

ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА МАГНИТОГОРСКА И ОАО «МАГНИТОГОРСКИЙ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКИЙ КОМБИНАТ»

Марина Викторовна
Шеметова



Экономическое развитие страны во многом определяется состоянием ее трудовых ресурсов. Маркерами неблагополучия их состояния являются:

- опережающие потери лиц трудоспособного возраста за последние годы по сравнению с населением страны в целом;
- существенное ухудшение показателей здоровья этой категории населения.

По данным Н.Ф. Измерова (2004 год), В.И. Стародубова (2004 год) и других, в ближайшие десять лет российский рынок труда будет терять ежегодно в среднем по 1 млн. рабочих рук и препятствовать экономическому и социальному развитию страны, обеспечению ее безопасности.

Одним из основных принципов организации здравоохранения в Советском Союзе было приоритетное медицинское обслуживание работающего населения. Следование ему привело к созданию в стране одной из лучших в мире систем промышленной медицины, главной структурной единицей которой были медико-санитарные части.

В.З. Кучеренко с соавторами (2004 год) со ссылкой на другие источники приводят условное разделение медицинских организаций, занимающихся преимущественно оказанием медицинской помощи работающим контингентам, на четыре группы:

1. Группа ведомственных ЛПУ, ранее принадлежавших Четвертому Главному медицинскому уп-

равлению здравоохранения. Сюда относились правительственные лечебные учреждения, полностью финансируемые из бюджета, и ЛПУ государственных служб (МВД, КГБ).

2. Группа ведомственных ЛПУ, принадлежащих естественным монополиям (Газпром, МПС, Центробанк).

3. Третью группу ведомственных ЛПУ представляют МСЧ, ранее принадлежавшие Третьему Главному управлению здравоохранения (предприятия оборонной промышленности). Сюда относятся и те ведомственные медицинские учреждения, которые ранее принадлежали непосредственно крупным промышленным предприятиям.

4. Четвертая группа – ведомственные ЛПУ, принадлежавшие в основном средним предприятиям. Как правило, это учреждения амбулаторно-поликлинического типа.

Однако с началом в 1991 году смены социально-экономической модели Российского государства в организации здравоохранения первенство было отдано иному принципу, заключающемуся во всеобщности и доступности медицинской помощи для населения, вне зависимости от социального статуса граждан, их места жительства и профессиональной принадлежности.

Такая смена приоритетов имела своим следствием резкое ослабление внимания государства к проблемам охраны здоровья работающего населения и поддержки ранее созданных при ведомствах и промышленных предприятиях различных лечебно-профилактических учреждений. В свою очередь владельцы многих приватизированных предприятий в течение ряда лет проводили политику передачи принадлежащих им медицинских организаций в муниципальную собственность. Это привело к тому, что созданная в предыдущий исторический период мощная сеть медсанчастей, бывшая привилегированной частью советского здравоохранения и отличающаяся наиболее высоким финансовым и материаль-

но-техническим обеспечением, оказалась за неполные 10 лет в значительной степени разрушенной.

Эти медицинские учреждения в большинстве своем превратились за данный период времени в обычные муниципальные больницы, часто полностью утратив связь с промышленными предприятиями. Медсанчасти сохранились лишь у небольшого числа фирм, сумевших экономически выстоять в условиях системного кризиса, причем большинство из них вынуждено в качестве дополнительного источника финансирования активно развигивать систему платных услуг для населения, не относящихся к разряду промышленных рабочих.

Такие непродуманные действия привели к несомненным потерям для отечественного здравоохранения. Во-первых, медсанчастями эффективно решались многие проблемы медицины труда, и проведенная их трансформация в муниципальные ЛПУ привела к резкому сокращению этих функций, что негативно сказалось на качестве медицинской помощи, оказываемой работникам промышленных предприятий. Во-вторых, медико-санитарные части в отличие от ЛПУ общей сети располагали гораздо более широким спектром профилактических и реабилитационных технологий. Поскольку в условиях сложившейся бюджетно-страховой модели российского здравоохранения профилактические медицинские услуги являются для ЛПУ финансово невыгодными, происходит сокращение этого чрезвычайно важного раздела работы. В-третьих, с превращением медсанчастей в ЛПУ общей сети в значительной степени сократилась финансовая, материально-техническая и иная поддержка российского здравоохранения со стороны промышленности.

По мнению Н.Ф. Измерова (2004 год), отсутствие экономической заинтересованности и ответственности работодателей за здоровье работающих на предприятии, помимо других причин, привело к резкому сокращению объемов общей и медицинской профилактики, доступности оздоровительных мероприятий и санаторно-курортного лечения.

Необходимо отметить, что в самые последние годы в федеральных и региональных органах управления появилось понимание того, что от состояния здоровья работающей части населения в значительной степени зависит социально-экономическое развитие страны. Однако теоретическое осмысление новой роли медсанчастей в реформированном здравоохранении явно отстает от запросов времени.

Важнейшие проблемы, пути и механизмы реализации межотраслевого комплексного подхода к охране здоровья работающего населения страны обозначены в проекте Президентской программы «Здоровье работающего населения России на 2004–2015 годы». Консолидация финансовых ресурсов (бюджетов разного уровня, средств работодателей, некоммерческих объединений и организаций), координация действий органов власти и представителей бизнеса позволят предупреждать ущерб здоровью работающих, своевременно осуществлять медико-социальную и трудовую реабилитацию.

Таким образом, в новейшей истории организации медицинской помощи работникам промышленных

предприятий в России можно выделить два этапа. Первый из них характеризовался сокращением созданной за годы существования социалистического государства сети медико-санитарных частей. Однако в первые годы третьего тысячелетия стала проявляться обратная тенденция, выражающаяся в организации различных медицинских учреждений при приватизированных предприятиях, что позволяет говорить о начале второго этапа.

Несмотря на то, что в целом данный процесс можно оценить как несомненно положительный, следует отметить ряд серьезных недостатков, отличающих вновь формирующуюся систему оказания медицинской помощи работникам предприятий. Прежде всего процесс воссоздания медсанчастей происходит стихийно, и их организационная структура определяется мнениями владельцев предприятия или назначенных ими главных врачей, а также зависит от имеющихся у головной организации финансовых возможностей. Как показывает практика, в большинстве случаев принятие такого рода решений проводится без учета опыта, накопленного ранее за длительный период функционирования медико-санитарных частей.

Кроме того, деятельность вновь созданных медицинских организаций отличается значительной степенью автономности от аналогичных структур других предприятий и учреждений муниципального здравоохранения. Это, в свою очередь, не может не сопровождаться невысокой медицинской и экономической эффективностью их работы, выражающейся, в частности, в существенно более низкой интенсивности работы персонала и медицинского оборудования по сравнению с муниципальными больницами. Их деятельность направлена главным образом на оказание экстренной помощи работникам предприятий при травмах, несчастных случаях, отравлениях, а также на лечение уже возникших заболеваний, и в гораздо меньшей степени – на профилактику профессиональных и профессионально обусловленных болезней; практически без внимания остается и задача управления здоровьем обслуживаемого контингента.

Какова же должна быть оптимальная модель организации лечебно-профилактических учреждений, занятых медицинским обеспечением работников промышленных предприятий в стране? Очевидно, что в идеальном варианте «новые медсанчасти» должны, во-первых, сочетать лучшие качества, характерные как для их предшественников (решение специфических задач медицины труда, развитие профилактических технологий), так и для ЛПУ общей сети (более высокие эффективность использования ресурсов и уровень лечебных технологий), а во-вторых, иметь доступ ко всем существующим в настоящее время источникам финансирования.

Несомненно, основная доля вины за разрушение системы медсанчастей лежит на владельцах предприятий, которые передали принадлежащие им объекты социальной среды, включая и медицинские учреждения, в муниципальную собственность. Как показало последующее развитие событий, этот шаг был недальновидным, и по прошествии короткого периода времени руководство многих предприятий вынуждено было создавать их вновь. Действительно, техническое состояние многих отечествен-



ных предприятий на сегодня таково, что потребуются годы, чтобы провести их техническое перевооружение, и тем самым снизить влияние вредных производственных факторов на здоровье работников. В этих условиях значение промышленной медицины, позволяющей уменьшить последствия такого влияния, оказывается решающим.

С другой стороны, следует отметить, что в этой ситуации и муниципальные органы власти не проявили достаточной гибкости. Обычно решение принимается по одному из двух альтернативных вариантов – либо медицинское учреждение остается у предприятия и полностью им финансируется, либо оно переходит в муниципальную собственность. Вместе с тем возможны многочисленные «промежуточные» сценарии. Суть их состоит в согласовании интересов местных органов власти и руководства предприятий, при этом центральными оказываются вопросы, связанные с собственностью и управлением.

В качестве иллюстрации вышесказанного можно привести историю трансформации крупной медсанчасти открытого типа, происходившую в течение 1994–2004 годов в г. Магнитогорске, поскольку она может рассматриваться как достаточно типичная для Российской Федерации. До 1994 года в городе существовала медико-санитарная часть (МСЧ) Магнитогорского металлургического комбината (ММК). Деятельность ее и в прежние годы не была узковедомственной и частично распространялась на население города. Сеть из 65 здравпунктов, поликлиники на 1000 посещений в смену, женская консультация и цеховая терапевтическая служба достаточно эффективно обеспечивали профилактическую и медико-санитарную деятельность, а диагностический центр и специализированные отделения стационара на 900 коек создавали условия для плановой и неотложной медицинской помощи работникам комбината и некоторой части жителей города.

Однако сократившиеся финансовые возможности города привели к тому, что в 1994 году постановлением главы администрации г. Магнитогорска финансирование цеховой службы и сети здравпунктов было прекращено. В свою очередь, для сохранения системы медицинской помощи работникам предприятия Совет директоров ММК принял решение о создании новой структуры – Центра промышленной медицины, объединяющего здравпункты, цеховую службу, одно из двух поликлинических отделений, диагностический центр и женскую консультацию. Часть имущества этих подразделений, являвшуюся до того муниципальной собственностью, решением городской администрации была передана на баланс предприятия. Таким образом, акционеры завода сохранили на том этапе для трудящихся некоторую часть прежнего объема медицинской помощи, цеховой принцип ее организации, а также систему периодических медицинских осмотров и инженерно-врачебных бригад. Центр промышленной медицины практически полностью финансировался за счет предприятия, и, кроме того, он был включен в систему обязательного медицинского страхования. Остальные структурные подразделения бывшей медсанчасти (поликлиника, стационар и др.) перешли в муниципальную систему здравоохранения.

Таким образом, существовавший до 1994 года единый медицинский комплекс оказался разделенным на две части – «муниципальную» и «заводскую». За период «раздельной» работы в каждой из них возникли свои собственные управленческие структуры, обслуживающие подразделения и хозяйственные службы. В условиях недостаточного финансирования в «муниципальной» части бывшей МСЧ появились характерные для того периода проблемы с оплатой труда персонала, обеспечением оборудованием, расходными материалами, медикаментами, текущим и капитальным ремонтами помещений. В свою очередь, вошедшие в состав Центра промышленной медицины ММК структуры не могли обеспечить работникам предприятия весь комплекс лечебно-диагностических технологий. В связи с этим перед администрацией Магнитогорска и руководством комбината встала проблема оптимального использования имеющихся в распоряжении муниципалитета и предприятия ресурсов для улучшения медицинского обеспечения жителей города и работников ММК. Решение этой непростой задачи виделось на пути создания совместного для городской администрации и ММК лечебно-профилактического учреждения. Основным вопросом был выбор формы его организационно-правового устройства.

Деятельность любого предприятия на территории Российской Федерации, в том числе и лечебно-профилактического учреждения, осуществляется в рамках действующего законодательства. Для этого оно должно определить свой правовой статус (юридическое или неюридическое лицо, коммерческая или некоммерческая организация).

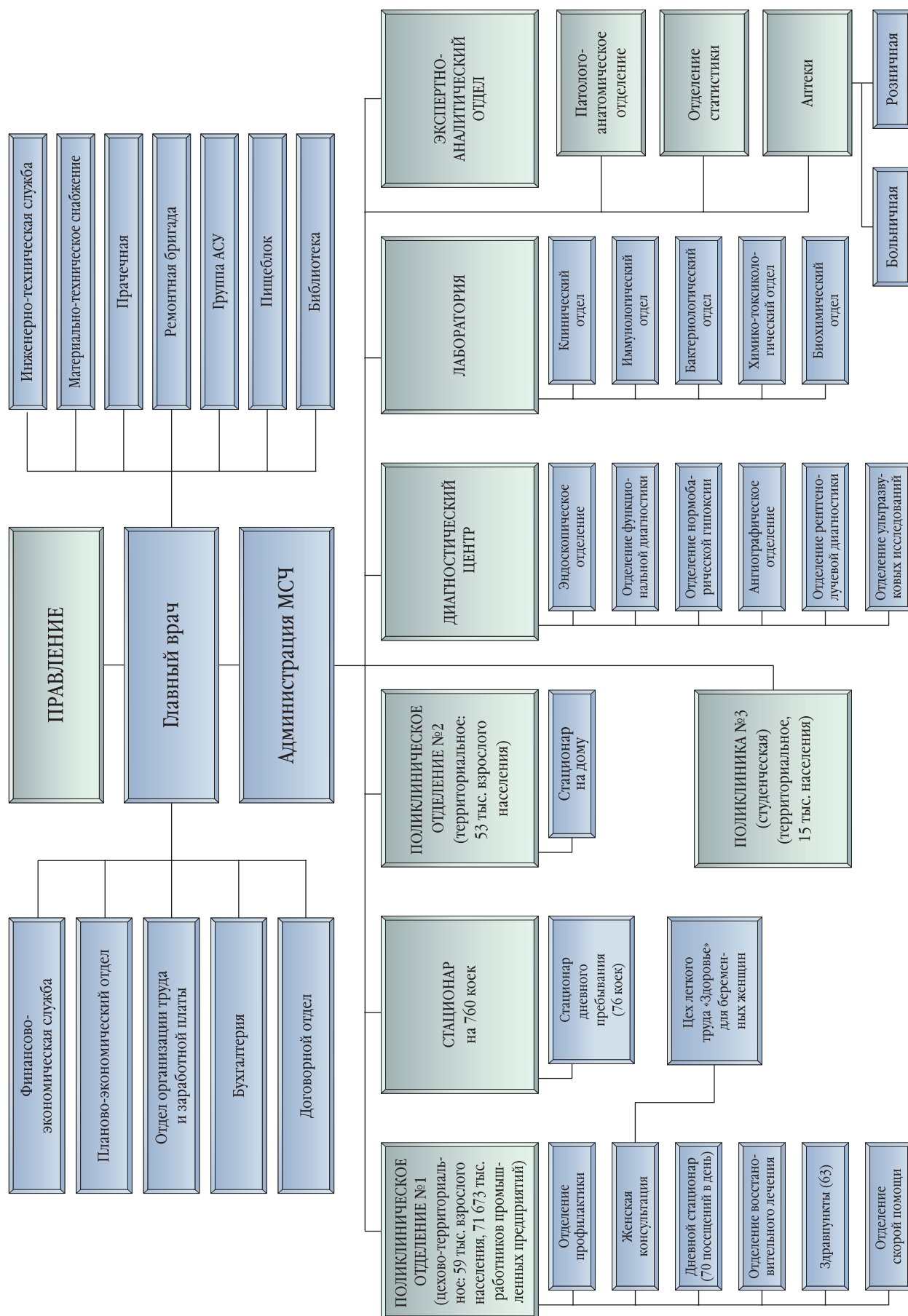
Основными нормативными документами, регламентирующими создание лечебно-профилактических учреждений, являются:

- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 года);
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№5487-1 от 22.07.93);
- «Об упорядочении государственной регистрации предприятий и предпринимателей на территории Российской Федерации». (Указ Президента Российской Федерации №1482 от 8 июля 1994 года);
- Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (постановление Правительства РФ №1387 от 05.11.97);
- Федеральный закон «О некоммерческих организациях» (№7-ФЗ от 12.01.96);
- Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (№154-ФЗ от 28.08.95);
- Федеральный закон «Об акционерных обществах» (№208-ФЗ от 24.11.95);
- Гражданский кодекс Российской Федерации, часть первая (№51-ФЗ от 30.11.94).

При создании лечебно-профилактических учреждений смешанной формы собственности в центре внимания оказываются имущественные вопросы и проблемы управления. Не были исключением из этого правила и условия, выдвинутые за-



1



СТРУКТУРА АНО «МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА МАГНИТОГОРСКА И ОАО «ММК»



интересованными сторонами в г. Магнитогорске. Они могут рассматриваться как типичные:

1. Право собственности на имущество, которым должно быть надлено вновь создаваемое ЛПУ, как медицинского так и немедицинского (здания, сооружения, оборудование и т.д.) назначения, должно быть сохранено за учредителями, то есть в рассматриваемом случае – за городской администрацией и ОАО «ММК».
2. Должна существовать возможность многоканального финансирования медицинского учреждения из независимых источников (бюджет города, ФОМС, средства ОАО «ММК», платные услуги, работа по договорам, благотворительные взносы).
3. Со стороны учредителей должна иметься возможность управления оперативной деятельностью некоммерческой организацией, формирования ее стратегических планов, контроля за рациональным использованием ресурсов.

Несомненно, основной задачей, стоящей перед лечебно-профилактическими учреждениями, должно являться не извлечение прибыли и распределение ее между участниками, а оказание медицинской помощи населению, то есть выполнение социальных функций и достижение общественных благ. Поэтому для медицинского учреждения, создаваемого в г. Магнитогорске на месте прежней медсанчасти, оптимальной организационно-правовой формой, естественно, была некоммерческая организация. Далее, возник вопрос, какой из видов некоммерческих организаций наиболее приемлем в данном случае.

Исходя из изложенных выше условий являются наиболее подходящими для создаваемого лечебно-профилактического учреждения формы «учреждение» или «автономная некоммерческая организация», приемлемые для всех заинтересованных сторон – учредителей (органов государственной власти и предприятий) и самой медицинской организации. Следует отметить также возможность участия в создании таких некоммерческих организаций не двух, а большего количества учредителей.

В результате в 1996 году в г. Магнитогорске было принято решение о создании совместного лечебно-профилактического учреждения для оказания квалифицированной медицинской помощи трудящимся комбината, членам их семей и прикрепленному населению города – «Медсанчасть Администрации города и ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат». Ее юридический статус – некоммерческая организация в форме «учреждение». Наличие двух собственников позволяет МСЧ, с одной стороны, использовать те возможности, которыми обладает муниципальная организация, а с другой, сохранить все преимущества тесных связей с предприятием. Благодаря этому медсанчасть оказалась интегрированной в систему здравоохранения города, и вместе с тем это не медсанчасть открытого типа. Была создана новая организационно-технологическая модель лечебно-профилактического учреждения. Естественно, что это потребовало внесения изменений в систему управления этой организацией.

Высшим органом ее управления является Правление в составе 7 человек, которое создается на 2 года учре-

дителями по 3 человека с каждой стороны (глава администрации города, его заместитель по социальным вопросам, начальник управления здравоохранения, генеральный директор ОАО «ММК», его заместители по экономическим вопросам и персоналу и социальным программам). Председатель Правления избирается из его состава на первом заседании простым большинством голосов сроком на 2 года. Главный врач МСЧ также является членом Правления. Заседания Правления МСЧ проводятся 1 раз в месяц при присутствии не менее 5 его членов. Решения принимаются простым большинством голосов.

Таким образом, учредители создали систему управления лечебно-профилактическим учреждением, представляющую собой прообраз того попечительского совета, который начал формироваться в отечественной медицине во второй половине XIX века, когда в связи с развитием демократических идей и организацией земств на смену именным попечителям пришла общественность.

Проработав в организационно-правовой форме «учреждение» с 1996 по 2001 год, «Медсанчасть Администрации города и ОАО «ММК» была по решению учредителей реорганизована в Автономную некоммерческую организацию (АНО) с тем же названием как не имеющую членства некоммерческую организацию, созданную на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области здравоохранения.

Преобразование некоммерческой организации в форме «учреждение» в некоммерческую организацию в форме «автономная некоммерческая организация» (АНО) было обусловлено следующими моментами:

1. Сравнивая цели создания учреждения и АНО, можно отметить, что цель создания учреждения – осуществление управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера (п. 1 ст. 120 ГК РФ; п. 1 ст. 9 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96 ФЗ), а цель же создания АНО – предоставление услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг (п. 1 ст. 10 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96).

2. В соответствии с п. 1 ст. 10 ФЗ «О некоммерческих организациях» (ФЗ №7 от 12.01.96), имущество, переданное АНО ее учредителями (учредителем), является собственностью АНО. Учредители АНО не сохраняют прав на имущество, переданное ими в собственность этой организации, поэтому происходит формирование материальной базы для нормального функционирования организации и достижения ею целей, ради которых она создана.

В отличие от АНО, некоммерческая организация в форме «учреждение» в большей степени зависит от воли создавшего его собственника. Это объясняется прежде всего тем, что учреждение не имеет самостоятельной имущественной базы для своего функционирования, поскольку собственник передает ему имущество лишь в оперативное управление (п. 1 ст. 9 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96). Право же оперативного управления относится к числу ограни-



ченных вещных прав, оно производно от права собственности, и содержание правомочий владения, пользования и распоряжения определяется не только законом, но и усмотрением собственника (ст. 296 ГК РФ).

3. Помимо различия целей создания, между «учреждением» и АНО есть еще одно существенное отличие – учредители АНО не отвечают по обязательствам созданной ими организации, а организация, соответственно, не несет ответственности по долгам учредителей (п.1 ст. 10 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96). Учредители учреждения при недостатке у последнего денежных средств для удовлетворения требований кредиторов несут субсидарную (дополнительную) ответственность по долгам учреждения (п. 2 ст. 9 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96).

4. В области управления АНО (ФЗ №7 от 12.01.96) содержится минимум обязательных предписаний, что тем самым предоставляет учредителям свободу выбора системы управления организацией, не оперирующей понятием «членство».

5. Еще одной особенностью взаимоотношений АНО с учредителями является то, что они могут пользоваться услугами организации только на равных условиях с другими лицами (п. 4. ст. 10 ФЗ «О некоммерческих организациях» №7-ФЗ от 12.01.96).

6. И, наконец, поскольку АНО является собственником имущества, у нее появляется возможность работы с кредитными учреждениями при возникновении экстренных ситуаций или реализации коммерческих проектов. В учреждениях, не являющихся собственниками имущества, возможность кредитования отсутствует.

Таким образом, в АНО как организационно-правовой форме более четко, чем в «учреждении», обозначены вопросы собственников имущества ЛПУ (как переданного при создании, так и появляющегося в процессе деятельности), в большей степени определена ответственность единоличного исполнительного органа за экономические результаты деятельности организации. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что такие решения стали возможными лишь на 2-м этапе развития нового типа медицинской организации, когда собственниками был преодолен первоначальный, наиболее сложный период согласования во многом несовпадающих между собой интересов.

Структура созданной автономной некоммерческой организации представлена на рисунке 1. Кроме того, на функциональной основе в МСЧ организована работа центров: миомы матки, маммологического, лечения дорсопатий, в ближайшей перспективе – создание центров остеопороза и уроандрологического. Экономическая деятельность центров построена на принципах самоокупаемости.

«Магнитогорская» модель реорганизации ЛПУ может быть использована не только для медико-санитарных частей или учреждений промышленной медицины, но и как вариант трансформации бюджетных учреждений здравоохранения в некоммерческие организации.

Создание в г. Магнитогорске в 1996 году впервые в Российской Федерации медицинской организации нового типа позволило решить многие проблемы, стоящие перед отечественным здравоохранением. Во-первых, удалось в условиях одного лечебно-профилактического учреждения обеспечить оказание специализированной медицинской помощи работникам Магнитогорского металлургического комбината, нуждающимся в таковой из-за вредных и опасных условий труда, а также взрослым жителям города, не работающим на этом предприятии. Таким образом, для рабочих завода удалось сохранить технологии промышленной медицины, а кроме того, эти технологии стали доступными и для многих жителей Магнитогорска. Последнее обстоятельство является чрезвычайно важным, учитывая высокую степень распространенности «экологически обусловленной» патологии в структуре заболеваемости населения города. Для самой же медсанчасти оказание медицинской помощи населению города создало дополнительные возможности для зарабатывания средств по системе обязательного медицинского страхования, а также для обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи работникам предприятия.

Во-вторых, доходная часть лечебно-профилактического учреждения нового типа стала формироваться за счет максимально широкого круга финансовых источников: муниципального бюджета; средств Магнитогорского металлургического комбината; фондов обязательного медицинского и социального страхования (ФОМС и ФСС); страховых компаний (по договорам добровольного медицинского страхования – ДМС); платных медицинских услуг населению; добровольных взносов и безвозмездно передаваемых материальных ценностей; средств от реализации медикаментов, перевязочных материалов, изделий медицинского назначения, расходных материалов и т.д.

В-третьих, в новом медицинском учреждении была реализована адекватная существующим в стране социально-экономическим условиям организационная модель управления, во многом опередившая намеченные в российском здравоохранении изменения.

Управление организацией, реализованной в медсанчасти в форме правления, обладает многими чертами общественных (попечительских) советов, широко распространенных в национальных системах здравоохранения стран Западной Европы и США, но редко встречающихся в Российской Федерации.

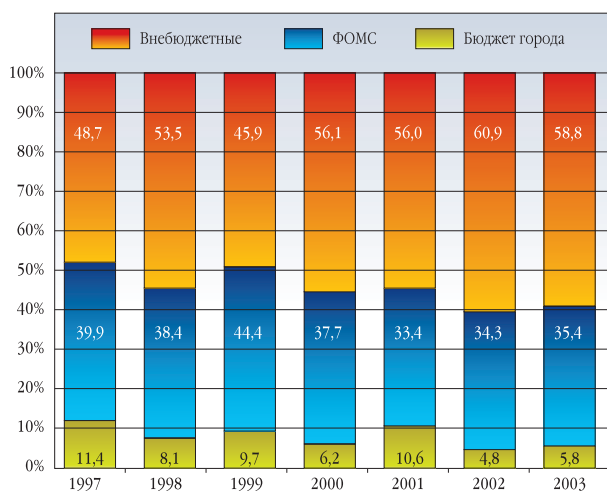
Единственным способом обеспечения медицинских услуг высокого качества при ограниченных ресурсах является эффективный финансовый менеджмент.

В МСЧ была разработана и внедрена система управленческого учета (УУ) как основа для принятия своевременных управленческих решений.

Следует отметить, что в системе УУ необходимо формирование информации о расходах, доходах и результатах деятельности в необходимых для целей управления аналитических разрезах и группах показателей. При этом руководство юридического лица самостоятельно определяет и решает, по каким группам классифицировать объекты управления и как осуществлять их органи-



2



СТРУКТУРА ДОХОДОВ МСЧ АДМИНИСТРАЦИИ
Г. МАГНИТОГОРСКА И ОАО «ММК» ПО ИСТОЧНИКАМ
ФИНАНСИРОВАНИЯ, 1997–2003 ГОДЫ (В ПРОЦЕНТАХ)

зацию, а затем и учет. Информация управленческого учета предназначена для «внутреннего пользования» руководителей и менеджеров организации, является коммерческой тайной и носит строго конфиденциальный характер.

Основой УУ в МСЧ и важнейшим документом, определяющим финансово-хозяйственную деятельность организации, является консолидированный бюджет (КБ). Ключевое значение его заключается в том, что в нем, с одной стороны, определена производственная программа (то есть объем выполненных медицинских услуг по каждому подразделению), увязанная с долгосрочными целями и задачами учреждения, с другой – обозначены необходимые ресурсы (плановые доходы и расходы) для реализации этой производственной программы.

Несмотря на то, что разработка консолидированного бюджета уже давно является обычной практикой больничного менеджмента в странах с развитой рыночной экономикой, в российском здравоохранении этот инструмент управления используется пока достаточно редко. Что же касается «магнитогорской» медсанчасти как лечебно-профилактического учреждения с новой формой организационно-правового устройства, то формирование КБ является непременным условием ее хозяйственной деятельности. При этом необходимо учитывать тот факт, что в отличие от обычных муниципальных учреждений здравоохранения МСЧ приходится строить свои взаимоотношения с постоянным «покупателем» ее медицинских услуг ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат», являющимся крупной акционерной компанией и давно уже действующим в рыночных условиях.

В медсанчасти выделено несколько центров ответственности в управлении производственно-финансовой деятельностью учреждения, что обусловлено необходимостью делегирования полномочий и последующей ответственности руководителей подразделений и служб для организации эффективной работы по достижению целей медсанчасти в целом.

Организация системы УУ определила объективную необходимость повышения внимания к вопросам организации действенного внутреннего контроля. В настоящее время в АНО МСЧ создан отдел внутреннего аудита (ОВА).

Так как медицинская организация в форме АНО выступает в роли собственника средств производства и продуктов труда, ее дальнейшее развитие во многом зависит от сохранности этих средств и эффективности их использования, контроль осуществляется в интересах организации, ее собственников, а также непосредственно работников.

Внутренний контроль организуется ОВА, цель которого – определить законность совершения хозяйственных операций, их экономическую целесообразность, обнаружить отклонения на возможно более ранней стадии. Это позволяет принять управленческие решения, привлечь виновных к ответственности, получить компенсацию за причиненный ущерб, осуществить мероприятия, направленные на предотвращение таких нарушений в будущем.

С изменением правовой формы получила дополнительное развитие и предпринимательская деятельность. Среди них следует назвать такие, как аттестация рабочих мест, предоставление гостиничных, прачечных, фармацевтических и иных услуг. Следует подчеркнуть, что в соответствии с законодательством об АНО и Уставом медсанчасти все получаемые от предпринимательской деятельности доходы направляются на цели, для которых она и была создана: оказание квалифицированной медицинской помощи населению и работникам ОАО «ММК» (рис. 2).

Важнейшим направлением деятельности МСЧ является оптимизация расходования средств. Наличие в числе соучредителей медицинской организации промышленного предприятия, работающего в рыночных условиях и жестко контролирующего использование своей прибыли, стимулировало проведение структурных изменений в МСЧ, нацеленных на повышение эффективности его деятельности.

После ее реорганизации процесс реструктуризации коечного фонда по интенсивности лечения, а значит, и по себестоимости еще более активизировался как в части сокращения коечного фонда в целом (1997 год – 842 койки, 2001 год – 875 коек, 2003 год – 802 койки), так и в сторону увеличения доли коек для дневного пребывания больных (в структуре общего коечного фонда стационара МСЧ они составляли в 1997 году – 5,7%; в 2001 году – 7,9%; в 2003 году – 9,5%).

Основной целью проводимых в «новой» медсанчасти организационных изменений было перераспределение объемов оказываемой медицинской помощи со стационарного на амбулаторное звено. По сравнению с 1997 годом показатель обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощью достоверно к 2003 году увеличился с 4537 до 7084,1 на 1000 населения. Еще большее увеличение произошло по посещениям на дому – с 153,7 до 192,8 на 1000 населения.

Для повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена важно повысить степень об-



следования пациентов на этом этапе. Внедрение в медсанчасти алгоритмов обследования (лабораторного, инструментального, консультаций специалистов) по уровням диагностики (филиал – поликлиника – диагностический центр) позволило гораздо более рационально, чем ранее, использовать диагностическую аппаратуру и рабочее время «узких» специалистов: за анализируемый период количество исследований на амбулаторном этапе на 1000 прикрепленного населения увеличилось: лабораторных – с 4397,6 до 5844,2, инструментальных – с 1420,0 до 1736,1.

Предварительные и периодические медицинские осмотры (ПМО) были и остаются до сих пор одной из важнейших профилактических технологий, существующих в арсенале промышленной медицины.

Низкое качество проведения ПМО приводит к несвоевременной диагностике начальных признаков профессиональных заболеваний, развитию инвалидности. Медицинская, профессиональная и социальная реабилитация профессиональных больных практически не проводится, хотя эти меры содержат значительные резервы сохранения трудоспособности больных.

При организации медсанчасти Администрации г. Магнитогорска и ОАО «ММК» удалось не только сохранить ранее существовавшую систему ПМО, но и значительно повысить ее эффективность. Так, за последние 15 лет охват периодическими осмотрами не только не сократился, но и увеличился с 73,6% в 1988 году до 97,4% в 2003 году. Постепенно улучшаются и качественные показатели: если в 1988 году в ходе ПМО выявлялись лишь 52% лиц с профессиональной патологией, то в 2003 году уже 93%. Возросла и активность в работе с диспансерной группой больных: в 1988 году среди всех лиц, взятых в течение года на диспансерное наблюдение, больные, выявленные в ходе периодических осмотров, составляли 10,9%, а в 2001–2003 годах уже 46,3%.

На ОАО «ММК» в структуре профессиональной заболеваемости болезни органов дыхания составляют около 80%, причем 77% из них приходится на пылевой бронхит и 23% – на различные пневмокозиозы.

Известны два направления профилактики «пылевой» патологии. Первое из них – гигиеническое – является в настоящее время основным. Цель его – добиться с помощью технических средств если не полного исключения пылевого фактора из воздуха рабочей зоны, то хотя бы снижения его интенсивности до уровня, при котором даже у наиболее чувствительных лиц в течение максимального трудового периода не развивалась бы профессиональная патология.

Второе направление профилактики – медицинское, и задача его – снизить чувствительность работаю-

щего контингента. В тех производствах, где существующие в настоящее время технологии не допускают радикального изменения, а современная техника не обеспечивает полностью безопасных условий труда (в современной России таких большинство, в том числе и на ОАО «ММК»), это, на первый взгляд, второстепенное направление профилактики приобретает важнейшее значение, и в последние годы научной стороне этой проблемы уделяется все больше внимания.

Одной из таких мер может быть ограничение приема на работу лиц, по тем или иным причинам отличающихся повышенной восприимчивостью к действию пыли.

На практике реально возможными являются следующие направления медицинской профилактики:

1) выявление наиболее чувствительных к действию вредных факторов лиц в ходе ПМО и 2) повышение резистентности производственных коллективов путем коррекции непрофессиональных факторов риска.

Создание «новой» медсанчасти с организационно-правовой формой «некоммерческая организация» двумя учредителями – Администрацией города и ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат», позволило успешно решить следующие задачи:

- интегрировать изначально высокий уровень материально-технической базы и кадрового потенциала бывшей медсанчасти комбината в общую систему здравоохранения города;
- сохранить профилактические технологии, отработанные в промышленной медицине, и перенести их в муниципальное здравоохранение;
- привлечь дополнительные ресурсы предприятий для долевого финансирования медицинской организации;
- обеспечить финансовую стабильность работы медсанчасти за счет нескольких источников финансирования, в том числе за счет действующей программы корпоративного и паритетного страхования;
- внедрить элементы системы общественного управления организацией;
- обеспечить социальную защиту медицинского персонала созданной медико-санитарной части;
- обеспечить внедрение новых медицинских технологий в соответствии с планом развития;
- оптимизировать финансово-экономическую деятельность;
- улучшить качественные показатели работы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи рабочим комбината и населению города.
- улучшить показатели здоровья металлургов.