

Совершенствование регионального организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения

© 2009 Т.А. Желтоножко

Финансовая академия при Правительстве Российской Федерации

В статье анализируется функционирование элементов организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения в регионе (на примере Самарской области). Выявляются основные проблемы его эффективного функционирования. Даются рекомендации по возможному усовершенствованию организационно-экономического механизма управления в области.

Ключевые слова: организационно-экономический механизм, управление, система здравоохранения, усовершенствование, территориальный аспект, функционирование.

В настоящее время вопросам организационно-экономического механизма в научной литературе уделяется недостаточно внимания, в связи с этим мы предлагаем рассматривать категорию “организационно-экономический механизм” как систему организации хозяйственной деятельности соответствующих субъектов, методов формирования и регулирования использования экономических ресурсов, применяемых ими в целях создания благоприятных условий для своего функционирования. Данное определение организационно-экономического механизма как экономической категории подходит для любого хозяйствующего субъекта, в том числе для системы здравоохранения.

В составе организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения следует различать пять основных элементов (подсистем):

- нормативно-правовая база системы здравоохранения;
- планирование деятельности хозяйствующих субъектов в сфере здравоохранения;
- организационные формы управления здравоохранением и его структурными элементами;
- финансирование отрасли здравоохранения;
- информационное обеспечение системы здравоохранения.

Рассмотрим функционирование вышеперечисленных элементов организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения на региональном уровне (на примере Самарской области).

Сущность планирования в Самарской области можно свести к двум аспектам: во-первых, к определению конечных и промежуточных целей развития сферы здравоохранения области; во-вторых, к определению путей и способов достижения намеченных целей с помощью имеющихся ресурсов.

Планирование в сфере охраны и укрепления здоровья населения на территории Самарской области осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области по трем уровням: стратегическое, тактическое и оперативное.

Наиболее важным является стратегическое планирование (долгосрочное). Так, в Самарской области принята “Стратегия развития Самарской области до 2020 года”, где в числе других прогнозируются основные показатели по здравоохранению; однако нет единой Концепции развития здравоохранения Самарской области, которая бы отражала долгосрочную политику органов государственной власти в вопросах охраны и укрепления здоровья населения Самарской области.

Однако Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области в ежегодных отчетах о проделанной работе определяет цели и задачи своей политики на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективу.

Если стратегическое планирование устанавливает долгосрочные цели и приоритетные направления развития сферы здравоохранения, то их осуществление происходит на уровне тактического планирования. К тактическим планам относятся среднесрочные планы и целевые программы.

На территории Самарской области реализуется приоритетный национальный проект “Здоровье”. Выполняется территориальная программа государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2009 - 2011 гг.¹

¹ Постановление Правительства Самарской области от 24 дек. 2008 г. № 528 “Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2009 - 2011 годы”.

В Самарской области в настоящее время осуществляются девять целевых программ в области охраны и укрепления здоровья самарского населения.

Кроме того, текущее планирование (с ежеквартальной и ежемесячной разбивкой) осуществляется всеми подразделениями Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в рамках курируемых ими направлений.

Правовое обеспечение организационно-экономического механизма управления региональной системой здравоохранения является сложной подсистемой. Законодательная поддержка процессов управления и регулирования имеет существенное значение для системы здравоохранения, как для любого хозяйствующего субъекта. Вместе с тем имеется множество пробелов в нормативно-правовом обеспечении системы здравоохранения, хотя создано множество отраслевых законов и постановлений, уточняющих полномочия органов власти в области здравоохранения. Однако законы зачастую противоречивы и не учитывают все особенности управления системой здравоохранения, пробелы в законодательной базе системы здравоохранения возможно устранить путем внесения поправок в федеральное, региональное и местное законодательство, а также с помощью принятия единой концепции развития системы здравоохранения в России.

Финансирование как элемент организационно-экономического механизма - самый острый вопрос отрасли здравоохранения. Состояние финансового и материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения тесно связано с экономическими возможностями субъекта РФ.

Суть финансовых отношений - возможность выполнения расходных полномочий. Чтобы рассмотреть их подробнее, выделяют три аспекта: нормативно-правовое регулирование, обеспечение финансовыми средствами и непосредственное исполнение расходных функций.

Одним из основных источников финансирования для учреждения здравоохранения остается бюджет. Сметные назначения на предстоящий период уточняются в вышестоящем органе управления. Кроме того, для многих учреждений дополнительным источником служат средства обязательного медицинского страхования, которые оцениваются на основании расчетов по выполнению программы обязательного медицинского страхования.

Независимо от источника финансирования приоритет в Самарской области в части финансирования остается за финансированием стационарной медицинской помощи при крайне низ-

ком финансовом обеспечении медицинской помощи в дневных стационарах и скорой медицинской помощи.

В связи с вступлением в силу с 2006 г. федерального закона 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления Российской Федерации" с федерального и местного уровней были переданы полномочия региональному уровню по вопросам финансового обеспечения платежей за неработающее население в систему обязательного медицинского страхования. Кроме того, поликлиники и иные бюджетные учреждения, финансируемые федеральными министерствами и ведомствами и не связанные с их основными функциями, были переданы с федерального на региональный уровень. Передача полномочий на региональный уровень - это дополнительное бремя для региона по реализации расходных обязательств.

Введенные разграничения полномочий в области оказания медицинских услуг между федеральными органами здравоохранения, субъектами РФ и муниципальным самоуправлением уточняются в отраслевом Законе от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ (в редакции от 29 декабря 2004 г.) и приказе Минздравсоцразвития России от 13 октября 2005 г. № 633.

В Самарской области в сфере медицинского страхования работают 10 страховых медицинских организаций. Оплата амбулаторной помощи осуществляется по посещениям, за отдельные услуги, с учетом объемов и стоимости оказанной скорой, а в стационарной помощи - за законченный случай госпитализации. В регионе разработаны медико-экономические стандарты по системе клинко-статистических групп. При расчете тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС используются медико-экономические стандарты по 611 клинко-статистическим группам. Дифференциация тарифов на медицинские услуги в системе ОМС осуществляется по категориям ЛПУ и по клинко-статистическим группам.

Следующий элемент организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения - это организации и учреждения, которые осуществляют медицинскую деятельность различной организационно-правовой формы, а также медицинские кадры, которые работают в них.

Самарская область является регионом с развитой системой здравоохранения. Потенциал развития системы здравоохранения позволяет обеспечить доступность медицинской помощи каждому жителю вне зависимости от социального положения, уровня доходов и места проживания.

**Основные показатели системы здравоохранения Самарской области,
ПФО и РФ в 1990-2007 гг.**

| Показатели | Регион | Годы | | | |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1990 | 2000 | 2004 | 2007 |
| Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями на 10 000 населения (значение показателя за год), посещений в смену | РФ | 217,3 | 243,2 | 251,3 | 260,6 |
| | ПФО | 203,5 | 223,2 | 233,9 | 251,5 |
| | Самарская обл. | 209,0 | 225,6 | 232,4 | 243 |
| Обеспеченность больничными койками на 10 000 населения (значение показателя за год), ед. | РФ | 137,4 | 115,0 | 112,4 | 107,2 |
| | ПФО | 137,1 | 119,4 | 113,5 | 106,4 |
| | Самарская обл. | 118,1 | 90,0 | 87,3 | 88,3 |
| Обеспеченность врачами на 10 000 населения (значение показателя за год), чел. | РФ | 45,0 | 46,8 | 48,4 | 49,8 |
| | ПФО | 39,0 | 45,5 | 46,5 | 47,3 |
| | Самарская обл. | 45,0 | 47,7 | 49,0 | 49,6 |
| Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 000 населения (значение показателя за год), чел. | РФ | 124,4 | 107,6 | 108,6 | 108,6 |
| | ПФО | 120,6 | 114,9 | 116,7 | 115,3 |
| | Самарская обл. | 131,2 | 102,4 | 99,2 | 99,5 |

ния. Тем не менее, уровень общей заболеваемости населения превышает среднероссийский показатель, кроме того, как свидетельствует вышеприведенная таблица по основным показателям обеспеченности врачами, средним медицинским персоналом, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, койко-местами в стационарах, Самарская область находится не в выигрышном положении по сравнению со среднероссийским и средним по Приволжскому федеральному округу (ПФО) показателями.

В сельской местности имеются различия в обеспеченности медицинскими учреждениями и медицинскими кадрами в расчете на 10 тыс. населения. Во всех сельских районах отстает от среднеобластного уровня обеспеченность больничными учреждениями и врачами.

На основании проведенного обследования по районам Самарской области можно сделать вывод, что разница между развитием инфраструктурной обеспеченности системы здравоохранения самого развитого и наименее развитого района Самарской области составляет 1,13 раза. Это свидетельствует о том, что уровни развития муниципальных районов примерно близки по значению, однако по десятибалльной шкале 10 баллов ни один из районов не достигает и в целом развитие муниципальных районов не превышает 50%.

Однако система здравоохранения Самарской области характеризуется внедрением новых методов организации здравоохранения и управления качеством оказания медицинской помощи, развитием высокотехнологичных видов специализированной медицинской помощи, что должно повысить общедоступность и качество медицинской помощи.

Информационное обеспечение организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения помогает органам влас-

ти поддерживать двухстороннюю связь с населением. В 2009 г. был издан приказ² в целях реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и неукоснительного выполнения Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913, и Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению Самарской области, утвержденной постановлением Правительства Самарской области от 24 декабря 2008 г. № 528.

В Самарской области создан и успешно функционирует Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ). Это подразделение Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области в течение 20 лет занимается разработкой собственных программных средств, а также внедрением сторонних программных продуктов, распространяемых централизованно Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Программные средства, разрабатываемые сотрудниками отдела программирования МИАЦ, направлены в основном на автоматизацию службы медицинской статистики Самарской области, но дополнительно решают и другие проблемы как лечебно-профилактических учреждений, так и органов управления ими.

Также компонентом информационного элемента организационно-экономического механизма являются информационные технологии, к которым относятся Интернет, конференц-связь,

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от 13 июля 2009 г. № 1354 "О повышении информированности населения Самарской области о реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь".

телемедицина, автоматизированные системы учета и отчетности в области здравоохранения.

Если в крупных городах Самарской области информационная инфраструктура уже получила определенное развитие, то проблема доступа к информационным ресурсам сельских жителей еще только стоит на повестке дня. Строительство наземных каналов связи к каждому населенному пункту - процесс длительный и дорогостоящий. Использование существующих телефонных каналов для подключения к сети Интернет возможно лишь как временный вариант, так как последние не рассчитаны на такой объем передачи, что вызывает сбои в сети, к тому же во время подключения пользователей блокируется собственно телефонная связь.

В Самарской области с 1994 г. в качестве эксперимента внедрены автоматизированные системы учета страхователей, застрахованных, объемов медицинских услуг и контроля их качества, движения финансовых средств. Данная система информационного взаимодействия постоянно актуализируется с учетом изменений в системе организации медицинской помощи и обязательного медицинского страхования.

Кроме того, разработана и реализована компьютерная система "Льготное лекарственное обеспечение" для компьютерного информационного обеспечения, посредством чего в учреждениях здравоохранения области осуществляется:

- планирование объемов лекарственных средств для бесплатного и льготного лекарственного обеспечения всех льготных категорий граждан при лечении в амбулаторных условиях (на всех уровнях - от врача амбулаторного приема до органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации);
- оценка качества планирования в отношении объемов и ассортимента лекарственных средств;
- расчет стоимости запланированных объемов лекарственных средств;
- формирование заявок на поставку лекарственных средств;
- персонализированный учет использования лекарственных средств и затрат на их приобретение;
- непрерывный мониторинг и анализ отклонений от запланированного объема и ассортимента лекарственных средств.

На конец 2006 г. данная система функционирует на всей территории области.

Проанализировав функционирование всех элементов организационно-экономического механизма управления здравоохранением региона

(на примере Самарской области), можно выделить следующие проблемы:

1. В элементе планирования нет единого областного долгосрочного стратегического плана, кроме того, нет единого среднесрочного плана, который бы связал стратегическое и оперативное планирование.

2. В нормативно-правовой базе и финансировании, с одной стороны, Федеральный закон № 131-ФЗ заложил нормы прямого действия, указав нормативы численности, правила разграничения, наделение всех без исключения городов статусом муниципальных образований, более подробно прописал вопросы местного значения, но с другой - в главных вопросах финансирования полномочий это по-прежнему рамочный документ. В области финансирования в законе изложены лишь принципиальные положения.

В целом, несмотря на хроническое недофинансирование, с введением ряда законов произошло определенное упорядочение финансирования собственных и делегированных полномочий муниципальных образований. Так, Закон № 131-ФЗ заложил основы финансового обеспечения через систему региональных фондов, также в наведении порядка в этих вопросах большую роль сыграл Закон № 199-ФЗ, и еще более важную - Закон № 122-ФЗ (Закон о монетизации льгот) четким разделением финансовых обязательств между федеральным и региональным уровнями.

3. В организациях и учреждениях здравоохранения наблюдается недостаток квалифицированных медицинских кадров, особенно в сельской местности, кроме того, в селах чаще всего здравоохранение представлено лишь первичным звеном медицинской помощи - фельдшерско-акушерскими пунктами, специализированную помощь можно получить в районных центрах, возникает проблема транспортной доступности.

4. Информационное обеспечение системы здравоохранения в области представлено широким спектром отраслевых компьютерных программ, а также поддержано нормативно-правовыми актами. Однако по-прежнему стоит вопрос о телефонизации, интернет-связи в муниципальных районах Самарской области, необходимо развивать телемедицину, конференц-связь.

Для обеспечения эффективного функционирования организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения необходимо задействовать новые механизмы управления. Приоритетным инструментом здесь может стать государственно- (муниципально-) частное

партнерство, под которым имеется в виду взаимовыгодное сотрудничество в сфере управления здравоохранением между государственными органами власти, муниципальными образованиями, бизнесом и общественными организациями.

Государственно-частное партнерство в Самарской области может сыграть существенную роль в разработке и реализации инновационных проектов (в том числе путем воздействия, в первую очередь, на такой значительный элемент организационно-экономического механизма, как финансирование), в использовании на региональном и муниципальном уровнях лизинговых и концессионных инструментов при объединении интересов для развития системы здравоохранения.

Ключевым инструментом в решении проблемы совершенствования организационно-экономического механизма управления региональной системой здравоохранения может стать формирование медицинских центров. Повысить доступность и качество медицинской помощи невозможно без рациональной пространственной организации социальной инфраструктуры (такая практика в регионах есть, но она реализуется на уровне отраслевого подхода). Для этого предлагается в Самарской области сделать центрами медицинских округов (зон) наиболее крупные города и районные центры, с многопрофильными больницами, имеющими современное диагностическое оборудование и квалифицированные медицинские кадры. К зональному центру, где сконцентрированы межрайонные специализированные отделения, целесообразно «привязать» близлежащие районы, что позволило бы существенно приблизить специализированную помощь.

Создание медицинских округов могло бы способствовать совершенствованию сразу трех элементов организационно-экономического механизма управления региональной системой здравоохранения, а именно: финансирования, повышения управления в организациях и учреждениях здравоохранения и информационного обеспечения. Кроме того, руководителям здравоохранения медико-территориальное зонирование помогло бы эффективнее выполнять функции управления.

Таким образом, для совершенствования организационно-экономического механизма на региональном уровне необходимо:

- совершенствование организации медицинской помощи и системы лекарственного обеспечения на основе проведения структурной перестройки системы здравоохранения: расширение функций первичного звена, развитие общеврачебных практик; оптимизация объемов стационарной помощи, интенсификация процесса ее оказания; развитие стационарозамещающих технологий; создание межрайонных центров специализированной лечебно-диагностической помощи; оптимизация объемов скорой медицинской помощи; развитие неотложной медицинской помощи;
- определение государственных гарантий по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи в тесной увязке с имеющимися финансовыми ресурсами;
- совершенствование системы управления и финансирования: преодоление структурных диспропорций; повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения; формирование одноканальной системы финансирования на основе концентрации средств ОМС и бюджетов всех уровней; совершенствование инвестиционной политики.

В заключение следует отметить, что организационно-экономический механизм управления региональной системой здравоохранения состоит из пяти ключевых элементов, а именно: нормативно-правовой базы, планирования, финансирования, организационных форм управления и информационного компонента, без совершенствования которых невозможно преобразование самого механизма. В процессе практического функционирования элементов организационно-экономического механизма управления в сфере здравоохранения в Самарской области происходят естественные его изменения, что в конечном итоге может привести даже к преобразованию самого организационно-экономического механизма, возникновению новых элементов на основе уже существующих или видоизменению прежних, поскольку это диалектический процесс.

По нашему мнению, главными инструментами для совершенствования организационно-экономического механизма управления региональным здравоохранением должны стать государственно- (муниципально-) частное партнерство и медико-территориальное зонирование.

Поступила в редакцию 06.09.2009 г.