

Актуальные проблемы реформирования здравоохранения

Анализ состояния здравоохранения показывает, что накопленные кадровые и материально-технические его ресурсы используются неэффективно, не оправдывая вложенных в них ассигнований. В работе отрасли отсутствуют: необходимый уровень внедрения современных технологий, оптимальная структура штатов и средств, требуемый уровень профессиональной подготовки кадров, действенные механизмы управления качеством медицинской помощи, реальные нормативы, принцип этапности с разграничением уровней и унификацией методов на каждом этапе в интересах преемственности, сортировка и регламентация каналов движения пациентов, а также отчетность, позволяющая квалифицировать деятельность по конечному результату.

Более глубокому осмыслению сложившегося мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей — производства с присущими ему технологическими циклами и прочими атрибутами, каждый из которых имеет конкретную стоимость. В результате система медицинской помощи не имеет экономической основы, что предопределяет ей отстающее место в реформировании народного хозяйства.

Построенный за последние годы гигантский финансовый механизм страховой медицины, который мог бы стать серьезным инструментом преобразований, пока привязан к заданной еще в другой стране модели здравоохранения, т.е. к корпоративным интересам, и оплачивает в основном валовые показатели, а не результат. В целом возникла некая парадоксальная система менеджмента отрасли: органы здравоохранения в большей степени управляют учреждениями, нежели функциями и, кроме того, их финансовые возможности ограничиваются адресовкой средств в основные фонды, оборудование и т.н. базовую зарплату работников. В то же время

структуры Фонда обязательного медицинского страхования, располагая важным элементом осуществления требуемых реформ — оплатой выполнения медицинских услуг, по своей идеологии не поднимаются выше уровня бухгалтерии и кассы.

В настоящее время здравоохранение нуждается в серьезном экономическом осмыслении, основанном на балансе государственных, корпоративных и личных интересов. Прежде всего нужно разумно распорядиться тем, что есть, т.е. привести существующие возможности в соответствие с грамотными расчетами объемов и качества медицинской помощи. Занимаясь подобными расчетами, мы постепенно и неизбежно подойдем к пониманию, что здоровье в индустрии здравоохранения является товаром, имеющим цену. Только тогда у нас появятся объективные критерии эффективности вложенных средств и усилий. Успех в этом направлении во многом зависит от степени участия в нем работников отрасли.

К сожалению, в «портфеле» научных исследований практически отсутствует направление, связанное с медико-экономическим обоснованием используемых в здравоохранении медицинских технологий. Отрасль пока действует в давно устаревших ориентирах. Применяемые технологии весьма далеки от желаемого и возможного уровня. Даже в тех случаях, когда имеет место их планирование, оно неизбежно привязывается к сложившемуся укладу, ограниченному, кроме того, внутриведомственными подходами и т.н. «постатейным» экономическим мышлением. Общая горизонталь, пронизывающая несколько сфер бюджетных ассигнований, как правило, не просматривается. Нередко значительные расходы по линии соцобеспечения компенсируют низкую результативность укоренившихся методов диагностики и лечения, но это уже не беспокоит органы здравоохранения, поскольку является

вопросом другой отрасли. Очевидно, что мы нуждаемся в тщательной ревизии используемых технологий с позиций их медико-экономического обоснования, а также в активизации разработки основных лечебно-диагностических стандартов.

К сожалению, федеральное ведомство здравоохранения отказалось от своей основной обязанности — технологической модернизации системы оказания медицинской помощи населению (за исключением решений, относящихся к отдельным межрегиональным центрам), что отразилось на всей вертикали субподчиненных органов управления отрасли и привело к формированию ее экстенсивной модели. К сожалению, большинство предлагаемых ведомством решений лишь обостряют существующие проблемы.

Необходимо отметить, что на этом фоне столичное здравоохранение располагает необходимыми интеллектуальными и материальными возможностями для выполнения задачи поэтапного реформирования системы оказания медицинской помощи населению.

Здесь следует выделить обстоятельства, существенно влияющие на возможность выполнения этой задачи.

Отрицательные:

- конфедеральность данного шага, что требует политической поддержки руководства города;
- в конечном итоге предвидятся весьма серьезные изменения структуры муниципального здравоохранения, настроенной на максимальное приближение медицинских услуг к пациенту, что в условиях Москвы не имеет смысла, т.к. исключает индустриализацию труда.

Положительные:

- показатели физического износа и морального старения парка оборудования ставят нас перед необходимостью модернизации отрасли, причем было бы неразумно в этой ситуации оглядываться на прежние ориентиры;
- изменения экономической конъюнктуры: наблюдается эволюция снижения цен на оборудование, которое действительно требуется для технологической модернизации всей системы.

Реорганизация системы медицинской помощи и корректировка ее отдельных разделов связаны с двумя главными составляющими:

1. Уменьшение экономических затрат, под которыми понимается не только стоимость технологий, но и оценка их влияния на прямой и косвенный финансовый ущерб от последующего лечебно-диагностического процесса.
2. Повышение информативности благодаря использованию новых методов.

Конкретная работа, учитывающая эти две составляющие, на первом этапе носит сугубо аналитический характер.

Оцениваются — и только в сравнении с арсеналом других дисциплин (!) — имеющиеся в «портфеле» методы с точки зрения их пользы, риска и экономики.

Такова логика построения рекомендуемых лечебно-диагностических алгоритмов, нуждающихся к тому же в постоянном пересмотре, принимая во внимание ускоряющийся темп медико-технических достижений.

Далее согласованные алгоритмы «обрастают» методическими рекомендациями, штатным обеспечением, табелем технического оснащения, санитарными правилами, требованиями к профессиональной подготовке персонала, рекомендациями по контролю качества процедур, экономическими выкладками, т.е. всем тем, что составляет некий общий стандарт той или иной технологии.

В конечном итоге аналитический этап завершается последовательной структуризацией всей диагностической вертикали, пронизывающей отрасль и включающей в себя обоснованные и взаимосвязанные циклы с соответствующими организационными решениями о селективных маршрутах и унифицированной документации в общей схеме информационного взаимодействия.

Объектами такой структуризации должны стать прежде всего области медицинской помощи, имеющие наиболее значимые для государства отрицательные показатели деятельности здравоохранения (заболеваемость, временная утрата трудоспособности, инвалидность, смертность:

- сердечно-сосудистые заболевания,
- травматизм, онкологические страдания,
- сфера легочной патологии и т.д.).

В качестве примера решения поставленной задачи уже представлен проект «О реформировании системы амбулаторной помощи больным травматологического профиля».