

УДК 332.05+614.2

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И «ТЕХНОЛОГИЙ» НА ИЗМЕНЕНИЯ БОЛЬНИЧНОГО СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>Малаховская М.В., <sup>2</sup>Ленская Л.Г., <sup>1</sup>Гибельгауз Л.И.,  
<sup>1</sup>Сибилева Л. А., <sup>1</sup>Радионова Е.С.

<sup>1</sup>ФБГОУ ВПО ТГАСУ «Томский государственный архитектурно-строительный университет», Томск, e-mail: reu275@sibmail.com;

<sup>2</sup>ОГАУЗ «ТОКБ» «Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств», Томск, e-mail: l\_liudmiladoctor@mail.ru

Господствующее положение госпитального сектора в системе и бюджете здравоохранения, принципиально важного для формирования и поддержания человеческого капитала нации, привело к необходимости его модернизации с учетом основных медицинских достижений последнего столетия. По мере того, как потребность в медицинских услугах меняется, требуется адекватное реагирование рынка медицинских услуг. Организационные и технологические изменения в больничном секторе как особой среде национального хозяйства, предопределяют необходимость выявления и учета социальных особенностей и экономических ограничений. Воздействие взаимосвязанных социального, экономического (доходного) факторов, определяющих ожидания относительно функций и результатов медицинских вмешательств представлены с трех позиций: перемены со стороны требований и ожиданий; перемены со стороны возможностей предоставления помощи; изменения со стороны среды. Это позволяет обосновать вывод о размытости представлений о целях трансформирования системы здравоохранения. В этих условиях ориентация больниц на внутренние источники экономии средств для улучшения своего положения – важный, но не решающий фактор повышения эффективности национального здравоохранения.

**Ключевые слова:** госпитальный сектор, здравоохранение, факторы модернизации

## THE NEED TO TAKE INTO ACCOUNT FACTORS, WHICH DETERMINE CHANGES, IN THE MANAGEMENT OF MODERNIZATION IN THE HOSPITAL SECTOR OF HEALTH

<sup>1</sup>Malakhovskaya M.V., <sup>2</sup>Lenskaya L.G., <sup>1</sup>Gibelgayz L.I., <sup>1</sup>Sibileva L.A., <sup>1</sup>Radionova H.S.

<sup>1</sup>Tomsk State Architecture and Building University, Tomsk, e-mail: reu275@sibmail.com;

<sup>2</sup>Autonomous Regional State Health Agency «Tomsk Regional Clinical Hospital»,  
Tomsk, e-mail: l\_liudmiladoctor@mail.ru

The hospital sector's dominant position and the health budget, which is crucial to the formation and maintenance of human capital of the nation, led to the need to modernize with the main medical advances of the last century. As soon as the need for health services is changing, it requires an adequate response to the health care market. Organizational and technological change in the hospital sector as a special environment of the national economy motivates the need to identify and determine the integration of social features and economic constraints. Impact of interrelated social, economic (income) factors determining expectations about the functions and results of medical interventions are presented in three positions: changes from the requirements and expectations; changes from the possibilities of providing assistance; changes in the environment. This allows valid conclusions about the blurring of the purpose of transforming the health care system. Under these conditions, the orientation of the hospitals on domestic sources savings to improve their situation – an important but not decisive factor in increasing the efficiency of national health.

**Keywords:** hospital sector, public health, the factors of modernization

Изменения, происходящие в социально-экономической системе России, не могли не затронуть сектора здравоохранения, принципиального для обеспечения качества её человеческого капитала. Основные медицинские достижения последнего столетия состоялись в стационарах (госпитальном секторе здравоохранения). Вместе с тем, госпитальный сектор все еще поглощает большую часть бюджетов здравоохранения, однако, ни число организационных единиц, ни структура госпитального сектора не претерпели изменений, ожидавшихся в связи с прогрессом технологий.

Базовая составляющая госпитального сектора – организация здравоохранения, обеспечивающая стационарное пребывание пациентов в процессе лечения, обеспечивает поставку ожидаемых общественных благ (различных видов медицинской и сестринской помощи) для воспроизводства физического (по меньшей мере) компонента человеческого капитала [3]. Термин «больница» по отношению к ним рассматривается в современной науке организации здравоохранения как устаревший, однако, оправдывает современное использование термина и его присутствие в наименовании систе-

мообразующих для региональных и отраслевых систем здравоохранения, организаций («Областная/краевая/республиканская клиническая больница» или «Железнодорожная / работников водного транспорта и проч. больница»). Следует определять больницу как организацию здравоохранения, структурная определенность которой описана в виде «многопрофильное стационарное и поликлиническое объединение, осуществленное на основе единства системы управления и источников финансирования», где сложность состава поддерживает универсальность функций. Госпитальный сектор в выполнении вмененных ему задач опирается именно на функционирование больниц. Стационарная составляющая больниц, обеспечивающая непрерывность пребывания пациентов для контроля качества лечебного процесса, обычно организуется как монопрофильная или многопрофильная. Значительную лепту в усиление роли больниц внесло развитие асептических и антисептических методов, анестезии и хирургии, революция в техническом оснащении, снизилась распространенность инфекционных заболеваний, прежде всего в родильных и хирургических отделениях. Возрос уровень сложности хирургических вмешательств с увеличением числа выздоровлений. Прогресс военной хирургии, произошедший в годы второй мировой войны, существенно изменил технологию и организацию хирургической помощи. Были технологизированы новые области хирургии (коронарное шунтирование, пересадка органов, микрохирургия), появились блоки интенсивной терапии, которые позволили выжить большому числу тяжелых больных. Повысилась специализация больниц, появились новые врачебные специальности, отделения, центры, технологии становились все более сложными и более дорогими. Развитие фармацевтической науки и промышленности позволило изменить арсенал способов борьбы по заболеваниям. Появились крупные учреждения на базах высших учебных заведений (Центры), в которых апробируются технологии лечения, выхаживания больных. Трансфер технологий за пределы Центров, и окружающих больниц широкое освоение новых специальностей стерли различия в оснащении и технологиях помощи, создав предпосылки универсальности больниц.

Подобное развитие событий можно оценить как прогресс. Снижение числа стационарных коек и более интенсивное использование оставшихся (отразившееся в показателях: увеличение оборота койки, снижение продолжительности стационар-

ного лечения) в странах Западной Европы стало возможным в связи с выведением за рамки стационарного лечения долгосрочных психиатрических больных, материально зависимых пожилых людей. Результатом реструктуризации стало сокращение чрезмерно больших и неоправданно маленьких больниц, что сопровождалось повышением технологии амбулаторного лечения и реабилитации. Ситуация в постсоветских секторах здравоохранения оказалась иной: закрытие больниц, преимущественно малых, сокращение числа коек не сопровождалось компенсирующими технологическими изменениями. Не смотря на наличие «пилотных» проектов, ожидаемых результатов в «сквозной технологизации» стационарной и амбулаторной помощи пока не достигнуто. Во-первых, сравнительные данные не дают рекомендаций в отношении числа коек, необходимых для каждой отдельной страны по профилям стационаров и в целом. Во-вторых, не следует думать, что проблема избытка емкости стационарной помощи может быть решена путем простого закрытия некоторых учреждений, ведь остающиеся, как правило, оборудованы не лучше и, соответственно, не подготовлены к решению проблем, которые будут перенесены на них сегодня и обязательно возникнут в будущем.

Воздействие взаимосвязанных социального, экономического (доходного) факторов, определяющих ожидания относительно функций и результатов медицинских вмешательств, могут быть представлены с трех позиций: Перемены со стороны требований и ожиданий; Перемены со стороны возможностей предоставления помощи; Изменения со стороны среды.

Перемены со стороны требований и ожиданий, рождаются, в основном, демографическими процессами: низкая рождаемость, старение населения (доля лиц старше 65 лет неуклонно растет), миграция (в том числе – маятниковая миграция), к которым добавляются меняющаяся картина заболеваемости, меняющиеся факторы риска (профессиональные, экологические, социальные и др.), больничные инфекции, меняющиеся общественные ожидания и др.

Рост числа пожилых людей – основных пользователей медицинских услуг (на их долю приходится, как правило, половина объема работы больниц), предполагает разграничение между расходами на социальную опеку и собственно медицинскими расходами. Нет оснований считать, что интенсивность использования стационарных медицинских услуг пожилыми людьми останется неизменной. Старшее поколение

завтрашнего дня, возможно, окажется в более выгодном положении благодаря лучшему питанию и социальным условиям, но социогенное и технологическое «сверхдавление» на работника, наблюдаемое в современных производственных системах, не могут миновать, не оставив последствий в виде ущерба для здоровья [1].

Состав населения меняется в результате миграции: потребности мигрантов в медицинской помощи отличаются от потребностей основного населения, беженцам необходимы психологическая и психиатрическая помощь, лечебные учреждения должны проявлять восприимчивость к различиям культурных традиций, в том числе через создание освященных помещений для молитв, различных режимов питания, распорядка посещений и пр. [10].

Чтобы успешно выполнять свою основную функцию – лечение больных – стационары должны гибко реагировать на изменения в статистической картине заболеваний. Изменение в режиме питания способствовало возникновению новых тенденций в распространении, например, как ишемической болезни сердца. Международная торговля табачными изделиями привела к глобальной эпидемии болезней, обусловленных курением. Есть и другие примеры. Изменения картины заболеваемости могут быть обусловлены также изменениями взаимосвязи между человеком и его микробной средой. По мере того, как менялся образ жизни, возникали новые инфекционные болезни, состав которых будет меняться и в будущем. Лечебные учреждения повлияли на изменение картины распространения внутрибольничных инфекций, прежде всего, инфекции, резистентные к антибиотикам, которые приобретаются именно в стационарах. Изменение технологии выхаживания новорожденных привело к тому, что «омолодились» и получили возможность к развитию в позднейших периодах жизни многие распространенные «сопряженные» болезни, например: инсульт, рак желудка, рак груди [9]. Необходимо учесть, что совершенствование технологий детской помощи, может дать наблюдаемый и статистически значимый фактор заболеваемости в секторе помощи взрослому населению с запаздыванием 20–60 лет. Это имеет принципиальное значение для планирования будущей структуры больниц и их технологической оснащенности. Рост медицинских знаний и информированности населения и ожидание более высокого качества обслуживания, могут побудить больницы и других поставщиков услуг к увеличению и изменению услуг и струк-

туры лечебно-диагностической деятельности, к повышению стандартов обслуживания [7]. Пациенты все чаще требуют, чтобы их посещали и обследовали тогда, когда это удобно им, а не врачам. Благодаря Интернету, многие пациенты считают (иногда вполне обоснованно), что знают о своих заболеваниях и технологиях помощи не меньше, чем врачи.

Вторая группа причин изменений – перемены со стороны возможностей предоставления помощи – может быть определена как следствие технико-технологических изменений здравоохранения.

Технический прогресс и клиническая наука привели как к резкому расширению спектра доступных форм медицинских вмешательств, так и к расширению групп пациентов, к которым эти вмешательства могут быть применены. Новые технологии внедряются, новые медикаменты снижают суммарную и индивидуальную потребность в стационарной помощи: длительное лечение больных СПИД заменяют антивирусной поддерживающей амбулаторной терапией, противораковые препараты могут привести к излечению, появляются новые вакцины против инфекций и некоторых видов рака, расширяются возможности эндоваскулярных процедур. Развитие технологий заметно влияет на состав и подготовку персонала, оборудование и структуру лечебных учреждений. Динамика состояния здоровья конкретного больного отслеживается (и будет отслеживаться в большем числе случаев) в реальном времени с помощью точнейших датчиков. Развивается телемедицина. Распространение новых технологий будет способствовать изменению характера взаимоотношений между учреждениями здравоохранения, все более формируя их сетевой характер.

Изменения структуры предлагаемых видов медицинской помощи в медицинской организации возникают вследствие старения населения, сокращения доли работников, намеревающихся осуществлять деятельность в секторе здравоохранения [8]. Среди работников преобладают женщины, сочетающие карьеру с домашней деятельностью. Одно из решений проблемы – децентрализованное управление и гибкие контракты найма. Концепция «гибкой формы» чревата тем, что персонал станет менее устойчивым и менее умелым, многое зависит от методов внедрения «гибкости». Второе возможное условие решения – интернационализация рабочей силы в секторе здравоохранения. Одни страны вербуют иностранных работников-профессионалов, тогда как страны-доноры рабочей силы про-

тивостоят снижению профессиональных статусов в национальном здравоохранении.

Третья позиция анализа причин изменений – перемены со стороны среды, включая:

1. Приоритеты финансирования: госпитальный сектор, занимая заметное место в структуре бюджета здравоохранения, становится мишенью правительственных мер сдерживания государственных расходов. Но объем средств, направляемых на здравоохранение, – проблема политическая, связанная с выбором приоритетов в развитии человеческого капитала. Подушевое финансирование, равно как и перенос издержек на оплату получаемой «медицинской услуги» на пациента, лишает больницу долгосрочной финансовой устойчивости, требующейся для инвестирования в квалификацию и компетенцию персонала, освоение оборудования и технологий помощи.

2. Интернационализация системы здравоохранения. Среда, в которой функционируют медицинские учреждения, можно назвать глобальной: движение пациентов и поставщиков медицинских услуг из одних стран в другие, поставки услуг организациями одной страны пациентам другой страны, создание учреждений в иностранных государствах – реальность конкурентной ситуации, наблюдаемой в национальном здравоохранении.

3. Организационно-управленческие факторы здравоохранения. Национальная система управления здравоохранением в настоящее время находится в критическом состоянии, ее функционирование – одна из наболевших проблем. Пока не были определены приоритетные цели здравоохранения, стала разрушаться система профилактической медицины. Замысел модернизации здравоохранения, рассматриваемой как управленческий процесс, к сожалению, не обнаруживает задач одновременного и опережающего преобразования управленческой модели здравоохранения [2]. Целью проводимой реформы здравоохранения провозглашается повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Следует отметить, что подобная цель в реформировании системы здравоохранения ставится впервые. В предыдущие годы ставилась более узкая цель «улучшение здоровья населения» [5]. Думается, что заявленный масштаб цели, несколько смещающий фокус преобразований в технико-технологическую плоскость, выводит из поля зрения одну из основных качественно нарастающих проблем системы здравоохранения – резкое ухудшение здоровья населения. Конечно, технико-технологическая модернизация подразумевает

преобразование возможностей для улучшения здоровья граждан. Однако, в критериях оценки эффективности предпринимаемых инвестиций это не обозначено, следовало бы провести коррекцию цели современной реформы здравоохранения: «улучшение здоровья населения, путем повышения доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи для всех слоев населения на основании инвестиций в квалификационную характеристику работников, технико-технологическую модернизацию имущественного комплекса и изменение модели управления национальной системой охраны здоровья». В такой формулировке цель реформы здравоохранения будет соответствовать и стратегии модернизации здравоохранения, объединит национальные проекты, среди которых приоритетный Национальный проект «Здоровье». Соглашаясь с мнением [6] о перечне необходимых к постановке и решению задач управления изменениями в здравоохранении, нельзя в связи с проведенным нами анализом, согласиться с их ранжированием, предлагаемым автором. Представляется важным учесть «трехкомпонентность» связей, возникающих в управленческой функции: субъектные связи (определяющие адрес и цель изменений), процессные связи (технологии, организация всех взаимодействий, финансирование (и шире – ресурсные связи)) и «результатные» связи (что именно появится в процессе преобразования, какие качественные особенности являются приоритетом для контроля и как это изменит место здравоохранения (и конкретной его организации) в составе национальной/территориальной социально-экономической системы. От «исходного» пункта «конструкции» изменений зависит и конструкция процесса управления и результат ее применения: избранная модель методов, средств и механизмов не является нейтральной ни для сектора здравоохранения, ни для общества. Наиважнейшим в предметном составе проектируемых изменений является именно госпитальный сектор – основной потребитель ресурсов, формирующий технологическое, стоимостное и продуктивное «лицо» сектора. Ключевой структурой перемен является больница – квалифицированные врачи, высокие технологии и медицинское оснащение системы здравоохранения представлены именно госпитальным сектором.

4. Административные и институциональные факторы. Следует обратить внимание на то, что реализация задач модернизации в сжатые сроки затруднена одновременностью совершенствования системы государственной власти в РФ [4].

**Выводы**

1. Исторически обусловленная неравномерность вызревания условий функционирования сектора охраны и обеспечения восстановления здоровья нации недвусмысленно обнаруживает проблемное поле, обусловившее потребность в модернизации, требования системности, упорядоченности и целесообразности как перемен, так и управления изменениями.

2. Сосредоточение основных результатов и ресурсов здравоохранения указывают на госпитальный сектор как ключевой фактор, эффективность и необратимость изменений в котором приведут к качественным изменениям здравоохранения.

3. Выявленные изменения факторов, определяющих ожидания относительно функций и результатов медицинских вмешательств, перемены со стороны возможностей предоставления помощи» и перемены со стороны среды указывают на существование различающихся моделей самих перемен.

4. Представляется, что приоритетность организационно-управленческих факторов может стать решающим условием создания соответствия между способом осуществления и ожидаемыми переменами в здравоохранении.

**Список литературы**

1. Калашников В. Спрос и предложение рабочей силы в России: кто бежал быстрее? // Вопросы экономики. – 2012. – № 2. – С. 52–66.
2. Ленская Л.Г., Панфилова Е.В., Малаховская М.В. Целеполагание как фактор повышения эффективности менеджмента здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 5. – С. 35–37.
3. Малаховская М.В., Ленская Л.Г., Колов Ю.Н., Панфилова Е.В. Сфера охраны здоровья как компонент национального хозяйства // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 5. – С. 25–27.
4. Минздрав России и его руководитель: инициативы, достижения, оценки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0617/opros04.php> (дата обращения 16.11.2014).
5. Тернов С.Ф., Малаховская М.В. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34.
6. Яковлева Т.В. Современные проблемы законодательного регулирования в сфере здравоохранения // Управление здравоохранением. – 2004. – № 3. – С. 43–52.
7. Chappel J.H. Dual diagnosis: A psychiatric perspective // Behavioral Health Management. – 1995. – № 15. – P. 34–36.
8. Hurst K. Primary Care Trust Workforce Planing and Development // London: Whurr Publishers Ltd. – 2005. – P. 86–101.
9. Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J. PowerLife course epidemiology // Epidemiol Community Health. – 2003. – № 57. – P. 778–783.
10. Mattson S. and Lew L. Culturally sensitive prenatal care for Southeast Asians // Journal of Obsteric, Gynecologic and Neonatal Nursing. – 1992. – № 21. – P. 48–54.