

Актуальные аспекты развития системы менеджмента медицинских организаций

С. П. Ковалев, д.э.н., заслуженный экономист РФ¹; Е. Р. Яшина, д.м.н.¹; Л. А. Ходырева, д.м.н.²; П. С. Турзин, д.м.н., проф.¹; К. Е. Лукичев, к.ю.н., доцент¹; А. В. Эмануэль, к.т.н.³; Е. В. Аверьянова⁴; И. О. Чурекова⁵

¹ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

³ГК «Medquality people», Москва

⁴ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва

⁵ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница имени А. Ф. Калмыкова», г. Тихвин

Actual aspects of development of medical organizations' management system

S. P. Kovalyov, E. R. Yashina, L. A. Khodyreva, P. S. Turzin, K. E. Lukichyov, A. V. Emanuel, E. V. Averyanova, I. O. Churekova

Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A. I. Evdokimov, Medquality People Co., National Institute for Quality; Moscow, Russia; Tikhvin interdistrict hospital named after A. F. Kalmykova, Tikhvin

Резюме

Рассмотрены основные медико-социальные и экономические особенности организации систем общественного здравоохранения ведущих зарубежных стран и России. Определены приоритетные направления дальнейших поисковых научно-практических исследований, в том числе в урологии.

Ключевые слова: система здравоохранения, экономика, модернизация, урология.

Summary

The main medico-social and economic features of the organization of public health systems in leading foreign countries and Russia are considered. The priority directions of further exploratory scientific and practical research, including in urology, have been determined.

Key words: health care system, economics, modernization, urology.

Введение

В настоящее время организация функционирования отечественной системы здравоохранения в целом и государственных бюджетных медицинских учреждений в частности регламентируется:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016);
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016);
- Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» и др.

Однако представляется весьма актуальным как проведение сравнительного анализа медико-социальных и экономических особенностей организации отечественной и современных зарубежных систем здравоохранения, так и рассмотрение основных проблем социально-экономического развития медицинских бюджетных учреждений в условиях реформирования государственной системы здравоохранения.

По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) следует выделять в виде совокупных государственных расходов на здравоохранение до 5 % от ВВП как необходимый минимум для поддержания приемлемого уровня здравоохранения [10].

Известно, что в развитых странах из государственных источников в систему здравоохранения вкладывается более 7 % валового внутреннего продукта (ВВП). Например, западноевропейские страны – 6–8 %, а США – 16 % ВВП [14].

Экспертами ВОЗ между тем уже доказана прямо пропорциональная зависимость здоровья населения от инвестиций в здравоохранение. Так, если государство тратит в среднем на одного гражданина 10 долл. в год, то биологические возможности гражданина реализуются не более чем на 50 %, а если около 1000 долл., то граждане такой страны могут рассчитывать на 75 %-ю реализацию [20].

В нашей стране было выделено на здравоохранение, например, в 2002 году 3,1 %, в 2003-м – 2,9 % и в 2004-м – 2,8 % от ВВП [16].

Но уже в 2013 году было выделено 3,6 % ВВП. Базовый сценарий развития данной отрасли предусматривает поэтапный рост к 2020 году государственного финансирования с 3,7 до 5,2 % ВВП (или в 1,4 раза больше по сравнению с 2013 годом). Определено, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне 0–1950 долл. ППС (паритет покупательной способности доллара) существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой

продолжительности жизни от этих расходов. Для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 74 года необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение составляли не менее 1200 долл. ППС, то есть в 1,32 раза больше расходов 2013 года (910 долл. ППС) [17, 18].

Дефицит средств в рамках программы обязательного медицинского страхования, по данным Счетной палаты, составил в 2014 году по 50 программам 55,3 млрд руб.

Медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения ведущих зарубежных стран

Были изучены основные медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения ведущих зарубежных стран [5, 12, 15].

Австрийская модель здравоохранения:

- амбулаторная помощь;
- стационарная помощь по трехуровневому принципу: больницы общин (с отделениями хирургии, терапии, педиатрии, гинекологии и родильным), земельные больницы и университетские клиники.

Английская модель здравоохранения:

- центры первичной медицинской помощи (врачи общей практики), дневные стационары (расходы бюджета до 60%);
- стационарная медицинская помощь: районные больницы общего профиля, региональные и межрегиональные клинические больницы;
- больницы с высокоспециализированной медицинской помощью;
- региональные центры борьбы с хронической усталостью.

Германская модель здравоохранения:

- амбулаторная помощь (врачи общей практики), центры дневной хирургии;
- стационары скорой медицинской помощи, лечебные учреждения для хронических больных, больницы общего профиля, университетские специализированные клиники.

Датская модель здравоохранения:

- амбулаторная помощь;
- стационарная помощь;
- ясли дневного пребывания для пожилых людей.

Канадская модель здравоохранения:

- первичная медицинская помощь;
- стационарная помощь:
 - специализированные больницы,
 - больницы по уходу,
 - больницы долечивания и восстановительного лечения,
 - центры реабилитации,
 - дома сестринского ухода.

Норвежская модель здравоохранения:

- амбулаторная помощь (врачи общей практики), дневные стационары, дневные центры хирургии;
- стационарная и специализированная медицинская помощь:
 - больницы общего типа,
 - специализированные университетские клиники (только треть расходов на здравоохранение),
 - дома сестринского ухода.

Швейцарская модель здравоохранения:

- амбулатории и поликлиники;
- стационарная помощь:
 - больницы общего типа,
 - крупные многопрофильные клиники (расходы бюджета – 38%);
- интернаты для оказания долгосрочной медицинской помощи (лечения хронических заболеваний);
- служба патронажных сестер, служба сестринского обслуживания на дому;
- центры здоровой жизни (ориентированные на профилактику болезней и укрепление здоровья, службы планирования семьи, охраны женского здоровья);
- центры психотерапевтической помощи.

В Голландии, например, активно развивается так называемая трансуральная помощь (называемая в Англии объединенной помощью, а в США – интегрированной), целью которой является обеспечение для многих групп пациентов, в том числе с тяжелыми и длительными заболеваниями, непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи – от дома к больнице и затем снова до дома.

В Англии при обосновании фондосодержания учитывается возрастная-половая структура прикрепленного населения, например коэффициент представителей населения возраста от 19 до 44 лет составлял 1,0, от 45 до 49 лет – 2,2, 60 лет и старше – 3,2 и т.д.

В целом прагматический подход к организационной системе здравоохранения зарубежных стран проявляется в выраженном моральном и экономическом приоритете профилактики по сравнению с лечением, общей практики в сравнении со специализированной медициной, домашнего ухода и амбулаторной помощи в сравнении с больничной.

Сравнение структур систем общественного здравоохранения России и стран Запада по ряду показателей (объем и система финансирования, количество средств, тратящихся на стационарную помощь, уровень госпитализации, средняя продолжительность пребывания в стационаре [дни], число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, количество врачей, работающих в участковых службах, количество врачей, работающих в стационарах, соотношение «врач – медсестра») позволило выявить определенные различия, представленные в *таблице 1*.

В большинстве развитых стран применяется система оценки, планирования и финансирования на основе метода взаимосвязанных диагностических групп болезней. В ее основе – страховые взносы, исчисляемые в зависимости от существующих медицинских нормативов, а не от того, во сколько обошлось лечение конкретного больного.

В лечении каждой болезни существуют стандарты, в которых просчитано и регламентировано все, что необходимо для восстановления человека с тем или иным заболеванием: оборудование, используемое в процессе лечения (амортизация); человеческий труд (сколько человек должны делать конкретную операцию, сколько стоит час труда каждого специалиста); лекарственные средства и т.д.

Таблица

Сравнение структуры систем общественного здравоохранения России и стран Запада

Показатели	Объем и система финансирования	Количество средств, затрачиваемых на стационарную помощь (%)	Уровень госпитализации (%)	Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дни)	Число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием	Количество врачей, работающих в участковых службах (%)	Количество врачей, работающих в стационарах (%)	Соотношение «врач – медсестра»
Страна								
1	2	3		8	5	6	7	9
Россия	3,1% – 2002 г. 2,9% – 2003 г. 2,8% – 2004 г. [16]	60 [13]	22,8 [14]	14,7 [14] 17 [10]	607 тыс. врачей (42,5 на 10 тыс. чел.) [16] 47 на 10 тыс. чел. [10] 1,4 млн специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (96,9 на 10 тыс. чел.) [16]	Менее 25 [14]	75 [10]	1:2,5 [16]
Зарубежные страны	Западноевропейские страны – 6–8% ВВП; США – 16% ВВП [14]	36,1–41,5 [14]	В среднем по ЕС – 18,5 [14]	В среднем по ЕС – 9,5 [14] 8–13 [10]	16 врачей на 10 тыс. чел. 50 медсестер на 10 тыс. чел. [5]	45–55 [14]	Менее 50 [10]	1:40 и более [16] 1:3,60 – Голландия 1:1,31 – Великобритания 1:1,38 – Финляндия 1:4,50 – Норвегия [5]

Исходя из суммы всех этих параметров рассчитываются коэффициенты. В каждой стране – свои коэффициенты, по которым рассчитывается оплата медицинских услуг [1].

Общепризнанно, что ни одна страна пока не создала целостную систему здравоохранения, которая бы полностью удовлетворяла население и правительство. Развивая национальные системы здравоохранения, зарубежные страны постоянно ищут новые подходы и идеи для дальнейшего повышения качества медицинской помощи.

Медико-социальные особенности организации системы здравоохранения России

В нашей стране осуществляется модернизация экономических механизмов функционирования здравоохранения – постепенный переход от сметного и бюджетно-страхового финансирования медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», к преимущественно одноканальному финансированию по страховому принципу с оплатой всех расходов на основе стандартов оказания медицинской помощи [16].

В государственном докладе о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год отмечалось, что, по оценке ВОЗ, Россия впервые вошла в список стран с эффективной национальной системой здравоохранения. Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Так, например, во исполнение постановления Правительства Российской Федерации № 932 органами государственной власти 83 субъектов Российской Федерации и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год

и на плановый период 2015 и 2016 годов, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Размер субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования исчислялся исходя из численности застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения соответствующего субъекта Российской Федерации, подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленного в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, и коэффициента дифференциации, учитывающего региональные особенности субъекта Российской Федерации.

В соответствии с основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года, утвержденными 31 января 2013 года, меры по привлечению частного капитала и развитию механизмов государственно-частного партнерства для развития инфраструктуры здравоохранения определены как приоритетные в области модернизации здравоохранения. Соответствующие целевые ориентиры были закреплены в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294.

Предполагалось, что переход от оплаты услуг к оплате результата, от вознаграждения за объемы к вознаграждению за качество может положительно изменить систему здравоохранения [11].

Наряду с этим отмечается, что на этапе модернизации в ряду приоритетных задач остается реструктуризация системы здравоохранения, в основе которой лежит перераспределение ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи [2, 5, 6, 13].

Содержанием реструктуризации является:

- оптимизация предоставляемой населению медицинской помощи по видам и дифференциация ее по интенсивности лечебно-диагностического процесса;
- реорганизация сети и профилизация учреждений здравоохранения с учетом их лечебно-диагностических возможностей, эффективности, ресурсного и финансового обеспечения;
- переход на дифференцированную многоуровневую систему медицинского обеспечения, включая развитие межрайонных центров специализированной помощи;
- внедрение института врача общей практики и семейного врача;
- перегруппировка ресурсов внутри этапов, между ними и уровнями медицинской помощи с целью обеспечения наиболее эффективных и наименее ресурсозатратных организационных технологий с учетом региональной ситуации со здоровьем населения, возможностей здравоохранения, экономических, социальных, географических и других особенностей административных территорий.

Реструктуризация позволяет:

- повысить медико-социальную и экономическую эффективность использования ресурсов здравоохранения;
- перераспределить часть объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический;
- шире использовать стационар-замещающие технологии с организацией медицинского обслуживания больных средним медицинским персоналом на дому, в стационарах одного дня, в дневных стационарах, в специализированных центрах (больницах) для долечивания и реабилитации и пр.;
- повысить уровень и качество первичной медико-социальной помощи;
- внедрить общеврачебную (семейную) практику и сформировать сеть самостоятельных общих врачебных практик;
- сократить число обращений больных с хронической патологией на станции скорой медицинской помощи;
- оптимизировать специализированную медицинскую помощь и т.д.

Таким образом, в целом считается целесообразным развитие амбулаторно-поликлинической помощи и стационар-замещающих технологий (включая дневную хирургию), создание геронтологических, реабилитационных (восстановительных), оздоровительных (в том числе борьбы с хронической усталостью), сестринского ухода и других профильных центров, что позволит снять нагрузку со стационарных лечебно-профилактических учреждений.

Выделяют три вида эффективности здравоохранения: медицинскую, социальную и экономическую [3, 8].

Под *медицинской* эффективностью понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Термин «медицинская эффективность» широко применяется при изучении лечебно-диагностических процессов, профилактики заболеваний, организации и проведении медицинских мероприятий.

Социальная эффективность по своему содержанию очень близка к медицинской эффективности. Вместе с тем, если медицинская эффективность измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, показателями улучшения здоровья трудящегося от начала заболевания до полного выздоровления с восстановлением трудоспособности, то социальная эффективность здравоохранения характеризуется улучшением здоровья населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, всевозрастающим удовлетворением населения в медицинской помощи и санитарно-эпидемиологическом обслуживании.

Экономическая эффективность здравоохранения создает следующие виды экономических выгод для государства: снижение временной нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности, уменьшение затрат на медицинскую помощь. Экономические аспекты здравоохранения не преследуют целей уменьшения расходов на здравоохранение. Должна быть не экономия средств, а поиск путей и методов их наиболее рационального использования для охраны здоровья населения.

Описан отечественный опыт разработки методики комплексной оценки эффективности использования ресурсов амбулаторно-профилактических ведомственных учреждений здравоохранения, позволяющей организовать управление с использованием системы специально разработанных сбалансированных показателей оценки медицинской, медико-экономической и экономической эффективности. С применением этой методики была проведена дифференциация ведомственного комплекса лечебно-профилактических учреждений на три группы, что позволило осуществить модернизацию системы их управления [8, 9].

Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало критерии для проведения оценки качества работы медицинских учреждений, но касающиеся только их медицинской деятельности, без определения финансово-экономической составляющей [7].

За рубежом также ведется работа в этом направлении, например в Великобритании компания CHKS, исходя из данных национальной системы здравоохранения, осуществляет сравнительный анализ медицинского обслуживания и ранжирует медицинские учреждения по результатам эффективности их деятельности с использованием двадцати показателей, в том числе эффективности клинической работы, финансовой эффективности, оценки пациентами качества медицинского обслуживания [21]. Исходя из этого возможно определить, что одной из основных проблем социально-экономического развития медицинских бюджетных учреждений в условиях реформирования государственной системы здравоохранения является «оптимизация» инфраструктуры медицинских бюджетных учреждений при переходе на одноканальное финансирование и введении норматива затрат.

Оптимизация инфраструктуры учреждений здравоохранения проходит через сокращение коечного фонда стационарных учреждений при сохранении неизменных земельно-имущественных комплексов, то есть уменьшается доходная часть от основной деятельности учреждения при сохранении всех расходов на содержание объекта.

Укрупнение через объединение и слияние учреждений простым методом сложения без применения современных инструментов администрирования не приводит к уменьшению административно-управленческого звена и обслуживающего персонала, так как присоединяемые объекты, как правило, территориально удалены и имеют круглосуточный характер работы.

Все это происходит на фоне перехода на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования при прогрессивном снижении прямого бюджетного финансирования. Изъятие бюджетной части финансирования по факту является невозвратным из-за отсутствия сформированных механизмов возврата через систему обязательного медицинского страхования. Особенно критичным этот вопрос стал в переходный период для федеральных ведомственных учреждений, представители которых не допущены в территориальные тарифные комиссии территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Таким образом, уменьшение коечного фонда учреждений при прогрессивном снижении прямого бюджетного финансирования привело к увеличению доли внебюджетной деятельности и изменению пропорции в оказании услуг по основному виду деятельности, что в свою очередь определило возникновение налога на прибыль у медицинских бюджетных учреждений.

Введение норматива затрат для выполнения государственного задания с заложенным недофинансированием по статьям оплаты налогов на землю, имущество, а также тепло и электроэнергию, капитальный ремонт и другие косвенные расходы определило вынужденное дофинансирование за счет внебюджетных средств пациентов, проходящих лечение по государственному заданию, что по действующему налоговому законодательству может быть оплачено исключительно после уплаты налога на прибыль.

Таким образом, отсутствие методологических подходов для исчисления налогооблагаемой базы на прибыль для бюджетных медицинских учреждений еще больше усугубляет сложившуюся ситуацию.

Исполнение требований дорожной карты по росту заработной платы, зависимость от импортных медикаментов, расходных материалов, компаний, обслуживающих высокотехнологичное оборудование, значительно усложняют деятельность высокотехнологичных многопрофильных медицинских учреждений.

До настоящего времени не сформирована эффективная система управления здравоохранением, что затрудняет эффективное повышение доступности и качества медицинской помощи.

В связи с этим возросла необходимость дальнейшего развития работы комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Согласно ч. 9 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В комиссию входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации,

территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений, представляющих их деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Наряду с основной функцией разработки территориальной программы обязательного медицинского страхования на будущий период комиссия определяет способы оплаты медицинской помощи, распределяет объемы ее предоставления между страховщиками, а также медицинскими организациями, осуществляет рассмотрение тарифов, в том числе перераспределяя объемы финансирования в период всего календарного года.

Поскольку субъекты Российской Федерации самостоятельно решают вопрос о выборе конкретных способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, способы оплаты медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Во исполнение п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 года № 1074 «О программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (письмо Минздрава России от 20.12.12 № 14–6/10/2–5305) разработаны рекомендации Минздрава России по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней.

Опубликовано письмо председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н. Н. Стадченко от 04.04.2014 № 1791/30–4 «О необходимости включения в вышеуказанные комиссии представителей профессиональных некоммерческих организаций...»

Особо следует рассмотреть вопрос с существующей системой налогообложения государственных медицинских организаций.

Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» регламентирует, что финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания бюджетным учреждением осуществляется в виде субсидий из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации.

Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания осуществляется с учетом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за бюджетным учреждением учредителем или приобретенных бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, расходов

на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки.

Земельный участок, необходимый для выполнения бюджетным учреждением своих уставных задач, предоставляется ему на праве постоянного (бессрочного) пользования [19].

Однако сложная ситуация остается с существующей системой налогообложения на предоставленный бюджетному учреждению земельный участок.

Ведомственные федеральные медицинские учреждения имеют максимальную налоговую ставку, как и федеральные научно-исследовательские институты, осуществляющие научно-практическую деятельность.

Одним из вероятных путей компенсации недостатка средств, как выделенных на одноканальное финансирование в рамках обязательного медицинского страхования, так и на выплату земельного налога и выполнение дорожной карты относительно ее требований к заработной плате медицинских работников в комплексе оптимизирующих экономическую деятельность бюджетных медицинских учреждений, может быть использование целевого капитала.

За рубежом формирование целевого капитала (эндаумента) уже давно является одним из признанных механизмов, обеспечивающих относительную стабильность финансирования системы здравоохранения.

В нашей стране этот новый подход к финансированию некоммерческих организаций регламентирует Федеральный закон от 30.12.2006 № 275-ФЗ «О порядке формирования и использования целевого капитала некоммерческих организаций».

Уже имеются позитивные примеры создания многопрофильными бюджетными медицинскими учреждениями специализированных фондов управления целевым капиталом как дополнительным источником финансирования в период реформирования и стабильного финансирования в будущем [4].

Заключение

Исходя из проведенного анализа социально-экономического развития государственных медицинских организаций в условиях реформирования государственной системы здравоохранения можно заключить, что наиболее актуальными в настоящее время применительно к их дальнейшему экономическому развитию следующие направления дальнейших поисковых научно-практических исследований:

- обосновать и предложить комплекс ключевых показателей для оценки и определения приоритетных направлений повышения экономической эффективности государственных медицинских учреждений;
- разработать организационно-экономические основы формирования информационных систем и баз данных финансово-экономического обеспечения государственных медицинских учреждений;

- обосновать и сформировать методологию отбора и сертификации информационных систем финансово-экономического обеспечения с позиций их адекватности и достоверности;
- разработать автоматизированную систему бюджетирования и планирования для государственных медицинских учреждений.

Следует отметить, что в области урологии к наиболее перспективным методам хирургического лечения следует отнести инновационные технологии, которые можно проводить с использованием различных видов лазерного излучения. Среди них объективно на основе сравнительных исследований, публикаций и опыта выделяются некоторые более эффективные, безопасные и экономичные типы излучения: методика удаления камней с распылением камней импульсным гольмиевым лазером; методика для операций на простате, почках и других мягких тканях с применением постоянного лазера; методика локального лечения опухолей простаты с использованием ультразвуковой абляции тканей и т.д.

Развитие и внедрение данных методик позволит значительно увеличить клиническую и экономическую эффективность лечения больных с наиболее распространенными урологическими заболеваниями.

Список литературы

1. Аганбегян А.Г. Как долго жить и оставаться здоровым. М., 2011. 44 с.
2. Актуальные проблемы реформирования системы здравоохранения и пути их решения. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2007. № 3 (66). С. 3–7.
3. Кадыров Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. М.: Издательский дом «ГРАНТЪ», 2005. 448 с.
4. Ковалев С.П. Стратегия формирования и использования целевых капиталов [эндаументов]: приоритеты бюджетных медицинских учреждений. М.: Восход-А, 2016. 315 с.
5. Комаров Ю.М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. Доклад Российской медицинской ассоциации Y (XXI) Всероссийскому Пироговскому съезду врачей. Москва, 15–16 апреля 2004 г. СПб: Изд-во «Медицинская пресса», 2004. 192 с.
6. Кравченко Е.В., Ржаницына Л.С. Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России. Аналитический вестник № 229 «Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». 2004. 9 (229). С. 44–52.
7. Методика оценки деятельности медицинских организаций [Электронный ресурс]. Министерство здравоохранения Российской Федерации [сайт]. [2014]. URL: <http://rosminzdrav.ru>
8. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Егорова И.А., Корочкин В.П. Сравнительная количественная оценка эффективности деятельности поликлиник. Управление делами Президента Российской Федерации. Кремлевская медицина. 2008. № 2. С. 69–78.
9. Миронов С.П., Егорова И.А., Рубинштейн Д.В., Яшина Е.Р. Концептуальные вопросы создания Единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений. Управление делами Президента Российской Федерации. Кремлевская медицина. 2009. № 1. С. 5–7.
10. Партия «Единая Россия» о модернизации системы медицинского здравоохранения. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2007. № 1 (64). С. 10–16.
11. Лухальский А.Н. Российское здравоохранение: через инновации к трансформации. Экономика и предпринимательство. 2014. № 10. С. 169–173.
12. Райс Д.А. Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. М.: Изд-во «Остожье», 1996. 272 с.
13. Реструктуризация системы здравоохранения: проблемы и пути их решения. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2007. № 5 (68). С. 11–14.
14. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2006. № 10 (61). С. 4–19. (По материалам доклада сотрудников ГУВШЭ Вишневого А.Г., Кузьминова Я.И., Шелевского В.И., Шеймана И.М., Шмидкина С.В. и др. «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса»).
15. Совершенствование управления в здравоохранении стран центральной и восточной Европы. Под общ. ред. Д.А. Райса. М.: Изд-во «Остожье», 1996. 192 с.
16. Состояние и пути повышения доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2006. № 12 (63). С. 17–41. (По материалам доклада Ю.И. Вишневого о повышении доступности и качества медицинской помощи) к заседанию президиума Государственного совета [11.10.2006].
17. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024. М.: ГЭОТАР-Медиа.
18. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). 2020. URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg/>
19. Федеральный закон № 83-ФЗ: основные положения, механизмы и инструменты [Текст] / Министерство финансов Российской Федерации; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». Под ред. М.Ю. Алашквичева, Б.А. Руаника. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. 79 с.
20. Холодова Л.Н., Усова А.А. Анализ функционирования и оценка моделей финансирования системы здравоохранения. Проблемы региональной экономики. 2012. Выпуск 18. http://www.regec.ru/archive/index.php?infoblock_id=98.
21. CHKS. URL: <http://www.chks.co.uk/top-hospitals-2014>.

Для цитирования: Ковалев С.П., Яшина Е.Р., Ходырева Л.А., Турзин П.С., Лукичев К.Е., Эмануэль А.В., Аверьянова Е.В., Чурекова, И.О. Актуальные аспекты развития системы менеджмента медицинских организаций. Медицинский алфавит. 2020; (34): 66–71. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-34-66-71>.

For citation: Kovalyov S.P., Yashina E.R., Khodyreva L.A., Turzin P.S., Lukichyov K.E., Emanuel A.V., Averyanova E.V., Churekova I.O. Actual aspects of development of medical organizations' management system. Medical alphabet. 2020; (34): 66–71. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-34-66-71>.

