

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2011 А.В. Комягин*

Ключевые слова: организационно-экономическая парадигма, муниципальное здравоохранение, развитие системы здравоохранения.

Зафиксирована сущность парадигмы развития системы муниципального здравоохранения, представлены ее основные принципы. Выделены стейкхолдеры здравоохранения муниципалитета, представлены их функции. Изложена суть организационно-экономической модели здравоохранения муниципалитета и организационно-финансового механизма его деятельности.

В современной России в рамках модернизации системы здравоохранения на государственном, региональном и муниципальных уровнях особенно актуальны вопросы развития здравоохранения и выборов векторов развития. В настоящее время определяется выбор между сокращением вмешательства государства в институты рыночной экономики, существенным уменьшением государственного сектора, с одной стороны, и усилением роли государства как в трансформационный период, так и в условиях развитых рыночных отношений, с другой стороны. Оба данных вектора развития здравоохранения соответствуют двум экономическим парадигмам государства. В рамках первой парадигмы решение проблем социальной сферы отодвигается на период достижения устойчивого роста общественного производства, национального дохода и валового внутреннего продукта. Альтернативой данной парадигме является модель, которая определяется специалистами как “экономическая продуктивность и повышение уровня жизни населения - два органически и неразрывно связанных процесса”¹. Вторая парадигма, которая является доминирующей в настоящий момент в России, отражает необходимость сохранения социальных обязательств государства, усиления степени доступности качественной медицинской помощи населению страны независимо от географического положения и социально-экономической дифференциации муниципальных образований.

Вектор развития муниципального здравоохранения зависит от соотношения двух

сторон единого процесса, когда оно, во-первых, выполняет функцию воспроизводства важнейшего ресурса общества, а во-вторых, выступает активным участником рынка медицинских услуг, особенно в мегаполисах, крупнейших, крупных и средних муниципалитетах. Воспроизводственная функция здравоохранения связана, прежде всего, с оказанием медицинской помощи и медицинской услуги. В отличие от медицинской помощи, сущность и характерные черты медицинской услуги дают основания для утверждения, что она является категорией рыночных отношений в здравоохранении, которая реализуется во всех секторах смешанной экономики². Вместе с тем медицинская помощь и медицинская услуга в технологическом процессе их оказания неотделимы, что обуславливает взаимосвязь между сферой охраны здоровья населения и сферой услуг. Медицинская помощь как компонент сферы охраны здоровья населения отражает ответственность общества и государства за важнейший ресурс - здоровье населения, воспроизводство человеческих ресурсов. Медицинская услуга как первичный элемент медицинской помощи может рассматриваться с точки зрения коллективных и индивидуальных интересов потребителей. Такое двойственное положение определяет ее место в сфере охраны здоровья и сфере услуг. В том и другом случае медицинская услуга является органической частью данных сфер, обусловленной переходом в новое качество - от медицинской услуги к медицинской помощи. Двойственный характер медицинской услуги определя-

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

ет два вектора развития здравоохранения. Первый вектор отражает позицию здравоохранения в системе воспроизводства населения и общественных благ, второй - его развитие по законам рыночной экономики.

Это отвечает современным представлениям теории человеческого капитала. Здравоохранение влияет на прирост человеческого капитала. Во-первых, от него частично зависит состояние здоровья людей. Доступность качественной медицинской помощи служит предпосылкой приращения человеческого капитала. Во-вторых, его можно рассматривать в качестве уникального материального ресурса, подверженного физическому износу. Восстановление и поддержание устойчивой работоспособности обеспечивается в системе охраны здоровья. В-третьих, эффективность деятельности людей в любой сфере существенно определяется качеством рабочей силы, элементом которой выступает физическое здоровье. Данные обстоятельства детерминируют приоритетное отношение общества к здравоохранению, необходимость перераспределения функций и полномочий между компонентами здравоохранения, разработку экономических механизмов реализации новых концептуальных взглядов на относительно автономную муниципальную систему.

В связи с вышеописанным, новым содержанием наполняется категория "муниципальное здравоохранение" с позиций современных представлений о системе здравоохранения и экономических наук. Необходимо уточнить категорийно-понятийный аппарат при анализе развития муниципального здравоохранения как части целостной системы категорий муниципальной экономики и сферы услуг в новом теоретическом контексте в связи с трансформациями в сфере охраны здоровья населения. Современному этапу развития здравоохранения соответствует следующее определение: **муниципальное здравоохранение** - это система социально-экономических отношений в сфере охраны здоровья населения на территории муниципального образования, обеспечивающая доступность гарантированного объема медико-социальной помощи населению, развитие медицинских учреждений различных форм собственности в интересах жителей местного

сообщества и активную роль граждан в процессах трансформации здравоохранения³.

В отличие от существующих определений данная трактовка отражает его сущность - социально-экономические отношения, подчеркивает потребность трансформаций в интересах населения и необходимое условие - развитие медицинских учреждений в новой рыночно-институциональной и конкурентной среде. В сфере социально экономических отношений муниципального образования возможно выделить следующие группы стейкхолдеров:

1) *потребители услуг - население* (индивидуальные/коллективные потребители и общественные организации, причем первые непосредственно потребляют медицинскую помощь, а вторые участвуют в решении проблем) взаимодействуют со всеми субъектами, кроме финансирующих органов;

2) *покупатели услуг - органы управления* (региональная и муниципальная администрация, которая несет ответственность за доступность и качество медицинской помощи на местах; Министерство здравоохранения, которое организует медицинскую помощь; управление здравоохранением муниципалитета, которое координирует деятельность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) на конкретной территории) взаимодействуют со всеми структурами, кроме территориального фонда ОМС;

3) *финансирующие органы* взаимодействуют с ЛПУ-производителями услуг, территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) и органами управления;

4) *производители услуг - учреждения здравоохранения* (федеральные / региональные / муниципальные / ведомственные / частные, которые оказывают медицинскую помощь, производят медицинские услуги и несут ответственность за качество помощи и услуг) взаимодействуют со всеми стейкхолдерами;

5) *территориальные фонды обязательного медицинского страхования* взаимодействуют со страховыми компаниями, населением, финансирующими органами и ЛПУ-производителями услуг;

6) *страховые организации* взаимодействуют с территориальным фондом ОМС и населением⁴.

В условиях рыночной экономики выстраиваются новые социально-экономические отношения между государством и гражданином, производителем и потребителем, продавцом и покупателем медицинских услуг, врачом и пациентом, которые требуют новой парадигмы развития здравоохранения. Социально-экономические отношения и экономические интересы субъектов, вступающих в отношения, реально обуславливают уровень доступности качественной медицинской помощи в муниципальных образованиях, степень обеспечения ресурсами и характер их потребления.

Понимание муниципального здравоохранения с позиции социально-экономических отношений требует разработки новой парадигмы. Необходимость ее формирования связана с выявлением закономерностей и тенденций развития здравоохранения в прошлом периоде, потребностью разрешения противоречий, возникших под воздействием существенных факторов в период переходной экономики, изменением устаревших правил в системе социально-экономических отношений. Разделение национальной системы на подсистемы, формирование относительно автономного муниципального здравоохранения не сопровождалось соответствующими концептуальными положениями, механизмами и инструментами организации и управления медицинской помощью населению, адекватными новым социально-экономическим условиям. Не были учтены факторы и социально-экономические последствия поступательного развития рыночных отношений в производственной и непроизводственной сфере, объективная необходимость рационального использования ограниченных ресурсов, зарубежный опыт реформирования национальных систем здравоохранения.

Институциональные изменения обусловили новую структуризацию здравоохранения, многоканальную систему финансирования, перераспределение части ответственности за охрану здоровья населения с государственного уровня на региональный и муниципальный. Отсутствие новой идеологии функционирования и развития муниципального здравоохранения, организационно-экономических механизмов обеспечения ресурсами, правил взаимодействия между институциональными

структурами, ответственными за охрану здоровья населения, обусловили снижение эффективности деятельности органов управления и медицинских учреждений.

Данные изменения позволяют зафиксировать новые черты муниципального здравоохранения. Во-первых, ухудшение управляемости единой системой здравоохранения, внедрение принципов территориального самоуправления обусловили стагнацию хозяйственной деятельности ЛПУ. Во-вторых, отсутствие продуманной политики муниципализации, учитывающей ее особенности с точки зрения экстерриториально ориентированной системы, обусловило снижение ответственности вышестоящих органов управления, местной власти за условия деятельности учреждений на территориях. В результате ухудшилось состояние ресурсной базы, снизилась доступность медицинской помощи. В-третьих, недостаточная подготовленность руководителей учреждений к управлению в новых условиях хозяйствования, дефицит медицинского персонала и отсутствие мотивации эффективной деятельности отразились на качестве медицинской помощи, темпах развития платных услуг. В-четвертых, ухудшение финансирования, реструктуризация сети ЛПУ, коечного фонда, осуществленная, прежде всего, за счет сельского здравоохранения, привели к его разрушению.

В результате нарастает неравенство в доступности медицинской помощи в городах и районах, возрастает нагрузка на учреждения регионального уровня, ухудшается ресурсная база ЛПУ. Данные проблемы уже невозможно решить в рамках прежней парадигмы, ориентированной на содержание сети медицинских учреждений с учетом их мощности, планирование ресурсов на основе показателей коечного фонда, штатного расписания.

Критически оценивая отечественный и зарубежный опыт организации систем здравоохранения, возможно зафиксировать универсальную организационно-экономическую парадигму развития муниципального здравоохранения, которая базируется на новом понимании его сущности и миссии, роли социально-экономических отношений в процессе охраны здоровья населения. Так, цель муниципального здравоохранения в данной пара-

дигме - сохранение и укрепление здоровья населения муниципального образования, при этом объектом анализа в парадигме выступают социально-экономические отношения, а субъектами социально-экономических отношений выступают медицинские учреждения всех форм собственности, органы управления, страховые организации, население. При этом основные механизмы, которые формирует парадигма и которые в свою очередь косвенно влияют на нее, условно можно разделить:

1) на *принципы и условия* (ответственность местной исполнительной власти за охрану здоровья населения, законодательная база и ресурсы);

2) *функции* (оказание медицинской помощи по стандарту и дополнительная медицинская помощь населению);

3) *методы* (экономические, административные и социально-психологические);

4) *инструменты* (федеральные и региональные стандарты, принципы финансирования, координация деятельности субъектов, система стимулов и муниципальный заказ).

Отметим, что ресурсы и муниципальный заказ в данной парадигме и формируют систему организации и финансирования медицинской помощи населению муниципалитета.

При разработке парадигмы здравоохранения учитываются следующие принципиальные позиции. Парадигма - это методологическая модель, с помощью которой осуществляется анализ социального объекта, определяются актуальные проблемы и противоречия, пути их решения, векторы преобразований, объективно обусловленные социально-экономической ситуацией.

Новизна рассматриваемой парадигмы состоит в том, что она основана на закономерностях и тенденциях развития отрасли, отражает эволюционный путь перехода к новой экономической модели государства, адекватна гетерогенной системе здравоохранения, компоненты которой могут иметь собственный путь развития, обеспечивает доступную медицинскую помощь населения на любых территориях страны, ориентирована на здоровье и интересы индивидуума, создает условия для развития медицинских учреждений⁵.

Отличительные черты парадигмы заключаются в формировании следующих принципиальных положений. Во-первых, она учитывает разделение ответственности и полномочий уровней власти в сфере организации медицинской помощи по видам и технологиям. Показано, что ответственность местной власти за состояние здоровья населения реализуется через организацию первичной медицинской помощи, основанной на ее приоритетности, расширительном понимании, адекватном обеспечении экономическими ресурсами. Во-вторых, социально-экономические отношения в сфере здравоохранения на уровне муниципального образования должны носить преимущественно нерыночный характер. В-третьих, с экономической точки зрения парадигма предполагает переход от затратно-распределительного механизма управления ресурсами к инвестиционно-институциональному. Это означает создание внутри системы здравоохранения в целом, муниципального в частности, квазирынка как сферы организации медицинской помощи. Рыночные отношения в данной сфере реализуются через права граждан на получение медицинских услуг в организациях различных форм собственности, размещение муниципального заказа на конкурсной основе. В-четвертых, организация всех видов медицинской помощи требует разработки федеральных и региональных технологических стандартов и их соблюдения независимо от социально-экономического положения муниципального образования и его территориальной расположенности. В-пятых, в результате типологического ранжирования территорий определяется организационно-экономическая модель здравоохранения в муниципальном образовании⁶.

Перечисленные выше принципиальные положения создают условия для реальной доступности медицинской помощи, улучшения ее качества. В муниципальном здравоохранении в настоящее время ядром становится первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на конкретного потребителя. Организационно-экономическая парадигма муниципального здравоохранения находит свое выражение в различных моделях, поскольку социально-экономическое состояние территорий существенно отличается даже

в рамках одного субъекта федерации. В результате типологического ранжирования муниципальных образований и с учетом организационно-экономической парадигмы муниципального здравоохранения становится важным определить модель применительно к крупному муниципалитету (рис. 1).

сферы здравоохранения, в котором возможно обеспечение доступности медицинской помощи всех технологических уровней, эффективное использование ресурсов.

Эволюционный анализ развития муниципального здравоохранения, обоснование необходимости смены парадигмы, структура

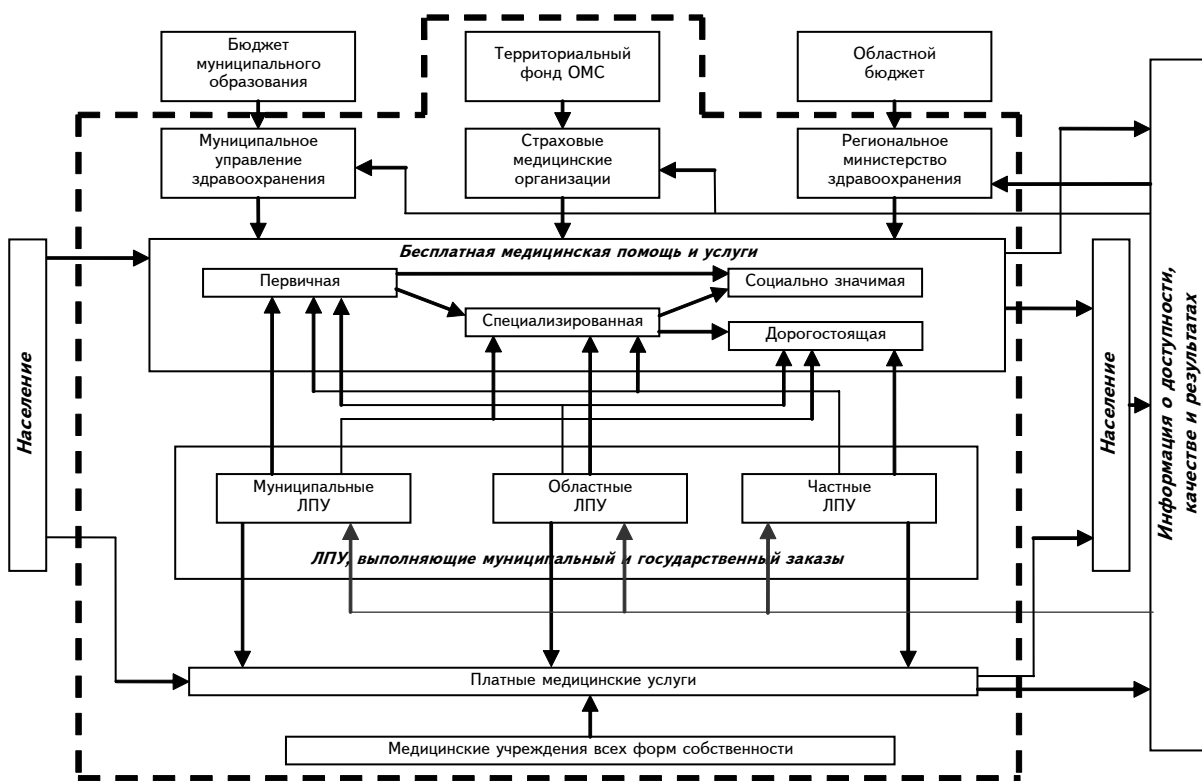


Рис. 1. Организационно-экономическая модель здравоохранения муниципалитета

В модели нашли отражение социально-экономические отношения между государственными и муниципальными органами по поводу охраны здоровья, между ними и хозяйствующими субъектами, между хозяйствующими субъектами, между перечисленными выше субъектами и населением, общественными организациями. Субъектов отношений объединяет конструкция муниципального заказа, которая отражает их интересы, порядок его размещения, создающий условия для развития конкурентных отношений и эффективного использования ресурсов. Место модели в новой парадигме означает отказ от содержания сети муниципального здравоохранения, переход к планированию первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на конечного потребителя, ее финансированию по всем статьям бюджетной классификации.

Предложенная модель направлена на создание общего экономического пространства

полномочий, соответствующая ФЗ-131 "Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ" от 6 октября 2003 г., определили содержание организационно-финансового механизма деятельности в здравоохранении муниципалитета⁷ (рис. 2).

При разработке модели организационно-финансового механизма деятельности здравоохранения на территории муниципального образования использован новый принцип дифференциации медицинской помощи по трем технологическим уровням. Он определяет виды и объемы, закрепленные за государственной и муниципальной системами, организационно-экономические отношения между управляющими, управляемыми и финансирующими структурами. Данный организационно-финансовый механизм имеет следующие отличительные особенности. Во-первых, он основан на разграничении объемов и видов медицинской помощи, источников



Рис. 2. Организационно-финансовый механизм деятельности здравоохранения муниципалитета

финансирования, ответственности органов управления; во-вторых, исключает дублирование оплаты медицинской помощи, сложившееся в условиях бюджетно-страхового финансирования; в-третьих, отражает новую роль финансирующих органов, основанную на медицинских технологиях; в-четвертых, способствует развитию страховых принципов в медицине, рыночных отношений, регулируемых государственными органами, поскольку все уровневые медицинские технологии могут выполняться не только в государственно-муниципальном секторе, но и в частном⁸.

В заключение необходимо отметить, что описанная организационно-экономическая парадигма муниципального здравоохранения построена на выявленных тенденциях развития национальных систем, учитывает способы ре-

шения проблем и противоречий, характерных для стран с переходной и рыночной экономикой, к которым относится и экономика России.

¹ Михайлова Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2002. □ 3. С. 18-26.

² Бек А.В. Организационные технологии реформирования муниципальных систем здравоохранения. Сочи, 2006.

³ Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / под ред. А.И. Вялкова. М., 2006.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

⁶ Там же.

⁷ Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М., 2008.

⁸ Бек А.В. Указ. соч.

Поступила в редакцию 01.06.2011 г.