

Герасимова Н.А.,

к.э.н., ст. преподаватель,

Фомина С.Н.,

к.э.н., ст. преподаватель,

Белгородский Государственный Университет

СПЕЦИФИКА УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫМИ ПОДСИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение – неотъемлемая система региона. В данной статье представлены специфика управления региональными подсистемами здравоохранения, рассмотрены функции управления системой здравоохранения в условиях рыночной экономики, определены факторы, влияющие на специфику управления региональной системой здравоохранения. Каждому специфическому фактору дана характеристика, определено их влияние на формирование задач управления системой здравоохранения.

Исторически сложилось так, что в России в начале XX века впервые в мире была создана государственная система здравоохранения, имеющая сложную многоуровневую, иерархическую структуру, предусматривающую профилактическую направленность и доступность лечебно-диагностической помощи всему населению. По оценке Г. Комарова и Л. Меламеда в некоторых, даже высоко развитых в экономическом отношении странах, таких систем здравоохранения, как в России нет [3].

Обозначившаяся в последнее десятилетие тенденция ухудшения здоровья населения как никогда актуализирует значимость пересмотра действующих подходов к управлению региональными системами здравоохранения, пересмотра основных механизмов региональной политики управления данной отраслью. Особое значение региональной политики в сфере здравоохранения состоит в том, что именно на уровне территорий можно обеспечить конкретизацию целей и принципов взаимодействия государства и здравоохранения.

В настоящее время нет определенной точки зрения, которая бы отражала характеристику понятия «управление здравоохранением». Так, например, Ю. Григорьев, И. Григорьев, Е. Суворов под управлением здравоохранением понимают часть управляющего процесса, распространяющая свое воздействие на руководство медицинскими учреждениями, организациями, предприятиями, службами и персоналом [2].

На наш взгляд, для трактовки данного понятия, наиболее точно подходит характеристика процесса управления О. Виханского, который отмечает, что управление предстает как определенный тип взаимодействия, существующий между двумя субъектами, один из которых в этом взаимодействии

находится в позиции субъекта управления, а второй – в позиции объекта управления [1]. Данное взаимодействие характеризуется следующими моментами: субъект управления направляет объекту управления импульсы воздействия, которые содержат в себе в явном или косвенном виде информацию относительно того, как должен функционировать в дальнейшем объект управления; объект управления получает управленческие команды и функционирует в соответствии с содержанием данных команд.

Здравоохранение – сложная, многоуровневая система.

В настоящее время необходимо выделяются следующие уровни управления региональным здравоохранением: федеральный уровень управления (на уровне государства), государственный уровень управления (на уровне субъекта федерации), муниципальный уровень (на уровне муниципального образования). Все уровни образуют так называемые подсистемы здравоохранения.

Управление системой здравоохранения происходит путем реализации основных функций – планирования, координирования, организации и контроля.

Рассматривая работы различных авторов, можно сделать вывод, что в настоящее время не сложилось единого мнения, раскрывающего содержательную часть данных функций управления.

Логично предположить, что сейчас планирование требует серьезных изменений, а предполагаемое в ближайшие годы укрепление ресурсной базы здравоохранения служит для этого благоприятным фактором. Инициативу в этом вопросе вполне могут проявить сами регионы, не дожидаясь, пока в федеральной программе государственных гарантий появятся соответствующие показатели. В настоящее время возрастает и роль стратегического планирования. Стратегическое планирование по своей сути подчиняется основным принципам планирования, и, в то же время, учитывает изменяющиеся условия внешней среды. Практика стратегического планирования исходит, прежде всего, не «от достигнутого» (что малоэффективно, поскольку консервирует прежние диспропорции и узкие места организации), а «от будущего», т.е. ориентируется на то состояние, которое необходимо достигнуть за плановый период.

Таким образом, планирование требует серьезных изменений. Предпосылки для решения данной задачи созданы в результате разработки и начала реализации национального проекта «Здоровье».

Координацию в системе управления здравоохранением можно определить как функцию управления, состоящую в согласовании и установлении функциональной взаимозависимости действий и средств достижения целей. Следует отметить координирующую роль органа управления здравоохранением. Формирование управляемого рынка в здравоохранении, наличие большого количества субъектов, взаимодействующих с региональной системой здравоохранения, многочисленность медицинских учреждений в системе здравоохранения – факторы, определяющие появление и развитие координирующей роли органа управления.

Функцию организации в здравоохранении можно охарактеризовать, как организацию экономических процессов в здравоохранении, упорядочение протекания этих процессов в пространстве и во времени, достижение согласованности действий их участников, с одной стороны. С другой - формирование и преобразование организационно-правовых структур организаций, занятых медико-производственной деятельностью.

Функция контроля играет важную роль в системе управления здравоохранением. контроль в системе управления здравоохранением - процесс, обеспечивающий достижение системой поставленных целей и состоящий из трех основных элементов: установление стандартов деятельности системы, подлежащих проверке; измерение достигнутых результатов с ожидаемыми результатами; корректировка управленческих процессов, если достигнутые результаты существенно отличаются от установленных стандартов. Правоммерно полагать, что показатели, формирующие систему контроля деятельности, могут быть различными в разных системах здравоохранения.

Проведение реформ в системе здравоохранения не могло не отразиться на функциях органа управления системой здравоохранения региона.

Централизованная модель управления региональной подсистемой здравоохранения и рыночная модель управления региональной подсистемой здравоохранения представлены на рисунках 1 и 2.

На рисунках пунктирные стрелки означают менее сильный характер связи, чем сплошные. Взаимонаправленные стрелки означают функциональные связи, а фигурные стрелки означают наличие договорных отношений между субъектами.

Отметим, что до начала реформ и в раннем периоде реформирования модель управления системой здравоохранения региона представляла собой классическую централизованную модель с преимущественно авторитарным стилем руководства на всех уровнях управления.

В качестве характерных особенностей мы отметили:

- четкую вертикаль управления;
- более сильные ведомственные влияния и связи, нежели связи с органами исполнительной власти, структурным подразделением которых является орган управления здравоохранением.

Таким образом, можно заключить, что в дореформенный период модель управления системой здравоохранения отличалась жесткой централизацией и достаточной громоздкостью в силу многозвенности управления. В то же время указанная модель вполне соответствовала тем обстоятельствам и условиям, в которых функционировала система здравоохранения до проведения реформ.

К основным требованиям, которым должна соответствовать новая модель управления, нами отнесены оперативность управления, способность быстро и адекватно реагировать на внешние, по отношению к системе, изменения, способность организовывать и использовать связи с общественностью в широком смысле для достижения стратегических и тактических целей.

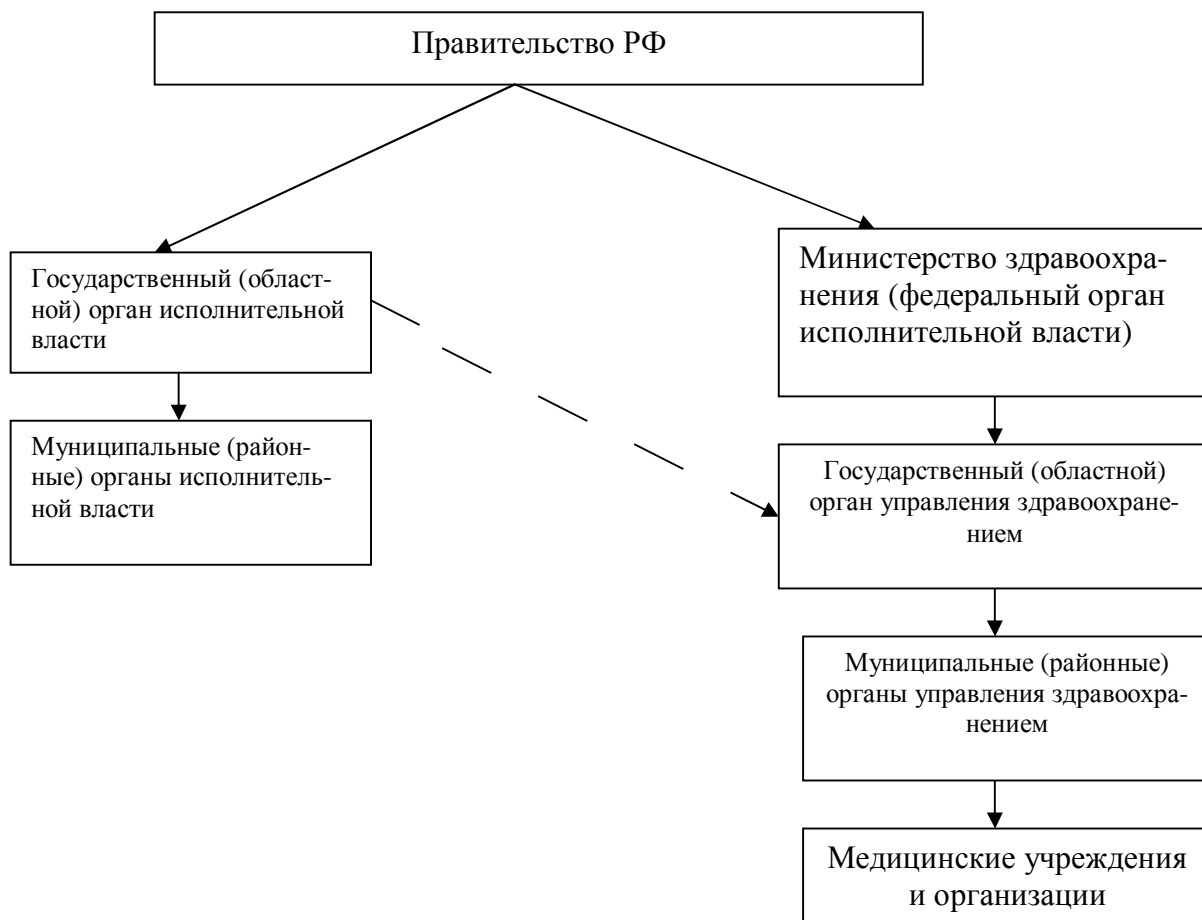


Рис. 1. Централизованная модель управления региональной подсистемой здравоохранения

Наиболее полная реализация названных условий требует децентрализации управления. Формирующаяся в стране модель здравоохранения предполагает смещение на более низкие иерархические уровни целого ряда управленческих решений. В результате чего создаются правовые основы и условия для децентрализации отрасли. Но следует также учесть, что это позволяет лучше учитывать местные особенности жизни населения, уровень развития социально-экономических структур отдельных территорий, состояние здоровья, потребности в медицинской помощи, полнее использовать местные ресурсы.

В рыночной модели управления основные финансовые потоки переходят в систему обязательного медицинского страхования, в которой оплачиваются услуги медицинских учреждений. Соответственно, медицинские учреждения строят свою деятельность преимущественно на договорных отношениях. Эта особенность может быть представлена в виде связей медицинских учреждений с территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС), страховыми медицинскими организациями, а также с поставщиками товаров и услуг.

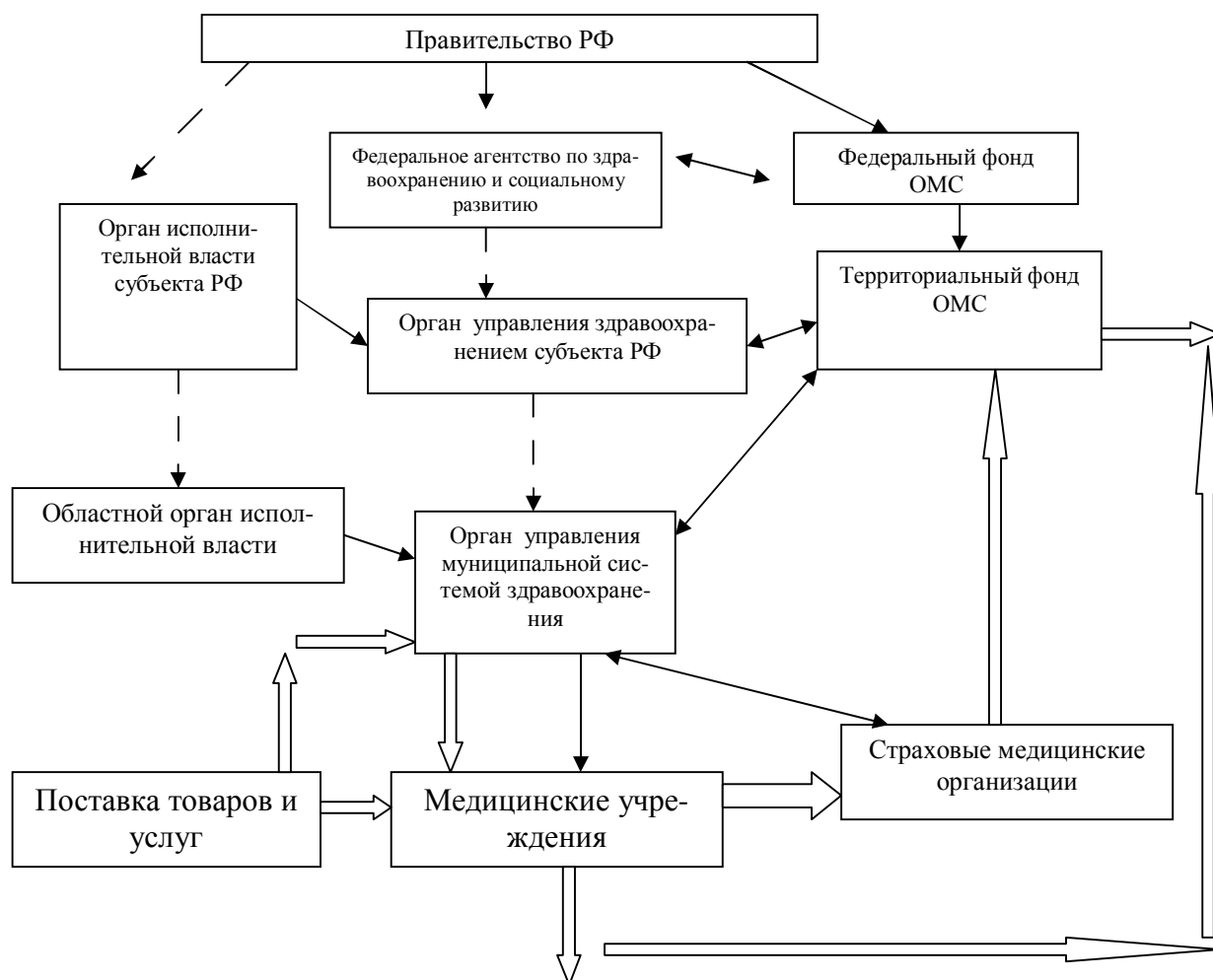


Рис. 2. Рыночная модель управления региональной подсистемой здравоохранения.

Орган управления здравоохранением сохраняет функцию финансирования медицинских учреждений из средств бюджетов всех уровней, однако данный финансовый поток по объему значительно меньше финансовых потоков в системе ОМС.

В рыночной модели в деятельности органа управления существенно возрастает роль планирования и контроля. Причем названные функции претерпевают изменения в новой модели управления.

Планирование происходит в нескольких направлениях:

1. Финансовое планирование - планирование областного бюджета в части расходов на здравоохранение; планирование стоимости программы обязательного медицинского страхования населения области; согласование финансовых планов медицинских учреждений.

2. Планирование объемов бесплатной для населения медицинской помощи в системе ОМС - областного заказа.

3. Программно-целевое планирование.

Функция контроля в рыночной модели реализуется в разнообразных формах. Правомерно полагать, что показатели, формирующие систему контроля деятельности, могут быть различными в разных системах здравоохранения. Важнейшей задачей реформы по оптимизации использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне является выбор показателей конечного результата, на который можно повлиять.

Функция назначения и увольнения персонала в рыночной модели управления ограничена назначением и увольнением только руководителей областных медицинских учреждений, которые наделены полномочиями и правом найма необходимого персонала и организации его труда. Возросла роль планирования подготовки и аттестации кадров в деятельности органа управления здравоохранением.

В организации лечебно-диагностического процесса и профилактики также произошли преобразования. Медицинские учреждения получили больше полномочий и возможностей для проявления инициативы в организации этой основной для них деятельности, а в деятельности органа управления, соответственно, возросла роль методической работы.

Следует отметить координирующую роль органа управления здравоохранением. Формирование управляемого рынка в здравоохранении, наличие большого количества субъектов, взаимодействующих с региональной системой здравоохранения, многочисленность медицинских учреждений в системе здравоохранения - признаки, определяющие появление и развитие координирующей роли органа управления в рыночной модели.

Таким образом, рыночная модель управления региональной системой здравоохранения отражает изменения, вызванные внедрением управляемого рынка в здравоохранении.

Необходимо отметить, что на специфику управления системой здравоохранения влияет ряд факторов.

1. Административно-территориальный фактор. Одним из наиболее значимых факторов является особый характер распределения медицинских учреждений по административно-территориальному признаку, который сохраняет свое значение до настоящего времени.

В большинстве случаев территориальной особенностью многих областей (например, Белгородской, Ярославской, Ульяновской и т.д.) являются многочисленные сельские и городские поселения с небольшой численностью проживающего в них населения. Это затрудняет обеспечение жителей современной медицинской помощью, в особенности ее специализированными видами. В этих условиях в районном звене здравоохранения имеют место ограниченные возможности для оказания квалифицированной помощи населению, процесс управления учреждениями здравоохранения усложняется, снижается экономическая эффективность деятельности данных учреждений, снижается качество медицинской помощи, что ведет к ослаблению управляемостью отрасли.

2. Технологический фактор, который обусловлен существенными признаками объектов управления (медицинских учреждений), связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на специфику субъектов управления. К таким признакам относится следующее:

2.1. Результатом деятельности медицинского учреждения, как объекта управления, является услуга, что определяет специфический характер взаимодействия его с потребителями. Это, прежде всего прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания услуги, что является технологической особенностью здравоохранения. При этом пациенты - основные элементы внешней среды для лечебно-профилактического учреждения (в дальнейшем ЛПУ), и каждое взаимодействие с клиентом можно рассматривать как прямой контакт с окружающей средой. Но что наиболее важно, человек не является пассивным объектом, он реагирует на оказываемое на него воздействие (часто не вполне предсказуемо) и тем самым непосредственно влияет на весь процесс работы с ним, на процесс управления, становится участником этого процесса.

2.2. Многовариантность технологий, используемых в работе с клиентом, особая значимость этических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, принципиально важная роль медицинских работников в процессе оказания услуг. Отсюда вытекает сложность оценки качества работы объектов управления.

2.3. Деятельность персонала часто имеет срочный и неотложный характер, что усложняет систему управления.

2.4. Ограничение возможностей предъявления требований к персоналу по увеличению производительности труда.

2.5. Потребность в тесной координации работы различных подразделений.

2.6. Необходимость предъявления требований к персоналу для достижения высокой квалификации сотрудников.

2.7. Трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением, специфичным для организаций здравоохранения большинства регионов России, существующим во многих медицинских учреждениях, особенно больницах.

2.8. Постоянно увеличивающийся объем информации, характеризующийся спецификой деятельности объектов управления.

3. Социальный фактор. Медицинские услуги относятся к социальным услугам. Это означает, что, с одной стороны, они помимо непосредственного эффекта для потребителя имеют и общественный, социальный эффект. То есть чем более качественно функционирует система управления здравоохранением, тем более качественно решаются социальные проблемы региона.

Факторы и их специфические характеристики приведены в таблице 1.

Факторы, влияющие на систему управления здравоохранением и их специфические характеристики

Фактор	Специфическая характеристика факторов
Институциональный	Конвергенция методов управления организаций здравоохранения, принадлежащими к различным секторам.
Административно-территориальный	Специфика проживания жителей региона. Малочисленность сельских административных районов приводит к относительной маломощности больничной сети районного звена здравоохранения, в этих условиях в районном звене здравоохранения имеют место ограниченные возможности для оказания квалифицированной помощи населению, процесс управления учреждениями здравоохранения усложняется.
Технологический	На данный фактор оказывают влияние признаки объектов управления: - прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания услуги; - многовариантность технологий, используемых в работе с клиентом; - деятельность часто имеет срочный и неотложный характер; - ограничение возможностей предъявления требований к персоналу по увеличению производительности труда; - потребность в тесной координации работы различных подразделений; - необходимость предъявления требований к персоналу для достижения высокой квалификации сотрудников; - трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности.
Социальный	Решение социальных проблем региона.

Данные факторы оказывают влияние на формирование задач управления системой здравоохранения, к которым относятся:

- оценка доступности для населения различных видов помощи, включая специализированные;
- установление диспропорций в развитии секторов здравоохранения врачебных специальностей;
- установление диспропорций в распределении ресурсов по уровням медицинской помощи;
- выявление зон неэффективности в использовании ресурсов, оценка эффективности имеющихся ресурсов в учреждениях разного типа;
- анализ сложившихся потоков пациентов по видам оказываемой медицинской помощи в учреждения здравоохранения разных уровней медицинской помощи.

Список литературы:

1. Виханский О.С. Менеджмент [Текст] / О.С. Виханский, А.И. Наумов. – М.: Экономистъ, 2007. – С. 25.
2. Григорьев И.Ю. Управление в сфере охраны здоровья населения [Текст] / И.Ю. Григорьев, Ю.И. Григорьев, Е.Г. Суворов // Вестник нов. мед. техн. - 2002. - №2. - С.90-91.
3. Комаров Г. Здоровье нации – важнейшая забота государства [Текст] / Г. Комаров, Л. Меламед // Стандарты и качество. – 2005. - № 6. – С. 54 -57.