
Проблемные статьи и обзоры

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**И.В.Малахова, А.А.Гракович, И.И.Новик,
Д.Ф.Куницкий, Н.Г.Гвоздь, И.В.Бровко**

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск
Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Приведены первые результаты оптимизации структуры управления здравоохранением регионов Республики Беларусь, осуществленной в 2005-2006 гг. Отмечено, что внедрение типовой структуры управления организациями здравоохранения (ОЗ) областных центров, городов областного подчинения и одноименных районов позволило выстроить вертикальную структуру управления амбулаторно-поликлинической службой, обеспечить преемственность форм и методов организации, координации и контроля деятельности амбулаторных и стационарных ОЗ. Выделены проблемы, возникшие в ходе реализации данного процесса, указаны возможные направления и способы их решения.

Обеспечение устойчивого развития отрасли, а также улучшение и стабилизация основных показателей состояния здоровья населения страны являются главными итогами реализации Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы [1]. Таких результатов удалось достигнуть за счет внедрения более совершенных и эффективных форм организации медицинской помощи населению и повышения ее качества.

Изучение общих для большинства стран задач и проблем, возникших в процессе реформирования здравоохранения, позволило выделить основные концептуальные подходы к решению вопросов организации медицинской помощи, а также наметить пути ее совершенствования в нашей стране [2, 3].

Для улучшения деятельности государственных организаций здравоохранения проведена оптимизация структуры управления здравоохранением республики, суть которой заключается в реорганизации структуры управляемого объекта и расширении его функциональных возможностей [4–8]. При этом были выработаны такие подходы к управлению, которые позволяют отрасли в совре-

менных условиях реализовать свой потенциал в достижении целей, которые ставит государство в сфере здравоохранения [5].

Совершенствование управления здравоохранением республики начато с упорядочения структуры центрального аппарата Министерства здравоохранения, поскольку пересмотр роли органов управления занимает значительное место в развитии здравоохранения.

Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 12 февраля 2004 г. №66 "О некоторых мерах по оптимизации системы республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций, подчиненных Совету Министров Республики Беларусь, структуры и численности работников государственных органов, других государственных организаций", постановления Совета Министров Республики Беларусь от 16 марта 2004 г. №285 "О некоторых вопросах создания и деятельности структурных подразделений центральных аппаратов государственных органов и иных государственных организаций", а также приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 марта 2004 г. №43 "Об утверждении структуры и штатного рас-

писания центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Беларусь" в Минздраве созданы два дополнительных структурных подразделения: управление фармацевтической инспекции и лекарственного обеспечения (с целью усиления контроля и надзора за фармацевтической деятельностью на всех этапах оборота лекарственных средств); управление по лицензированию (с целью качественного проведения экспертных работ по выдаче разрешений (лицензий), а также контроля за осуществлением лицензируемой деятельности субъектов хозяйствования республики).

Следующим этапом оптимизации структуры управления организациями здравоохранения стало упразднение в г. Минске отделов здравоохранения при районных администрациях.

Затем в 2005–2006 гг. проведена оптимизация структуры управления здравоохранением регионов, где были внедрены новые типовые структуры:

управлений здравоохранения облисполкомов (УЗО);

управления организациями здравоохранения областных центров и одноименных районов;

управления организациями здравоохранения городов областного подчинения и одноименных районов;

управления сельским здравоохранением [9].

Мероприятия по реорганизации структуры управления организациями здравоохранения (ОЗ) были нацелены на более эффективное использование бюджетных средств: сокращение расходов на высокочатратную стационарную медицинскую помощь и направление дополнительных ассигнований на развитие первичной медико-санитарной помощи, а также на обеспечение равной доступности всех видов медицинской помощи городскому и сельскому населению.

В ходе оптимизации структуры управления организациями здравоохранения областей ликвидированы 12 районных (городских) отделов здравоохранения и объединены ОЗ пяти областных центров с одноименными районами и семи городов областного подчинения с одноименными районами.

С 2006 г. здравоохранение областных центров, городов областного подчинения и одноименных сельских районов работает в условиях новой типовой структуры управления организациями здравоохранения, которая функционирует как единая система и обеспечивает равную доступность в получении квалифицированной медицинской помощи городскому и сельскому населению. Сократилось число ступеней управления, что обеспечива-

ет единство руководства объединенной сетью организаций здравоохранения; централизацию и оперативность корректировки текущих финансовых потоков в зависимости от решаемых задач.

Для реализации принципа приоритетности развития первичного звена здравоохранения в соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь головными организациями объединенного здравоохранения определены центральные поликлиники с приданием им статуса юридического лица. Основная задача центральной поликлиники (как фондодержателя) – более рациональное распределение финансовых ресурсов и, прежде всего, направление их на проведение профилактических мероприятий.

На основании Закона Республики Беларусь "О местном самоуправлении" и рекомендаций Минздрава с учетом некоторых критериев (дальность расположения организаций здравоохранения от центральной поликлиники, их мощность, возможность оказания комплексных медицинских услуг и др.) статус юридических лиц в областных центрах сохранили от 8 до 12 организаций здравоохранения.

Для оценки эффективности оптимизации структуры управления здравоохранением Республики Беларусь использована методика комплексного структурного анализа развития регионального здравоохранения, включающая:

- структурный анализ по методу компонентов;
- статистический анализ;
- метод экспертных оценок;
- экономический анализ;
- сравнительный анализ;
- мониторинг функций управления здравоохранением;
- мониторинг основных показателей здоровья;
- мониторинг деятельности организаций здравоохранения;
- анкетирование.

Данная методика позволяет сочетать анализ медико-организационной и финансово-экономической деятельности как отдельной ОЗ (микроуровневый анализ), так и оценку структурной эффективности системы здравоохранения в целом (макроуровневый анализ).

Алгоритм комплексного структурного анализа предусматривает:

- анализ основных показателей системы здравоохранения и ее ресурсного обеспечения (материального, кадрового и финансового) в разрезе регионального здравоохранения, уровней оказания медицинской помощи, отдельных организаций, врачебных специальностей, профилей коек и др.;

изучение потоков пациентов по уровням оказания медицинской помощи (районный, межрайонный, областной, республиканский);

выявление возможностей дифференциации медицинской помощи населению по интенсивности лечебно-диагностического процесса в ОЗ разного типа;

выявление диспропорций в развитии регионального здравоохранения;

изучение эффективности использования ресурсов при реорганизации структуры управления, внедрении ресурсосберегающих технологий, создании центров коллективного пользования дорогостоящим оборудованием, перераспределении финансовых средств на первичную медико-санитарную помощь, внедрении унифицированных информационных технологий и т.п.

Методика обеспечивает учет взаимосвязи бытовых, производственных, экологических факторов, особенностей организации медицинской помощи населению с его здоровьем.

На основании проведенного анализа отмечены некоторые положительные тенденции функционирования ОЗ в условиях новой структуры управления:

консолидация бюджетных средств объединенного здравоохранения позволила решить многие вопросы материально-технического и кадрового обеспечения;

практически обеспечены равные возможности в получении медицинской помощи городским и сельским населением, в том числе за счет организации выездов комплексных врачебных бригад в сельские организации здравоохранения;

значительно улучшилось качество диагностической помощи сельскому населению за счет централизации диагностических служб и рационального использования в равной мере для всех дорогостоящего высокотехнологичного оборудования, а также кадровых ресурсов городского здравоохранения;

усилен контроль за работой среднего звена;

интенсифицированы работа по диспансеризации сельского населения, профилактическая и лечебная работа среди жителей отдаленных населенных пунктов;

повышена ответственность городских организаций здравоохранения за оказание медицинской помощи сельскому населению;

решены вопросы социальной защиты одиноких жителей города и района в равной степени за счет единого фонда социальных коек;

удовлетворены потребности сельского населения в госпитализации в стационары города за счет рационального использования коечного фонда;

централизация оказания скорой медицинской помощи позволяет рационально использовать транспорт и контролировать качество оказываемой скорой и неотложной медицинской помощи сельским и городским жителям (в том числе и специализированной – кардиологической, психиатрической и др.);

более рационально используются имеющиеся кадровые ресурсы (работа врачей по совместительству).

Кроме того, постепенно увеличивается доля финансирования на амбулаторно-поликлиническую помощь в структуре бюджетного финансирования здравоохранения за счет снижения объема финансирования стационарной медицинской помощи (от 0,5% в Витебской обл. до 3% в Минской обл.). Наблюдается увеличение объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи, снижение объемов скорой медицинской помощи и показателя уровня госпитализации в стационары.

В результате объединения здравоохранения городов и одноименных районов принята единая территориальная программа и увеличено финансирование в расчете на одного сельского жителя. Так, в 2005 г. разница в финансировании расходов на здравоохранение на одного городского и сельского жителя была значительной, и норматив расходов на здравоохранение в расчете на одного городского жителя почти в два раза превышал таковой на одного сельского жителя. В 2007 г. норматив расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя стал одинаковым как для городского, так и для сельского жителя и составил 412,5 тыс. руб.

Для получения медицинской помощи сельское население секторально закреплено за амбулаторно-поликлиническими организациями объединенного здравоохранения с учетом транспортного сообщения. Вместе с тем, большая часть сельских жителей на настоящий момент (от 55% в Гомельской обл. до 100% в г. Бобруйске) обслуживается в бывших районных поликлиниках, т.к. данные медицинские организации полностью удовлетворяют требованиям комплексного оказания медицинских услуг и пожеланиям сельских жителей.

С целью уменьшения очередей при увеличившейся нагрузке в городских поликлиниках проведены следующие организационные мероприятия:

организована работа по принципу "одного окна";

увеличено время приема населения;

организован прием участковыми терапевтами без талонов (т.е. прием всех обратившихся сельских жителей);

упорядочены предварительная запись и само-запись, увеличена квота талонов на предварительную запись (до 35%);

ведется контроль за работой регистратуры в период максимального обращения пациентов.

В некоторых городских поликлиниках выделены отдельные терапевтические участки для обслуживания сельского населения.

Улучшены координация и контроль за рациональным использованием коечного фонда объединенного здравоохранения областных центров и городов областного подчинения. Повысилась возможность удовлетворения потребности сельского населения в круглосуточной стационарной помощи, решаются вопросы социальной защиты одиноких и престарелых граждан.

При использовании выездных форм деятельности значительно улучшилась контрольно-консультативная помощь сельским ОЗ и населению района. Повышается уровень квалификации врачей сельского звена за счет их участия в проводимых городскими организациями здравоохранения семинарах и конференциях.

В некоторых областных центрах и городах областного подчинения на базе городских ОЗ функционируют центры коллективного пользования дорогостоящим медицинским оборудованием (ультразвуковое, эндоскопическое, биохимическое, компьютерный томограф). Следует шире распространять этот опыт.

В нескольких центральных поликлиниках организованы службы главных внештатных специалистов по основным специальностям, которые ежедневно осуществляют прием как городских, так и сельских жителей по направлениям врачей поликлиник и врачебных амбулаторий, а также проводят ежеквартальные обучающие семинары с практическими врачами.

За счет внедрения информационных технологий, компьютеризации, создания локальной сети возросла преимущество в работе скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической и стационарной служб.

Таким образом, в результате совершенствования структуры управления организациями здравоохранения областных центров и одноименных районов, городов областного подчинения и одноименных районов медицинская помощь сельскому населению стала более доступной.

Важным итогом внедрения новой структуры управления ОЗ регионов явилось обеспечение взаимодействия управленческого персонала организаций здравоохранения и представителей местной власти.

Комплекс мероприятий, проведенных органами исполнительной власти совместно с системой здравоохранения страны, в том числе и оптимизация управления и структуры сельских ОЗ, способствовал некоторому улучшению основных медико-демографических показателей среди сельского населения. Так, в 2007 г. по сравнению с предыдущим годом отмечены рост числа родившихся сельских жителей (на 6,2%) и снижение числа умерших в сельской местности (на 6,8%). Также здесь зарегистрирован высокий уровень снижения смертности населения в трудоспособном возрасте (на 6,6%), что указывает на высокую социальную эффективность принимаемых мер.

Вместе с тем, необходимо отметить ряд проблем, возникших на местах после объединения организаций здравоохранения:

не решен вопрос исполнения статьи 143 Кодекса "О браке и семье", в соответствии с которой органами опеки и попечительства являются местные исполнительные и распорядительные органы. В результате реорганизации системы здравоохранения функции по опеке и попечительству возложены на центральные поликлиники, которые не имеют права их выполнять, т.к. в соответствии с действующим законодательством не являются органами исполнительной власти;

не в полной мере обеспечено эффективное управление объединенным здравоохранением главным врачом центральной поликлиники из-за совмещения им обязанностей по обеспечению деятельности самой центральной поликлиники;

неукомплектованность амбулаторно-поликлинических организаций врачебными кадрами (узкие специалисты) не позволяет обеспечить в требуемом объеме оказание населению специализированной медицинской помощи;

в ряде регионов не налажено четкое взаимодействие между органами городской и районной исполнительной власти по вопросам здравоохранения;

отмечена некоторая устранимость районных исполнительных комитетов от проблем, связанных с медицинским обеспечением сельского населения района и, особенно, с содержанием сельских объектов здравоохранения.

В результате проведенных мероприятий по оптимизации структуры управления организациями здравоохранения сокращены около 200 должностей административно-управленческого аппарата и 500 коек.

Следует отметить, что проблем с трудоустройством высвобождающегося медицинского персо-

нала не возникло из-за имеющегося в ОЗ дефицита физических лиц.

Таким образом, внедрение типовой структуры управления организациями здравоохранения областных центров, городов областного подчинения и одноименных районов позволило выстроить вертикальную структуру управления амбулаторно-поликлинической службой – наиболее массовым и общедоступным видом медицинской помощи населению, обеспечить преемственность форм и методов организации, координации и контроля деятельности амбулаторных и стационарных ОЗ.

Вместе с тем, для обеспечения устойчивой и эффективной работы системы здравоохранения в условиях внедрения новой структуры управления организациями здравоохранения необходимо:

продолжить работу по увеличению объемов оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе и ее финансирования за счет снижения объема финансирования стационарной медицинской помощи;

активизировать работу по внедрению информационных технологий в практику работы организаций здравоохранения;

продолжить работу по созданию центров коллективного пользования дорогостоящим оборудованием в центральных поликлиниках;

выйти с предложением к председателям облисполкомов по передаче функций по опеке и попечительству органам, определенным законодательством;

усилить контроль за качеством оказания всех видов медицинской помощи сельскому населению;

улучшить преемственность между амбулаторно-поликлиническим и стационарным звеньями оказания медицинской помощи;

привести в соответствие выполняемым функциям должностные инструкции аппарата управления всех центральных поликлиник;

перейти от принципа содержания ОЗ к принципу оплаты конкретных объемов медицинской помощи;

продолжить мониторинг работы организаций здравоохранения в изменившихся условиях.

Устранение имеющихся недостатков, дальнейшее проведение комплекса мероприятий по оптимизации структуры управления организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь при взаимодействии всех заинтересованных сторон – государственных, исполнительных, законодательных и контролирующих органов – позволят реализовать задачи, поставленные государством перед системой здравоохранения нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Жарко В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2007 году и основных направлениях деятельности на 2008 год // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №1. – С.3–15.
- 2 Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
- 3 Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2000. – №6. – С.47–55.
- 4 Постоялко Л.А., Цыбин А.К., Малахова И.В., Гракович А.А. Организационные технологии в здравоохранении Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №1. – С.4–11.
- 5 Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции // Управление здравоохранением. – 2005. – №1. – С.12–15.
- 6 Проблемы реформирования здравоохранения Республики Беларусь (международный консультативный семинар с участием экспертов ВОЗ) // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №1. – С.8–13.
- 7 Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни // Бюлл. ВОЗ. – 2007. – С.7.
- 8 Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч.3. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.
- 9 Руденко В.П., Цыбин А.К., Малахова И.В., Гракович А.А. Совершенствование структуры управления организациями здравоохранения Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №1. – С.10–16.
- 10 Жарко В.И., Цыбин А.К., Малахова И.В., Гракович А.А., Новик И.И., Куницкий Д.Ф. Здоровье народа и Программа развития здравоохранения Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №4. – С.3–6.
- 11 Спиридонов В.Е. Опыт реформирования первичной медико-санитарной помощи // Здоровье населения – основа благополучия страны: материалы V съезда организаторов здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 11–12 мая 2006 г. – Мн.: Минсктиппроект, 2006. – С.157–159.

Поступила 07.04.2008 г.