

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РУКОВОДИТЕЛИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ НА ОСТРИЕ ПРОБЛЕМ (часть вторая)¹

Александрова О.А.^{1,2*}, Комолова О.А.³

¹Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН
(117218, Россия, г. Москва, Нахимовский проспект, 32)

² Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации
(125993, Россия, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 49)

³ Московский городской университет управления Правительства Москвы
(107045, Россия, г. Москва, ул. Сретенка, д. 28)

*E-mail: a762rab@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена влиянию реформы здравоохранения на ситуацию в отрасли и требования, предъявляемые к руководству медицинских организаций. На основе данных экспертного опроса, участниками которого выступали медики, имеющие практический опыт в области организации и управления здравоохранением; экономисты, исследующие работу общественного сектора; юристы, занимающиеся защитой прав пациентов и т.д., охарактеризованы сегодняшнее финансовое, материально-техническое и кадровое обеспечение лечебных учреждений, их взаимоотношения с учредителями, страховыми компаниями и пациентами; приведены мнения экспертов относительно того, кем — менеджерами или клиницистами — должны быть руководители медицинских организаций, как создать их кадровый резерв, что должно измениться в системе повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров. Показано, что условия работы медицинских организаций радикально изменились, а важным показателем их эффективности стал объем привлеченных внебюджетных средств. При этом институциональная среда, в которой они функционируют, весьма противоречива, лишена ряда принципиально важных элементов, не сбалансирована с точки зрения прав и обязанностей различных участников процесса оказания медицинской помощи. Это существенно осложняет деятельность руководства лечебных учреждений, порождает у них «конфликт интересов», от чего, в конечном итоге, страдают пациенты. По мнению экспертов, сегодня во главе медучреждения должен стоять опытный менеджер, но — при обязательном хорошем знании и понимании специфики медицинской отрасли. Поскольку сейчас лечебными учреждениями руководят медики, их обучение экономике и менеджменту в рамках системы ДПО становится более чем актуальным.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, доступность и качество медицинских услуг, руководители медицинских организаций, повышение квалификации и переподготовка медицинских кадров

© Александрова О.А., Комолова О.А., 2019.

¹ Первая часть статьи опубликована в журнале «Народонаселение» № 4 в 2018 г. — С. 96–109

По словам опрошенных нами экспертов, одной из серьезных проблем, искажающих картину оказания медицинской помощи населению, стали приписки количества оказанных услуг, масштаб которых поражает:

«В 2015 г. на круглом столе Общероссийского народного фронта руководитель московского ТФОМС признал проблему приписок в системе здравоохранения. Об их масштабах говорит статистика: в 2013 году в Москве было оказано 700 млн. услуг, а в 2014 году — после перехода поликлинического звена на подушевое финансирование — 400 млн. Разница — 300 млн. услуг, то есть в 2013 году 70% услуг были приписаны.»

«В стационарном звене платится по КСГ (клинико-статистическим группам — прим. авт.) — чем тяжелее заболевание, тем больше денег должны перечислить на счет МО (медицинская организация — прим. авт.) Поэтому очень выгодно превратить простой аппендицит в тяжелый перитонит, ведь за стшиной операционной бригады нет проверяющих из Росздравнадзора и ФОМСА. И они хвалятся: «У нас выросло количество тяжелых операций». Серьезно? Интересно, почему?»

Фундаментальную причину многочисленных приписок эксперты видят в переходе от бюджетной медицины к страховой, в рамках которой финансирование медицинского учреждения зависит от количества оказанных услуг. В этих условиях искушение подделать отчетность провоцируется заведомой нехваткой бюджетных средств на выполнение госзадания и требованием, на этом фоне, существенного повышения средней заработной платы медперсоналу, а также чисто корыстными мотивами:

«Государство, которое платит учреждению за услугу и которое перечисляет средства на содержание учреждения — это разные вещи. Во втором случае у государства нет проблемы приписок: у него врач сидит, выполняет свою функцию, получает зарплату и премию — за удовлетворенность пациентов, за динамику снижения смертности. Но как только вы вводите в программу госгарантий 50 параметров, по которым должны

отчитаться МО и которые зависят от них самих, они будут заниматься приписками (есть только 2 показателя, которые не зависят от МО и потому подходят для оценки деятельности медицинских организаций: смертность в динамике (в регионе), а также удовлетворенность пациентов, — но собранная так, чтобы это не зависело от МО)».

Наряду с приписками, за которыми стоят соображения финансового характера, эксперты отмечают усиление фальсификации статистики, призванной продемонстрировать «успехи» нынешнего российского здравоохранения:

«Доступность снижается, удаленность, особенно специализированной помощи, возрастает. Спрашиваете, как в такой ситуации могли снизиться показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний? Очень просто — одновременно с этим возросли показатели смертности от других причин. Например, смерть от неустановленных причин — уже 25%. Как говорится, туда можно слона засунуть».

Более того: далеко не всегда дело ограничивается приписками на бумаге. Эксперты отмечают проблему массовой гипердиагностики заболеваний — постановки диагнозов, требующих более дорогого лечения, в том числе, оказываемого в рамках квот (например, операций на сердце):

«Самое страшное, что они не просто ставят диагнозы — они действительно оперируют».

«В госсистеме мы, к сожалению, уже видим проведение операций без показаний. Потому что это простимулировано экономически».

В любом случае, нынешние подходы к финансированию МО нацеливают их на пресловутый «вал», причем, желательнее, более сложных случаев, что находится в явном противоречии с задачей профилактики заболеваний:

«В вопросах финансирования есть 3 главные вещи. Во-первых, сколько денег. Во-вторых, как они доводятся, через какие каналы. И третье: какие мотивационные механизмы созданы — за что платят. По первому вопросу: денег недостаточно в целом.»

По второму вопросу: системой ОМС они доводятся до МО замысловато. По третьему вопросу: в рамках страховой медицины МО оплачивается каждый конкретный случай: чем больше ты пролечил, тем больше денег ты получишь; чем сложнее случай ты пролечил, тем больше будет стоимость медицинской помощи. Лечебные учреждения, в первую очередь, вынуждены зарабатывать. И получается, что во главу угла ставится объем денег, который они получают, а не удобство в движении пациента по цепочке оказания медицинской помощи. Поэтому многие страны сегодня ищут другие, более интеграционные механизмы оплаты. Я — сторонница бюджетного финансирования, чтобы у МО был бюджет, поделенный на 12 месяцев, и плюс — мотивационные механизмы за объем и качество медпомощи».

Страховые компании, как будто бы призванные контролировать качество оказываемых услуг, на самом деле, мотивированы на другое — на прибыль, которую они получают за счет накладываемых на МО штрафов, а также экономии на компенсации МО понесенных ими затрат:

«Страховая компания заинтересована в плохой медицине. Мы сегодня имеем систему, которая не работает на качество».

«Проблема в том, что у нас страховые медицинские организации страховыми не являются. Страховые — это те, что берут на себя риск, который покрывают своими деньгами. А у наших страховщиков нет своих денег — у нас функцию страховщика выполняет государство, и никаких рисков они не несут. Они — всего лишь посредники между государством и государственными же учреждениями, что вообще дикость. В этой ситуации возложение обязанностей по защите прав пациентов для них — подарок судьбы, они на этом просто зарабатывают деньги. Однако возникает очевидный конфликт интересов: с одной стороны, они должны защищать права застрахованных, а с другой — экономить средства на объемах помощи. Как любой частник, они заинтересованы в сокращении издержек (читай — расходов на пациента). Чего тогда мы от них ждем?»

«Конечно, контроль должен быть: что

счета выставлены правильно, что люди ходят в системе и т.д. Но часть штрафов идет в прибыль страховых компаний, поэтому они заинтересованы в их увеличении».

«Выбрав страховую медицину, мы поставили во главу угла частного предпринимателя, у которого в Уставе написано «прибыль». И она у них доходит до 700%. Нет ни одной развалившейся страховой компании: они должны оставлять себе 2–3%, но всегда было — 8–9%».

Эксперты также отмечали, что в сложившихся условиях не создается позитивная мотивация для МО работать лучше:

«Если конкретный врач сделал ошибку, то штрафные санкции накладываются на все медицинское учреждение. Но никто не платит учреждению больше, если оно работает лучше. Есть кнут, но нет пряника; не хлестнули — уже хорошо».

Но и негативная мотивация (штрафы) также не дает эффекта. Во-первых, поскольку нередко недостатки в работе МО связаны с объективными, не зависящими от них причинами, либо придирки страховых компаний имеют сугубо формальный характер:

«Нередко учреждения штрафуют за то, что они не могут исполнить в силу объективных причин — отсутствия кадров, отсутствия финансов для необходимого лекарственного обеспечения и т.д.»

«Пациент в тяжелом состоянии, хирурга для проведения операции вызывают из отпуска. Страховая компания эту операцию не оплачивает, потому что хирург формально находился в отпуске — мол, надо было сначала приказ издать...».

Во-вторых, поскольку санкции за некачественно оказанную медицинскую помощь накладываются на учреждение, а не на конкретных врачей, и потому не всегда для них ощутимы:

«Я бы создал систему административной персональной ответственности медицинского персонала — штрафы и вплоть до лишения права заниматься медицинской деятельностью. Сегодня штрафы накладываются на медицинские организации, а главврач не всегда транслирует эту проблему врачу, кото-

рый «накосячил». Поэтому врач своей ответственности за дефекты помощи не чувствует».

И в-третьих—в силу включения коррупционных механизмов улаживания разногласий между лечебным учреждением и страховой компанией:

«Все это приводит к профанации, к откатам: столько-то дефектов в акте фиксируется, а остальные—нет. И все доволны».

По словам экспертов, создан целый институт рассмотрения разногласий и «в 20–30% случаев возражения МО удовлетворяются. Если довести до суда, то до 80% возражений удовлетворяется в пользу медучреждения». Однако оспаривать действия страховых компаний в суде МО опасаются:

«Ты сегодня оспоришь, а завтра тебе денег не дадут. Они найдут способ оставить вас без денег в следующий раз».

Хотя некоторые сдвиги все же происходят—как минимум, у тех учреждений, которые располагают средствами для ведения судебных тяжб:

«По данным Лиги защиты пациентов, МО начали судиться со страховыми компаниями, и достаточно активно. Почему? И страховщики уже «достали», и экономически стало целесообразней взять в штат одного юриста, который будет ходить по судам. То есть, либо МО просто потеряет несколько миллионов на штрафах, либо заплатит миллион в год юристу, который будет те миллионы «отбивать».

По словам экспертов, пристрастность страховых компаний при выявлении дефектов (с последующим наложением штрафов) может использоваться не только как способ получения ими дополнительных доходов, но и как инструмент в борьбе с руководством медучреждения (с целью замены главврача на человека, «своего» для тех или иных властных структур) или вытеснения медучреждения с территории. С этими целями может использоваться и намеренное занижение бюджетного финансирования конкретного медучреждения:

«В Смоленске областной онкологический диспансер в течение 3-х лет финансировался на уровне районной поликлиники—при этом, что только лекарства у них стоят столько! Главврача уволили—его место не поделили ТФОМС с местной администрацией, и они стали на него давить. Как? Снижали финансирование. Он обратился в Лигу защиты пациентов, а она—в Счетную палату. Из Счетной палаты присылают ответ, что они обратились в ФОМС, а те говорят: «Мы знаем: занижались тарифы. Мы в прошлом году провели две проверки, губернатору сообщили». А человек—уволен. Лига защиты пациентов получает ответ из местной прокуратуры (мол, все хорошо) и пересылает его в Генпрокуратуру с соответствующим вопросом. И вот недавно прошла информация, что уволен руководитель тамошнего ТФОМС».

«Федеральное лечебное учреждение находится в конфликте с руководством субъекта РФ, где оно расположено. Их хотят «выгнать». Так у них около 450 выявленных дефектов (штрафов). Но они обращаются в суд, и, как сказала мне замглавврача, выигрывают много дел».

В то же время, при общем скептическом отношении экспертов к страховой медицине и, тем более, к нынешнему российскому варианту ее реализации, одним из экспертов было высказано предположение, что сегодня сложилась такая ситуация, что страховые компании все же могут стать защитниками пациентов:

«При попытке содрать с пациента деньги, они будут налагать на МО штрафы. Поэтому сегодня, когда государству веры нет, когда наше государство—это инверсия социальной ответственности (государство—как бизнес), страховой элемент является единственным, кто хоть как-то защитит».

Судя по словам экспертов, в складывающихся условиях не работает на повышение качества и доступности медицинской помощи и фактор конкуренции, на котором делают акцент реформаторы здравоохранения, создавая условия для расширения присутствия на рынке медицинских услуг частных клиник и НКО:

«Дорожная карта развития конкуренции — это просто страшно, потому что ФАС начинает сравнивать государственные услуги и прачечную. Они думают, что, если «оптимизировать» бюджетную сферу, то произойдет что? Произойдет единственно возможное — рост рыночного сектора. В чем Счетная палата и обвинила Минздрав — рост платного сектора на 25% в год. Это огромный, взрывной рост: если у вас в платном секторе на 25% выросли услуги, значит, в бесплатном секторе недопустимо была намного выше (не все же могут заплатить). О чем и говорят люди: если раньше платность услуг была фоновой жалобой («мне навредили, да еще и денег попросили»), то теперь «нет денег — вообще ничего не получишь».

«Конкуренция в этой сфере — это вообще дикая цель. Я всегда спрашиваю: «А вы кому этого плохого врача оставите? Соседу?». В системе, где должен работать стандарт, и каждый врач должен именно так оказать медицинскую помощь (чем Европа от нас и отличается) — какая может быть конкуренция?»

По словам экспертов, коммерческие медучреждения выигрывают у государственных за счет сервиса («людям лучше, когда им улыбаются, нежели гоняют — то талонов нет, то еще что-то»), но именно лечить пациентов лучше не начинают:

«Появление негосударственного сектора не связано с клятвой Гипократа — это как кафе, которых миллионы, но интерес которых — не в том, чтобы накормить голодных».

«Происходит капитализация активов. На рынок приходят люди, которые к здравоохранению вообще не имеют никакого отношения, им просто «бабки» делать надо — любыми способами и, в частности, на страхах. Кстати, страхам подвержен не только человек, но и государство — страху эпидемий и т.п. Даже мировое сообщество можно напугать — как это было с объявлением ВОЗ пандемии свиного гриппа, которое ПАСЕ через год признало аферой под воздействием крупных фармацевтических компаний».

«Частные клиники плодятся, как ювелирные магазины. Я как-то пошла в одну из

них — к знакомой. Я была там одна и поняла, что разговор у них идет не о конкуренции за потребителя, а о развитии частного сектора. То есть, там совсем другая конкуренция — за собственность и деньги».

В политике привлечения в сферу здравоохранения НКО с предоставлением им права получать госзадание на оказание медицинской помощи и, соответственно, бюджетные деньги, экспертам также видится подвох:

«Прибыль они не распределяют, но можно загнать деньги в оплату труда».

Более того, даже если и считать конкуренцию в этой сфере благом, то, как указывают эксперты, далеко не везде имеется необходимое для рыночной конкуренции количество медучреждений:

«Про конкуренцию говорят те, кто давно не был в глубинке. У нас конкуренция, может быть, и существует — для тех, у кого есть деньги в кармане и кто живет в крупных городах (Москве, Петербурге, Тюмени и т.п.). Они могут выбирать бесплатную медицину или частные клиники. В других местах конкуренции нет. Отсюда — вопрос управления: как ты, как руководитель, можешь замотивировать врача в поликлинике, чтобы он принял пациента вежливо, а не какая-то там конкуренция между государственными и частными учреждениями».

Таким образом, институциональная среда, в которой сегодня приходится работать МО, изменилась радикальным образом. Как это повлияло на роль, функции и установки руководителей МО, на требования, предъявляемые к ним со стороны учредителей? Начнем с последнего:

«Что требует учредитель? Расширения сегмента платных услуг. Мы как-то задали вопрос одному организатору здравоохранения: «Госзадание выдается с учетом платного сегмента?» Отвечает: «Конечно — у нас пополам». То есть, государство не финансирует до половины от необходимого лечебным учреждениям, и они оказываются вынуждены отказывать пациентам в бесплатной помощи».

«Если мед. организации частные, то от них собственник требует прибыли. Для

главврачей в госучреждениях главное — выполнение разнорабочих горздрава: они их будут выполнять до посинения».

Разнообразие финансовых и правовых вопросов, в которых теперь должен разбираться главврач, приводит к «радикальному росту объема необходимых знаний», в силу чего, как указывают эксперты, «происходит делегирование ряда функций от руководителя управленческому аппарату, то есть, меняется процесс реализации функций». В этой ситуации встает вопрос, кем должен быть руководитель МО — менеджером или клиницистом, возможно ли сочетать эти роли. Здесь мнения экспертов несколько разошлись — эксперты-медики чаще акцентировали внимание на необходимости наличия у руководителя МО базового медицинского образования, хотя и они признавали, что здесь нет однозначного ответа:

«Это идеологическая позиция — она не доказуема: одни считают, что возможно, другие, что нет. Мне кажется, сегодня совмещение ролей управленца и клинициста невозможно. Управление — это наука, и организация мозгов для управления должна быть другая. Обучение клиницистов обходится дорого — вот пусть и делают операции».

«Здесь нет однозначного ответа. Медицинского сотрудника на стратегическое развитие ставить нельзя. И во многих учреждениях хотели бы поменять руководителя-врача на директора (менеджера). Но, с другой стороны, врача можно научить всей этой экономике, но ни один директор не оценит правильно работу врача. У меня в больнице были высокие результаты благодаря тому, что я разбирался в сути ошибки — ни один директор, не являющийся врачом, этого бы не сделал».

«У нас так сложилось, что обычные практикующие врачи, пройдя школу зав.отделениями и затем получив достаточно формальное образование в вузах становятся главврачами, заместителями министра, министрами. Организация здравоохранения — это другой вид профессиональной деятельности и этой науке надо также серьезно учиться как лечебному делу. Необходимое условие — наличие ме-

дицинского образования, то есть, понимания технологии того, как лечат больных, как они движутся по цепочке оказания помощи. Но этого недостаточно — нужно второе серьезное образование по организации здравоохранения. То есть, руководитель должен быть клиницистом плюс менеджером, что подразумевает понимание экономических и юридических вопросов, управление персоналом, владение новыми технологиями управления в медицинских организациях с точки зрения организации процесса, качества медицинской помощи, безопасности пациентов. Здесь нам еще очень много надо работать».

«Для меня вопроса нет: управлять должен управленец, но с учетом клинических ситуаций, так как часть культуры управленца — в знании той отрасли, которой управляешь. Он необязательно должен иметь медицинское образование. Потому что, если, например, взять многопрофильный стационар, там может быть 90 специальностей, но он же не может быть одновременно и офтальмологом, и урологом, и психиатром».

«Главврач может не быть медиком, но он должен понимать в медицине».

«В Англии, когда проводили реформу здравоохранения, одной из проблем было то, что врачи не считают (затраты — прим. авт.). Тогда у них и появились управляющие. Нужно просто взять мировой опыт, но у нас фетишизация всего врачебного, такая медицинская доминанта».

«Не верна сама постановка вопроса, потому что не важно, кто ты — важно, чтобы ты умел управлять. Если у тебя при этом есть специальные познания в области менеджмента — это хорошо. Но есть главврачи, которые, будучи только врачами, прекрасно умеют управлять — у них и харизма, и менталитет соответствующий и т.д.»

При этом эксперты подчеркивали, что самое главное — в том, на решение каких задач направляет усилия руководителей медучреждений формируемая реформами институциональная среда:

«Важно другое: какие критерии мы предъявляем к этим людям, что мы от них хотим. Если от них хотят, чтобы они помогали людям, и одновременно — делать на этом день-

ги, то будет как сейчас — когда вся отрасль изображает распятого Христа: с одной стороны, надо деньги зарабатывать, с другой — помощь людям оказывать бесплатно. Эта парадигма кого хочешь, сведет с ума — от врача и до главврача. Многие вообще уходят из профессии».

Что же касается опыта других стран, то там вопрос «клиницист или менеджер», как указывают эксперты, «решается по-разному», в том числе, через дуумвират руководителей, отвечающих за разные сферы:

«В Великобритании допускается, чтобы управленец руководил медучреждением».

«За рубежом принято так: есть директор, и есть главврач. Директор как менеджер управляет в целом, а главврач отвечает за медицину».

С учетом изменения условий, в которых теперь приходится работать руководству МО и, соответственно, их функций, у экспертов нет сомнений в необходимости получения ими знаний по направлению «организация здравоохранения»:

«Организация здравоохранения — это наука, которая включает в себя и обязательное знание медицинских технологий (то есть, медицинское образование), и знание экономики, понимание финансов, макро-балансов».

«Это вещь необходимая — как философия для всех других наук. Она позволяет искать ответы на возникающие вопросы; дает алгоритм, нужный любой специальности, поскольку управленческий цикл (сбор информации, ее анализ и т.д.) — это алгоритм для чего угодно».

По мнению экспертов, для руководителей МО предпочтительнее очная форма обучения с отрывом от производства:

«Практика говорит о том, что без отрыва от производства сосредоточиться на учебе невозможно. И практика же показывает, что при очной форме любой заданный вопрос позволяет пойти еще в каком-то направлении, то есть, раскрыть тему гораздо шире, чем при заочной».

Что касается содержания программ ДПО для руководителей МО, то, по мнению одного из экспертов, являющегося

ся лектором в одной из таких программ, «сейчас с содержанием все неплохо: задается тема и наполнение уже выбираешь сам». Главное же — практическая ориентированность обучения:

«У меня есть 250 человек на 2-х недельный курс. Люди приезжали поучиться, потому что я практик, а они хотели узнать, что и как — это была школа передового опыта».

И, наконец, — о том, что думают эксперты о создании кадрового резерва руководителей медицинских организаций. По мнению опрошенных нами специалистов, проблема старения управленческих кадров сегодня уже не актуальна («Я сталкиваюсь в Академии с московскими главврачами — ощущение, что возраст средний»; «Состав сменился — я вижу новых людей. Причин не знаю. Может, заменили по возрасту»). Что же касается кадрового резерва, то здесь мнения экспертов несколько разошлись, в том числе, отмечалось, что, в принципе, «есть два разных подхода: в одних компаниях выращивают своих, в других — всех берут извне». Но в целом все эксперты согласны с необходимостью его создания, однако, при условии, что критериями отбора будут исключительно профессиональные качества, а не что-либо иное, как это было до последнего времени:

«В СССР подготовка кадров была очень важной задачей. Но потом все чаще и чаще решающими при назначении на должность становились не компетентность и квалификация, а совершенно другие факторы. Текущая кадров очень усилилась».

При этом одни эксперты делали акцент на важности наличия у кандидатов в кадровый резерв управленческого опыта и соответствующего образования. Последнее предлагалось ввести и в качестве формального требования:

«Когда уже есть какое-то количество людей с такими дипломами, можно ввести условие: для назначения на должность главврача нужно иметь магистерскую степень не в медицинской специальности, а, например, в экономике».

«Кадровый резерв это очень важно. Но его

надо готовить соответствующим образом. Нужно хорошее дополнительное образование по специальности организация здравоохранения. Но нужна и практическая деятельность — человек должен пройти управление крупными предприятиями, управление больницами, иметь опыт в бизнесе».

Другим экспертам подход, в рамках которого в кадровый резерв отбираются те, кто уже имеет определенный опыт руководящей работы, например, зам. главврача, представляется «слишком усредненным»:

«Прежде всего, это должен быть человек, который может руководить. Не важно, кем он был — новая должность покажет его во всей красе. Помните закон Паркинсона? — мы поднимаемся по служебной лестнице, пока не перестаем соответствовать занимаемой должности».

Признавая важность формирования кадрового резерва («Его создание связано с необходимостью придать руководству импульс, это намек для молодежи, что есть перспектива»), один из экспертов, в то же время, задался вопросом: «Если они управленцы, а не клиницисты, то из кого будет формироваться кадровый резерв?»

Оказать пользу при отборе в кадровый резерв могла бы оценка персонала, но только в случае ее объективности, что не так просто: «Построение рейтингов опасно, они очень субъективны». Была высказана и идея, что хорошей основой для отбора в кадровый резерв может стать программа МВА для врачей:

«Наблюдая, как люди ведут себя в этой программе, руководство Департамента здравоохранения получает возможность понять, кто что может. В том числе, могут быть выявлены очень агрессивные люди, которым не нужно работать в этой сфере».

Таким образом, условия, в которых приходится работать государственным/муниципальным МО, радикально изменились. При сохранении, и даже ужесточении, прежних ограничений с точки зрения бюджетного финансирования, откры-

ты возможности для оказания платных услуг. Более того, объем привлечения внебюджетных средств становится важным показателем эффективности деятельности руководства МО с точки зрения органов управления здравоохранением. Следствием этого становится конфликт интересов, вынуждающий делать выбор между, с одной стороны, ожиданиями пациентов, привыкших видеть в медиках людей, следующих исключительно «клятве Гиппократата», и, с другой — ожиданиями учредителя, соответствие которым означает сохранение должностной позиции и неплохого заработка. И это — не единственные «ножницы», в которых сегодня оказывается руководство МО, поскольку сложившаяся институциональная среда, как ее описывают опрошенные эксперты, отличается заметной невнятностью и даже противоречивостью: документы, регламентирующие оказание медицинской помощи (стандарты, порядки, клинические рекомендации) экономически не обоснованы, в силу чего МО далеко не всегда могут им следовать, однако контрольно-надзорные органы руководствуются именно ими; страховые компании, призванные стоять на защите прав пациентов, сами не свободны от конфликта интересов, поскольку черпают свою прибыль из экономии средств на медицинскую помощь, а также штрафов, накладываемых на МО за дефекты оказания этой помощи; наконец, механизм финансирования государством (за что оно платит) стимулирует МО ориентироваться не столько на профилактику заболеваемости, сколько на лечение как можно большего числа сложных случаев. Все перечисленное, разумеется, не способствует повышению доступности и качества медицинской помощи. Однако изменение условий существования отрасли не входит в компетенцию руководителей МО, им остается лишь адаптироваться к ним, желательно — в максимальном соответствии с интересами пациентов и своего коллектива.

Изменение и разнообразие функций, которые требуется выполнять руководи-

телям МО, ставит вопрос о том, кем они должны быть — клиницистами или менеджерами. Эксперты сходятся на том, что сегодня главенствующей становится именно управленческая функция, но — при обязательном хорошем понимании специфики медицинской отрасли. Это может обеспечиваться сочетанием базового медицинского образования и последующего управленческого (этот вариант кажется предпочтительным экспертам-медикам) либо изначальным образованием по направлению «Организация здравоохранения». Сегодня лечебными учреждениями руководят медики, что делает актуальным вопрос об их обучении экономике и менеджменту в рамках ДПО. При этом специалисты указывают на «необходимость улучшения существующей системы обучения менеджеров здравоохранения». Отмечается, что «российские образовательные программы в этой области в настоящее время сильно зависят от западных аналогов, а преподаватели часто проходят курс обучения в западных

университетах. Но именно здесь возникает противоречие между западной теорией и практикой и русской реальностью» [11.С.4]. В данном случае под «русской реальностью» подразумевается то, что «российская образовательная традиция, как правило, способствует большему количеству академических знаний, в то время как в управленческом обучении существует необходимость в более практическом подходе». Это, разумеется, верно. Но полученная в ходе нашего исследования информация говорит о наличии еще более важных различий между западной и российской реальностью — институциональных: как было показано, система взаимоотношений всех включенных в оказание медицинской помощи сторон является несбалансированной с точки зрения прав и обязанностей, лишенной ряда принципиально важных элементов. Что в этой ситуации может сделать система повышения квалификации и переподготовки руководителей лечебных учреждений — предмет отдельного исследования.

Литература и Интернет источники:

1. ВЦИОМ: проблемы в системе здравоохранения остаются главными для россиян. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/5270172> (дата обращения: 20.08.2018).
2. ОНФ раскритиковал состояние системы здравоохранения в России. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/2239739> (дата обращения: 20.08.2018).
3. **Улумбекова Г.** Курс Минздрава — бросаем пациентов, спасаем частника. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://expert.ru/2015/01/28/kurs-minzdrava--brosaem-patsientov-spasaem-chastnika/> (дата обращения: 20.08.2018).
4. **Батчиков С., Кара-Мурза С.** От здравоохранения к продаже медицинских услуг // Экономические стратегии. — 2013. — № 2.
5. **Ртищева Е.** За официально бесплатную медицину придется официально платить. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.doctorpiter.ru/articles/4506/> (дата обращения 18.03.2014).
6. **Чубарова Т.В.** Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов // Проблемы прогнозирования. — 2004. — № 5.
7. Социальное развитие и уровень жизни населения СССР. Стат. сб. — М.: Госкомстат СССР, 1989.
8. **Чубарова Т.В.** Кризис российской здравоохранительной системы и политики // Экономическая наука современной России. Экспресс-выпуск. — 2007. — № 1 (12).
9. **Улумбекова Г.Э.** Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать? // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. — 2018. — № 1.
10. Реформа: от народного здравоохранения — к продаже медицинских услуг / Доклады Центра проблемного анализа и государственно-управленческого проектирования. Вып. 10. — М.: Научный эксперт, 2014.
11. **Chubarova T.** Public Health Management Education and Training: Russia. In: Health Care Delivery Systems: Opportunities for Public Management Education in Central and Eastern Europe. Ed. by A. Rosenbaum, J. Nemes, K. Tolo. NISPAcee, 2004
12. «Нас учили лечить, а управление медицинской организацией — это другой вид профессиональной деятельности...». Интервью с **Г.Э. Улумбековой**. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nas-uchili-vrachevat-a-upravlenie-meditsinskoj-organizatsiyey-eto-drugoy-vid-professionalnoy-deyatelnosti-1> (дата обращения: 12.08.2018).

Для цитирования:

Александрова О.А., Комолова О.А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть вторая) // Народонаселение. — 2019. — Т. 22 — № 1. — С. 79-91.

Сведения об авторах:

Александрова Ольга Аркадьевна, доктор экономических наук, заместитель директора ИСЭПН РАН по научной работе, Москва, Россия; профессор Департамента социологии Финансового университета при Правительстве РФ.

Контактная информация: e-mail: a762gab@mail.ru

Комолова Ольга Алексеевна, директор Центра программ МРА в здравоохранении Московского городского университета управления Правительства Москвы.

e-mail: olkomolova@yandex.ru

HEALTHCARE REFORM: HEADS OF MEDICAL ORGANIZATIONS AT THE FOREFRONT OF PROBLEMS (Part. 2)

Alexandrova Olga A. *, ^{1,2}, Komolova Olga A. ³

¹*Institute of Socio-Economic Studies of Population, Russian Academy of Sciences
(32 Nakhimovsky prospect, Moscow, Russian Federation, 117218)*

²*Financial University under the RF Government
(49 Leningradsky prospect, Moscow, Russian Federation, 125993)*

³*MoscowCityUniversity of Management of the Moscow Government
(28 Sretenkast., Moscow, Russian Federation, 107045)*

*E-mail: a762rab@mail.ru

Abstract. The article is devoted to the impact of healthcare reform on the situation in the industry and the requirements for managers of medical organizations. On the data from the expert survey, participants of which were physicians with practical experience in the field of health management; economists studying the work of the public sector; lawyers involved in the protection of patients' rights, etc., it provides characteristics of today's financial, logistical support and staffing of medical institutions, their relationships with founders, insurance companies and patients; there are given experts' opinions on who should be the leaders of medical organizations — managers or clinicians, how to create their personnel reserve, what should be changed in the system of professional development and retraining of medical personnel. It is shown that the working conditions of medical organizations have radically changed, and the amount of attracted extra-budgetary funds has become an important indicator of their effectiveness. At the same time, the institutional context, in which they function, is highly controversial, devoid of a number of fundamentally important elements, and is not balanced in terms of the rights and obligations of various actors involved in the provision of medical care. This significantly complicates the activity of the management of medical institutions, generates a «conflict of interests» among them, which ultimately negatively affects patients. According to experts, today an experienced manager should be at the head of the medical institution, but — with the obligatory good knowledge and understanding of the specifics of the medical industry. Since medical institutions are now managed by medics, their training in economics and management within the system of continuing professional education becomes very important. The article is divided into two parts. The second part will be published in *Population* 2019 No.1.

Keywords: healthcare reform, accessibility and quality of medical services, heads of medical organizations, advanced training and retraining of medical personnel.

References and Internet sources

1. VTSIOM: problemy v sisteme zdravookhraneniya ostayutsya glavnymi dlya rossiyan. [Russian Public Opinion Research Center: problems in the healthcare system remain the main ones for Russians]. Available at: <https://tass.ru/obschestvo/5270172> (Accessed: 20 August 2018). (in Russ.)
2. ONF raskritikoval sostoyaniye sistemy zdravookhraneniya v Rossii [The All-Russian People's Front has criticized the healthcare system in Russia]. Available at: <https://tass.ru/obschestvo/2239739> (Accessed: 20 August 2018). (in Russ.)
3. **Ulumbekova G.** Kurs Minzdrava — brosayem patsiyentov, spasayem chastnika [Course of the Ministry of Healthcare: we forsake patients, we rescue private busyness]. Available at: <http://expert.ru/2015/01/28/kurs-minzdrava--brosaem-patsientov-spasaem-chastnika/> (Accessed: 20 August 2018). (in Russ.)
4. **Batchikov S., Kara-Murza S.** Ot zdravookhraneniya k prodazhe meditsinskikh uslug [From healthcare to sale of medical services]. Ekonomicheskii strategii [Economic Strategies]. 2015. № 2. (in Russ.)
5. **Rtishcheva E.** Za ofitsial'no besplatnyu meditsinu pridet'sya ofitsialno platit' [For officially free medicine we'll have to pay officially]. Available at: <http://www.doctorpiter.ru/articles/4506/> (Accessed: 18 March 2014) (in Russ.)
6. **Chubarova T. V.** Perspektivy reformy zdravookhraneniya v Rossii: neobkhodimost' novykh podkhodov [Prospects for healthcare reform in Russia: the need for new approaches]. Problemy prognozirovaniya [Studies on Russian Economic Development]. 2004. № 5. (in Russ.)
7. Sotsial'noye razvitiye i uroven' zhizni naseleniya SSSR [Social Development and Living Standards of the Population of the USSR]. Statistical handbook. Moscow. Goskomstat USSR. 1989. (in Russ.)
8. **Chubarova T. V.** Krizis rossiyskoy zdravookhranitel'noy sistemy i politiki [The crisis of the Russian healthcare system and policy]. Ekonomicheskaya nauka sovremennoy Rossii. Ekspres-vypusk [Economic Science of Modern Russia. Express release]. 2007. № 1 (12). (in Russ.)
9. **Ulumbekova G.E.** Zdravookhraneniye Rossii: 2018–2024 gg. Chto nado delat'? [Russian Healthcare: 2018–2024. What should be done?]. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Herald of the Higher School of Organization and Management in Healthcare System]. 2018. № 1. (in Russ.)
10. Reforma: ot narodnogo zdravookhraneniya — k prodazhe meditsinskikh uslug [Reform: from Public Healthcare to Sale of Medical Services]. Doklady Tsentra problemnogo analiza i gosudarstvenno-upravlencheskogo proyektirovaniya [Reports of the Center for Problem Analysis and State Management Designing]. Vyp. 10. [Issue 10]. Moscow. Nauchnyy ekspert [Scientific Expert]. 2014. (in Russ.)
11. **Chubarova T.** Public health management education and training: Russia. In: Health Care Delivery Systems: Opportunities for Public Management Education in Central and Eastern Europe. Ed. by A. Rosenbaum, J. Nemeč, K. Tolo. NISPAcee. 2004
12. «Nas uchili vrachevat', a upravleniye meditsinskoy organizatsiyey — eto drugoy vid professional'noy deyatel'nosti...». Interv'yu s **G. E. Ulumbekovoy** [«We were taught to heal, and management of a medical organization is another kind of professional activity ...». Interview with **G. E. Ulumbekova.**] Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/nas-uchili-vrachevat-a-upravlenie-meditsinskoy-organizatsiyey-eto-drugoy-vid-professionalnoy->

For citation:

Alexandrova O.A., Komolova O.A. Healthcare reform: Heads of medical organizations at the forefront of problems. *Narodonaselenie* [Population]. 2019. Vol. 22. No. 1. P. 79-91.

Information about the authors:

Alexandrova Olga Arkadievna, Dr. Sc. (Econ.), Deputy Director for Research, Institute of Socio-Economic Studies of Population, RAS,; Professor, Department of Sociology, Financial University under the RF Government.

Contact information: e-mail: a762rab@mail.ru

Komolova Olga Alekseevna, Director of the Center of Programs MPA in Public Health, Moscow City University of Management of the Moscow Government.

Contact information: e-mail: olkomolova@yandex.ru