

УДК 332.1

Н. Н. Муравьева, Т. Ю. Анопченко

Южный федеральный университет, Российская Федерация

**РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМ
ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ РЕГИОНА В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МЕХАНИЗМЫ, ИНСТРУМЕНТЫ**

В статье обоснованы современные подходы к разработке и использованию механизмов и инструментов организационно-экономических форм хозяйствования в сфере предоставления медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, государственно-частное партнерство, клинические информационные системы.

У статті обґрунтовано сучасні підходи до розробки та використання механізмів та інструментів організаційно-економічних форм господарювання у сфері надання медичної допомоги.

Ключові слова: медична допомога, суспільно-приватне партнерство, клінічна інформаційна система.

In the article, the modern approaches to development and utilization of mechanisms and instruments of organizational and economic forms of management in the sphere of delivering medical care are substantiated.

Keywords: medical aid, public-private partnership, clinical information systems.

Актуальность темы обусловлена тем, что состояние системы охраны здоровья населения и здравоохранения как ее важнейшего элемента сегодня можно охарактеризовать как кризисное. Показатели здоровья населения российских регионов ухудшаются. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи. Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социально-экономическую проблему и требует модернизации используемых ранее организационно-экономических механизмов.

Общие принципы развития рыночных отношений нередко пытаются автоматически перенести на систему здравоохранения. Однако особенности развития организационно-экономических форм хозяйствования в сфере предоставления медицинской помощи диктуют необходимость проведения их исследования, что является целью данной работы, основные положения которой представлены в данной статье.

Рынок медицинских услуг – это отношения, возникающие по поводу купли-продажи медицинских услуг между поставщиками (лечебно-профилактические учреждения, диагностические центры, стационары и др.) и потребителями (пациенты) медицинских услуг, при условии, что потребитель получает медицинскую услугу при посредничестве таких организаций, как фонд обязательного медицинского страхования; фонды добровольного медицинского страхования; страховые компании и др.; а также организаций, осуществляющих контроль за качеством предоставления медицинских услуг (органы государственной власти, осуществляющие деятельность по лицензированию и сертификации учреждений, предоставляющих медицинские услуги) и общественных организаций, занимающихся мониторингом рынка медицинских услуг.

Наличие различных субъектов свидетельствует о том, что рынок медицинских услуг является системой, которую можно охарактеризовать как совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих между собой элементов, в качестве которых выступают различные лечебные учреждения (лечебно-профилактические учреждения, диагностические центры, стационары и др.), пациенты, различные

страховые организации, контролирующие органы, а также общественные организации, занимающиеся изучением спроса, предложения и качества медицинских услуг, и осуществляющие мониторинг рынка медицинских услуг. На наш взгляд, рынок медицинских услуг следует рассматривать как социально-экономическую систему. Его отличают разнотипность и множественность входящих в него элементов, которые отвечают за выполнение различных функций.

Понятие «медицинская помощь» является, в сравнении с понятием «медицинская услуга», более узким и обычно определяется, как способность врача снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса. Когда речь идет о медицинской помощи, то ее характеристиками являются адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, результативность, стабильность процесса и результата, постоянное совершенствование и улучшение.

Специфика благ, удовлетворяющих потребности в здоровье, заключается в её двойственности, т. е. потребности в здоровье не могут быть удовлетворены только использованием общественных благ или в результате потребления частных благ [5]. Эта двойственность накладывает отпечаток на развитие системы здравоохранения в целом. Таким образом, необходимость государственного контроля здравоохранения определяется самой экономической природой медицинских услуг.

Несмотря на наличие национального проекта «Здоровье», «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» совершенствование функционирования и управления здравоохранением осуществляется без должного научного представления о механизмах детерминации общественного и индивидуального здоровья. Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года лишь предусматривается обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма, включая организацию деятельности федерального ресурсного центра. Российская система здравоохранения по-прежнему является одной из самых затратных в Европе. Имеется целый ряд факторов, способствующих росту затрат, однако, в отличие от западных стран, эти затраты не «материализуются», поскольку доля государственных средств, расходуемых страной, составляет лишь 3,5 % от валового внутреннего продукта по сравнению с 6–10 % в странах Западной Европы. В число основных факторов входят следующие: слабый уровень врачей первичной медико-санитарной помощи, чрезмерная специализация амбулаторной помощи (например, в Российской Федерации лишь 16 % всех врачей являются участковыми врачами или врачами общей практики по сравнению с 30–48 % в странах Западной Европы), слабая реабилитационная помощь, а также слабая дифференциация между неотложной и длительной стационарной помощью (что приводит к высокой средней продолжительности госпитализации) и плохое взаимодействие между отдельными службами здравоохранения. Все это приводит к тому, что системе здравоохранения требуются дополнительные деньги.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, Основами законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан» от 22 июня 1993 г. ФЗ № 5487-1 здравоохранение Российской Федерации формируется государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Разделение полномочий между органами власти [1; 2] предусматривает уход от отраслевого принципа в управлении здравоохранением, в связи с этим происходит модернизация организации медицинской деятельности [3; 4].

По состоянию на сегодняшний день муниципальное здравоохранение выполняет основной объем работы в рамках обеспечения государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи.

В то же время вопросы управления современным здравоохранением, объектами которого являются не только муниципальные учреждения здравоохранения, но и медицинские организации других форм собственности, вопросы обеспечения государственных гарантий на территории каждого конкретного города связаны с рядом проблем, обусловленных специфическим подходом к формированию имитационной модели управления медицинскими услугами населению.

Муниципальное здравоохранение является основным структурообразующим элементом, фундаментом общенациональной системы здравоохранения. За последние пять – шесть лет правительство предприняло важные шаги в целях улучшения инфраструктуры и оборудования служб первичной медико-санитарной помощи. Была повышена заработная плата участковых врачей и врачей общей практики. Более серьезные изменения произошли в системе вторичной медицинской помощи, однако структура оказания медицинской помощи не изменилась.

Стационарное лечение продолжает доминировать: на его долю приходится около 60 % всего финансирования здравоохранения, и это соотношение не меняется. Исследования показывают, что значительная доля пациентов поступает в больницы, минуя учреждения первичной медицинской помощи, что происходит дублирование диагностических тестов в поликлиниках и больницах и что врачи, работающие в больницах, отзываются отрицательно об адекватности медицинской помощи, оказываемой на первичном уровне. Кроме того, деятельность учреждений первичной медицинской помощи и больниц плохо координируется, в результате чего непрерывность оказания медицинской помощи обеспечивается слабо.

Рассмотрим механизмы организационно-экономических форм хозяйствования в сфере предоставления медицинской помощи.

Несмотря на реализацию национального проекта «Здоровье», материнский капитал и некоторые другие инициативы последних пяти лет, здравоохранение остается одной из тех отраслей экономики, где развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) диктуется как текущим состоянием и качеством оказываемой медицинской помощи, так и недостаточным финансированием со стороны государства.

Бизнес обладает набором весомых преимуществ, среди которых – инновационная потенция и высокая эффективность эксплуатации имеющихся ресурсов. Использовать достоинства обеих форм собственности для предоставления мед. помощи населению считается возможным именно в рамках ГЧП.

Принятие Постановления Правительства РФ от 14 февраля 2009 г. № 138 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении объектов здравоохранения, в том числе объектов, предназначенных для санаторно-курортного лечения» делает возможным заключение концессионных соглашений.

В отечественном здравоохранении могут быть использованы аутсорсинг отдельных видов услуг (транспортное обслуживание, охранный персонал, уборка территории, то есть непрофильные функции медицинских учреждений) и контракты на обслуживание, осуществляемые, в том числе согласно Федеральному закону РФ от 21 июля 2005 г. № 21394-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Так в 2009 г. Министерством здравоохранения Иркутской области заключено соглашение с ОАО «РЖД» о создании и организации работ по проекту «Передвижной консультативно-диагностический центр «Академик Федор Углов».

Повышение квалификации медицинского персонала, в том числе взаимодействие с зарубежными клиниками, бенчмаркинг, стажировки, также могут найти применение в системе здравоохранения. 28 мая в Ростове стартовал образовательный

проект государственно-частного партнерства Министерства здравоохранения Ростовской области, Ростовского государственного медицинского университета и представительства корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» (США). Цель проекта «Стратегическое партнерство» – создание непрерывной системы повышения качества переподготовки руководителей медицинских учреждений и подготовки специалистов в сфере организации и экономики здравоохранения.

Инструментом ГЧП в современных условиях может стать внедрение клинических информационных систем.

Специалисты в области информатизации отмечают ярко выраженную дезориентацию в отработке единой модели информатизации здравоохранения, попытки решения локальных задач, отсутствие системного подхода к разработке тех или иных программных комплексов автоматизации деятельности, как отдельных лечебных учреждений, так и отрасли в целом. Следует также отметить, что многие руководители ЛПУ в полной мере не осознают, какими информационными ресурсами они обладают.

Перечислим основные проблемы информатизации здравоохранения:

- отсутствие развитой инфраструктуры и общей методологии внедрения современных информационных технологий в повседневную практику деятельности ЛПУ;
 - отсутствуют специалисты в области информационных технологий (ИТ) (особенно в сельской местности);
 - нет надёжных линий связи (особенно в сельской местности);
 - нет специализированных помещений для создания электронного архива ЛПУ и резервного копирования;
 - отсутствуют системы компьютерной безопасности;
 - нет систем специализированного медицинского мониторинга и анализа полученных данных;
 - отсутствие общей медицинской инфраструктуры в регионе, области и др., значительно замедляет передачу персонифицированных данных о пациенте из одной больницы в другую;
 - отсутствуют системы для проведения сеансов телемедицины, видеоконференций, дистанционного обучения и др., с использованием интернет-технологий.
- В Российской Федерации с 01.01.2008 г. вступил в силу национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» (ГОСТ Р 52636-2006) – первый национальный стандарт в области медицинской информатики. Ключевыми проблемами при ведении электронных историй болезни являются:

- неизменность данных;
- разграничение доступа и обеспечение конфиденциальности данных в ИБ;
- разрешение коллизий при многопользовательском доступе;
- подтверждение авторства записей;
- любое изменение данных в истории болезни должно инициироваться человеком, т. к. может повлечь за собой последствия, связанные со здоровьем пациента.

Естественным эволюционным путём совершенствования лечебно-диагностического процесса является внедрение в медицинскую практику клинических информационных систем (КИС) и систем персонифицированного учета (ПУ). Следует прекратить вкладывать средства в создание, развитие и поддержание индивидуальных проектов информатизации для ЛПУ, а направлять их на формирование комплексной корпоративной медицинской информационно-технологической инфраструктуры или, возможно, регионального медицинского информационного центра

аутсорсинга и хостинга (МЦ) в сфере информационных технологий (ИТ) для обслуживания многопрофильных больниц, управляющих органов здравоохранения.

Эффективная медицинская информационная система является свидетельством зрелости лечебного учреждения, уровня организации, и дает следующие преимущества:

- единая методология позволяет выработать корпоративную культуру медицинской деятельности лечебного учреждения, базирующуюся на единых подходах, базах данных и обобщении накопленного опыта;

- использование единых стандартов документов учреждения, классификаторов, включая стандартизованные справочники, стандартизацию ввода и предоставления информации пользователям, минимизацию «бумажного» труда персонала создает единое информационное пространство учреждения;

- унифицированные подходы к организации трудовой и управленческой деятельности, что позволяет оптимизировать финансовые, кадровые и материально-технические ресурсы медицинского учреждения.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: на современном этапе модернизации медицинской помощи эффективным механизмом является государственно-частное партнерство, использующее различный инструментарий, например, внедрение в медицинскую практику клинических информационных систем, позволяющих взаимодействовать врачу, пациенту, органам власти и бизнесу. Идеальной системы здравоохранения не существует, любую систему необходимо рассматривать в непосредственной связи с новыми медицинскими технологиями и потребителями, которые требуют улучшения качества предоставляемой помощи. В зависимости от конкретных условий, каждая из систем имеет преимущества перед другими по определенным показателям. В современных системах здравоохранения всего мира постоянно идут процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных организационно-экономических форм хозяйствования.

Библиографические ссылки

1. Федеральный Закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».
2. Федеральный Закон от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления».
3. Федеральный Закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федеральных Законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления».
4. Федеральный Закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» и др.
5. **Столяров С. А.** Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. – 3-е изд., испр. и дополн. – Барнаул : Аз Бука, 2005.
6. Управление и экономика здравоохранения / под ред. акад. РАМН А. И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
7. **Шишкин С. В.** Экономика здравоохранения / С. В. Шишкин. – М. : ГУ ВШЭ, 2008.
8. **Элланский Ю. Г.** Основы социальной медицины, содержание и методика социально-медицинской работы / Ю. Г. Элланский, Р. А. Глепцеришев. – Ростов н/Д, 2007.

Надійшла до редколегії 07.11.2013