

ПЕРЕДОВАЯ

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

П.П. Кузнецов¹, В.А. Насонова², Н.П. Кирбасова¹

¹Республиканский расчетно-аналитический центр РАМН, Москва

²ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

В индустриальную эпоху принципы организации советской системы здравоохранения служили примером не только для стран народной демократии, но и экономически развитых мировых держав. Между тем успешность национальной системы здравоохранения, демонстрируя достижения социальной политики государства, выступавшего для населения страны в роли гаранта равного доступа к всеобъемлющей медико-санитарной помощи, базировавшаяся на экстенсивных показателях развития отрасли. Больничные койки, число врачей на 1000 жителей, число лиц, обратившихся за медицинской помощью – эти данные считать легко, но являются ли они показателями уровня здравоохранения, состояния здоровья нации? Скорее их можно рассценивать в качестве показателей объема государственных дотаций на содержание развернутых сетей медицинских учреждений.

Устройство системы финансирования, жесткость контроля органов и организаций здравоохранения со стороны государства в эпоху решения задач индустриальной модернизации страны – путем предельной концентрации ресурсов, мобилизационной экономики – были в определенной степени оправданными. Уровень финансирования, соответствующий определенной доле расходов ВВП на здравоохранение, выделенной по остаточному принципу, не позволял открыто поднимать вопрос о возмещении фактических затрат лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) на оказание медицинской помощи: отрицательная динамика медико-статистических и демографических показателей вела лишь к повышению плановых экстенсивных показателей (больше коек, больше учреждений, расширение штатных расписаний за счет привлечения в амбулаторно-поликлиническое звено "узких" специалистов).

Российское государство, сохранив право собственности на все ресурсы отрасли, продолжает выполнять функции основного заказчика, поставщика медицинской помощи, несет ответственность за обеспечение прав граждан, с одной стороны, – на бесплатную медицинскую помощь, с другой, – на сохранение рабочих мест в учреждениях здравоохранения.

Законодательное введение системы медицинского страхования положило начало структурной перестройке сложившихся организационно-экономических отношений в здравоохранении. Введение ответственности на основе договорных отношений независимых друг от друга субъектов системы медицинского страхования – производителя медицинских услуг (медицинского учреждения) и покупателя (страховой медицинской организации) – повлекло за собой создание средств, единиц и инструментов учета, контроля и оплаты оказанной медицинской помощи. По сути, впервые за десятилетия государством были предприняты шаги по построению на законодательной основе системы финансирования медицинских организаций за объем и качество медицинской помощи, то есть по конечному результату их деятельности. Таким образом, в новейшей истории россий-

ской медицины впервые были расставлены приоритеты не в пользу экстенсивных показателей, "оправдывающих" существование сложившихся сетей учреждений здравоохранения, но в пользу знания о процессе и конечном продукте профессиональной деятельности медицинских работников ЛПУ. Исполнители медицинских услуг – врачи и другие медицинские работники, непосредственно занятые в процессе оказания медицинской помощи, получили возможность влиять на объем финансирования своих медицинских организаций, применяя те или иные технологии, востребованные другими непосредственными участниками процесса оказания медицинской помощи – пациентами. Тем самым, пациенты также влияют на конечный финансовый результат медицинской деятельности.

Параллельно страховой медицинской организацией (СМО) осуществляются процессы детального сбора, надежной аккумуляции и анализа медико-экономической информации на основе новых для здравоохранения России информационных технологий, развитие которых до уровня интеллектуальных информационных систем должно было в корне изменить организационные и финансовые технологии управления системой здравоохранения. Не столько дефицит средств государственного бюджета в условиях капитализации экономики страны, сколько опасение монополизации со стороны СМО права собственности на полученное знание и управление им не позволили органам здравоохранения использовать возможности страховой медицины для оценки продуктивности финансовых вложений в отрасль.

Экономическая либерализация не изменила принципа администрирования органов управления здравоохранением, в основе которого по-прежнему лежит уровень ресурсообеспечения существующих сетей медицинских учреждений. Объем и структура информации, собранной и стандартизированной по прежним эталонам учета и отчетности, проходящей по старым каналам через малоподвижный и высокомерный аппарат, не может быть достаточной для определения "коэффициента полезного действия" региональных и ведомственных систем здравоохранения, объективной оценки состояния здоровья населения региона, эффективности медико-финансовой деятельности учреждений здравоохранения. Не адекватный рыночным условиям управленческий учет расходов на здравоохранение не позволяет эффективно планировать структуру сетей учреждений здравоохранения, оптимальный состав вложенных в отрасль ресурсов. Низкий уровень оплаты труда медицинского (и немедицинского) персонала лечебных учреждений, низкое качество медицинской помощи, широкое распространение теневых рынков медицинских услуг – на фоне падения ниже мирового уровня показателей общественного здоровья, всеобщей неудовлетворенности от взаимодействия с медицинской системой – дезавуируют результаты реформирования отечественного здравоохранения.

Анализ современных организационных технологий, обеспечивающих функционирование государственной системы здравоохранения развитых, развивающихся стран и стран с переходной экономикой, проводимый Российской

академией медицинских наук (РАМН), показал не столько существующие различия, сколько скорость изменений принципов и технологий управления. При этом вектор всех изменений направлен на повышение информированности лиц, принимающих ответственные управленческие решения. В РАМН понимали, что создание эффективной информационной системы потребует расширения штатного расписания федеральных учреждений здравоохранения за счет увеличения численности немедицинского персонала, таких, как специалисты по информатике, экономике здравоохранения, медицинской статистике, эксперты по маркетингу и управлению. Однако действующая система финансирования медицинских учреждений, включая федеральные, не позволяет резервировать достаточные средства для финансирования работы по информационному обеспечению медико-финансовой деятельности учреждения, математическому моделированию развития федеральных медицинских учреждений (ФМУ).

Параллельно этому глубокое осознание сущности глобальной конкуренции в современном обществе, превращающей информацию в могущественный и едва ли не решающий фактор интенсивного преобразования любой сферы экономики, политики и культуры, легло в основу разработки страховой компанией "Медстрах" инновационных информационных технологий, направленных на создание управляемой медицинской помощи. Именно этот аспект деятельности страховой компании послужил для РАМН серьезным основанием для учреждения медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), призванного организовать информационное пространство в среде согласования - между процессами производства и потребления медицинских услуг, инфраструктурами управления и потоками ресурсов в сфере российского здравоохранения.

МИАЦ в наиболее полном и интегрированном виде собирает, объединяет и распределяет, аккумулирует и анализирует медицинскую, статистическую, финансово-экономическую информацию о результатах деятельности ФМУ. Медико-статистическая информация, преобразованная в репрезентативные показатели, в первую очередь, направляется в РАМН и Минздрав России, где она используется для проведения сравнительного анализа потребности жителей того или иного субъекта Федерации в высокоспециализированной медицинской помощи и ресурсов развернутых на его территории сетей учреждений здравоохранения, оценки состояния здоровья населения региона. Параллельно анализируются финансово-хозяйственная деятельность ФМУ, определяются фактические затраты на лечение пациента по высокоспециализированным и прочим видам медицинской помощи.

Аналитические данные в настоящее время используются Минздравом России для определения квот на объемы и виды высокоспециализированной помощи - в разрезе регионов и отдельных ФМУ - и резервирования в этих целях средств государственного бюджета; данные анализа в том числе дают основание Минфину России вносить соответствующие коррективы в процесс бюджетирования субъектов Федерации.

Способ осуществления МИАЦ сбора, анализа, синтеза и передачи информации о результатах медико-финансовой деятельности ФМУ РАМН (и косвенно - территориальных органов и организаций здравоохранения) означает революционный скачок в организационных технологиях управления: взамен последовательного движения по иерархично предопределенным каналам, допускающим известные искажения, информация движется в свободном стиле, что позволяет Минздраву и Минфину России устанавливать баланс между обязательствами перед гражданами и финансовыми возможностями государства. Таким образом, информационно-технический потенциал МИАЦ позволяет резервировать финансовый ресурс для создания в России системы управляемой медицинской помощи на федеральном, территориальном и муниципальном уровне.

Требования повышения эффективности использования государственных ресурсов на здравоохранение и в целом на развитие социальной сферы в последние годы неоднократно звучат в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации. Так, в послании "О бюджетной политике на 2002 год и на среднесрочную перспективу" указывается на необходимость приведения обязательств государства в соответствие с имеющимися финансовыми возможностями. При этом подчеркивается, что размер бюджетных расходов на учреждения социальной сферы должен прямо зависеть от конечного результата деятельности учреждения. Бюджетное послание ориентирует на внедрение контрактных форм финансирования учреждений социальной сферы по принципу: "деньги выделяются организации не потому, что она существует, а в зависимости от результатов ее работы".

Опыт работы МИАЦ РАМН по реализации созданного на основе информационного обмена механизма приведения в соответствие финансовых возможностей государства и объема гарантированной бесплатной медицинской помощи, может выступить своеобразным катализатором внедрения новых принципов планирования - текущего и стратегического - деятельности медицинских учреждений. Состав и структура информации, передачу которой информационные технологии МИАЦ позволяют осуществлять не только по горизонтали, но и по вертикали, может быть использована органами управления здравоохранения в качестве эффективного инструмента для создания экономической основы построения новой управленческой вертикали в здравоохранении России, не нарушающей принципы федерализма.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки до 2010 года, логика и скорости, требуемые для формирования в России постиндустриального общества, диктуют необходимость создания системы управляемой медицинской помощи. Экономика в целом и экономика здравоохранения в частности должны перейти на интенсивные формы развития, в противовес характерным для прежнего социального мышления экстенсивным моделям социальной динамики. Преимущество получит тот, кто быстрее адаптируется к новаторским методам управления и организации эффективной работы.

Модель МИАЦ может быть представлена:

- как инструмент для принятия органами исполнительной власти субъектов Федерации эффективных управленческих решений в целях оптимизации процесса реформирования здравоохранения и управления медицинской помощью - на 2003 год и ближайшую перспективу - на основе государственного заказа-задания, финансируемого из государственного бюджета по конечному результату работы (оказанной услуге, пролеченному больному);

- как необходимая среда информационного взаимодействия с медицинскими учреждениями и органами управления здравоохранением с целью формирования эффективного планирования ресурсов отрасли на основе:

- методики полного возмещения общественно необходимых затрат на производство медицинской услуги согласно соответствующему ОСТу;

- методики учета и оплаты труда медицинских работников, расходования финансовых средств в медицинских организациях;

- программно-технического обеспечения автоматизированного персонализированного учета медицинских услуг - по каждому источнику поступающих в медицинское учреждение финансовых средств;

- методологии управленческого учета (медико-статистической и финансово-экономической отчетности), позволяющей органам управления здравоохранением проводить адекватную и эффективную реструктуризацию отрасли на федеральном и территориальном уровне.

Поступила 14.04.03