

УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ БОЛЬНИЦ

В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Янева Р.Т., Златанова Т. З., Петрова-Готова Цв.М., Попов Н.А.,

Лазарова М.К. Добрилова П.П. Андонова А.Н. Болгария

Аннотация: Современные больницы играют ключевую роль в реализации более широких реформ в системе здравоохранения в связи с финансированием и оказанием медицинской помощи, основой политики в области здравоохранения, механизмов оплаты медицинских услуг и конкурентной средой. В настоящее время, больницы все чаще используют в подходе к управлению методы поиска экономической эффективности. Согласно исследованию, проведенному Всемирным банком, была определена следующая классификация государственных больниц: бюджетные, больницы большей независимости, больницы корпоративного типа. Актуальным стал призыв «От управления и контроля к ориентации и регулированию».

MANAGEMENT OF PUBLIC HOSPITALS IN MODERN
CONDITIONS

*Yaneva R.T.¹, Zlatanova, T.Z.¹, Petrova-Gotova Ts.M.¹, Popov N.A.¹,
Lazarova M. K.¹, Dobrilova P.P.², Andonova A.N.³*

¹Medical University – Sofia, Faculty of Public Health, Sofia, Bulgaria

²Medical University – Sofia, Subsidiary Vratsa, Vratsa, Bulgaria

³Trakia University - Faculty of Medicine, Stara Zagora, Bulgaria.

Summary: Modern hospitals have a key role in the realization of broader reforms in the health system in connection to financing and delivery of health care, health policy and framework, mechanism for payment of health care providers, and the competitive environment. Currently, more hospitals are using their management approaches in search of management efficiencies. According to a World Bank study the following classification of public hospitals is defined:

budget, hospitals with increased autonomy, hospitals of the corporate type. The call „From command and control to guidance and regulation” becomes present.

Ключевые слова: менеджмент, общественные больницы, централизация, автономия, механизмы направления и регулирования.

Key words: management, public hospitals, centralization, autonomy, mechanisms of guidance and regulation.

Больницы часто становятся предметом реформ в секторе здравоохранения, направленных на повышение эффективности, равенства и качества. Они играют ключевую роль в реализации более широких реформ в системе здравоохранения в связи с финансированием и оказанием медицинской помощи, основой политики в области здравоохранения, механизмов оплаты медицинских услуг и конкурентной средой. [8,6]

Важность больниц для системы здравоохранения имеет следующие аспекты:

1. Во многих странах Западной Европы, а также в Болгарии, больницы тратят значительную часть бюджета здравоохранения - около 50-55%.

2. Больница оказывает значительное влияние на медицинские услуги в целом в системе здравоохранения.

3. Больница влияет на развитие как медицины, так и системы здравоохранения.

4. Больницы становятся главным фактором, влияющим на здоровье населения в целом (McKee, 1999) - влияние прогресса на медицинские технологии и на фармацевтическую промышленность.

В наше время появляются новые тенденции в системе управления системы лечебных заведений и, следовательно, отдельных больниц. Больница все больше управляется методами менеджмента в поисках

экономической эффективности. Но, с другой стороны, обязательно нужно соблюдать основополагающие принципы социальной и медицинской ответственности при производстве и распространении больничных услуг.

В управлении больниц можно проследить интересную динамику. Когда больницы были сформированы как учреждение, они были снабжены средствами из соответствующих источников (церковь, благотворительные организации, муниципалитет, государство) и управлялись в значительной степени автономно.

С укреплением государственной власти все больше доминирует идея ответственности государства за медицинскую помощь населению, в том числе и за финансирование и управление больниц. Постепенно, государственные больницы организуются в упорядоченную и структурированную иерархическую систему стационарной помощи. Управление этой системой осуществляется централизованно и автономия отдельных больниц ограничено. [3]

Современный этап в развитии государственных больниц требует более гибкой адаптации к изменениям окружающей среды и к динамически меняющимся потребностям в больничных услугах. Нужно усилить автономию больничного управления и уменьшить роль центрального руководства. [2]

В системе здравоохранения Болгарии начавшаяся реформа стационарной помощи требует введения новой парадигмы управления. С этой точки зрения, существуют две противоположных модели. Одна описывает управление больницы как неотъемлемой части системы стационарной помощи. В этой системе ключевые решения принимаются централизованно. Болгарские больницы в период модели «Семашко» функционировали именно таким образом.

Другая модель представляет государственную больницу, функционирующую практически автономно. Управление такой больницы

подобно управлению компанией. Будем рассматривать эту модель в качестве полюса максимально возможной автономии.

В Центральной и Восточной Европе (ЦВЕ) одной из проблем роли больниц и их места в системе здравоохранения в целом является меняющийся политический контекст - т.е. постепенный переход от высоко централизованного планового подхода к более плюралистической модели с участием большего числа участников политического процесса. Дополнительная трудность состоит в разный роли некоторых больниц Центральной и Восточной Европы, по сравнению с Западной Европой – т.е. доминирующее выполнение не только медицинских услуг, но также и социальной помощи, оказываемой в больницах из-за ее отсутствия в обществе (за исключением семьи). [4]

Реализованны механизмы по улучшению работы больниц, а именно: децентрализация управления, в сочетании с изменениями в платежных механизмах. [5]

Одной из инициатив, которые предпринимают политики в странах ЦВЕ для повышения эффективности больниц, является «Повышение автономии больниц и уточнение обязанностей больничных руководств для улучшения работы и принятия решений в соответствии с местными условиями и приоритетами, а не подчиняться указаниям свыше».

Большая автономия больниц с четкой ответственностью и подотчетностью означает, что руководители больниц имеют стимулы и возможности для внедрения в их больницах мер по повышению эффективности.

Исследования Всемирного банка классифицируют государственные больницы в системе, очерченной вышеупомянутыми принципами: [7]

- Бюджетный

Больница является неотъемлемой частью системы государственных медицинских услуг. Ее доход определяется бюджетом, распределенным по

бюджетным параграфам. Ее менеджеры - администраторы. Управленческие решения, в том числе о применяемых технологиях, видах услуг, размере заработной платы сотрудников и т.д. принимаются органами соответствующих иерархических уровней системы.

- Больницы с повышенной автономией

Ежедневные оперативные решения принимаются руководителями больниц. Цели определены более четко. В некоторых случаях существует государственное учреждение, которое располагает бюджетом. Оно управляет больницами, предъявляя определенные требования к ним и может перераспределять сэкономленные средства между ними.

Больницы могут получать доход от частных пациентов и сохранить пропорцию разницы между бюджетными затратами и доходами на следующий год.

- Больницы корпоративного типа

Менеджер больницы имеет полный контроль над управлением больницы. Больница является независимой, но существуют бюджетные ограничения и она полностью подотчетна государственному собственнику о ее финансовом состоянии. Имеет право сохранить часть доходов, превышающих расходы, но несет ответственность за убытки.

Существует тенденция постепенного перехода к больницам второго типа – т. е. к увеличению их автономии.

При определении модели управления больниц ставится вопрос о выборе конкретной модели оперативного управления. Здесь наблюдаются интересные тенденции.

В английской литературе по управлению больниц появился призыв к переходу «от командования и управления к ориентации и регулированию».

[2]

Определены пять типов механизмов для ориентации и регулирования, которые могут быть применены по отдельности или в сочетании:

1. Децентрализация - когда право принятия решений передается другим учреждениям, таким, как:

* Независимые государственные учреждения (определяемые как «деконцентрация»);

* Страховые организации (определяемые как «делегация»).

Это включает в себя и приватизацию - как это было сделано в первичном звене в странах Центральной и Восточной Европы.

2. Усиление саморегулирования - когда профессиональные организации формируют нормы поведения для своих членов. Так обстоит дело в Германии и в большинстве стран с системой финансирования, основанной на модели медицинского страхования. Этот подход имеет некоторые преимущества, но менее эффективен, если не поддерживается государством.

3. Аккредитация и лицензирование - как правило, применяются только в качестве элементов регуляторных механизмов.

4. Независимые регулирующие агентства - используемые редко. Во Франции, например, есть Национальное агентство по оценке и аккредитации здравоохранения. В Нидерландах - независимое агентство по мониторингу функционирования саморегулируемых медицинских учреждений.

5. Межсекторальное сотрудничество - когда стратегии, разработанные для других областей, используются для достижения целей системы здравоохранения. Например, налог на табачные изделия, с целью снижения курения, направлен на снижение заболеваний, связанных с ним.

Вывод: Модель управления больницами может быть различной (централизация или децентрализация), но обязанности различных

субъектов должны быть ясными. Когда политика направлена на обеспечение большей свободы больницам, политики должны обеспечить лучший контроль и реализацию целей. В принципе, у автономных больниц есть обязательства, которые изложены в их ежегодных контрактах: более гибкое планирование, более легкий доступ к дополнительному финансированию, возможности финансирования инвестиций и реализации проектов с помощью кредитов, более гибкая кадровая политика и больше прав в принятии решений, касающихся инвестиций и процессов оказания медицинской помощи; стимулы для повышения эффективности, гибкость для своевременного осуществления необходимых изменений; большая подотчетность и ответственность за результаты (а не просто соблюдение правил). [4] Тем не менее, баланс между централизацией и автономией, как правило, неустойчив, потому что больницы имеют большую политическую значимость и их закрытие или слияние становятся очень большим вопросом для общества. С одной стороны, не всегда Министерство здравоохранения имеет достаточный потенциал для управления процессом (когда есть высокая степень автономности), который иногда создает напряженность в отношениях между руководством и политической логикой. С другой стороны, когда дело доходит до публичной собственности, политики на центральном и особенно на местном уровне имеют более сильные стимулы к обязательствам по вопросам больничной помощи.

Литература:

1. Борисов, В., Здравен мениджмънт и основи на здравната политика, София, 2003
2. Давидов, Б. Болнична икономика. София, Св. Климент Охридски, 2004.
3. Зафирова, Цв. Избор на стратегия в управленето на болницата. Варна, 2001.

4. Реформата в болничната помощ в България и Естония: какво е рационално и какво не? Заключителен доклад, София, 2007.

5. Figueras, J., McKee, M. & Lessof, S. Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An Overview and Chapter 1, Health systems in transition, 2002, Papers from the USAID conference Ten years of health systems transition in Central and Eastern Europe and Eurasia:

http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/Health_systems-Overview.pdf

6. Harding, A., and Preker A. Understanding organizational reforms. The corporatization of public hospitals, HNP discussion paper, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC, USA. 2000.

7. McKee M. and Healy J. (eds) Hospitals in a changing Europe. The European Observatory on Health Care Systems World Health Organization, Open University Press. 2002.

8. Preker, A. S. and A. Harding Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. Washington, World Bank. 2003.