

# СТРАТЕГИЯ СТРУКТУРНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДИРЕКТОР  
ФГУ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ  
НИИ ОРГАНИЗАЦИИ  
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ  
Юлия Васильевна  
Михайлова



Необходимость проведения структурной реорганизации в здравоохранении очевидна. Если проанализировать используемую в России с 30-х годов прошлого века систему организации медицинской помощи, известную за рубежом как модель Н.А. Семашко, то становится ясно, что изменившиеся условия жизни требуют формирования более рациональной системы медицинского обслуживания населения, отвечающей современным представлениям об эффективности и качестве медицинского обслуживания, учитывающей реальное становление рыночных отношений. Здравоохранение в общепринятом понимании представляет собой совокупность различных по мощности, профилю и организационно-правовому статусу учреждений, характеризующихся общностью внешней социально-экономической среды, социальных заказчиков, системой административной подчиненности, а также определенным типом системного взаимодействия на рынке медицинских услуг.

Традиционно структурное развитие здравоохранения в Российской Федерации связано с разработкой и реализацией стратегии медицинского районирования и оптимизационного моделирования сети учреждений здравоохранения, построенного на основе учета потребностей населения и эффективного использова-

ния ресурсной базы отрасли, и реализуется на общемировых тенденциях децентрализации, реорганизации стационарной помощи, развитии общеврачебной/семейной практики, расширении полномочий первичного звена, формировании интеграционных структур.

Считается, что децентрализация является эффективным способом улучшения медицинского обслуживания, обеспечения оптимального распределения ресурсов с учетом потребностей, уменьшения неравенства в доступности медицинской помощи. Современной тенденцией в области управления является делегирование полномочий на низшие уровни. Этот принцип известен под названием «принцип субсидиарности». В Маастрихтском договоре принцип делегирования функций на возможно низший уровень признан наиболее важным: задача должна решаться там, где это наиболее эффективно. Обоснование преимуществ децентрализации связывается прежде всего с тем, что в условиях административного переустройства в стране в содержании социально-экономической политики на уровне регионов особое место придается процессам формирования местного хозяйственного регулирования, образования рыночной инфраструктуры, приватизации, формирования интеграционных структур. Там, где эти процессы идут устойчиво, быстро создается благоприятная рыночная среда для развития старых и новых видов деятельности, успешнее происходит структурная перестройка. Пассивность или неверная экономическая политика на местах в современных условиях приводит к утрате динамики, консервации устаревшей структуры, низкой деловой активности и в итоге – к снижению качества жизни населения. Более жесткий контроль на местах приводит к удовлетворению местных потребностей, более эффективному управлению ресурсами, повышению мотивации местных должностных лиц. Децентрализация рассматривается также как способ

перераспределения ответственности за обеспечение населения медицинской помощью. Вместе с тем приобретенный в последние годы многими странами опыт свидетельствует о том, что имеются определенные области, в которых функции принятия решений не следует децентрализовывать. К ним относятся: основополагающие принципы политики в области здравоохранения; стратегические решения относительно ресурсов здравоохранения; меры регулирования, касающиеся обеспечения общественной безопасности; мониторинг, оценка и анализ как состояния здоровья населения, так и работы служб здравоохранения.

Крайней формой децентрализации является приватизация, при которой прямые государственные прерогативы в области принятия решений заменяются полномочиями организаций с различными формами собственности. К числу преимуществ приватизации относят внедрение рыночных стимулов, способствующих повышению эффективности и качества управления учреждениями здравоохранения. Однако приватизации присущи и серьезные недостатки. Частное управление и инвестированный капитал требуют финансовой отдачи, аналогичной той, которую можно получить на других частных рынках. Стремление получить эту отдачу приводит к ослаблению социальной ориентации здравоохранения и к практике сознательной дискриминации больных и уязвимых групп населения. Примеры такого негативного опыта имеются в Израиле, Чехии, Венгрии, Нидерландах, США, Швеции и других странах. Мировая практика показывает, что чем больше система здравоохранения опирается на рыночные механизмы в области предоставления медицинских услуг, тем больший контроль должны осуществлять правительства через свои регулирующие органы.

Реорганизация стационарной помощи осуществляется на основе снижения потребности в больничных койках, сокращения уровня госпитализации, сроков больничного лечения, повышения эффективности процесса оказания медицинских услуг на догоспитальном этапе. В ряде стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ), СНГ переизбыток больничных коек представляет собой крайне актуальную проблему, среди путей решения которой – уменьшение размеров и углубление специализации больниц, перенесение части объемов помощи на дневной уровень обслуживания пациентов, в том числе – на дому. Как показывает практика, одно лишь сокращение больничных коек зачастую не дает ожидаемой экономии средств, так как основная доля расходов на больницы связана с содержанием зданий, эксплуатацией оборудования, оплатой труда персонала и другими фиксированными затратами. Ключевым элементом стратегии, направленной на изменение роли больниц, является комплекс подходов, обеспечивающий снижение уровня госпитализации (например, за счет развития и распространения амбулаторной хирур-

гии, создания отделений (коек) интенсивного лечения с кратковременным (до 5 дней) пребыванием пациентов, технологических нововведений в методы лечения). Такой опыт имеется в Италии, Израиле, Канаде и некоторых других странах.

Концепция формирования сети стационарных учреждений делает акцент на создание медицинского района (сектора), часто не совпадающего территориально с административным делением страны. Такой сектор первичного обслуживания охватывает от 50 тыс. жителей в сельской местности до 100 тыс. городских. В Великобритании и Франции медицинские районы формируются законодательно. В границах такого района выделяется центральная больница общего профиля, обеспечивающая многоплановое интенсивное лечение, являющаяся по сути больницей скорой медицинской помощи. Прочие больницы района выполняют роль учреждений «разгрузочного» типа и являются менее дорогостоящими. Коечная мощность центральной больницы в разных странах разная, например, в Финляндии она составляет в среднем 400 коек, в Швеции – 800, в Великобритании в зависимости от района – 600–800 коек.

Масштабное внедрение стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи имеет место в Дании, Испании, Великобритании, Канаде, Израиле, Финляндии, Швеции, США, Японии и др. Активно развивается система обслуживания на дому и оказания помощи в больницах сестринского ухода (для хронических больных, лиц пожилого и старческого возраста, инвалидов и некоторых других категорий граждан).

В большинстве стран Европейского региона было принято решение о приоритетном развитии системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на основе принципа общеврачебной/семейной практики. Врач общей практики (ВОП) несет ответственность как перед населением, так и перед местными органами власти. В структуре медицинских кадров на долю врачей общей (семейной) практики приходится в Швеции более 30%, в Норвегии – 50%, в США – 15%. Самый большой объем услуг предоставляют врачи Австрии, минимальный – в Италии. Оказание медицинской помощи семейными врачами распространено во многих странах, среди которых Канада, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия, Скандинавские страны, Греция, Испания, Португалия, Израиль, Индия, Сингапур. Растет интерес к семейному принципу оказания первичной медицинской помощи в Китае и Японии.

Реформы здравоохранения значительного числа стран предусматривали расширение полномочий первичного звена оказания помощи (в Великобритании ВОП отвечают за назначение хирургического лечения в больницах, амбулаторные посещения, назначение лекарств, предоставление медицинской помощи на уровне общины). Аналогичные попытки передать ПМСП контроль за использованием ресурсов в стационарном секторе предпринимались в Финляндии, Швеции, Германии.



В России преобладающее представление о структурной реорганизации здравоохранения как о процессе оптимизации сети учреждений здравоохранения постепенно расширяется.

Все больше приверженцев находит интеграционная парадигма. Примером интеграционного управления медицинской помощью является разработанная в США система «управляемой медицинской помощи» (УМП), которая предусматривает «комплекс управленческих, организационно-экономических и клинических мероприятий, направленных на преодоление фрагментарности системы оказания и финансирования медицинской помощи и обеспечение более высокой эффективности функционирования всего комплекса медицинских учреждений»<sup>1</sup>. На основании модели УМП создаются интегрированные системы финансирования и оказания медицинской помощи, действующие как комплекс взаимосвязанных медицинских организаций и звеньев оказания помощи, например, как объединение общих врачебных практик, многопрофильных поликлиник, параклинической службы, стационарной помощи. Интеграционные системы создаются по инициативе финансирующей организации (страховой компании, правительственных органов, крупных компаний и т.п.). Управление осуществляется правлением директоров, состоящим из представителей местной власти, менеджеров страховых компаний, самого объединения, его структурных подразделений.

Более глобальный подход к структурной реорганизации здравоохранения с позиции корпоративного управления включает совокупность мер экономического, политического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера при активной роли государства, авторы вводят понятие корпорации, под которой понимают союз здравоохранения с другими отраслями и сферами экономики. Корпорация представляет собой гибкую структуру, объединяющую разнопрофильные производства с единой целью реализации государственной политики укрепления здоровья и регулируемую государством. При этом система здравоохранения функционирует по организационно-экономической модели «управляемой медицинской помощи» по принципу медико-страхового объединения с едиными правилами управления и администрирования, единым механизмом финансирования – подушевым нормативом. Остальные субъекты корпорации представляют собой самостоятельные и самоорганизующиеся единицы, объединенные общей целью<sup>2</sup>.

Политика в области здравоохранения, являясь частью общей социальной политики, проводимой государством на различных уровнях: федеральном, региональном, местном, отражает основные направления социально-экономического развития общества, что позволяет с позиции общегосударственных тенденций прогнозировать происходящие в отрасли перемены и ожидаемые перспективы.

В основе разработки интеграционных подходов к управлению здравоохранением лежит представление о едином медицинском пространстве, которое включает:

- инфраструктуру учреждений здравоохранения с многоуровневой системой управления, с многоканальной системой финансирования, с прочными горизонтальными связями с другими отраслями социальной сферы, общественными организациями, обеспечивающими службами, нуждающуюся в привлечении социально-экономических интересов региональных промышленных, банковских структур, предпринимательского корпуса;
- потребности и целевые установки основных потребителей медицинских услуг (дифференцированных групп населения) и заказчиков (покупателей) медицинских услуг (структура медицинского социального страхования, предприятия и организации других отраслей) в отношении объемов, видов и качества медицинской помощи;
- корпоративные интересы медицинских работников относительно обеспечения социальных гарантий в части организации и оплаты труда, охраны здоровья, правовой защиты, профессионального развития;
- территориальные структуры, обеспечивающие функционирование учреждений здравоохранения;
- организационные и социально-экономические механизмы регулирования взаимодействия всех структур, работающих в регионе на медицинские цели, реализуемые специализированными органами управления<sup>3</sup>.

Организационное развитие корпоративных отношений предусматривает формирование сетевых систем на уровне отрасли, региона, страны. Перспективность подобного подхода очевидна, однако реализация сопряжена со многими трудностями, прежде всего – сложностью объединения различных форм собственности (государственной в здравоохранении и частной в обеспечивающих структурах), отработкой механизмов корпоративного управления.

Существенную роль в обеспечении структурного развития здравоохранения играет объединение ме-

<sup>1</sup> Штейман И.М. Подходы к созданию интегрированной системы оказания и финансирования медицинской помощи // Медицинское страхование, 1996, №1–2, с. 59–73.

<sup>2</sup> Решетников А.В., Шамшурина Н.Г. Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы // Здравоохранение, 2002, №4, с. 11–14.

<sup>3</sup> Сибурин Т.А. Современные стратегии организации управления региональным здравоохранением: методологические подходы, перспективные технологии. М., 2003, 344 с.



дицинской и социальной помощи населению. Анализ зарубежного опыта организации медико-социальной работы показал, что основная цель интеграции в европейских странах – это широкое использование принципа замещения ресурсоемкого вида помощи на экономически более целесообразный при обеспечении высокой эффективности обслуживания. Вместе с тем признается, что взаимодействие между социальной помощью и здравоохранением развивается крайне медленно. Этот принцип в основном осуществляется в развитии системы центров здоровья, интеграции медицинской и социальной помощи при расширении объема и видов социальных услуг, в развитии форм само- и взаимопомощи и т.п. Динамика развития службы тесно связана с ростом экономического благосостояния общества, развитием системы социального страхования, повышением пенсионного обеспечения, ростом материального достатка семей.

Недостаточное развитие инфраструктуры медико-социальной помощи и высокая потребность в ней различных контингентов населения в России обуславливают необходимость концентрации средств и управленческих усилий на ключевых направлениях, обеспечивающих доступность помощи наиболее нуждающимся лицам и группам, а также на решении наиболее значимых проблем и на расширении форм оказания помощи из внебюджетных источников финансирования.

В России наиболее отработанными в организационном плане являются виды оказания медико-социальной помощи в специальных учреждениях социальной защиты на постоянной и временной основе. Создание подразделений медико-социального профиля при учреждениях здравоохранения позволяет расширить использование различных форм медицинского обслуживания населения. Следующий блок решения проблем медико-социального обслуживания связан с развитием первичного звена здравоохранения в направлении реализации индивидуального и семейного подхода к медико-социальному обеспечению населения. Задача определения потребности и регулирования предоставления медико-социальной помощи требует формирования комплексных бригад медицинского персонала и социальных работников, непосредственно работающих с населением. Доступность различных видов медико-социальной помощи в домашних условиях будет определяться условиями функционирования этих бригад и разработкой форм привлечения необходимых специалистов, в том числе немедицинского профиля.

Самостоятельный блок проблем, наиболее сложно реализуемый, охватывает задачи восстановительной терапии, реабилитации, адаптации, реадaptации больных и инвалидов. Проблема выходит за пределы чисто медицинских задач и требует комплексных целевых решений межведомственного характера, определяемых спецификой контингентов нуждающихся. Многообразие форм решения проблемы зависит от таких факторов, как тяжесть состояния пациента (больной или инвалид), вида заболевания

(психические расстройства, наркомания, алкоголизм, ВИЧ-инфекция, СПИД, туберкулез, онкологическая патология и пр.), возрастной группы, отношения семьи, настроения пациента, развития сети соответствующих организаций, наличия заинтересованности и возможностей у управленческих структур и др.

Задачи профилактики остаются краеугольным камнем всей медико-социальной работы. Без хорошо поставленной комплексной системы мер по эффективной профилактике возникновения медико-социальных проблем невозможна оптимизация объемов помощи и затрат на ее оказание. Вместе с тем профилактика состояний (первичной заболеваемости, хронизации патологии, инвалидности), порождающих потребность в медико-социальной помощи, остается наименее разработанным проблемным блоком.

Таким образом, с целью совершенствования медико-социальной помощи на принципах интеграционного подхода к решению проблем с учетом сложившейся социально-экономической ситуации и реальных возможностей удовлетворения потребности населения в современных условиях целесообразно в качестве приоритетных выделить следующие основные направления:

- развитие служб жизнеобеспечения, медицинского ухода, медицинской и всесторонней помощи и поддержки престарелым, больным и инвалидам и их семьям в домашних условиях с целью снижения потребности в медико-социальном обеспечении в стационарных условиях;
- активизацию и поиск новых действенных форм медико-социальной работы в области профилактики, лечения и реабилитации и реадaptации в общество больных с социально значимыми заболеваниями;
- организацию и поддержку общественного движения по развитию само- и взаимопомощи среди больных, инвалидов, членов их семей и оказание содействия в его интеграции в систему медико-социальной помощи.

Вопрос о необходимости тесной интеграции систем медицинского и социального обеспечения не вызывает сомнения, вместе с тем остаются открытыми такие положения, как конкретизация целей и задач единой службы, принципы осуществления интеграции, степень (или глубина интеграции), обоснование зон совместной деятельности, проектирование конкретных форм интеграции, разработка наиболее эффективных механизмов управления интеграционным процессом, последовательность проведения интеграции, создание ее правовой, нормативной, регламентирующей и информационной баз. Если считать, что целесообразность интеграции определяется пересечением потребностей, общностью технологий, объединением функций, созданием единых организационных форм, единством финансирования, объединением собственности и единым управлением, то можно предположить, что интеграция медико-социального обеспечения будет складываться



из сочетания этих отдельных видов интеграции, осуществляемых в разном составе и различных по глубине в разрезе отдельных контингентов населения.

Гибкость подхода к интеграционному процессу должна обеспечить не только сохранение систем медицинской и социальной помощи, способствовать получению синергического эффекта от их объединения, но и обеспечить дальнейшее развитие каждой из систем.

Таким образом, основная цель структурной реорганизации здравоохранения состоит в обеспечении его дальнейшего развития на основе повышения эффективности отрасли, что связано с реализацией следующих основных стратегий в области управления:

1. Разумное сочетание централизации и децентрализации в управлении; повышение роли режиссуры здравоохранения в качестве основополагающего элемента системы, обеспечение ее функционирования и развития; предоставление руководителю учреждения здравоохранения необходимой самостоятельности в управлении ресурсами при одновременном повышении ответственности и оптимизации контроля за результатами его работы, что потребует изменений в порядке финансирования, установления правового и экономического статуса учреждения, большего внимания к личности руководителя, к наличию у него экономического мышления, профессиональных знаний в области управления, способностей лидера и стратегических наклонностей.
2. Усиление интеграционных процессов: формирование медицинских объединений, способствующих повышению эффективности использования ресурсов при улучшении качества медицинского обслуживания на принципах распределения видов и объемов помощи, концентрации ресурсов на приоритетных направлениях; интеграция управленческих усилий органов государственной власти и системы социального страхования; создание интеграционных связей и различных форм кооперации с организациями, работающими в области охраны здоровья, социальной защиты, образования населения, средствами массовой информации, производст-

венными и банковскими структурами и пр., а также предприятиями сферы обслуживания.

3. Обеспечение дальнейшего функционирования и развития отраслевой инфраструктуры (с учетом обеспечивающих служб) на основе дальнейшего формирования и укрепления рыночных отношений, проведения маркетинговых исследований, совершенствования системы ценообразования, дальнейшего развития частного сектора.

4. Обеспечение государственных стратегических приоритетов в сохранении, укреплении и развитии национальной базы эффективных медицинских технологий, являющихся конкурентоспособными на мировом рынке и составляющих славу отечественной медицинской науки.

Реализация выделенных направлений позволит поднять отрасль на новый уровень развития, что потребует целенаправленного отказа от устоявшихся неэффективных форм организации и методов работы, пересмотра системы управления здравоохранением на основе широкого внедрения современных принципов стратегического управления.

Таким образом, реструктуризация здравоохранения рассматривается в общем контексте приведения отраслевой системы к конституциональным требованиям построения социального рыночного хозяйства. При этом учитывается комплекс новых императивных требований к управлению развитием отрасли.

Вхождение России в глобальные мировые хозяйственные связи предполагает постепенное проектирование транснациональных медицинских корпораций и стратегических альянсов, способных конкурировать на мировых рынках медицинских услуг. Это будет проявляться в росте совместных предприятий в области здравоохранения, использующих передовые технологии и управленческий опыт для лечения заболеваний, имеющих мировую актуальность.

Таким образом, структурная реорганизация здравоохранения в современных условиях представляет собой систему стратегических мер по преобразованию отрасли на основе совершенствования отношений собственности, развития процессов интеграции, кооперации и медицинской деятельности.