинских программ и технологий;

- содействовать формированию эффективной системы профилактики факторов риска нарушения здоровья, особенно алкогольной и наркотической зависимости; способствовать обеспечению здоровой и безопасной окружающей среды, повышению качества и безопасности потребительских товаров и услуг, сокращению числа рабочих мест с вредными и/или опасными условиями труда и пр.

## Литература

1. Долгосрочная целевая программа «Модернизация здравоохранения Мурманской области» на 2011 – 2012 гг. (постановление Правительства Мурманской обл. № 32-ПП/2 от 08.02.2011).
2. Всемирная декларация по здравоохранению, 1998 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/arhives/hfa/ear7.pdf>
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – № 97. – 148 с.
4. Megatrends / A. Karlsdottir, Cl. Pellegatta, E. Toropushina, L. Zalkind et al., ed. – Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2011. – 205 p.
5. Тоичкина, В.П. От диагностики устойчивости к определению проблем демографической сферы Мурманской области / В.П. Тоичкина // Север и рынок: формирование экономического порядка. – Апатиты, 2009. – № 1. – С. 119-123.
6. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2010 г. [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b10\\_14p/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b10_14p/Main.htm)
7. Торопушина, Е.Е. Медико-демографические процессы и охрана здоровья населения (пример Кольского Севера) / Е.Е. Торопушина // Север: проблемы периферийных территорий / отв. ред. В.Н. Лаженцев. – Сыктывкар, 2007. – С. 178-189.
8. Корчак, Е.А. Бедность населения северных регионов России [Электронный ресурс] / Е.А. Корчак // Российский экономический интернет-журнал / Акад. труда и социал. отношений. – М.: АТиСО, 2002. – № гос. регистрации 0420600008. – URL: <http://www.e-rej.ru/Articles/2009/Korchak.pdf>
9. Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов – 2010 г. [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b10\\_14t/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b10_14t/Main.htm)
10. Торопушина, Е.Е. Социальная инфраструктура арктических регионов / Е.Е. Торопушина // ЭКО. – 2009. – № 8. – С. 120-134.
11. Доклад Главы администрации Кольского района о достигнутых значениях показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципального района за 2010 год и их планируемых значениях на 2011 – 2013 годы [Электронный ресурс]. – URL: <http://kola.murmansk.ru/admin/mayor/>
12. Доклад Главы адм. Терского района о достигнутых значениях показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципального района за 2010 год и их планируемых значениях на 2011 – 2013 годы [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.terstyrayon.ru/joomla/atrfiles/common/doklad\\_glavi/Doklad\\_SHeveljova\\_L.V.\\_za\\_2010\\_god.pdf](http://www.terstyrayon.ru/joomla/atrfiles/common/doklad_glavi/Doklad_SHeveljova_L.V._za_2010_god.pdf)
13. Доклад Главы администрации Ковдорского района о достигнутых значениях показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципального района за 2010 год и их планируемых значениях на 2011 – 2013 годы [Электронный ресурс]. – URL: [http://kovadm.ru/Upload/Attach/253\\_20110704080748.pdf](http://kovadm.ru/Upload/Attach/253_20110704080748.pdf)
14. Рябова, Л.А. Новая северная парадигма России: проблемы формирования и социальные приоритеты / Л.А. Рябова // Научные записки Петрозаводского университета. – 2010. – № 7 (112).