

УДК: 338.46

САГИДОВ АХМЕД КАЗБЕКОВИЧ

к.э.н., научный сотрудник ФГБУН
«Институт социально-экономических исследований ДНЦ РАН»,
e-mail: sagidov@bk.ru

ХАДЖАЛОВА ХАДИЖАТ МАГОМЕДОВНА

д.э.н., доцент, ведущий научный сотрудник ФГБУН «Институт социально-экономических исследований ДНЦ РАН», профессор кафедры «Менеджмент» ГАОУ ВО «Дагестанский государственный университет народного хозяйства»,
e-mail: chaha@mail.ru

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Аннотация. Цель работы. В данной статье проведен комплексный анализ современного состояния системы здравоохранения Республики Дагестан и предложены основные меры, направленные на преодоление диспропорций в развитии этого важнейшего звена социальной сферы региона. **Методология исследования.** В ходе исследования были использованы общенаучные методы, в том числе методы анализа и синтеза, обобщения и системного подхода. **Результаты.** Выявлены ключевые проблемы системы здравоохранения Республики Дагестан, выраженные низким уровнем доступности амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, существенным отставанием от других регионов Российской Федерации в оказании высокотехнологичной помощи населению, слабой материально-технической базой учреждений здравоохранения, острым дефицитом квалифицированных медицинских кадров, отставанием в развитии стационарозамещающих технологий в регионе. Регион находится в числе аутсайдеров по показателям мощности амбулаторно-поликлинических организаций, обеспеченности койками и медицинскими кадрами. Имеется отставание и по другим показателям развития системы здравоохранения региона. Основной причиной отставания в развитии здравоохранения региона в сравнении с большинством субъектов Российской Федерации является хроническое недофинансирование и неэффективное управление отраслью. **Область применения результатов.** Результаты исследования могут применяться при разработке стратегии развития здравоохранения Республики Дагестан на долгосрочный период и других стратегических документов, направленных на повышение эффективности системы здравоохранения региона. **Выводы.** Проведенный в работе анализ показывает объективную картину, сложившуюся в системе здравоохранения Республики Дагестан, где проблемы, характерные для здравоохранения в масштабах всей страны, еще более усугублены. В здравоохранении региона необходимы структурные изменения, направленные на устранение диспропорций в развитии и укрепление материально-технического обеспечения и кадрового потенциала отрасли.

Ключевые слова: система здравоохранения, система финансирования здравоохранения, обязательное медицинское страхование, валовый внутренний продукт, модернизация здравоохранения, специализированная медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь.

SAGIDOV AKHMED KAZBEKOVICH

Candidate of Economic Sciences, Research Associate of FSBIS
“Institute of Social-Economic Research of DSC of RAS”,
e-mail: sagidov@bk.ru

KHADJALOVA KHADIJAT MAGOMEDOVNA

Doctor of Economic Sciences, Leading Research Associate of FSBIS “Institute of Social-Economic Research of DSC of RAS”, Professor of the Department of “Management” of SAEI of HE “Dagestan State University of Economics”,
e-mail: chaha@mail.ru

EVALUATION OF THE MODERN STATE AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF HEALTH CARE OF THE REGION

Abstract. The goal of the study. In this manuscript we have completed a complex analysis of the modern state of the system of health care of the Republic of Dagestan and we have suggested the main measures directed towards overcoming disproportions in the development of this most important link in the social sphere of the region. **The methodology of the study.** In the process of the study the general scientific methods were used, including methods of analysis and synthesis, summarization and systemic approach. **The results.** The key problems of the system of health care of the Republic of Dagestan have been defined. These problems are expressed by a low level of accessibility of outpatient care and in-patient hospital care, a significant lag from other regions of the Russian Federation in providing high tech help to the population, low level of logistical support of healthcare institutions, a critical deficiency in qualified medical personnel, lagging in the development of hospital substituting technologies in the region. The region is among the outsiders based on the indicators of capacity of outpatient organizations, provision with available hospital beds and medical personnel. There is also a lag based on different indicators of the development of the healthcare system of the region. The main reason for this lag in the development of healthcare of the region compared with the majority of entities of the Russian Federation is a chronically insufficient financing and ineffective management of the industry. **The area of application of the results.** The results of the study may be used when developing a strategy of development of healthcare in the Republic of Dagestan for the long-term period and creating other strategic documents directed towards improving the effectiveness of the system of healthcare of the region. **The conclusions.** The analysis completed in this study shows an objective picture that formed in the system of healthcare of the Republic of Dagestan where the problems that are typical for healthcare in the country on the whole are even more aggravated. The healthcare of the region needs structural changes directed towards elimination of disproportions in the development and strengthening of the logistical support and human resource potential of the industry.

Keywords: the healthcare system, the system of financing of healthcare, compulsory medical insurance, gross domestic product, modernization of healthcare, specialized medical care, outpatient care.

Введение. В последние годы в системе здравоохранения региона происходили позитивные изменения, результатом которых стало повышение доступности медицинской помощи и увеличение средней продолжительности жизни населения Республики Дагестан. В здравоохранении региона были реализованы Национальный проект «Здоровье» и Программа модернизации здравоохранения Республики Дагестан, позволившие обеспечить государственные учреждения здравоохранения современным оборудованием, увеличить объемы лекарственной, профилактической и создать основу для развития в регионе высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) населению. Однако, несмотря на определенные успехи последних лет, системе здравоохранения Республики Дагестан характерно наличие ряда существенных недостатков, негативно сказывающихся на уровне доступности и качестве оказания медицинской помощи в регионе.

Методы исследования. В период с 2000 по 2012 год объем государственного финансирования здравоохранения страны в реальном выражении вырос в 2,3 раза. Неуклонно продолжает расти финансирование здравоохранения и в последние годы. Так, номинальный рост общего объема финансирования здравоохранения из государственных источников с 2011 по 2016 год составил 162 %. Доля затрат на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов в 2016 году составила 10,0 %, или 3,6 % к ВВП [11, с. 370]. В то же время процент расходов на здравоохранение в общих расходах бюджетной системы, также как и доля расходов в процентах к ВВП, за последние 5 лет практически не изменилась. В 2011 году эти значения находились на уровне 9,7 % и 3,5 % соответственно.

Вместе с тем в российском здравоохранении все еще сохраняется низкая доля государственного финансирования в процентах к ВВП по сравнению со странами с развитой рыноч-

ной экономикой, при том что гарантии сопоставимы по охвату населения и видам медицинской помощи [18]. Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП России составила в 2014 году 3,5 %, в то время как в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) — 6,5%, а в странах Западной Европы в среднем этот показатель составил 7,9 %. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения у нас в 3,2 раза меньше, чем в западноевропейских странах (табл. 1).

Таблица 1

**Государственные расходы на здравоохранение по странам мира
(в процентах к ВВП) [7, с. 156].**

Страна	Год	Расходы на здравоохранение
Россия	2016	3,6
Австрия	2014	8,7
Беларусь	2016	4,2
Бразилия	2014	3,8
Венгрия	2014	4,9
Германия	2014	8,7
Италия	2014	7,0
Казахстан	2016	2,2
Нидерланды	2014	9,5
Норвегия	2014	8,3
Польша	2014	4,5
Республика Корея	2014	4,0
США	2014	8,3
Украина	2016	3,2
ЮАР	2014	4,2
Япония	2014	8,6

По объему расходов государства на здравоохранение в доле ВВП мы более чем в 2 раза уступаем ведущим европейским странам, а также США, Японии и другим странам с развитой экономикой [19]. Кроме того, некоторые страны с развивающейся экономикой, такие как Бразилия и ЮАР, расходуют на здравоохранение больше государственных средств, чем Россия. Среди стран с меньшим удельным весом расходов на здравоохранение в общем объеме затрат государства по сравнению с Россией можно отметить Казахстан и другие азиатские страны. По оценкам экспертов, для обеспечения эффективного функционирования системы здравоохранения России доля расходов в ВВП должна составлять не менее 6 %.

Объемы финансирования системы здравоохранения региона в последние годы также росли. Общий объем расходов на здравоохранение из консолидированного бюджета РД и бюджетов государственных внебюджетных фондов составил в 2011 году 16,2 млрд рублей, а к 2015 году достиг 39,8 млрд рублей, или 34,4 % от общей доли бюджетных расходов. Номинальный рост расходов на здравоохранение региона из консолидированного бюджета РД и бюджетов государственных внебюджетных фондов за этот период составил 246 %. Однако уже в 2016 году произошло существенное снижение расходов на здравоохранение РД в общей доле бюджетных расходов, общая сумма расходов составила порядка 26,8 млрд рублей [6, с. 314].

Среди изменений в системе финансирования здравоохранения необходимо выделить внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи — за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам (КСГ). Метод оплаты по КСГ стимулирует повышение эффективности использования ресурсов стационарного сектора:

у больниц появляется заинтересованность в оказании более сложных и, соответственно, более дорогих видов медицинской помощи. Кроме того, введение КСГ стимулирует сокращение средней длительности стационарного лечения, вследствие чего снижается уровень затрат на лечение одного пациента и, соответственно, растет эффективность использования финансовых средств.

В регионе также поэтапно производится переход с оплаты за единицу объема оказанной в условиях поликлиники услуги (посещение, обращение по поводу заболевания, разовое обращение по поводу заболевания) на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу финансирования [12, с. 287]. В перечень медицинских организаций, перешедших на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу финансирования на территории Республики Дагестан, в 2017 году вошло 81 государственное учреждение здравоохранения региона.

Подушевой принцип оплаты амбулаторно-поликлинической помощи ориентирован на стимулирование медицинских организаций к повышению качества услуг при сокращении числа врачебных посещений. С введением этого метода оплаты произойдет переориентация с количественных показателей оказания услуг на качественные. При оплате по подушевому принципу исчезнет необходимость приписок посещений в поликлиниках для достижения установленных объемов оказания медицинской помощи и получения финансирования.

Реформа ОМС стала толчком к активному развитию участия негосударственных медицинских организаций в системе ОМС. Важнейшим фактором здесь выступает растущая конкуренция на рынке коммерческих медицинских услуг. Частные медицинские организации ищут новые источники доходов, в том числе в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ОМС.

Среди преобразований в системе оказания медицинской помощи населению Республики Дагестан следует выделить большой объем работы по формированию трехуровневой модели организации медицинской помощи: муниципальный уровень — межмуниципальный уровень — региональный уровень. Развитие такой системы сопровождается организацией межрайонных центров оказания специализированной медицинской помощи, разработкой маршрутов пациентов для всех видов и профилей медицинской помощи, предусматривающих направление пациентов на более высокие уровни оказания медицинской помощи. Завершение перехода на трехуровневую модель организации медицинской помощи позволит существенно повысить доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи в регионе.

В последние годы в регионе совершенствовалась система профилактики заболеваний, происходило расширение масштабов и повышение эффективности диспансеризации населения Республики Дагестан [9, с. 227]. Среди мер, направленных на усиление профилактики заболеваний, следует выделить мероприятия по расширению перечня лиц, подлежащих ежегодной диспансеризации. С 2013 года введена диспансеризация определенных групп взрослого населения. Значительно увеличены объемы бесплатной профилактической медицинской помощи, так, численность населения Республики Дагестан, прошедшего диспансеризацию за период с 2010 по 2015 год, выросла более чем в 1,6 раза, с 802,3 тыс. чел. в 2010 году до 1 291 тыс. чел. в 2015 году [6, с. 95].

Благодаря реализованным мероприятиям по модернизации и совершенствованию системы здравоохранения в последние годы в республике происходит снижение младенческой смертности, последовательно снижается материнская смертность, отмечается снижение заболеваемости ряда инфекций, управляемых средствами специфической профилактики [1, с. 76]. В частности, с 2011 года наблюдается ежегодное снижение общего коэффициента смертности. Так, в 2011 году этот показатель в регионе составлял 520,1 человека на 100 000 населения, а в 2016 году уже 474,8 человека [10, с. 65]. По этому показателю Республика Дагестан занимает 4-е место в целом по Российской Федерации. Значительно ниже среднероссийского показателя 1 175,1 человека на 100 000 населения коэффициент смертности населения по СКФО, который составляет 727,6 человека на 100 000 населения. Динамика изменения показателей смертности по РФ, СКФО и РД с 2011 по 2016 год практически идентична, везде отмечается последовательное снижение коэффициента смертности населения (рис. 1).



Рис. 1. Смертность на 100 000 человек населения [10, с. 65].

Основными причинами смертности населения Республики Дагестан традиционно являются болезни системы кровообращения и новообразования. В 2016 году смертность от болезней системы кровообращения составила 212 человек на 100 000 населения, от новообразований — 74 человек [6, с. 38]. Анализ смертности населения по возрастным группам показывает, что по-прежнему среди умерших преобладают лица преклонного возраста [2, с. 148].

Однако, несмотря на перечисленные достижения, в системе здравоохранения Республики Дагестан существуют определенные сложности в оказании специализированной медицинской помощи, среди которых низкий уровень обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров. В 2016 году обеспеченность койками в Республике Дагестан составила 67,1 койки на 10 000 населения (рис. 2). Для сравнения: в среднем по России показатель обеспеченности койками на 10 000 населения в 2016 году составил 81,6 койки, а аналогичный показатель по СКФО — 72 койки на 10 000 человек населения [10, с. 443]. Дагестан в 2016 году занимал 79-е место среди всех регионов РФ по этому показателю.



Рис. 2. Число больничных коек на 10 000 человек населения [10, с. 443].

С одной стороны, это свидетельствует о низком уровне доступности специализированной медицинской помощи населению, с другой — в свете продолжающегося в стране процесса оптимизации коечного фонда круглосуточных стационаров можно предположить, что коечный фонд учреждений здравоохранения региона максимально оптимизирован. Данные показатели за последние годы в регионе практически не претерпели изменений, что также объясняется оптимизацией коечного фонда и вводом в действие в первую очередь коек дневного стационара, которые не входят в данное число. Развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи создает условия для перемещения объемов медицинской помощи из стационарного в амбулаторное звено. Именно это направление развития стационарозамещающей

медицинской помощи является приоритетным для региона в ближайшей перспективе, т. к. во всех стратегических и программных документах по развитию системы здравоохранения обозначен курс на сокращение стационарных коек.

Остро стоит в регионе проблема доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. Материально-техническое и кадровое обеспечение поликлиник существенно уступает стационарам. Нехватка современной диагностической техники, ее распыленность по отдельным маломощным поликлиникам существенно ограничивают возможности поликлиник по проведению полного обследования пациентов перед госпитализацией, что стало сильным фактором повышения нагрузки на стационар [3, с. 75].

Показатель мощности амбулаторно-поликлинических организаций, который составил в 2016 году 119,4 посещения в смену на 10 000 человек населения, в Республике Дагестан является самым низким в стране [6, с. 95]. Так, в 2015 году среднероссийский показатель мощности амбулаторно-поликлинических учреждений составлял 263,5 посещения в смену на 10 000 населения. Однако в этом направлении в регионе наблюдается положительная динамика, и в период с 2013 по 2016 год мощность амбулаторно-поликлинической службы региона выросла со 113,1 посещения до 119,4 посещения в смену на 10 000 населения (табл. 2). Рост мощности поликлиник последних лет связан со строительством и вводом в эксплуатацию новых учреждений здравоохранения.

Таблица 2

**Амбулаторно-поликлинические учреждения Республики Дагестан
(на конец года) [6, с. 95]**

Годы	Число амбулаторно-поликлинических организаций, единиц	Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	
		всего, тыс.	на 10 000 человек населения
2010	199	34,6	118,9
2013	169	33,5	113,1
2014	175	34,0	113,7
2015	169	34,7	115,5
2016	165	36,3	119,4

Серьезной проблемой модернизации и совершенствования системы оказания медицинской помощи в регионе является дефицит и недостаточная квалификация медицинских кадров республики. Даже насыщение стационарных учреждений современным медицинским оборудованием не в состоянии полностью решить проблему качества и доступности медицинской помощи в связи с дефицитом квалифицированных кадров в регионе, способных продуктивно работать на новом современном оборудовании [15, с. 112].

Численность врачей, задействованных в системе здравоохранения региона, практически не изменилась за последние 6 лет, и в 2016 году составила 11,5 тыс. человек, или 37,6 человека на 10 000 человек населения [10, с. 449]. Надо признать, что для нашей республики традиционно характерен низкий уровень обеспеченности врачами на 10 000 человек населения. В 2016 году Дагестан занимал 73-е место в России по этому показателю. Обеспеченность врачами в среднем по РФ составила 46,4 специалиста на 10 000 населения, в среднем по СКФО — 40,7 человека (табл. 3).

Рост количества работников среднего медицинского звена, занятых в учреждениях здравоохранения региона в период с 2010 по 2016 год, составил более 10 %. В 2016 году в системе здравоохранения региона были задействованы 26 197 специалистов со средним медицинским образованием [10, с. 453]. Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом в республике составляет 86,1 человека на 10 000 населения, что также ниже аналогичного значения в среднем по России, которое составило 104,8 человека на 10 000 населения (табл. 3).

Таблица 3

**Численность врачей и среднего медицинского персонала в 2016 году
(на конец года) [10, с. 449–453]**

	Численность врачей		Место, занимаемое в РФ	Численность среднего медицинского персонала		Место, занимаемое в РФ
	всего, тыс. человек	на 10 000 человек населения		всего, тыс. человек	на 10 000 человек населения	
Российская Федерация	680,9	46,4	-	1537,9	104,8	-
Северо-Кавказский федеральный округ	39,8	40,7	8	90,0	92,1	9
Республика Дагестан	11,5	37,6	73	26,2	86,1	80

Однако индикативный показатель обеспеченности врачами на 10 000 населения в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2016 и 2017 годы установлен на уровне 37,2 и 37,3 врача на 10 000 населения, что гораздо ниже фактических значений в среднем по стране и немного выше показателей по Республике Дагестан. Это объясняется тем, что государство в рамках реализуемых мероприятий по оптимизации здравоохранения наряду с сокращением коечного фонда стационаров планирует и сокращение общего количества врачей. В частности, это должно позволить достичь необходимого повышения заработной платы медицинских работников в рамках реализации «майских» указов Президента РФ [4, с. 82].

Для решения проблемы обеспечения населения высококвалифицированными медицинскими кадрами был разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы профессиональной подготовки врачей [16, с. 78]. В республике проводятся мероприятия по повышению качества образования, в числе которых создание в 2016 году симуляционного аккредитационного центра на базе ДГМУ, развитие и дооснащение клинических баз и клиник, активное использование современных технологий обучения, повышение квалификации преподавателей.

Анализ показателей заболеваемости в регионе за период с 2010 по 2016 год также свидетельствует о стабилизации данных значений в последнее время. Данный показатель находится примерно на одном уровне, и существенных скачков в последние годы не наблюдается. Так, заболеваемость по всем болезням в Республике Дагестан в 2005 году составила 844,4 случая, а в 2016 году — 803,4 случая на 1 000 человек населения. Показатель заболеваемости на 1 000 человек населения в Республике Дагестан самый высокий среди всех регионов, входящих в состав СКФО, в среднем по округу значение данного показателя составляет 645,9 случая на 1 000 населения. Вместе с тем этот уровень заболеваемости вполне сопоставим со среднероссийским, заболеваемость в среднем по РФ составила 785,3 случая на 1 000 населения [10, с. 457].

Традиционно основной причиной заболеваемости населения региона являются болезни органов дыхания, травмы и отравления и болезни органов пищеварения (рис. 3). В республике за

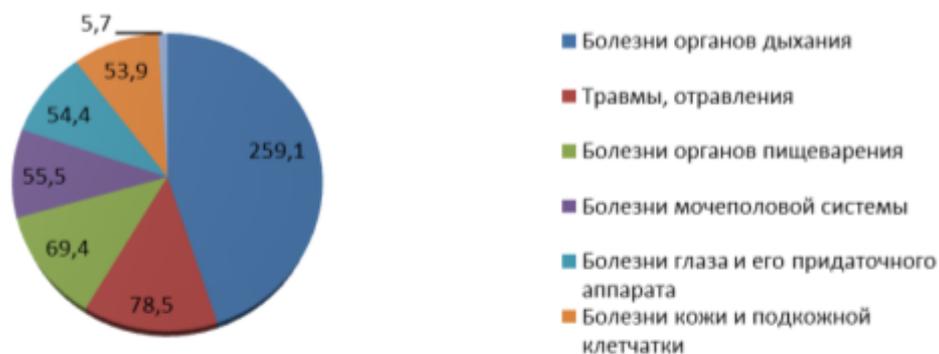


Рис. 3. Заболеваемость на 1 000 человек населения по основным классам болезней в РД (случаев) [6, с. 96]

последние годы, как ранее отмечалось, достигнут значительный прогресс в снижении заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, а также болезнями органов пищеварения.

С учетом сложившейся в здравоохранении региона ситуации, на наш взгляд, приоритетная роль в среднесрочной перспективе должна быть отведена решению следующих наиболее актуальных проблем, в числе которых:

1. Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в регионе. Укрепление ПМСП является в современных условиях ключевым направлением повышения результативности системы здравоохранения. Это даст возможность повысить эффективность использования ресурсов в значительно большей мере, чем различные оптимизационные мероприятия [13, с. 63].

2. Развитие специализированной медицинской помощи населению, которое должно включить в себя строительство, реконструкцию и модернизацию в регионе многопрофильных больниц и специализированных медицинских центров, а также реорганизацию системы оказания специализированной помощи на основе интеграции с первичной медико-санитарной помощью, концентрации кадровых, технологических ресурсов в многопрофильных учреждениях и клиничко-диагностических центрах.

3. Укрепление кадрового потенциала системы здравоохранения региона. Для сокращения кадрового дефицита в здравоохранении необходима реализация мер по кадровому обеспечению отрасли, направленных на устранение дефицита и сбалансированность кадрового состава системы здравоохранения региона, улучшение кадрового обеспечения сельских территорий, ускоренную подготовку среднего медицинского персонала, а также специалистов по эксплуатации сложной медицинской и информационной техники [8, с. 152].

4. Совершенствование информационного обеспечения регионального здравоохранения. Развитие информационных технологий в здравоохранении включает в себя ряд мероприятий, направленных на повышение качества информационного обеспечения функционирования здравоохранения региона, в т. ч. внедрение электронной медицинской карты во всех учреждениях региона, создание электронных кабинетов для врачей и использование телемедицинских технологий.

5. Увеличение объема и видов высокотехнологичной медицинской помощи в Республике Дагестан. Одной из серьезных проблем системы здравоохранения региона является существенное отставание в развитии ВМП. В современных условиях ВМП, которая включает в себя применение новых сложных и уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения, является одним из наиболее динамично развивающихся и востребованных видов медицинской помощи. В последние годы оказание ВМП в Республике Дагестан наконец-то сдвинулось с мертвой точки, однако объемы и виды услуг по ВМП, оказываемые в регионе, все еще крайне незначительны. По информации Минздрава РД, общее число пациентов, получивших ВМП в государственных медицинских организациях республики в 2016 году, уже составило 3 202 человека [14].

6. Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в т. ч. пересмотр состава государственных программ лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, переход к модели финансирования льготного лекарственного обеспечения на основе механизма референтных цен, определяющих максимальный размер возмещения цены препарата за счет государства, регулярный пересмотр регистрируемых предельных цен на импортируемые лекарственные препараты на основе цен в референтных странах [20].

7. Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении региона. Основными формами ГЧП в здравоохранении являются: концессионные соглашения по строительству и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения, создание новых частных медицинских учреждений в рамках соглашений о социально-экономическом сотрудничестве с государством, реализация контрактов жизненного цикла по поставке и обслуживанию сложного медицинского оборудования государственным медицинским учреждениям.

8. Совершенствование системы финансирования здравоохранения. В области финансирования здравоохранения приоритетом должно стать обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций и прозрачности правил распределения

ресурсов.

Результаты. Оценка современного состояния системы здравоохранения региона свидетельствует о значительном отставании по многим критериям от среднероссийских значений, в результате которого в республике сложилась неблагоприятная ситуация с доступностью амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, о чем красноречиво свидетельствуют приведенные выше статистические данные. Имеется существенное отставание от других регионов Российской Федерации в оказании высокотехнологичной помощи населению и в развитии стационарозамещающих технологий. Кроме того, региону характерны слабая материально-техническая база учреждений здравоохранения и острый дефицит квалифицированных медицинских кадров [17, с. 102]. Кардинальное решение существующих в системе здравоохранения региона проблем требует реализации комплекса стратегических мер, охватывающих все направления деятельности. Основной причиной отставания в развитии здравоохранения региона в сравнении с большинством других субъектов РФ является хроническое недофинансирование отрасли [5, с. 102]. Так, общий объем расходов на здравоохранение в Республике Дагестан в 2015 году составил 18 910 тыс. руб., что в расчете на душу населения составило 6,6 тыс. руб. Данный показатель значительно ниже среднероссийского, который составляет 9,3 тыс. руб. на душу населения. То есть в Республике Дагестан на медицинское обслуживание в расчете на душу населения выделяется в 1,4 раза меньше средств, чем в среднем в России.

Выводы. Для выполнения долгосрочных задач по повышению качества жизни населения в здравоохранении должен произойти технологический прорыв, выход на принципиально новый технологический уровень решения задач сохранения здоровья населения страны. Основными ориентирами региональной политики в сфере здравоохранения в среднесрочной перспективе являются внедрение и использование новых медицинских и информационных технологий, структурные изменения и укрепление кадрового потенциала системы здравоохранения Республики Дагестан.

Литература

1. Абдулманапов П. Г. Демографические перспективы регионов Северо-Кавказского федерального округа // *Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Естественные и точные науки.* — 2016. — Т. 10. — № 4. — С. 71–80.
2. Абдулманапов П. Г. Мониторинг демографической ситуации в Республике Дагестан // *Региональные проблемы преобразования экономики.* — 2016. — № 9. — С. 144–152.
3. Абдулманапов П. Г., Багрий Е. Г. Рождаемость и репродуктивное здоровье населения Республики Дагестан // *Вопросы структуризации экономики.* — 2011. — № 2. — С. 80–83.
4. Гимбатов Ш. М. Социодемографические особенности региона и проблемы гендерной стратификации // *Научное обозрение. Серия I: Экономика и право.* — 2012. — № 6. — С. 80–83.
5. Гичиев Н. С., Закариева М. Н., Гичиев А. Н. Человеческий капитал как фактор экономического роста: современные теоретические исследования // *Материалы круглого стола «Человеческий капитал как фактор социально-экономического развития региона».* ИСЭИ ДНЦ РАН. — 2015. — С. 101–106.
6. *Дагестан в цифрах. 2017: Краткий статистический сборник / Дагестанстат.* — Махачкала, 2017. — 414 с.
7. *Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник / Росстат.* — М., 2017. — 170 с.
8. Кутаев Ш. К. Особенности воспроизводства населения и трудовых ресурсов в регионах СКФО // *Региональные проблемы преобразования экономики.* — 2016. — № 12. — С. 150–157.
9. Кутаев Ш. К. Детерминанты становления и развития экономики и рынка труда региона // *Фундаментальные исследования.* — 2017. — № 11–1. — С. 225–228.
10. *Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017: Стат. сб. / Росстат.* — М., 2017. — 1402 с.
11. *Россия в цифрах. 2017: Краткий статистический сборник / Росстат.* — М., 2017. — 511 с.
12. Сагидов А. К. Актуальные проблемы функционирования системы здравоохранения регионов Северо-Кавказского федерального округа // *Региональные проблемы преобразования экономики.* — 2013. — № 4. — С. 286–289.
13. Сагидов А. К. Особенности функционирования медицинских организаций в условиях одноканального финансирования // *Региональные проблемы преобразования экономики.* — 2014. — № 12. — С. 61–65.
14. Средняя зарплата медработников в Дагестане в 2016 году выросла на 1,8%. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.riadagestan.ru/news/health.html (дата обращения 20.04.2017), свободный. — Загл. с экрана.
15. Хаджалова Х. М. Влияние современного качества жизни населения на формирование человеческого капитала // *Региональные проблемы преобразования экономики.* — № 2. — 2016. — С. 109–115.
16. Хаджалова Х. М. Концепция повышения качества жизни населения в Республике Дагестан // *Вопросы структуризации экономики.* — 2011. — № 2. — С. 76–79.

17. Хаджалова Х. М., Манатилова Ф. И. Стратегические направления развития системы здравоохранения Республики Дагестан // *Апробация*. — 2014. — № 7. — С. 100–104.
18. Baxter J. *Social and Psychological Foundations of Economic Analysis*. New York etc., 1988.
19. Granovetter M. *Economic Action and Social Structure: the Problem of Embeddedness* // *The Sociology of Economic Life* / Ed. by M. Granovetter, R. Swed-berg. Boulder etc., 1992.
20. Jenkner, Eva, and Leive, Adam, *Health Care Spending Issues In Advanced Economies*, IMF, September 2010.

References:

1. Abdulmanapov P. G. *Demographic prospects of regions of the North Caucasian Federal District* // *News of the Dagestan state pedagogical university. Natural and exact sciences*. 2016. T. 10. No. 4. P. 71–80.
2. Abdulmanapov P. G. *Monitoring of a demographic situation in the Republic of Dagestan*//*Regional problems of transformation of economy*. 2016. No. 9. P. 144–152.
3. Abdulmanapov P. G., Bagry E. G. *Birth rate and reproductive health of the population of the Republic of Dagestan* // *Questions of structurization of economy*. 2011. No. 2. P.80–83.
4. Gimbatov Sh. M. *Sotsiodemograficheskiye of feature of the region and problem of gender stratification* // *Scientific review. Series 1: Economy and right*. 2012. No. 6. P. 80–83.
5. Gichiyev N. S., Zakariyeva M. N., Gichiyev A. N. *Human capital as factor of economic growth: modern theoretical researches* // *Materials of a round table «Human capital as factor of social and economic development of the region»*. ISEI DNTs RAS. 2015. P. 101–106.
6. *Dagestan in figures. 2017: The short statistical collection* / *Dagestanstat*. Makhachkala, 2017. 414 p.
7. *Health care in Russia. 2017: Statistical collection* / *Rosstat*. M, 2017. 170 p.
8. Kutayev Sh. K. *Features of reproduction of the population and labor resources in regions of North Caucasus federal district*//*Regional problems of transformation of economy*. 2016. No. 12. P. 150–157.
9. Kutayev Sh. K. *Determinants of formation and development of economy and labor market of the region*// *Basic researches*. 2017. No. 11–1. Page 225–228.
10. *Regions of Russia. Socio-economic indexes. 2017: To become. сб.* / *Rosstat*. M, 2017. 1402 p.
11. *Russia in figures. 2017: The short statistical collection* / *Rosstat*. M., 2017. 511 p.
12. Sagidov A. K. *Current problems of functioning of a health care system of regions of the North Caucasian Federal District*//*Regional problems of transformation of economy*. 2013. No. 4. P. 286–289.
13. Sagidov A.K. *Features of functioning of the medical organizations in the conditions of single-channel financing*//*Regional problems of transformation of economy*. 2014. No. 12. P. 61–65.
14. *The average salary of medics in Dagestan in 2016 has grown by 1,8%*. [An electronic resource]. Access mode: www.riadagestan.ru/news/health.html. (Date of the address: 4/20/2017), free. Heading from the screen.
15. Hadzhalova Kh. M. *Influence of modern quality of life of the population on formation of the human capital* // *Regional problems of transformation of economy*. No. 2. 2016. P. 109–115.
16. Hadzhalova Kh.M. *The concept of improvement of quality of life of the population in the Republic of Dagestan* // *Questions of structurization of economy*. 2011. No. 2. P. 76–79.
17. Hadzhalova Kh. M., Manatilova F. I. *Strategic directions of development of a health care system of the Republic of Dagestan* // *Approbation*. 2014. No. 7. P. 100–104.
18. Baxter J. *Social and Psychological Foundations of Economic Analysis*. New York etc., 1988.
19. Granovetter M. *Economic Action and Social Structure: the Problem of Embeddedness* // *The Sociology of Economic Life* / Ed. by M. Granovetter, R. Swed-berg. Boulder etc., 1992.
20. Jenkner Eva and Leive Adam. *Health Care Spending Issues In Advanced Economies*, IMF, September, 2010.