

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере г.о. Тольятти)

© 2009 А.В. Комягин*

Ключевые слова: муниципальное здравоохранение, организационно-экономическая система здравоохранения, механизм управления, организационно-экономический механизм функционирования муниципальной системы здравоохранения, совершенствование здравоохранения.

Рассмотрены основные направления модернизации системы здравоохранения муниципалитета. В результате анализа централизованной организационно-экономической модели системы здравоохранения г.о. Тольятти сделан вывод, что существующая централизованная модель не является адекватной современным рыночным условиям. Предложены некоторые принципы и зафиксированы особенности децентрализованной модели управления муниципальной системой здравоохранения.

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами. В последние годы страна добилась значительного экономического роста, в результате чего было существенно увеличено финансирование отрасли здравоохранения, а также созданы перспективы ее дальнейшего развития. Будучи социально ориентированным, государство и дальше намерено уделять серьезное внимание развитию отрасли.

В современной литературе вопросы управления отраслью здравоохранения являются одними из наиболее актуальных. Нельзя не согласиться с рядом авторов (Е.Н. Воронова, О.В. Маркова, Н.Н. Репкас, Л.Ю. Трушкина, Л.М. Демьянова), что в методологическом плане управление здравоохранением должно основываться на системном подходе. На территориальном уровне управление системой здравоохранения должно базироваться на концепции структурно-организационного моделирования, определения приоритетов совершенствования медицинской помощи, анализа медико-статистических материалов, социологического исследования.

Вместе с тем отметим, что в настоящий момент в России основным звеном системы здравоохранения является уровень муници-

палитета, на котором собственно и происходит оказание медицинских услуг населению. Именно муниципальный уровень в первую очередь должен встать на путь инновационного развития, основным аспектом которого является стратегическое управление.

Система здравоохранения г.о. Тольятти (как составная часть системы здравоохранения Самарской области и системы здравоохранения Российской Федерации), предназначена для оптимального удовлетворения потребностей населения города в профилактической, медико-социальной и лекарственной помощи и на всех этапах своего развития сохраняет ключевые цели и характеристики, а именно¹:

1) обеспечение гарантированной ответственности органов власти за реализацию прав граждан на охрану здоровья;

2) сохранение и улучшение здоровья населения на основе всеобщности, доступности и бесплатности медицинской помощи, финансируемой из общественных фондов; общественная солидарность и социальная справедливость при обеспечении населения медико-социальной и лекарственной помощью в рамках государственных гарантий;

3) сохранение и поддержка государственного и муниципального сектора здравоохранения;

4) поддержка развития частного сектора здравоохранения;

* Комягин Алексей Владимирович, аспирант Тольяттинского государственного университета. E-mail: A.Komyagin@titsu.ru.

5) создание условий эффективной деятельности служб здравоохранения в целях качественного оказания населению профилактической, медико-социальной и лекарственной помощи.

Реорганизация системы здравоохранения является одной из важнейших составляющих развития системы муниципального здравоохранения и обусловлена необходимостью приведения стратегии развития отрасли в соответствие с основными направлениями социально-экономических преобразований в обществе, реализацией областных и городских целевых программ и проектов, приоритетных национальных проектов².

Развитие рыночных отношений требует адекватной мобильной модели управления, которой существующая централизованная модель управления здравоохранением в муниципальном образовании г.о. Тольятти не является. Является целесообразным введение децентрализованной модели управления муниципальной системой здравоохранения (см. рисунок).

На рисунке пунктирные стрелки означают менее сильный характер связи, чем сплошные. Сплошные обоюднонаправленные стрелки означают наличие договорных отношений между субъектами.

Отметим, что линейность в системе здравоохранения обусловлена степенью публичности ее деятельности. Данное обстоятельство не позволяет полностью отказаться от вертикальных связей в управлении системой муниципального здравоохранения.

Рыночные условия вводят систему договорных отношений между органом управления и медицинским учреждением, которое является юридическим лицом. Договорные отношения сегодня рассматриваются как механизм достижения целей политики здравоохранения. Это координирующий механизм, который предлагает альтернативу традиционным командно-административным моделям управления здравоохранением.

В рыночной модели управления, в отличие от централизованной, орган управления в значительной степени утрачивает функцию

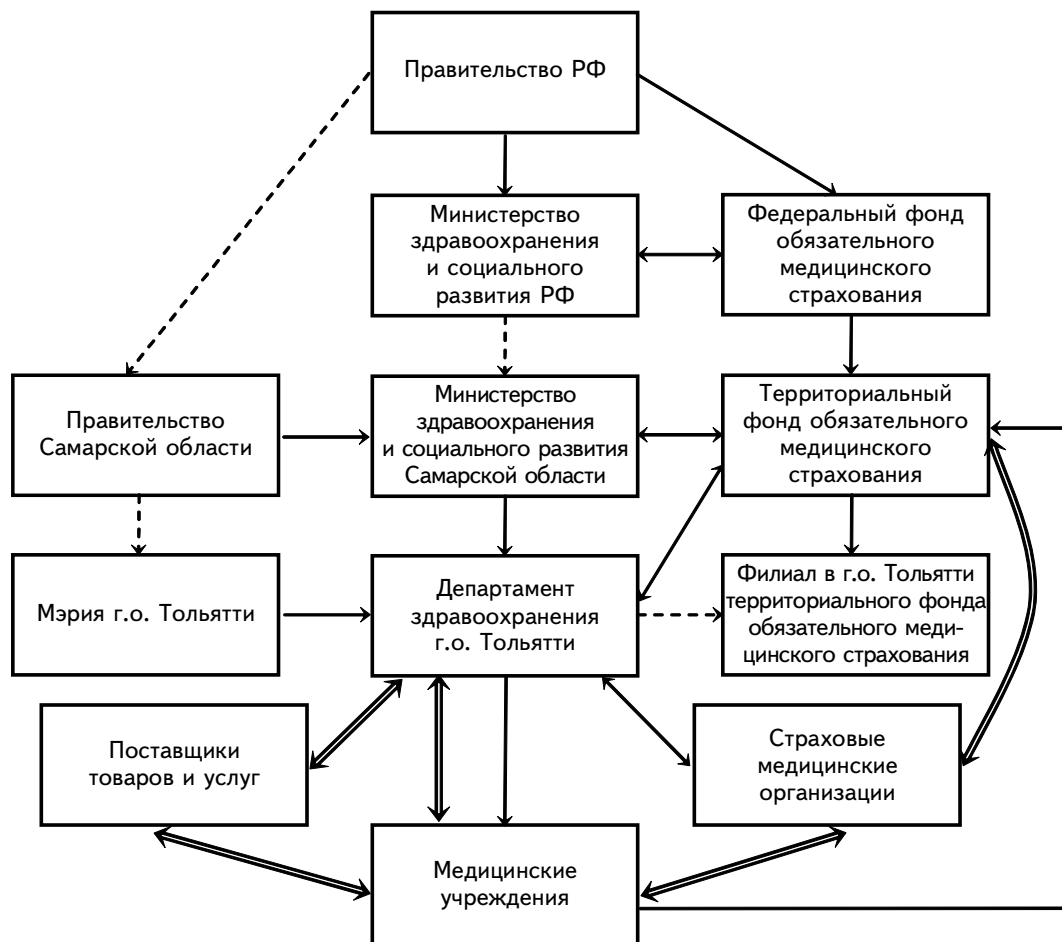


Рис. Децентрализованная модель управления муниципальной системой здравоохранения

финансирования, поскольку основные финансовые потоки переходят в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), в которой оплачиваются услуги муниципальных медицинских учреждений. Соответственно, медицинские учреждения строят свою деятельность преимущественно на договорных отношениях. На рисунке данная особенность показана в виде связей муниципальных медицинских учреждений с территориальными фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями и поставщиками товаров и услуг. Муниципальный орган управления здравоохранением (департамент здравоохранения) г.о. Тольятти сохраняет функцию финансирования медицинских учреждений из средств бюджетов всех уровней, однако данный финансовый поток по объему значительно меньше финансовых потоков в системе ОМС.

В рыночной модели в деятельности департамента здравоохранения управления существенно возрастает роль планирования и контроля.

Планирование должно проходить в нескольких направлениях³:

1) финансовое планирование - планирование муниципального бюджета в части расходов на здравоохранение; планирование стоимости программы ОМС населения города; согласование финансовых планов муниципальных медицинских учреждений;

2) планирование объемов бесплатной для населения медицинской помощи в системе ОМС - муниципального заказа;

3) программно-целевое планирование.

Особое место в деятельности департамента здравоохранения занимает согласование финансовых планов медицинских учреждений. По сути, данный вид деятельности представляет собой процедуру предварительного контроля финансовой деятельности учреждений, осуществления финансового аудита и предотвращения ошибок, допускаемых руководителями медицинских учреждений в области финансового менеджмента.

Функция контроля в рыночной модели должна реализовываться в разнообразных формах. Наряду с предварительным финансовым контролем, большую роль играет текущий контроль финансовой деятельности медицинских учреждений. Так, в практику управления здравоохранением города можно вне-

дирать такую форму контроля, как проведение дважды в год балансовых слушаний, в ходе которых будет осуществляться решение сразу нескольких задач: контроль финансовой деятельности, аудит, обучение персонала, корректировка и формирование планов проведения изменений в системе здравоохранения, в том числе стратегических.

Ряд особо значимых показателей деятельности медицинских учреждений, как финансовой, так и лечебно-диагностической, необходимо контролировать постоянно. Указанные показатели являются параметрами оперативного контроля и формируют систему мониторинга деятельности муниципальной системы здравоохранения. Правомерно полагать, что показатели, формирующие систему мониторинга деятельности, могут быть различными в разных в государственных, муниципальных и частных системах здравоохранения. Важнейшей задачей модернизации использования скудных ресурсов здравоохранения на территориальном уровне является выбор показателей конечного результата, на который мы хотим повлиять. Отсутствие адекватных показателей результатов модернизации, использование показателей промежуточных результатов может повлечь подмену целей и вызвать стремление к действиям, которые позволяют формально достичь этих промежуточных результатов, но при этом ни на шаг не продвинуться к конечной цели. В этом большая опасность для будущего реформы в регионах.

В организации лечебно-диагностического процесса и профилактики медицинские учреждения должны получить больше полномочий и возможностей для проявления инициативы и организации этой деятельности.

Следует отметить координирующую роль департамента здравоохранения г.о. Тольятти. Формирование управляемого рынка в здравоохранении, наличие большого количества субъектов управления, взаимодействующих с муниципальной системой здравоохранения, многочисленность медицинских учреждений в муниципальной системе здравоохранения - факторы, определяющие появление и развитие роли органа управления в рыночной модели.

Таким образом, рыночная модель управления муниципальной системой здравоохра-

нения отражает изменения, вызванные внедрением управляемого рынка в здравоохранении. Введение рыночных отношений явилось причиной утраты органом управления муниципальной системой здравоохранения большой доли финансовых ресурсов. Одновременно сформировался внебюджетный фонд - обязательного медицинского страхования (ОМС), в котором указанная доля финансовых ресурсов сконцентрирована. С точки зрения реализации стратегической задачи реформирования системы здравоохранения - повышения эффективности ее деятельности - приведенная модель обладает значительными возможностями по выполнению названной задачи.

Орган управления муниципальной системой здравоохранения, наделенный в соответствии с законодательством ответственностью за организацию бесплатной для населения медицинской помощи и обеспечение ее доступности для жителей муниципального образования, заинтересован в планировании возможно больших объемов и видов медицинской помощи. Территориальный фонд ОМС, обладая ограниченными ресурсами на оплату медицинской помощи, стремится сократить расходы на оплату медицинских услуг, побуждая к таким же действиям страховые медицинские организации. В результате департамент здравоохранения и медицинские организации стремятся оптимизировать расходы на оказание медицинских услуг, изыскивая наиболее оптимальные и эффективные организационные и лечебно-диагностические технологии работы⁴.

Таким образом, наличие и рыночной модели управления диалектических противоречий является основой для постоянного совершенствования системы здравоохранения в целом. В результате повышения эффективности деятельности системы выигрывает в конечном итоге население, которое имеет возможность получить большие объемы бесплатной медицинской помощи на единицу финансовых ресурсов.

В то же время следует отметить, что территориальные фонды ОМС, не наделенные ответственностью за состояние здоровья населения и за доступность бесплатной медицинской помощи, должны иметь жесткие рамки регулирования своей деятельности, не

позволяющие в условиях дефицита ресурсов следовать по пути безусловного сокращения объемов бесплатной медицинской помощи для населения, Указанное направление, по сути, представляет тот же экстенсивный путь, по которому строилась дореформенная система здравоохранения, только со знаком минус. Экстенсивное развитие здравоохранения до проведения реформ характеризовалось необоснованным наращиванием мощностей; в условиях недостаточности финансовых ресурсов происходит столь же экстенсивное сокращение объемов медицинской помощи.

Очевидно, что ни первый, ни второй путь не являются адекватными с позиции целей и задач систем здравоохранения в России. Оптимизация деятельности систем здравоохранения крупных муниципальных образований заключается в освобождении, прежде всего, от излишних мощностей, отказ от которых не уменьшает доступности для населения бесплатной медицинской помощи, а также в рациональном использовании ресурсов системы.

В рыночной модели управления здравоохранением должен присутствовать регулятор, обеспечивающий равновесие между финансирующими программу ОМС структурами и органом управления, планирующим объемы медицинской помощи на основе состояния здоровья населения. При наличии таких регуляторов возможности рыночной модели управления муниципальными системами здравоохранения представляются весьма значительными.

Возникает вопрос: кто должен выступать в роли такого регулятора? С одной стороны, орган управления системой здравоохранения муниципалитета (департамент здравоохранения г.о. Тольятти), являясь учредителем муниципальных медицинских организаций, явно представляет собой поставщика услуг. С другой стороны, формируя муниципальный заказ на бесплатную медицинскую помощь, и, определяя объемы и виды услуг, а также условия их предоставления, орган управления выступает в роли покупателя медицинских услуг. Таким образом, орган управления и поставляет, и покупает медицинские услуги, что, казалось бы, свидетельствует о неопределенности его статуса и противоречивой роли в процессе управления системой.

На самом деле, при более глубоком анализе, наличие названных противоречий сви-

детельствует о том, что статус органа управления не является ни статусом поставщика (производителя), ни статусом покупателя в классическом понимании данных определений. Функции органа управления на рынке медицинских услуг свидетельствует о том, что названный орган выступает в роли регулятора рынка. Роль регулятора требует попеременного осуществления как функций поставщика, так и функций покупателя, и вытекает из законодательно закрепленной ответственности органа управления за состоянием здоровья населения, с одной стороны, и права учредителя медицинских учреждений, с другой стороны.

Следует отметить, что в литературе практически отсутствует анализ статуса органа управления муниципальной системой здравоохранения как регулятора рынка медицинских услуг. Кажущаяся неопределенность статуса органа управления в результате реформы в стране и особенно с введением обязательного медицинского страхования вызывает некоторую растерянность руководителей, проводящих изменения на местах, и снижает темпы модернизации в целом⁵.

В заключение отметим, что существующая система управления здравоохранением пред-

полагает управление в основном административными методами, вследствие чего на федеральном уровне централизованы практически все основные функции, включая лицензирование, аккредитацию, государственные закупки и ряд других, что в целом предопределяет неэффективность управления отраслью.

Одним из приоритетов на первом этапе совершенствования системы здравоохранения является изменение централизованного административного управления посредством перехода на экономические методы с четким разграничением функций между центральными, местными органами управления и медицинскими организациями, создания соответствующей нормативной правовой базы.

¹ Модели разграничений в области охраны здоровья граждан / Н.Б. Найговзина и др. // *Вопр. гос. и муницип. управления.* 2008. № 3. С. 22-37.

² *Рокотов А.М., Куриллов А.Б.* Современные тенденции и проблемы управления здоровьем // *Вопр. организации и управления здравоохранением.* 2008. № 12. С. 44-52.

³ *Забирова И.В.* Современная организация и финансирование здравоохранения. М., 2007.

⁴ Там же.

⁵ Модели разграничений...

Поступила в редакцию 02.11.2009 г.