

СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ

ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ДИРЕКТОРА ФГБУ
«ЦНИИОИЗ» Д.М.Н.,
ПРОФЕССОР
Юлия Васильевна
Михайлова



ЗАВЕДУЮЩАЯ ОТДЕЛЕНИЕМ
МЕТОДОЛОГИИ
СТРАТЕГИЧЕСКОГО
ПЛАНИРОВАНИЯ
И МОНИТОРИНГА РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Д.М.Н., ПРОФЕССОР
Татьяна Арсеньевна
Сибурова



Период реформирования здравоохранения, приближающийся к 20-летию юбилею, показал, что отсутствие четкого представления о перспективной модели развития здравоохранения сосредоточило реформы на решении важных, но, по сути, вторичных проблем: повышении внутриотраслевой эффективности, качества и доступности медицинской помощи, совершенствовании финансово-экономических и управленческих

механизмов. Рост инвестиций в рамках государственных программ и национального проекта «Здоровье» также не обеспечил решения конкретных социальных целей здравоохранения. Модернизация ресурсной базы и совершенствование традиционных механизмов финансирования и управления не привели к интенсивному технологическому развитию, только и способному изменить ситуацию в отрасли и повысить ее влияние на достижение общегосударственных социально-экономических целей. Выбор стратегий развития определяется приоритетами, направленными не столько на решение имеющихся отраслевых проблем, сколько на поиск и использование технологий (подходов, методов, способов и т.п.), улучшающих базовые социальные показатели, в первую очередь такие, как заболеваемость, продолжительность жизни и трудоспособность населения.

Вместе с тем влияние отдельных факторов на конечные результаты деятельности здравоохранения можно считать доказанным. Например, установлено, что уровень здоровья в значительной степени зависит от интенсивности роста *объема финансирования* здравоохранения. На основании исследования А.В. Плешанова с соавторами¹ показано, что значительное повышение уровня здоровья населения в экономически развитых странах наблюдалось тогда, когда происходил существенный рост ВВП (в два-три раза) при одновременном росте бюджета здравоохранения в пять-шесть раз.

Если сравнивать различные подходы с позиции влияния на конечные результаты, то подсчитано, что повышение качества медицинской помощи играет позитивную роль в росте уровня здоровья, однако не такое существенное, как казалось бы. Повышение качества медицинской помощи в России до уровня Великобритании

¹ Плешанов А.В., Симпсон Д., Марченков Н.С., Поляк Г.Б. Состояние здоровья, среднесрочные макроэкономические тенденции и макрорасходы на здравоохранение: международные сравнения и анализ // Здравоохранение. 2007. №1.

позволит увеличить продолжительность жизни мужчин на 1,7, женщин – на 1,5 года².

Вместе с тем доказано сильное воздействие на конечные результаты *популяционных и межотраслевых программ*, мер по коррекции поведенческих факторов, часто затрагивающих корпоративные интересы производителей (например, табачных изделий, алкоголя и т.п.) и в результате не осуществляемых в необходимом объеме.

Среди организационно-управленческих воздействий установлено влияние только развития *первичной медицинской помощи*. Для 10 развитых стран (США, Канада, Австралия и 7 государств Европы) выявлена прямая зависимость между уровнем первичной медицинской помощи и общим состоянием здоровья населения, а также таким показателем, как удовлетворенность медицинской помощью, соотношенная к уровню затрат на одного человека. По степени влияния лечебно-диагностического процесса на конечные результаты лидирует *эффективно проводимое лечение*, что наиболее слабо представлено в амбулаторно-поликлиническом звене российского здравоохранения.

Внутрисистемные преобразования в области финансово-экономического регулирования, поставленные во главу осуществляемых модернизаций, не получили убедительного доказательства влияния на уровень здоровья. Экспертами ВОЗ установлено, что *страховые принципы*, применяемые в организации предоставления общественных благ, могут улучшить качество последних только в странах с очень высоким уровнем экономического развития. В странах со средним уровнем ситуация может быть с точностью до наоборот. В то же время всеми признается, что огромное влияние на результаты деятельности здравоохранения оказывает масштабное внедрение новых медицинских технологий. Достаточно вспомнить революцию в здравоохранении, произведенную внедрением методов рентгенологии, лечения пенициллином, оперативного лечения сосудистых заболеваний и пр. К сожалению, в стабильные периоды развития общества частота появления подобных «прорывных» технологий в одной области знаний не превышает одной-двух в каждые 40–50 лет³, поэтому рассчитывать на свои силы в области крупных научных открытий России пока не приходится.

Таким образом, для формирования сценариев развития здравоохранения прежде всего необходимо четко представлять те перспективные модели, которые в наибольшей степени соответствуют направлениям развития здравоохранения, вытекающим из ожиданий общества, и учитывают факторы, определяющие и обеспечивающие развитие на долговременную перспективу. Представление модели здравоохранения на многие годы вперед пока не практикуется в России. Все рассматриваемые в печати модели носят локальный характер

и направлены на системное решение текущих проблем развития отрасли.

Существует несколько подходов к осуществлению сценарного планирования, и большинство из них выделяют следующие основные этапы: анализ внешнего окружения, разработку и формулировку сценариев, разработку стратегии в соответствии со сценариями, оценку эффективности каждой из возможных стратегий в случае осуществления того или иного рассматриваемого сценария. Каждому этапу социально-экономического развития страны, в том числе здравоохранения, соответствует собственный сценарный подход. Наиболее традиционной классификацией сценариев развития на длительный период была и остается их структуризация с позиции влияния внешних условий, предусматривающая *позитивный, негативный и стабильный варианты*⁴ развития системы. Для российского здравоохранения выбор в этом случае был обусловлен в значительной степени вероятностью изменения объема и источников финансирования. Так, в начале 1990-х годов обосновывалась целесообразность сохранения государственного финансирования и увеличения финансирования на основе создания системы страховой медицины, предоставления государственным учреждениям права продавать медицинские услуги, а также развития частной медицины, подключения экономических механизмов и т.п. В переходный период экономического развития страны разработка сценариев осуществлялась в условиях еще большей неопределенности и неустойчивости процессов общественного развития и преследовала цель своевременной нейтрализации негативных тенденций, последствия которых могли иметь катастрофический характер. В зависимости от проводимой генеральной линии в области государственной политики рассматривались *оптимистический и пессимистический сценарии*.

С опорой на опыт западных стран стратегии развития здравоохранения формировались на основе положения о том, что реформы требуют значительных затрат, средств на покрытие которых в России не ожидалось, поэтому во главу были поставлены финансово-экономический компонент и внутрисистемные перемены, соответствующие западным подходам. В результате было признано, что перестройка здравоохранения должна включать три обязательных компонента:

- финансовые реформы;
- ориентацию на научно доказательную медицину;
- особое внимание к роли самого больного в системе медицинской помощи.

Группировка сценариев развития при таком подходе с учетом внутрисистемных факторов, обусловленных выбором модели развития, глубиной преобразовательской деятельности, получила развитие в периоды разработки и обновления концептуальных документов, определяющих перспективы отрасли на планируемый период, и но-

² Данишевский К. Демографический кризис в России: оптимальные пути преодоления // Отечественные записки. 2006. №2.

³ Дорофеев В.Д., Дресвянников В.А. Инновационный менеджмент. Пенза, 2003.

⁴ Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: Доклад на VII Междунар. науч.

конф. «Модернизация экономики и государство». М., 2006.



сила характер, зависимый от основной стратегической цели. Так, в течение длительного времени здравоохранение реализует цель структурной реорганизации и повышения внутриотраслевой эффективности. Этот период убедительно доказал, что возможности такого вида реформы ограничены, расчет на имеющиеся внутренние резервы не оправдывает себя в ожидаемом объеме.

В последнее время, вследствие разочарования в проводимых реформах, все больше внимания уделяется технологическому развитию здравоохранения. Этому способствовали дополнительные финансовые средства, пришедшие в здравоохранение в рамках национального проекта, фактически направленного на формирование условий для последующего развития отрасли. Вместе с тем его влияние, по мнению многих исследователей, не является определяющим. Преимущественное обновление материально-технической базы и организации работы учреждений на основе техники и технологий без создания соответствующей инновационной инфраструктуры не дает ожидаемого эффекта и не отражается на эффективности и результатах работы отрасли.

В итоге все чаще рассматривается возможность перехода от стратегии внутриведомственных трансформаций экономического характера к развитию отрасли на основе роста инвестиционного потенциала и технологического совершенствования. С учетом масштабных задач, стоящих перед отраслью на перспективу, необходимость адекватного развития отрасли в соответствии со стратегиями социально-экономического развития страны, опыта формирования сценарных вариантов целесообразно:

- определиться с целями преобразований в здравоохранении, выделить среди них приоритетные на планируемую перспективу, установить характер изменений (модернизация, интенсивный рост, устойчивое развитие);
- сформулировать сценарии развития здравоохранения, соответствующие интересам общества и возможностям отрасли.

В вопросе интенсивности и темпов преобразований необходимо определить, что требуется здравоохранению в современных условиях и на перспективу:

- продолжать многолетнюю модернизацию преимущественно финансово-экономического толка, на фоне которой ухудшалось здоровье населения и сохранялись высокие потери человеческих ресурсов;
- целенаправленно повышать ресурсное обеспечение отрасли на основе преимущественного использования устоявшихся стратегий в рамках расширяющегося национального проекта;
- переходить на глубинные преобразования системного характера, основанные на выборе инновационного пути развития, обеспечивающего устойчивый рост технологического потенциала лечебно-диагностического и организационно-управленческого процессов, требующего повышения качества и эффективного использования потенциала кадровых ресурсов, развития научных исследований, формирования инновационной среды и т.д.

Исходя из изложенного подхода, в качестве основных сценариев развития здравоохранения целесообразно выделить: 1) *инерционный*, 2) *инвестиционный (ресурсный)*, 3) *инновационный*, каждый из которых имеет как очевидные преимущества, так и недостатки, требует определенных условий, в разной степени затрагивает интересы основных участников. Два первых сценария более привычны для восприятия и имеют преимущества в разработанности механизмов реализации, третий выходит за пределы привычных представлений, нарушает устоявшиеся подходы, несет в себе неясные опасности, требует профессиональной готовности, интенсивной работы и заинтересованного отношения.

Выбор моделей и стратегий развития определяется прежде всего теми целями, которые предполагается достичь, и касаются они конечных результатов деятельности системы или же преимущественно ее внутриотраслевых преобразований. Но какие бы затраты ни требовались на развитие здравоохранения, они никогда не смогут превысить ту выгоду, которую приносит стране сохраненный человеческий капитал (для здравоохранения это – жизнь и трудоспособность граждан). Вот почему основным критерием развития здравоохранения должна стать социальная эффективность отрасли, а отбор стратегий должен осуществляться на основе критерия влияния их на уровень здоровья граждан.

Инерционный характер реформам придает планирование от достигнутого. Сохраняющаяся нерациональность сети медицинских учреждений, деградация сельского здравоохранения, проблемы кадровой обеспеченности отрасли отрицательно сказываются на эффективности деятельности всей системы здравоохранения.

Социальная сфера остается непривлекательной для инвестиционных вложений со стороны бизнес-структур, отмечаются лишь отдельные благотворительные акции, местные органы власти не принимают полноценного участия в социальной политике регионов на долгосрочной и взаимовыгодной основе. В случае инерционного сценария развития здравоохранения сохраняется декларативность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, продолжается неконтролируемый процесс замещения бесплатной помощи платными услугами. Сохраняются высокие темпы роста расходов на платные услуги и лекарственные средства. Рост личных расходов относительно государственных происходит опережающими темпами. Расширяется сфера неформальных платежей, нарастает их объем. Доля личных расходов может составить до 50–55%.

Основные риски развития по инерционному сценарию:

- поставленные цели повышения качества и доступности для всех медицинской помощи в сложившихся условиях не реализуются;
- экономически неэффективная система оказания медицинской помощи требует для своего поддержания все больше средств;
- на фоне роста затратности здравоохранения не происходят качественные сдвиги в здоровье населения;



- сохраняется безответственное в целом отношение к человеческому потенциалу;
- снижение смертности от управляемых причин не происходит.

Таким образом, инерционный сценарий развития здравоохранения не только не соответствует мировым тенденциям, но и несет в себе угрозу разрушающего воздействия на фундаментальные основы отрасли.

Суть *инвестиционной модели* состоит в сохранении эволюционного подхода к развитию здравоохранения на основе роста финансовых вложений и фактического продолжения осуществляемой на протяжении последних лет государственной политики в области охраны здоровья и модернизации системы здравоохранения, которая нашла логичное продолжение и дальнейшее развитие в основных направлениях Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

На *первый взгляд поставленные Минздравом России цели и задачи вселяют надежду на грядущие грандиозные перемены*: «В прогнозируемом периоде предполагается создать современную высокоэффективную модель здравоохранения, которая позволит гарантировать доступность качественной медицинской помощи для всех слоев населения, что приведет к улучшению показателей здоровья, увеличению продолжительности жизни и снижению смертности». Таким образом, инвестиционная модель призвана закрепить и продолжить начатые преобразования.

Что же продемонстрировал процесс развития здравоохранения, основанный на поиске источников финансирования, осуществляемый в последние годы? Прежде всего, несостоятельность системы управления в процессе реформирования отрасли, которая продолжает оставаться серьезным риском для реализации инвестиционных проектов.

Приток средств в отрасль показал, что не только низкое финансирование, но и неподготовленность управленцев во многом является причиной сегодняшнего состояния отрасли. Ресурсов, как показал опыт реформирования здравоохранения в мире, не хватает всем странам, однако хорошие управленцы есть далеко не во всех. Чем больше нехватка ресурсов, тем выше востребованность эффективного менеджмента.

Несмотря на большое число исследований по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», управление здравоохранением остается одним из наименее разработанных разделов научного знания, по масштабам и социальной значимости не уступающим общепризнанным направлениям клинической медицины, эпидемиологии и социальной гигиены. Основные *проблемы в области управления здравоохранением* видятся в следующем:

- невыполнении государством социальных гарантий медицинского обеспечения граждан;

- преимущественно оперативной направленности системы управления отраслью;
- слабости государственного регулирования развития здравоохранения;
- отсутствии четкой государственной политики в отношении перспектив развития отрасли;
- приоритете государственного подхода (обеспечение внутриотраслевой эффективности) к реформированию отрасли над социальным, низкой социальной эффективности проводимых мероприятий;
- отставании в разработках научных аспектов управления, практическом применении концепций, методов и механизмов современного менеджмента;
- недостаточности информационно-технической вооруженности управления, низком качестве статистического обеспечения;
- низком качественном уровне управленческих и медицинских кадров.

О дисгармонии в организации управления здравоохранением свидетельствует сложившееся противоречие между повышенным вниманием к экономическим подходам и обеспечением социального эффекта здравоохранения, а также высокая неудовлетворенность населения не только качеством, но и финансовой доступностью медицинской и лекарственной помощи.

Другими словами, инвестиционная стратегия предусматривает те направления модернизации здравоохранения, которые хорошо обеспечат решение острых, в крайнем случае среднесрочных, проблем, а не имеют цели системного развития отрасли.

Инновационно-стратегический сценарий развития здравоохранения в качестве государственной стратегии радикального изменения направленности развития экономики и социальной сферы требует соответствия подходов в определении стратегических направлений развития отраслей. Основные направления реализации инновационного развития представлены в программном выступлении Д.А. Медведева⁵ и включают следующие положения:

1. Создание соответствующей инфраструктуры, построение национальной инновационной системы. Инфраструктура поддержки такой деятельности не была бы локальной. Это не вопрос строительства пяти технопарков, хотя это тоже важно. Эта система должна быть всеохватывающей, стать доступной для всех тех, кто стремится и умеет придумывать новое.
2. Разработка четко установленного механизма коммерциализации изобретений. Речь идет не об отдельных изобретениях, а о системе, которая охватывает все отрасли, все стороны нашей жизни.
3. Поддержка фундаментальной науки при одновременном совершенствовании ее организации.

⁵ Д.А. Медведев назвал четыре приоритета ближайшего четырехлетия: институты, инфраструктура, инновации, инвестиции. Подроб-

нее см.: Медведев Д.А. Точки над «и» // Российская газета. 2008. 16 февр. Фед. вып. №4591.



4. Реализация мегапроектов на прорывных направлениях развития технологий с концентрацией на них ресурсов, кадров, внимания государства, при тесном взаимодействии с бизнесом.
5. Поддержка людей, которые любят и умеют создавать новое и которые хотят, чтобы их изобретения не остались на бумаге, а приносили им и всему обществу пользу. Люди должны иметь возможность заработать не только физическим трудом, но и головой, своей способностью генерировать идеи.
6. Озвученные программные направления свидетельствуют о целях создания в стране условий для перехода на инновационную модель развития экономики и социальной сферы. Реализация инновационного сценария в отдельно взятой отрасли невозможна, и успешность его зависит от общегосударственной инновационной политики, формирующей соответствующие общегосударственные институты и специальную инфраструктуру.

Главной целью инновационной политики является приведение всех институтов общества в соответствие с новыми социально-экономическими реалиями, определяющими его развитие в будущем, на основе приоритета формирования новых институциональных форм, благоприятствующих развитию науки, ускоренному внедрению ее результатов в экономике и стимулирующих повышение технологического и жизненного уровня общества. В соответствии с теорией инновационного менеджмента, в целостную систему инновационной деятельности входят такие составляющие, как *наука, технология, экономика и образование*. Отсутствие любого из компонентов приводит к нарушению системности решения проблемы, а недостаточное внимание к развитию хотя бы одного из них снизит результативность инновационной деятельности.

Суть инновационного сценария развития здравоохранения заключается в формировании и реализации инновационно-стратегической модели. Технология инновационно-стратегического управления отраслью через систему нозологических (связанных с отдельными заболеваниями или группами заболеваний) приоритетов увязывает воедино управление научным потенциалом медицины и смежных отраслей, систему образования и практическое здравоохранение, управление развитием и оперативное регулирование деятельности, различные уровни управления, виды и формы собственности. Формируя динамичную систему ключевых приоритетов и критических технологий, она концентрирует усилия и ресурсы на последовательном и полном решении наиболее значимых национальных проблем в области здоровья населения. Базируясь на основных принципах инновационно-стратегического управления развитием здравоохранения, целесообразно на федеральном уровне принять следующие положения:

- формирование инновационной политики в соответствии с приоритетными направлениями развития отрасли, вытекающими из настоящих и прогнозируемых на перспективу потребностей населения в медицинской помощи;

- вторичность инновационной функции по отношению к управлению стратегическим развитием;
- ориентация инноваций на системное решение стратегически значимых и приоритетных проблем здравоохранения;
- формирование перечня перспективных базовых инновационных приоритетов в увязке с наиболее социально значимыми нозологическими направлениями, характеризующимися наибольшими потерями общества (в настоящем и будущем) от определенных видов патологии и наличием неиспользованного потенциала науки и техники для снижения бремени болезней;
- программно-проектный подход к государственному регулированию процесса инновационного развития медицинской науки и здравоохранения, использование механизмов правовой защиты и стимулирования инновационной деятельности.

Региональный аспект инновационной стратегии здравоохранения весьма важен, поскольку последняя является составной частью стратегий территориального социально-экономического развития. Инновационный потенциал регионов в области здравоохранения существенно различен.

Как показывает опыт, инновационные мероприятия регионального уровня должны быть направлены на конкретный спектр важнейших нозологических приоритетов и предусматривать организацию целевых НИОКР для разработки требуемых региону инноваций, прежде всего технологических и организационных (медико-технические инновации, скорее всего, являются прерогативой федерального центра); выдачу госзаказов (регионального уровня) для создания в регионе или для региона необходимых медико-фармацевтических инноваций; поддержку из региональных бюджетов создания малых инновационных фирм, использование медицинских кластеров, реализующих важнейшие для региона инновации; обучение кадров для работы в инновационной сфере здравоохранения, обмен инновационным опытом и т.д.

Для территорий особую значимость приобретает отработка эффективной системы внедрения новшеств, разработанных на федеральном уровне управления здравоохранением или трансформируемых из других стран или отраслей.

Таким образом, во-первых, переход отрасли к стратегическому целевому управлению должен базироваться на создании государственно-общественных механизмов выбора и систематической актуализации приоритетных направлений основной (лечебно-профилактической) деятельности системы здравоохранения в целом. Во-вторых, инновационные стратегии и приоритеты обеспечивающего характера проектируются с учетом специфики каждой приоритетной нозологической группы и рассматриваются как важнейший резерв повышения эффективности отрасли в целом, предполагающий ресурсное (финансовое, кадровое, информационное) обеспечение в первоочередном порядке.

Необходимым условием реализации инновационно-стратегической модели развития здравоохране-



ния является принятие инновационной государственной политики, определяющей основные направления и механизмы инновационного развития отрасли (разработка соответствующей регламентирующей и методической базы, целевая подготовка кадров, создание инновационной среды, включающей механизмы стимулирования медицинских коллективов к постоянному поиску, освоению и внедрению новшеств, участию в новаторской деятельности, эффективному использованию кадрового потенциала, поиску и поддержке талантов, созданию условий для профессионального развития и саморазвития медицинских и управленческих кадров, повышению творческой компоненты в профессиональной подготовке специалистов). Потребуется включение экономических рычагов стимулирования новаторского подхода к выполнению производственных функций.

Крупные инновационные программы должны оставаться прерогативой государственного управления и обеспечивать переход отрасли на новые технологические уровни. Региональные (межрегиональные), муниципальные (межмуниципальные), учрежденческие (межучрежденческие) проекты должны обеспечивать решение конкретных или общих для отдельных территориально-административных образований проблем.

Залогом успеха реализации инновационного сценария может стать политическая воля, опирающаяся на профессиональную поддержку активной части медицинской общественности, профессиональные общественные организации, средства массовой информации, а также последовательное воплощение конкретного пла-

на, обеспечивающего системное решение задач и переход на новую модель развития.

Реализация инновационного сценария развития здравоохранения позволит за относительно более короткое время приблизить уровень медицинской помощи к общемировым стандартам, переориентировать систему управления на достижение общественно значимых результатов деятельности, ввести рыночные механизмы в степени, необходимой для эффективной работы и обеспечения интенсивного развития отрасли, стимулировать развитие науки и производства, ориентированных на медицину, развивать финансово-экономические и организационно-управленческие технологии, в наибольшей степени соответствующие технологическому развитию отрасли.

Вместе с тем выбор инновационной модели развития здравоохранения затрагивает многие существенные аспекты функционирования здравоохранения и ее реализация потребует формирования соответствующей инновационной среды, которая представляет собой совокупность функционирующих институтов – экономических (система стратегического планирования, собственность, ценообразование, конкуренция и пр.), социального (особенности взаимодействия власти и общества, начальника и подчиненного, отношения к труду, особенности управления, неформальных отношений и т.д.) и духовного окружения (особенности национального характера, нравственность, духовность, патриотизм и т.д.), а также развития специальной инфраструктуры, необходимой для осуществления инновационной деятельности.