

**Совершенствование государственного управления в сфере
здравоохранения: из опыта Российской Федерации (2000-е гг.)**

Совершенствование государственного управления в сфере здравоохранения на территории Российской Федерации является весьма актуальной темой научного исследования в структуре государственного и муниципального управления. Данная тематика вызвала научный интерес большого числа российских авторов. Можно привести в качестве примера научные публикации (статьи и тезисы) таких исследователей Российской Федерации, как Таранов А.М., Семенов В.Ю., Флек В.И.[1,2,3]. Проблемы медицинского страхования, в том числе, на региональном уровне и в сфере туризма изучены в научной публикации краснодарского автора П.Г. Мартыненко[4].

Заветная мечта каждого руководителя клиники, медицинской организации управлять отвечающим вызовам времени персоналом, прежде всего, - врачами, делать это в условиях изношенности основных фондов, эксплуатации современного оборудования, инвентаря на основе высоких значений характеристик конкурентоспособности персонала и медицинской организации.

К ключевым моментам успеха при этом непременно следует относить миссии профессионала и организации, общие принципы сотрудничества, главную стратегию, базирующуюся на национальной идее, постоянное стремление персонала к обучению, человеческому и профессиональному развитию на базе общечеловеческих ценностей и реализации смысла человеческой жизни.

*© Сараева Н.В., 2013 *Сараева Наталья Владимировна* - магистрант кафедры государственного и муниципального управления Самарского государственного университета

Принципы сотрудничества или (и) конфронтации для достижения целей - основа конкуренции и системы управления конкурентоспособностью любых социотехнических систем: от объединения государств— ООН до медицинской организации.

В принципе стратегия сотрудничества или объединения усилий для достижения целей нравственного, разумного преобразования окружающего человека мира для *homo sapiens* и человека нравственного безальтернативны. Альтернатива другого рода появляется в случае затемнения души и разума.

Следовательно, идея конкуренции на основе сотрудничества как главной движущей силы преобразования для нравственных и разумных людей должна стать безальтернативной моделью поведения в любых ситуациях, в первую очередь и в профессиональной созидательной деятельности, особенно в медицине и здравоохранении.

Эта мысль всегда должна лежать в основании идеологического и другого обеспечения процесса достижения успеха, стать главным содержательным аргументом успешной деятельности человека, профессионала.

Конкурентоспособность профессионалов и организации, в которой они работают,— ключевые элементы качества их жизни и жизни клиентов этой организации.

Универсальные показатели конечных результатов труда профессионалов от медицины могут быть представлены пятью блоками показателей: показателями, характеризующими производительность труда, показателями экономической и медицинской эффективности труда, качества результатов труда со знаком плюс и со знаком минус и показателями, характеризующими качества жизни профессионала.

В этой связи естественно предполагать, что есть также показатели результатов труда профессионалов от медицины, специфичные для каждой профессиональной группы, которые можно сгруппировать в модели

конечных результатов труда профессионала конкретной профессиональной группы.

Существующая система управления качеством в государственной медицинской организации фактически игнорирует такой принцип рыночной экономики как достаточность общественных затрат на качество жизни пациентов и персонала в период их пребывания в ЛПУ, в том числе тем, что не ведется управленческий учет показателей модели конечных результатов труда врача, медицинской сестры, санитарки, измерители, персональный и организационный мониторинг показателей, характеризующих качество морально-психологического климата в медицинской организации, других свойств качества жизни персонала и пациентов в период их пребывания в ЛПУ.

Во многом это происходит из-за отсутствия у управленцев качества современной оптимальной модели качества и управления качеством в медицинской организации.

Существует необходимость в описании методологических и концептуальных основ конкуренции и конкурентоспособности медицинского профессионала и медицинской организации; конкуренции - как процесса, конкурентоспособности, как структурно оформленного потенциала характеристик-ресурсов медицинского профессионала и медицинской организации, непрерывно пополняемых и расходуемых в ходе конкурентного соперничества.

Следует подчеркнуть, что миссией в конкуренции медицинских профессионалов является: стать лучшим по профессии. Она гармонично сочетается с миссией конкурирующей медицинской организации - повышение качества жизни потребителей и производителей медицинской помощи при приоритете интересов потребителей в условиях ограниченных материальных и неограниченных духовных ресурсов жизнеобеспечения, а так же с новой концепцией развития отрасли: от медицины нозоцентрической к медицине здравоцентрической. формирующей «самосохраняющее

поведение человека со всеми социальными, психологическими и соматическими привходящими ... сегодня в качестве субъектов процесса формирования общественного здоровья наряду с врачом выступают социальный работник, клинический психолог, медицинский менеджер.

Здравоохранение и собственно медицинская деятельность встроены в систему экономических и других социальных отношений. На результаты здравоохранительской деятельности влияют также такие элементы окружающей и пронизывающей его среды как правовое поле, законы рынка, информационное пространство, политический, культурный и духовный общественный климат, не правовые элементы этих явлений общественной жизни.

В этой общественной среде реализуется управленческая, экономическая, духовная, культурная, конкурентная деятельность медицинских организаций; профессиональная (трудовая), духовная, культурная, репродуктивная, конкурентная деятельность человека трудоспособного возраста, а так же формируется качество его жизни.

К особенностям Российской медицинской организации, отличающим её от других организаций, следует отнести форму собственности (как правило, это государственное лечебно-профилактическое учреждение), некоммерческий характер её деятельности, связанный с производством медицинских услуг для их потребителей - пациентов. Организация медицинской помощи населению регламентируется приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ № 633 от 13 октября 2005г. «об организации медицинской помощи» (согласно статей 6, 8, 12, 23, 38, 39, 40, 59 основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993г. №33., собрания законодательства Российской Федерации от 30.06.2004г. №321); приказами МЗ Российской Федерации №237 от 26.08.1992г., №350 от 20.11.2002г., №402 от 12.08.2002г., №84 от 17.01.2005г., №368 от 02.12.2005г. и т.д. К особенностям деятельности медицинской организации также следует отнести конституционно закреплённый принцип так называемой «бесплатной

медицинской помощи». Согласно приказа №368 от 02.12.2004г. «О порядке оказания первичной медико-социальной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Существует неразрывная связь конкурентоспособности профессионала и конкурентоспособности организации, которую невозможно представить без такого базисного элемента как конкурентоспособность профессионала.

Исследуя проблему повышения конкурентоспособности профессионала и организации, следует помнить о том, что конкуренция профессионалов реализуется в конкурентной среде организации, где они функционируют, а конкурентоспособность профессионалов и организации, - в отрасли, общественной региональной, национальной, мировой конкурентной среде.

Конкуренция профессионалов – в рамках общественных норм и правил поведения соперничество за ограниченные материальные и неограниченные духовные ресурсы жизнеобеспечения для реализации миссии профессионала - стать лучшим по профессии и смысла жизни - достижения таких её качественных характеристик как: духовный и физический комфорт, реализация репродуктивного потенциала, материальное благополучие, для стабилизации и улучшения других характеристик качества жизни профессионала.

Конкуренция медицинских работников (медицинских профессионалов, профессионалов от медицины) - это доброе соперничество ограниченные материальные и неограниченные духовные ресурсы жизнеобеспечения для реализации миссии медицинского профессионала стать лучшим по профессии и смысла жизни - достижения таких её качественных характеристик как: духовный и физический комфорт (высокая нравственность средств достижения целей жизни, тренинг), реализация репродуктивного потенциала, материальное благополучие, для стабилизации и улучшения других характеристик качества жизни медицинского профессионала.

Конкуренция медицинских организаций - это соперничество, за ресурсы жизнеобеспечения в условиях ограниченных материальных и неограниченных духовных ресурсов. Для реализации миссии медицинской организации: стабилизация и улучшение качества жизни потребителей и производителей медицинской помощи (пациентов и персонала медицинской организации) при приоритете интересов потребителей.

Способность к соперничеству в профессиональной сфере в области медицины определяется, прежде всего, исходя из дуальности профессиональной сущности медицинского работника, в первую очередь врача, уровнем его медицинской и управленческой квалификации, а также уровнем качества его жизни - результатом применения квалификационных способностей в ходе профессиональной деятельности. В свою очередь уровень качества жизни является основой для поддержания и улучшения квалификационных характеристик профессионала.

Главным фактором конкурентоспособности медицинского специалиста (в первую очередь врача) является заинтересованность реальных и потенциальных потребителей в предоставляемых медицинских услугах на основе его профессионализма. К составляющим последнего следует отнести: сочетание его индивидуальной и командной профессиональной деятельности, специфической (клинические аспекты) и общей управленческой деятельности, адаптацию профессионального потенциала к каждому конкретному пациенту.

Сердцевиной успешной деятельности врача является его адекватное взаимодействие с пациентом и организаторами (управленцами, менеджерами) здравоохранения различного уровня, а также адекватное взаимодействие пациента с врачом и организатором здравоохранения и организатора здравоохранения с пациентом и врачом.

Главными интересами потребителя медицинской помощи будут: восстановить утраченное в связи с болезнью здоровье на уровне, превышающем его уровень до болезни. Если эта цель не достигнута, иметь

право спросить и получить ответ от производителей медицинской помощи: «Все ли они сделали, что умели и могли, чтобы достигнуть поставленной цели?» и, если не все. - предъявить им претензии;

плата за возвращение здоровья, по возможности, должна быть адекватной издержкам, которые понесены для его восстановления и улучшения.

Ведущими интересами страховщика потребителя медицинской помощи являются:

- своевременное, адекватное финансирование наступившего страхового случая с учетом адекватных издержек на качественное восстановление здоровья застрахованного, заложив в платежи медицинскому учреждению его прибыль, необходимую и достаточную для эффективного его развития:

- заложить в размер страхового взноса страхователя средства, необходимые и достаточные для эффективного развития своей организации.

Сотрудничество, взаимопонимание, повышение конкурентоспособности можно рассматривать не только как главные процессные составляющие индивидуального и командного успеха, но и как промежуточные или функциональные цели, без достижения определённого уровня которых невозможно достижение такой конечной, актуальной и значимой для всех представителей *homo sapiens* цели как успех, если воспринимать успех как понимание и признание достигнутых положительных результатов в любых разумных и моральных видах человеческой деятельности.

В системе деловых взаимоотношений: «руководитель-врач-пациент» ролевая модель деятельности пациента может быть представлена в виде двух этапов его поведения в период болезни: пассивного поведения и активного поведения, которые, в свою очередь, базируются на социальных стандартах

поведения больного человека. Последние связаны с изменением состояния

организма больного человека, когда патологический процесс ведет к развитию такой универсальной характеристики больного организма как слабость, что связано с назначением пациенту лечащим врачом постельного режима и преобладанием у пациента в этот период заболевания поведения преимущественно объекта управления.

В этой ситуации врач являет патерналистскую модель общения с пациентом, в том числе сдерживающим неадекватную

активность родственников, сослуживцев и друзей в направлении помощи тяжелобольному, придающим этой активности адекватные формы, в первую очередь в виде духовной поддержки пациента.

В связи с тем, что существующие системы оплаты труда производителей медицинской помощи в государственных и муниципальных ЛПУ не предусматривают в структуре заработной платы врачебного персонала финансовые ресурсы, способные покрывать страховые издержки в описанной ситуации, их вынуждены брать на себя медицинские организации - места работы медицинского персонала, причинившего ущерб здоровью пациента.

Таким образом у медицинской организации, на случай возникновения описанных ситуаций, должны существовать специальные фонды (фонды риск-менеджмента) финансовых ресурсов, используемых при возникновении ущерба для здоровья пациента, когда вина врача - работника медицинской организации в наступлении этого ущерба доказана в существующем порядке. Размер этих фондов может быть определен страховой организацией, берущей на себя ответственность страхования рисков, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников. Источниками финансовых ресурсов для рискованных фондов медицинской организации могли бы стать тарифы на

ОМС и тарифы, связанные с коммерческой деятельностью медицинской организации.

В связи с изложенным можно также утверждать, что конкуренция как вариант перманентной деятельности любого здорового человека и его конкурентоспособность как потенциал конкурентных преимуществ предполагают необходимость осмысления реальности веры как основы нравственности, покоящейся на библейских заповедях и на её основе, свободы как осознанной необходимости, а также - - неотвратимости наказания при жизни и после нее за совершённые проступки. Предполагает также осознание состояния перманентного ожидания либо награды, либо наказания за содеянное.

Эти мысли изнутри побуждают (мотивируют) к действиям: для достижения миссии, других целей, - для поддержания и совершенствования духовного, физического, репродуктивного здоровья, - сути и основания воспроизводства смысла жизни: нравственного, материального, репродуктивного благополучия.

Одним из направлений совершенствования государственного управления в сфере здравоохранения можно признать создание государственно-частных лечебно-профилактических учреждений стационарного типа, в том числе, стационаров экстренной помощи, амбулаторий врачей общей практики, женских консультаций, организаций родовспоможения и перинатальной медицины, организаций скорой медицинской помощи, оснащенных современным оборудованием и технологиями, на основе общей собственности с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала [5. С. 60].

Библиографический список

1. Таранов А.М. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в

современных социально-экономических условиях // – М. :
Федеральный фонд ОМС, 2010. – 320 с.

2. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения : учебное
пособие // – М. : МЦФЭР, 2010. – 656 с.

3. Флек В.И. Актуальные экономические и правовые аспекты
разграничения бесплатной медицинской помощи и платных
медицинских услуг, предоставляемых гражданам РФ // Менеджер
здравоохранения. – 2010. – № 9. – С. 15–23.

4. Мартыненко П.Г. Региональные особенности развития
рынка страховых услуг// Экономика и управление в XXI веке. Т. 2.
Самара: Глагол, 2011. – С. 114-132.

5. Методические рекомендации по внедрению механизма
государственно-частного партнерства в социально-культурную сферу
Самарской области: образование, здравоохранение, культура и
молодежная политика, физическая культура и спорт, социальная
защита, семейная политика/Под ред. С.А. Мартышкина и В.М. Цлафа.
Самара: Глагол, 2008. – 71 с.