Банин, Сергей Анатольевич. Формирование социально ориентированной и эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Банин Сергей Анатольевич; [Место защиты: Том. гос. ун-т].- Томск, 2011.- 292 с.: ил. РГБ ОД, 61 12-8/262

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Теоретико-методические основы формирования эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций в Российской Федерации 15-61**

1.1. Финансирование региональных медицинских организаций в Российской Федерации: порядок финансирования и оценка социально-экономической эффективности 15-30

1.2. Характеристика и оценка зарубежных моделей финансирования медицинских организаций 30-43

1.2.1. Зарубежная практика финансирования медицинских организаций 30-36

1.2.2. Проблемы выбора рациональной модели финансирования медицинских организаций 36-43

1.3. Система финансирования медицинских организаций в России: систематизация проблем и перспективы развития 43-61

**Глава 2. Реформирование порядка финансирования региональных медицинских организаций в Российской Федерации 62-128**

2.1. Анализ современных методических подходов к реформированию порядка финансирования региональных медицинских организаций в Российской Федерации 62-85

2.2. Концептуальная модель формирования социально ориентированной и эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций 85-112

2.3. Системная модель формирования социально ориентированной и эффективной системы финансирования медицинских организаций в Российской Федерации, основанная на программно-целевом и интегрированном подходе 112-128

**Глава 3. Социально ориентированная и эффективная интегрированная модель финансирования медицинских организаций: порядок организации и оценка социально-экономической эффективности 129-171**

3.1. Организация социально ориентированной и эффективной интегрированной модели финансирования медицинских организаций. 129-150

3.2. Анализ результативности внедрения социально ориентированной и эффективной интегрированной модели финансирования медицинских организаций (на примере Томской области) 150-162

3.3. Предложения по дальнейшему использованию и тиражированию социально ориентированной, эффективной интегрированной модели финансирования медицинских организаций 163-171

Заключение 172-181

Список использованной литературы 182-210

Приложения 211-292

**Введение к работе**

**Актуальность работы.**Система финансирования медицинских организаций предопределяет объем и характер оказываемых населению медицинских услуг, а также иерархическую структуру всего здравоохранения страны, начиная с первичного звена (поликлиника, амбулатория, общая врачебная практика) и включая клиники федеральных институтов, оказывающих высоко технологичную медицинскую помощь. Более того, финансовые отношения между различными участниками системы (медицинскими организациями, организациями и пациентами) формируют этические, деонтологические и нравственные особенности медицинской практики. Поэтому создание модели финансовых отношений, адекватной потребностям населения и учитывающей особенности и характер деятельности различных медицинских организаций в регионах России, является крайне непростой, но необходимой задачей. Она актуализируется ещё и тем, что действующая в настоящее время система многоканального бюджетно-страхового финансирования не отвечает вектору развития и российской, и мировой науки и практики формирования финансовых отношений в системе предоставления медицинских услуг населению. Эта модель во многом не избавилась от недостатков предыдущей косной бюджетной модели, где человек не является полноценным участником системы охраны здоровья.

Таким образом, требуется разработка теоретико-методических положений к формированию современной социально ориентированной эффективной модели финансирования медицинских организаций, которые, в отличие от известных подходов, позволили бы поставить человека в центр системы, обеспечить оказание медицинских услуг, адекватных состоянию здоровья человека, вовремя, в требуемом объёме и с нужным качеством, а также профилактическую направленность медицинской практики. При этом система финансирования должна быть настроена таким образом, чтобы обеспечить медицинскую помощь всеми имеющимися ресурсами, независимо от источника их происхождения, что, в свою очередь, позволит повысить эффективность и результативность финансово-экономической деятельности медицинских организаций.

**Степень научной разработанности проблемы.**Изучение многообразных исследовательских источников по поставленной в работе проблеме позволяет говорить о степени ее разработанности по следующим направлениям:

1. проблемы экономики, организации и финансирования национальных систем здравоохранения мира, а также основные направления их реформирования представлены в работах В.З. Кучеренко, Р.Б. Салтмана, Дж. Фигейраса, Дж. Л. Гран, A. Creese, М. Cichon, С. Normand, J.A. Rice, L. Malcolm, L.J. Blumberg, A. Evans; большое количество публикаций представлено Всемирной организацией здравоохранения (например, серии «Health care systems in transition», содержащих всесторонний анализ реформ национальных систем здравоохранения);
2. существует множество публикаций и научных исследований, свидетельствующих о том, что система здравоохранения Российской Федерации нуждается в существенной модернизации, реформировании; среди них труды А.И. Вялкова, Ю.М. Комарова,

В.И. Стародубова, Н.Б. Найговзиной, И.М. Сон, С.А. Леонова, И.М. Шеймана, B.C. Лучкевич, В.М. Чернышева, В.О. Гурдус, М.В. Айвазовой, М. Фотаки, Т.Н. Макаровой и др. При этом значительное число авторов обосновывает теоретические и практические подходы к применению рыночных механизмов модернизации отечественного здравоохранения; можно отметить работы И.А. Тогунова, С.А. Закировой, И.М. Шеймана, А.А. Адамяна, Т.Н. Макаровой, СЮ. Боханова, СВ. Шишкина, В.М. Донина, С.А. Столярова, О.П. Марковой, Н.В. Кривенко, Е. Сьораса, van de Ven W.P., R.B. Saltman и многих других;

1. анализ современного состояния системы финансирования территориального здравоохранения, подходы к определению эффективности деятельности региональных, муниципальных систем здравоохранения, а также эффективности функционирования медицинских организаций представлены в работах О.В. Андреевой, В.О. Флека, Н.Ф. Соковниковой, Ф.Н. Кадырова, Л.В. Стеколыцикова, А.Д. Аюшиев, Г.П. Дегтярева, А.Л. Линденбратена, Н.Б. Ординой, М.Р. Андреевой, М.П. Ройтмана, И.М. Шеймана, В.И. Шевского, М. Фотаки, Т.Н. Макаровой, В.В. Власова, И.Д. Тургель, В.Б. Батиевской, И.Я. Хайновской, Г.Н. Царик, К.Ш. Зиятдинова и др. Среди финансовых инструментов, используемых в национальных системах здравоохранения, важное направление научных исследований связано с оценкой результативности одноканальной системы финансирования регионального здравоохранения, с изучением влияния отдельных финансовых параметров этого подхода (подушевое финансирование, одноканальное финансирование, полный тариф, фондодержание, общая врачебная (семейная практика): Дж. Райе, В.М. Шипова, Г.П. Дегтярев, Р.И. Девишев, Д.В. Пивень, Т.В. Кузнецова, П.Е. Дудин, Обухова О.В., Т.Н. Макарова, Г.Н. Царик, Л.Е. Исакова, В.М. Чернышев, И.М. Шейман, Р. Шердер, СМ. Beck, R.I. Paul, Т. Bodenheimer, К. Sullivan; и особенно с изучением финансирования на основе подушевых нормативов (van Vliet R.C, van de Ven W.P., G.F. Anderson, J.H. Bilenker, W.E. Weller, A. Ash, F. Porell, L. Gruenberg, A.T. Baker);
2. проблемы моделирования систем здравоохранения, в том числе создание экономических и финансовых моделей здравоохранения, рассматривались в работах В.О. Флека, Н.А. Кравченко, Я.В. Крутовой, О.В. Кулигина, Н.Ф. Соковиковой, Н.Г. Ильичёвой, Н.Г. Малаховой, И.А. Тогунова, Н.В. Басова, Н.А. Жихаревой Р. Шенонна, Е.Н. Шигана, Т.А. Сибуриной, СВ. Шишкина Н.Б. Найговзиной, А.В. Раковой, В.Б. Филатова, М.Щербакова, Ю. Качаловой и др.

Несмотря на широкий спектр исследований в области финансовых отношений в системе здравоохранения, ряд проблем реформирования системы финансирования медицинских организаций не получил должного внимания со стороны учёных. Отсутствие целостной концептуальной модели организации финансовых отношений в системе регионального здравоохранения, являющейся одновременно социально направленной и финансово результативной, делает актуальным и значимым выбранное направление исследования.

**Область исследования.**Исследование проведено по специальности 08.00.10 - финансы, денежное обращение и кредит. Паспорта специальностей ВАК согласно разделам: 2.2 - «Финансовое регулирование экономических и социальных процессов»; 2.26 -«Развитие региональной финансовой системы, проблемы её интеграции в национальную и международную финансовые системы»; 7.3 - «Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования».

**Объект исследования**- система финансирования медицинского обслуживания населения.

**Предметом исследования**выступают финансовые отношения, возникающие в процессе взаимодействия различных звеньев финансовой системы регионального здравоохранения и направленные на формирование социально ориентированной эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций.

**Цель диссертационной работы**заключается в теоретико-методическом обосновании социально ориентированной и экономически эффективной системы финансирования медицинских организаций Российской Федерации, основанной на изменении модели поведения всех участников медицинской помощи и направленной на повышение результативности использования финансовых средств.

Исходя из поставленной цели сформулированы основные **задачи**диссертационного исследования:

изучить порядок финансирования медицинских организаций и провести оценку социально-экономической эффективности существующей модели;

систематизировать проблемы финансового обеспечения регионального здравоохранения России;

провести анализ путей и механизмов разрешения проблем повышения качества и эффективности здравоохранения, в том числе с учетом подходов, предлагаемых мировыми национальными системами предоставления медицинских услуг;

разработать методические положения по реформированию схемы финансирования медицинских организаций на региональном уровне;

предложить интегрированную модель финансирования здравоохранения, включающую концептуальные и системные подходы в ее реализации;

разработать систему оценки финансового состояния медицинских организаций, учитывающую особенности деятельности в условиях реализации новых финансовых инструментов;

- проанализировать полученные результаты внедрения модели, наметить пути  
дальнейшего ее развития.

**Теоретической и методологической основой исследования**послужили труды зарубежных и отечественных авторов в области организации и управления регионального здравоохранения, в области моделирования систем организации медицинской помощи, в области финансирования медицинских организаций, медицинской помощи и медицинских услуг.

При решении поставленных задач автором использованы методы исторического анализа, сравнительного анализа, группировки, системного подхода на основе сопоставления и сравнения теоретического и практического материала, а также экономико-статистические и графические методы и модели, позволившие сформулировать обоснованные и достоверные выводы в диссертационном исследовании.

**Информационную базу**исследования составили законодательные и нормативно-правовые акты федеральных и региональных органов власти в сфере организации и финансирования здравоохранения; информационно-аналитические материалы Всемирной Организации Здравоохранения (WHO) и ее европейского региональное бюро (WHO Regional Office for Europe), Европейской обсерватории по системам здравоохранения (European Observatory on Health Care Systems), Института «Открытое общество», Всемирного банка (World Bank), Организации экономического сотрудничества и развития (OECD), других международных организаций, министерств, департаментов, ведомств, комитетов и служб здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации, независимых институтов, агентств, Росстата РФ, информационных подразделений органов власти в сфере здравоохранения региональных и местных администраций.

**Научная новизна**диссертационного исследования заключается в системной разработке теоретико-методических положений по формированию интегрированной модели финансирования медицинских организаций регионального здравоохранения, позволяющей, в отличие от известных подходов, обеспечить повышение качества медицинского обслуживания населения и эффективное использование финансовых ресурсов медицины.

**Наиболее существенные результаты, полученные в исследовании, их научная новизна:**

1. выявлена, на основе сравнительного анализа организации финансирования медицинских организаций в развитых зарубежных странах и использования расширенного комплекса критериев оценки их социально-экономической эффективности, рациональная, с точки зрения достижения социальных результатов (здоровья) при имеющихся объемах финансирования медицинских организаций и структуре потоков, смешанная модель финансирования системы здравоохранения;
2. разработана концепция социально ориентированной и эффективной интегрированной модели финансово-экономических отношений в системе регионального здравоохранения, отличительной особенностью которой является последовательно-процессная взаимообусловленность отдельных финансовых элементов системы с организационной структурой медицинских организаций, с видами и объемами предоставляемых медицинских услуг, соответствующих реальным потребностям населения, где пациент становится центром финансово-экономических отношений, а разработанные финансовые инструменты обеспечивают выраженное профилактическое направление в деятельности медицинских организаций;
3. предложены финансовые инструменты реализации новой модели, основанные на программно-целевом подходе позволяющие обеспечить баланс между объемами государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и финансовыми средствами, выделяемыми на их покрытие; повысить результативность использования

финансовых ресурсов системы; внедрить эффективные и справедливые рыночные отношения в систему предоставления медицинских услуг через систему обязательного медицинского страхования; организовать финансовое стимулирование оказания качественной медицинской помощи; устранить элементы дифференциации в обеспечении граждан медицинской помощью в системе ОМС; обеспечить приоритет первичного звена здравоохранения, передачу амбулаторно-поликлиническим организациям (учреждениям, подразделениям) права решения характера медицинского обслуживания в интересах прикрепившегося населения;

4) предложена система оценки социально-экономической эффективности программно-целевого интегрированного финансирования медицинских организаций регионального здравоохранения, основанная на принципах взаимообусловленности критериев финансово-экономической и медико-организационной результативности; доказана целесообразность ее тиражирования в других субъектах РФ.

**Теоретическая значимость**исследований, проведенных в рамках диссертационной работы, заключается в разработке концептуальных и научно-практических подходов к формированию социально ориентированной эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций в условиях реформирования здравоохранения России.

**Практическая значимость**диссертационной работы состоит в возможности использования теоретических выводов и предложений по практической реализации достигнутых результатов внедрения финансово-экономических системообразующих методов финансирования медицинских организаций (на примере Томской области) в качестве методической основы при внедрении предложенных принципов в системы здравоохранения любого региона России при разработке региональной политики в области здравоохранения с учетом его региональных особенностей.

Отдельные положения диссертационного исследования могут быть использованы в учебном процессе для студентов экономических, медицинских специальностей, а также в учебных программах переподготовки и повышения квалификации управленческих кадров в сфере экономики и организации здравоохранения, в отдельных разделах курсов «Финансы», «Страхование».

**Апробация и внедрение результатов диссертационной работы.**Наиболее существенные результаты диссертации были доложены, обсуждены и одобрены на международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях: «Всероссийское совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, участвующих в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» (г. Томск, 2007 г.), «4-й Международный форум «MedSoft - 2008» (г. Москва, 2008 г.), «Всероссийское совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (г. Калининград 2008 г.), «IV Пермский экономический форум «Новые метрополии: города, которые выбирают» (г. Пермь, 2008 г.), «III Общероссийский медицинский форум «Медицина за качество жизни» (г. Новосибирск, 2008 г.).

**Публикации.**По теме диссертационного исследования опубликовано 11 научных работ, включая 4 публикации в изданиях, содержащихся в Перечне ведущих рецензируемых журналов и изданий, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, а также монографию. Общий объем публикаций составляет 13,98 п.л. /12,43 п.л.

**Структура и объем работы.**Структура диссертационного исследования сформирована в соответствии с поставленной целью и задачами, а также выбранными способами их решения. Диссертация состоит из трех глав, содержащих одиннадцать параграфов, заключения, шести приложений, списка использованной литературы (235 наименований). Диссертация содержит 180 страницы основного текста, 8 рисунков, 21 таблицу, 6 формул.

## Характеристика и оценка зарубежных моделей финансирования медицинских организаций

В приложении 4 дана характеристика достижения поставленных перед здравоохранением целей. На основании данного исследования можно прийти к следующим выводам: 1). Оценка достижения первой цели: «хорошее здоровье», выраженное через показатели демографического положения населения России, в первую очередь средней продолжительности предстоящей жизни. По показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия отстает не только от развитых, но и развивающихся стран: еще в 2008 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении была в среднем по миру 68,0 лет (Россия достигла значения этого показателя только в 2009 году - 68-67 лет), что по оценке ВОЗ соответствовало группе стран, имеющих нижний средний уровень доходов; приближающиеся показатели имели регионы Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья. Низкая продолжительность жизни населения в России формируется преимущественно за счёт сверхсмертности в

трудоспособном возрасте. Таким образом, достижение первой цели функционирования системы здравоохранения России далеко от своего идеала. 2). Оценка достижения второй цели: «хорошее качество».

Качество структуры: структура российского здравоохранения диспропорциональна, не способствует достижению требования хорошего качества, практически всеми авторами признается необходимость реструктуризации медицинской помощи по всем ее уровням и направлениям как по горизонтали, так и по вертикали.

Качество процесса предоставления медицинских услуг: практически все исследователи признают, что до настоящего времени ограниченные ресурсы российского здравоохранения расходуются на неэффективные и методы диагностики и лечения, и организационные технологии оказания медицинской помощи. Особенно часто критикуется система многоканального финансирования и медикаментозной терапии, составляющей значительную долю общих расходов на охрану здоровья. Научно обоснованные методы диагностики и лечения, основанные на принципах доказательной медицины, практически не применяются в повседневной практике врачей, применение стандартов медицинской помощи находится только в первой стадии своего внедрения.

Качество результата деятельности здравоохранения проявляется в массиве медико-статистических показателей, характеризующих отдельные стороны физического и психического здоровья российских граждан. Как видно из представленного в приложении 4 материала, деятельность системы, направленная на достижение качественного результата, пока ставит больше вопросов, чем на них имеются ответов, несмотря на определенные шаги, предпринятые на федеральном и региональном уровне.

В результате приходится констатировать, что и вторая цель деятельности здравоохранения России не достигнута, как и первая. 3. Оценка достижения третей цели: справедливости, или финансовой доступности к медицинским услугам. Данная цель деятельности здравоохранения характеризует возможности населения в получении необходимой медицинской помощи и описывается параметрами платности/бесплатности в получении медицинских услуг. Справедливое финансирование в системах здравоохранения означает, что риск, которому подвергается каждая семья в связи со стоимостью услуг системы здравоохранения, распределяется скорее в соответствии со способностью платить, чем с вероятностью заболеть: справедливо финансируемая система обеспечивает финансовую защиту для каждого. Система здравоохранения, в которой приобретение необходимых медицинских услуг может привести к обнищанию отдельных людей или семей, или стоимость которой заставляет отказаться от ее услуг, или если национальные системы здравоохранения слабы, невосприимчивы к нуждам людей, являются несправедливыми и даже небезопасными - считают эксперты ВОЗ [220;222]. Как свидетельствует материал приложения 4, проблем в этом направлении деятельности отечественного здравоохранения очень много.

Обобщая представленный в данном параграфе материал, мы приходим к тому, что, пользуясь терминологией ВОЗ, в достижении всех трех целей деятельность здравоохранения Российской Федерации можно охарактеризовать как «недостигающую желаемого эффекта».

Этот вывод подтверждается и интегральной оценкой ВОЗ, использующей более подробную структуру целей функционирования системы здравоохранения: общий уровень здоровья; распределение уровня здоровья среди населения; общий уровень отзывчивости системы; распределение отзывчивости; распределение финансового взноса. По данным параметрам из 191 страны мира Российская Федерация находится всего лишь на 130 месте, имея индекс общего функционирования 0,544, при лучшем показателе Франции 0,994 (1997 год) [54,С.222-225]. Следует отметить, что такая низкая оценка эффективности российского здравоохранения присутствует и в официальных публикациях Президента России, Правительства РФ. Так, даже в более благополучном 2008 году при утверждении Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р) Правительство РФ делает вывод о низком качестве и снижении уровня доступности социальных услуг в сфере здравоохранения [5].

## Концептуальная модель формирования социально ориентированной и эффективной системы финансирования региональных медицинских организаций

В предыдущей главе были рассмотрены основные направления реформирования финансовых отношений, принятые в мировой практике национальных систем здравоохранения. Они связаны с внедрением рыночных отношений на фоне государственного регулирования и обеспечения социальных гарантий доступной, справедливой и качественной медицинской помощи. Мировой опыт показывает, что замедление темпов развития здравоохранения, снижение жизненного уровня и показателей здоровья населения во многом зависят и определяются финансовой моделью деятельности системы, ее подсистем. Swenson et al. на большом материале анализа здравоохранения стран Европейского континента приходят к выводу, что обсуждение различных стратегий реформирования страдает от недостаточности знаний о возможных последствиях их реализации, «...опираются преимущественно на здравый смысл и мало подкреплены достоверными данными» [121,С. 168]. Приступая к изменениям в системе финансирования сектора здравоохранения, эксперты ВОЗ А-Р. Contandriopoulos, С. Cruz Rivero, М. Kaddar, G.G. Sikipa, О. Solon, J. Thomason et al. предупреждают о необходимости просчитывать последствия принимаемых решений. Изменяя любой из параметров многогранной финансовой схемы (система вознаграждения, метод финансирования медицинской помощи или оплаты труда медицинских работников и др.), в результате можно получить совершенно неожиданный характер отношений между медицинскими работниками и пациентами. «Можно повлиять на материальную доступность помощи и, следовательно, на состояние здоровья различных групп населения. От способа финансирования зависит рост расходов в секторе здравоохранения, место и тип обслуживания, численность и категория задействованного персонала», - говорится в докладе исследовательской группы ВОЗ [111]. Анализируя проблемы внедрения рынка в деятельность кооперативов врачей общей практики Великобритании, W. Bartlett приходит к выводу, что «ориентация на получение прибылей может подорвать доверительные отношения между врачом и больным» [197]. Means G.B. считает, что для обеспечения стабильной медицинской деятельности и повышения ее доходности нужно придерживаться следующих пяти правил (cash streams): привлекать кредиты и создавать интерес к своей деятельности, чтобы не возникало ситуации «неоплаченного баланса»; не допускать случаев незаконченного лечения; обеспечивать финансированием помощь всех пациентов, заслуживающих вашего внимания; заниматься видами помощи, которые являются наиболее оплачиваемыми; избегать лечения заведомо смертельных случаев [210]. По мнению Т. Bodenheimer, К. Sullivan способ финансирования медицинских услуг должен отвечать двум критериям: обеспечивать равенство и быть простым. Эти критерии широко обсуждаются в специальной литературе и находят свое применение в национальных системах финансирования [198]. Schmalzried Т.Р., Luck J.V.Jr, рассматривая применение различных систем оплаты в ортопедической практике, в том числе подушевого финансирования, пришли к заключению, что никакая система компенсации неотъемлемо ни хороша или плоха. Врач, стиль поведения которого основан на врачебной этике, всегда на первое место поставит терпеливое и чуткое отношение к проблемам пациента и сосредоточится на предоставлении качественной медицинской помощи, независимо от метода оплаты [219].

В этой связи, обобщая различные подходы при разработке новых моделей финансовых отношений, ВОЗ рекомендует обращать внимание не только на теоретические преимущества новых подходов, но и на эмпирические доказательства действенности различных путей реформирования финансовой системы [54.С.121]. Для России это более чем актуально, т.к. опыт внедрения современных финансовых параметров деятельности можно оценить как крайне минимальный, и, более того, на любые новации в сфере финансово-экономических отношений всегда накладывается «человеческий фактор».

Это позволило нам на основе выше изложенных подходов к реформированию национальных систем здравоохранения мира и России, изучения подходов к моделированию (И.А. Тогунов), в т.ч. моделей развития, моделей процессов, в частности реформирования и формирования программ социально-экономического развития регионов, создания системы современной региональной финансовой политики, в том числе на территории Томской области (Гринкевич Л.С., Рощина И.В., Козловская О.В., Баранова И.В. и др.) [46,73,155], в настоящем диссертационном исследовании предложить собственную оригинальную концептуальную модель модернизации здравоохранения. В основе ее лежит процессный подход к последовательности принимаемых управленческих решений (рисунок 2). В ходе работы над созданием данной модели большой методической поддержкой явились многочисленные материалы Всемирной организации здравоохранения и ее европейского бюро; ряд методических подходов был применен из публикаций И.А. Тогунова [152-156].

Процессный подход заключается в том, что любая деятельность или операция, которая получает что-то «на входе» и превращает это в нечто «на выходе», может быть рассмотрена как процесс. Практически вся деятельность и операции, связанные с продукцией и/или услугами, являются процессами. Для функционирования организаций необходимо, чтобы они определили и управляли целым рядом взаимосвязанных процессов: часто «выход» одного процесса будет непосредственным «входом» для следующего процесса. Систематическая идентификация и управление различными процессами, реализуемыми внутри организации, и, в особенности, взаимосвязь между такими процессами могут быть названы в управлении как подход, основанный на процессах, или «процессуальный подход» (Модель ГОСТ-Р ИСО 9001-2001).

Построение процессуальных моделей - достаточно известный методологический подход, применяемый в различных сферах общественно-экономической, политической и гуманитарных областях, в т.ч. в медицине [28;58;79;116;184]. Однако в доступной довольно обширной литературе автору не удалось найти ссылок на применение данного метода к проблеме развития либо национальных, либо региональных систем здравоохранения. В большей степени автор ориентировался на международный опыт как наиболее многообразный, ориентированный и на здравоохранение, как субъект социально-экономического пространства общества, и на гражданина, и на медицинского работника.

## Анализ результативности внедрения социально ориентированной и эффективной интегрированной модели финансирования медицинских организаций (на примере Томской области)

Анализ результативности внедрения одноканальной системы финансирования медицинских организаций рассмотрим по трем основным параметрам: оценка финансовой стабильности и возможности для развития медицинской организации, действующей в новых финансовых условиях; социально-экономическая эффективность регионального здравоохранения; динамика основных медико-демографических параметров состояния здоровья населения области. 1). Оценка финансовой стабильности и возможности для развития. Автором предложена система мониторинга финансовой деятельности ЛПУ по ряду финансовых показателей. Среди них: - поступление денежных средств за отчетный период, всего; - принятые ТТФ ОМС счета за отчетный период (без иногородних); - плановый доход за отчетный период по тарифному соглашению; - процент выполнения плана по плановым доходам; - кассовые расходы; - фактические расходы; - отклонение фактических расходов от принятых счетов за отчетный период с учетом остатка на начало года; - уровень обеспеченности фактических расходов доходами; - сумма среднемесячного финансирования; - остаток денежных средств на расчетном счете на конец отчетного периода; - дебиторская задолженность на конец отчетного периода; - кредиторская (в т.ч. просроченная) задолженность на конец отчетного периода. Суть анализа заключается в том, чтобы установить наличие финансовых возможностей у медицинской организации для обеспечения своего развития. В результате анализа все медицинские организации формируют четыре аналитические группы учреждений. 1. Тревожная группа: фактические расходы превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), остаток средств на начало года и текущие поступления не компенсирует перерасход. Кредиторская задолженность не погашается авансовым платежом за будущий период, имеется просроченная кредиторская задолженность. Учреждение «живет» в долг. 2. Нестабильная группа: фактические расходы превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), остаток средств на начало года не компенсирует перерасход, но авансовый платеж будущего периода покрывает кредиторскую задолженность; просроченной кредиторской задолженности нет. 3. Требует текущей коррекции: фактические расходы соответствуют доходам либо превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), но остаток средств на начало года и текущие поступления компенсирует перерасход; условия для развития - минимальные. 4. Требует продолжения мониторинга: сумма принятых счетов превышает фактические расходы учреждения. Имеется стабильная возможность для развития учреждения. В Приложении 6 представлен сравнительный анализ плановых и фактических показателей по фондодержанию за 2009 год в разрезе всех ЛПУ области, участвующих в реализации новых финансово-экономических подходов - и МО-фондодержателей, и МО-исполнителей. Как видно из таблицы 18 и Приложения 6, абсолютное большинство медицинских организаций Томской области с начала введения одноканального финансирования имели положительные результаты финансово-хозяйственной деятельности, а значит, имели условия для развития своих учреждений. Эта потенциальная возможность подтверждается реальными направлениями развития материально-технической и медико-организационной базы медицинских организаций области. Можно с уверенностью сделать вывод, что за прошедшие 4-5 лет облик и оснащенность муниципального здравоохранения существенно изменился в лучшую сторону. Настоящее диссертационное исследование показало, что медицинские организации государственной и муниципальной форм собственности, поставленные в рамки деятельности в условиях, приближенных к требованиям рыночных отношений, меняют характер своей деятельности, характер своих предпочтений, стремятся повысить уровень управления учреждением, внедрять новые формы обслуживания, повышать качество сервиса. Таким образом, считавшиеся ранее прерогативой частной системы здравоохранения евроремонты, наличие администраторов холла, современный дизайн внутренних помещений и наружного фасада, логистика и маршрутизация пациентов в медицинской организации, маркетинговое исследование рынка медицинских и прочих услуг, аутсорсинг и т.д. - стали нормальным стилем работы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Томской области. В связи с этим изменился и характер предпочтений учреждений: раньше, при бюджетном финансировании, основную задачу администрация учреждения видела в четком постатейном исполнении утвержденной сметы; при бюджетно-страховой модели, когда схема финансирования изменилась в сторону количественных параметров, определяющих успех организации, - в высоких посещениях, койко-днях, исследованиях и т.п. Деятельность в условиях одноканального финансирования показала, что параллельно формированию новых финансово-экономических отношений, - когда государственные и муниципальные учреждения оказались поставленными в равные условия с медицинскими организациями частных форм собственности, - начали формироваться и новые формы обслуживания населения. Качество и уровень сервиса, качество и уровень медицинского персонала стали обязательным условием успеха, развития, необходимым условием для самого существования лечебно-профилактического учреждения, вынужденного реально вступать в конкурентные отношения за пациента. 2). Социально-экономическая эффективность регионального здравоохранения. Для рассмотрения социально-экономической эффективности регионального здравоохранения воспользуемся результатами оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти Томской области по итогам 2007 и 2008 гг., проведенной Министерством регионального развития Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». Оценка проводилась по достигнутому уровню и динамике показателей социально-экономического развития регионов, эффективности расходования средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации по утвержденным показателям. Результаты оценки размещены на сайте Министерства регионального развития Российской Федерации http://minregion.ru/.

## Предложения по дальнейшему использованию и тиражированию социально ориентированной, эффективной интегрированной модели финансирования медицинских организаций

В результате проделанной работы 30 декабря 2005 за № 38 подписано Соглашение между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Томской областью о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в которое отдельным блоком вошли положения, регламентирующие реализацию пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области».

Кроме Соглашения с Минздравсоцразвития России, официальный статус Томскому проекту был придан специальным постановлением Администрации Томской области от 01.07.2005 № 71 а/1 «Об утверждении пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области», Постановлением Государственной Думы Томской области от 22.12.2005 № 2747 «О рекомендациях Парламентских слушаний по обсуждению пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области» [8; 9].

Начало реализации системы одноканального финансирования в Томской области было сопряжено с непониманием целей и задач модернизации здравоохранения, механизмов их достижения. Несмотря на большую разъяснительную работу, в том числе автора, с руководителями учреждений всех уровней, на старте проект часто ассоциировался с «сокращением, закрытием, увольнением» и т.п. негативными последствиями. В этой связи логичным было желание либо вообще ничего не делать, либо -«назад в бюджет, смету, где все - хоть и бедно, но привычно и понятно». Необходимо отметить, что не всегда такие желания носили чисто субъективный характер. Так, например, достаточно обоснованная, на взгляд автора, позиция администрации Областного кожно-венерологического диспансера по особенностям организации дермато-венерологической помощи на территории Томской области и высокая социальная составляющая в деятельности медицинского учреждения позволили принять управленческое решение о переводе диспансера полностью на финансирование за счет средств бюджета, хотя до этого было традиционное смешанное бюджетно-страховое финансирование: венерологическая помощь финансировалась за счет бюджета, дерматологическая - за счет средств ОМС. Такой методический подход, когда реально и объективно оцениваются возможности медицинских организаций и последствия внедрения новаций, является, по нашему мнению, наиболее правильным. Реализация проекта на всем его пути сопровождалась корректировкой ранее принятых решений, что являлось следствием результатов объективного мониторинга за финансовым положением медицинских организаций, за уровнем принимаемых управленческих решений, за качеством менеджмента и другими параметрами.

По мере развития финансовых механизмов общий настрой медицинской общественности к реализуемым в рамках проекта новациям постепенно менялся. Стали появляться первые положительные результаты, появилась реальная возможность планировать деятельность учреждения на предстоящий период, стали очерчиваться понятные ориентиры, появилась объективная мотивация на развитие, поскольку в распоряжении медицинской организации стал появляться реальный доход. В связи с этим изменился и подход со стороны органов управления здравоохранением к оценке качества менеджмента со стороны первых лиц медицинской организации: нацеленность на развитие стало обязательным условием для определенных преференций, присвоения квалификационных категорий, необходимости продолжения трудового контракта и др. Следует отметить, что некоторые главные врачи не нашли своего места в новой системе управления, оказались не готовыми работать в новых условиях. На смену пришли более молодые, энергичные, настроенные на перспективу люди. Требования, предъявляемые к медицинским организациям на старте проекта, постепенно дополнялись новыми, индуцированными финансово-экономическими и организационными новациями, в том числе исходящими из результатов внедрения системы финансового менеджмента. Развитие учреждения (кроме улучшения материально-технической базы) стали ассоциировать с: - включением в систему ОМС - особенно частные медицинские организации, организации федерального и ведомственного подчинения, поскольку это давало пусть и небольшой, но гарантированный источник дохода и являлось, по существу, способом соплатежа, при котором пациент доплачивал разницу между тарифом в системе ОМС и реальной ценой на медицинскую услугу; - получением муниципального заказа на объемы медицинских услуг, в том числе за счет жителей других муниципальных образований, что позволяло обеспечить максимально возможное использование имеющихся ресурсов; выстраиванием взаимодействия между поликлиническим и стационарным уровнем обслуживания, соответствующего реальному состоянию пациентов.