

Федеральное агентство научных организаций
Российская академия наук
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«Вологодский научный центр Российской академии наук»

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

*проблемы управления
и эффективность*

A photograph showing a doctor in a white lab coat sitting at a desk. A stethoscope is resting on a clipboard with a white sheet of paper. In the background, there is a laptop and some papers, all slightly out of focus. The lighting is warm and soft.

УДК 614.2
ББК 60.561.322+65.495
Р76

Публикуется по решению
Ученого совета ВолНЦ РАН

Р76 **Российское здравоохранение : проблемы управления и эффективность** [Текст] : монография / А. А. Шабунова, К. Н. Калашников, О. Н. Калачикова, А. В. Короленко, Л. Н. Нацун ; под общ. ред. А. А. Шабуновой. – Вологда : ВолНЦ РАН, 2017. – 244 с.

ISBN 978-5-93299-381-1

**Под общей редакцией
доктора экономических наук А. А. Шабуновой**

Монография посвящена одной из наиболее актуальных для современной России социально-экономических проблем – развитию и реформированию здравоохранения. Её авторы, опираясь на комплекс данных официальной и ведомственной статистики и широкую социологическую базу, анализируют аспекты деятельности системы здравоохранения с позиций эффективности и результативности государственного управления и обеспечения качества и доступности медицинской помощи для населения.

Рассчитанная на широкий круг читателей книга предназначена как экспертам, специально занимающимся вопросами управления в социальной сфере и здравоохранении, так и студентам – будущим специалистам в этой области.

**УДК 614.2
ББК 60.561.322+65.495**

Рецензенты:

кандидат философских наук, доцент
декан гуманитарного факультета, заведующий кафедрой социологии
Вологодского государственного университета

В. Н. Асташов

кандидат экономических наук, доцент
заведующий кафедрой менеджмента
Вологодского государственного университета

Н. П. Советова

ISBN 978-5-93299-381-1

© Шабунова А. А., Калашников К. Н.,
Калачикова О. Н., Короленко А. В.,
Нацун Л. Н., 2017
© ВолНЦ РАН, 2017

ПРЕДИСЛОВИЕ

Здравоохранение является чрезвычайно ресурсоёмкой отраслью, для нормального функционирования которой необходимо затрачивать большое количество различных ресурсов – материальных, трудовых и финансовых. Однако наряду с обеспеченностью средствами производства чрезвычайно важную роль играет их пропорциональное соотношение, качественные характеристики, от которых в конечном итоге и будут зависеть эффективность функционирования отрасли и уровень здоровья населения. Хотя традиционное определение экономической эффективности звучит просто: оптимизация использования всех видов ресурсов при производстве единицы продукта или услуги – чем больше результат и выше качество при наименьших затратах, тем выше эффективность, но на практике анализ эффективности использования ресурсов здравоохранения является сложной задачей. Прежде всего, в силу недостаточной разработанности инструментария, а также категориальной неопределённости и вариативности самих понятий «результат» и «эффективность» применительно к сфере здравоохранения. Так, понимание экономической эффективности различается на разных уровнях организации здравоохранения. Если в рамках конкретного учреждения (микроуровень) ключевую роль играет баланс медицинской и экономической эффективности, то на уровне региона (макроуровень) немаловажное значение имеет и социальная эффективность.

На сегодняшний день эффективность регионального здравоохранения понимается как эффективность в единстве трёх её составляющих – медицинской, экономической и социальной. По оценкам зарубежных специалистов, для российского здравоохранения в целом характерна структурная неэффективность, обусловленная несбалансированностью ресурсных возможностей отрасли (трудовых, материальных, финансовых) и острыми

структурными перекосами. А структурная неэффективность, как известно, обуславливает девальвацию всех финансовых инициатив и приводит к неэффективному расходованию финансовых вложений.

Очевидно, в этом отношении чрезвычайно необходимым становится анализ структурных характеристик и ресурсных возможностей регионального здравоохранения, который должен проводиться с целью использования его результатов для дальнейшего развития отрасли и в процессе принятия управленческих решений.

Однако есть и более важная вещь – качество управления, способность органов власти принимать адекватные решения по реформированию здравоохранения, учитывая актуальные внешние и внутренние вызовы, а также специфику контекста. При этом качество подготовки и уровень квалификации низшего уровня менеджмента должны соответствовать возложенным на них обязанностям, тогда как эти субъекты управления должны обладать известной свободой принятия решений.

Данная монография – результат комплексного исследования российского здравоохранения, затрагивающего различные стороны и аспекты его функционирования, включая внешние потребности (заболеваемость и смертность населения, специфику эпидемиологической ситуации), обеспеченность ресурсами, организационное и структурное устройство, качество менеджмента. Авторы книги взяли на себя смелость обобщить ряд важных итогов развития российского здравоохранения, опираясь на широкую информационную базу, включающую как данные государственной и ведомственной статистики, так и результаты социологических опросов, проведённых на основе собственных методических разработок.

Исследование выполнено под общим научным руководством д.э.н., доцента Шабуновой А.А. коллективом отдела исследования уровня и образа жизни населения Вологодского научного центра РАН в составе к.э.н. Калашникова К.Н. (гл. 1 и 3); к.э.н. Калачиковой О.Н. и м.н.с. Короленко А.В. (§2.2 и 3.1); м.н.с. Нацун Л.Н. (§2.1).

ГЛАВА I

ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОТРАСЛИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

1.1. Управление в сфере здравоохранения: условия, принципы и специфика

Долгое время считалось, и до сих пор мы ещё полностью не освободились от силы этого предрассудка, что менеджмент – это исключительно атрибут бизнеса. Сегодня мы имеем возможность говорить о менеджменте в образовании, здравоохранении и других отраслях социальной сферы без подобных предубеждений, и это нельзя не расценивать как заметный прорыв в теории и практике государственного управления. Конечно, сложно спорить с тем, что отрасли социальной сферы, играющие важнейшую роль в жизни людей, не должны рассматриваться на равных правах с коммерческими структурами, но это не значит, что для них исчезает актуальность эффективного управления. Действительно, пионеры менеджмента, как это ни парадоксально звучит, рассматривали его как деятельность, которая применима ко всем организациям, независимо от их природы. Напомним, что американский инженер У. Тейлор, впервые употребивший термин «менеджмент» в том значении, в котором мы употребляем его сегодня, в докладе Конгрессу США обосновал свои соображения на примере больницы¹.

В начале XXI в., когда управление в социальной сфере стало чрезвычайно востребованным направлением науки и практики, в общественном секторе активно формируется спрос на менеджеров. В этом легко убедиться, взглянув на приоритетные направления подготовки кадров: в соседстве с медициной, ядерной физикой, математикой мы обнаружим менеджмент культуры и здравоохранения. Так, в перечень специальностей и направле-

¹ Друкер П.Ф. Задачи менеджмента в XXI веке.: пер. с англ. – М.: Вильямс, 2004. – 272 с.

ний подготовки, сформированный в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 июня 2015 г. № 1101-р, утвержденный приказом Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061, вошла специальность «Подготовка управленческих кадров в социальной сфере» (дисциплины в зарубежных вузах: Public Health and Health Management, Health Administration, Health Economics, Health Policy Management, Medical Services Management, Clinical Management). Вместе с тем отсутствие аналогичных учебных курсов в российских вузах свидетельствует о том, что система подготовки специалистов управленческого звена в нашей стране находится в неудовлетворительном состоянии. Это становится одним из факторов низкой управленческой культуры государственном секторе, что, в конечном счёте, оборачивается ограниченными возможностями по разработке и реализации эффективных организационных программ и проектов, осуществлению стратегических преобразований.

Поскольку главной темой данной книги выбраны проблемы управления в здравоохранении, в первую очередь необходимо определиться с базовыми понятиями, которыми предстоит в дальнейшем оперировать, и прежде всего следует выяснить, что представляет собой управление и какова его специфика в социальной сфере в сравнении, скажем, с промышленностью, торговлей, частным сектором.

Эффективное управление организацией в современном мире является важнейшим условием её успеха и даже выживания. Это касается не только коммерческих структур, но и становится актуальным для организаций общественного сектора, где в последние годы всё большее применение находят принципы управления «New public management», считающиеся традиционными для бизнеса (мотивация государственных служащих, ориентация на результат, среднесрочное планирование)².

С точки зрения принципов менеджмента и условий их применения между бизнес-структурами и учреждениями общественного сектора нет практически никаких различий. Г. Саймон в классическом труде «Public Administration» (в русскоязычном переиздании – «Менеджмент в организациях») утверждает, что слишком резкое разграничение между правительственным и неправительственным управлением – безосновательно³. Поэтому при изучении административного управления можно использовать результаты некоторых исследований, проведённых в бизнесе. Анализ

² Gruening, G. Origin and theoretical basis of New Public Management // International Public Management Journal. – 2001. – № 4. – С. 1–25.

³ Саймон Г., Смитбург Д., Томпсон В. Менеджмент в организациях. – М.: РАГС «Экономика», 1995. – 342 с.

качества управления в общественном секторе, в отличие от анализа аналогичных процессов в бизнес-сфере, разумеется, требует ряда методологических оговорок (в общественном секторе отсутствуют такие понятия, как банкротство, прибыль, что затрудняет измерение эффективности деятельности, и имеют место изъяны рынка услуг), однако принципы менеджмента отличаются универсальностью и должны быть взяты на вооружение любым руководителем, который стремится достичь результата разумными средствами, то есть добиться эффективности.

Если мы проведём небольшой «социальный» эксперимент и соберём в одной аудитории руководителей коммерческого предприятия, школы, больницы и храма, а потом спровоцируем дискуссию между ними о подходах к управлению, то мы с удивлением обнаружим, что у них в этих вопросах гораздо больше общего, чем нам могло показаться, и больше, чем они сами думали. Управление всеми организациями требует сходных навыков. Однако здесь нельзя упускать из виду важный нюанс: это верно только для организаций сходного масштаба. Ссылаясь на труд М.Т. MacEachera (*Hospital Organization and Management*, 1946), Г. Саймон пишет: «Больница на 1000 коек и больница на 50 коек значительно больше различаются между собой именно из-за их величины, чем из-за того, что одна – частная, а другая – государственная».

Таким образом, государственное управление и управление в частном секторе имеют ряд общих принципиальных черт, но стоит особо отметить различия между ними, которые, по словам Г. Саймона, чаще «касаются степени, а не существа дела». Он выделяет следующий ряд различий, не претендуя на исчерпывающую интерпретацию предмета изучения.

1. Руководители и частных, и государственных организаций обязаны опираться на требования закона, однако эти императивы в отношении руководителей государственных структур, как правило, более жёстко определены и ответственность перед законом со стороны государственных служащих должна быть более суровой. Например, закупки в частной фирме осуществляются любым порядком, какой только руководство сочтёт нужным утвердить, тогда как на государственной службе и в учреждениях общественного сектора госзакупки строго регламентированы, в частности существуют многочисленные правовые требования относительно объявления конкурсных торгов, передачи подряда тому участнику торгов, который предложит самую низкую цену, утверждения расходов и др.

2. Руководство организаций частного сектора более свободно, чем государственные администраторы, в истолковании взаимосвязи между

их деятельностью и общественным благополучием. Давно утвердился стереотип, что главной целью деятельности бизнеса является получение прибыли, тогда как государственных структур – служение обществу. Как частный случай этого можно привести пример неэтичности использования государственным служащим преимуществ своего положения для достижения личных целей.

3. Сложились устойчивые различия в отношении общественности к управлению в государственном и частном секторах. Общественное мнение наделяет правительственных чиновников такими негативными ярлыками, как склонность к коррупции, нерадивость, недобросовестность, что, как правило, не затрагивает управляющих частными компаниями. Можно добавить от себя, граждане нередко оказывают большее доверие государственным органам власти в управлении теми сферами, где, по их мнению, важно сохранение традиций или определённых высоких критериев качества, которыми представители бизнеса всегда готовы пожертвовать ради сиюминутной выгоды.

4. Различия во взглядах на связи с общественностью и в целом на маркетинговые коммуникации. Если представители бизнеса могут рекламировать свою деятельность, продукцию, продвигать бренд своей компании любым способом, какой только они сочтут выгодным, любые программы по формированию и развитию имиджа органов государственной власти и отдельных их представителей считаются как минимум нерациональным расходом средств, чаще же – моветоном.

Однако, если отвлечься от этих различий, можно увидеть возможность разработки общей теории управления, которая охватывала бы все типы организаций.

Ещё в середине XX века, когда общественный сектор был автономной сферой, где организации концентрировались на своей деятельности без акцента на рациональности затрат и на достижении высоких результатов, сам вопрос об оценке экономической эффективности применительно к здравоохранению или культуре показался бы неуместным и даже кощунственным. Однако во второй половине столетия расходы на государственные службы столь расширились, а уровень притязаний граждан к качеству и доступности государственных услуг столь возрос, что вопросы эффективности начали обостряться на всех уровнях государственного управления, что требовало от властей решительных действий⁴.

⁴ Государственное управление в настоящей книге будет охватывать сферу исполнительной власти с её бюрократическим аппаратом (в англ. языке – state) и сеть подведомственных этим органам власти организаций.

Рост затрат на здравоохранение, обусловленный целым рядом объективных, даже цивилизационных, факторов, параллельно с ростом ожиданий пациентов столкнулся со сложностями оценки эффективности государственной политики в общественном здравоохранении.

В этих условиях возникла необходимость решать сложные задачи относительно выбора тех или иных программ, проектов в сфере здравоохранения, применения инструментария экономического анализа, в чём ещё сравнительно недавно не было необходимости (рис. 1.1).

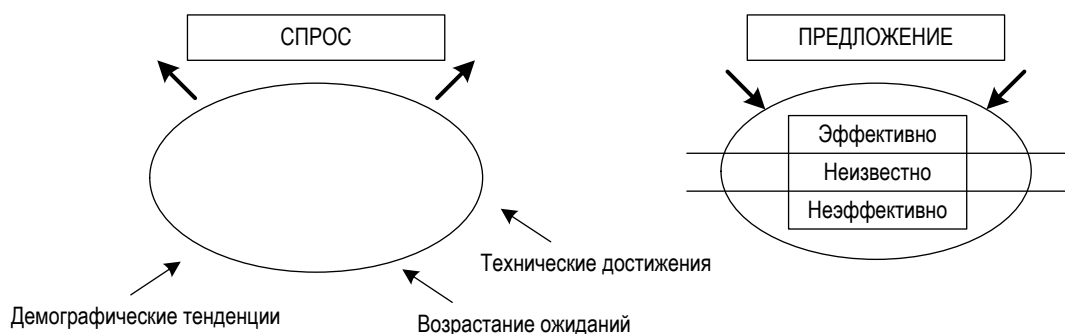


Рис. 1.1. «Дилемма здравоохранения»

Источник: Phillips C. Health care management, 1997.

С середины 1980-гг. в мире всё большую популярность в государственном управлении стали приобретать принципы New Public Management, которые, в отличие от подходов традиционной концепции Public Administration, ориентируют учреждения на эффективность, достижение результата и в целом применение в управлении общественным сектором традиционных для бизнеса инструментов планирования и контроля деятельности, мотивации сотрудников.

Эта конвергенция частного и общественного секторов в подходах к управлению идёт весьма активными темпами и в России, однако на этом пути всё ещё остаётся ряд сложностей, в частности с трудом поддаётся оценке результат деятельности исполнительной власти и его соотнесение с затраченными на его достижение политическими усилиями и ресурсами. Впрочем, эта проблема в той или иной степени имеет место практически во всех сферах государственного управления.

Есть объективные причины, препятствующие тому, чтобы эффективность деятельности исполнительной власти стала предметом точной количественной оценки. «В целом мы знаем очень мало о том, как измерять эффективность управления, – утверждает Г. Саймон. – Гораздо легче измерять то, что Вальдо называет “эффективностью различных инструментов и процедур механического и рутинного характера”. С достаточной степенью точности мы можем определить, дешевле ли один метод очистки улиц, чем другой, будет ли один тип покрытия дороги держаться лучше, чем другой, и т.п. Именно в таких областях, где связь между средствами и целями легче всего проследить, с наибольшим успехом можно осуществить оценку эффективности»⁵.

Как правило, политические решения принимаются на основе общественного консенсуса или из верности ключевому, но весьма рискованному с позиций общественного мнения критерию – экономичности, причём негативная сторона оптимизационных мероприятий часто замалчивается. Как утверждает в уже упомянутой книге Г. Саймон, термин «эффективность» уже давно стал неким символом, инструментом для политических манипуляций. Обычно в речах лиц, ответственных за принятие решений, эффективность означает либо принципиальное одобрение выбранного курса, реализуемой программы и т.д., либо выбор наиболее экономичной альтернативы, последнее же редко совпадает с интересами большинства граждан и чревато ростом социальной напряжённости. Это особенно опасно в России, где инструменты защиты прав граждан и институты гражданского общества развиты недостаточно.

О сложности и даже невозможности количественного измерения результата деятельности в государственном управлении и социальной сфере говорят многие авторитетные учёные, общественные деятели и бизнесмены, в то время как потребность в этих методиках и их практическая актуальность всё более возрастают. В русле социальных реформ политика требует известной «страховки фактами», привлечения к принятию решений строгой научной базы, опоры на объективную информацию, подтверждающую, что эти решения в сложившихся условиях являются единственно верными. В зарубежной литературе встречается термин «evidence-based healthcare» (здравоохранение, основанное на фактических данных), введённый по аналогии с понятием «evidence based

⁵ Саймон Г., Смитбург Д., Томпсон В. Менеджмент в организациях. – М.: Экономика, 1995. – 342 с.

medicine» (доказательная медицина), отражающий отношение к политике здравоохранения в современном мире. Она должна быть чётко обоснованной и опираться на факты. Эволюция теории и практики «доказательного здравоохранения» прошла ряд этапов, в итоге к началу XX в. сложился концептуальный императив политики в сфере общественного здравоохранения, который можно сформулировать как «правильно делать верное» (рис. 1.2).

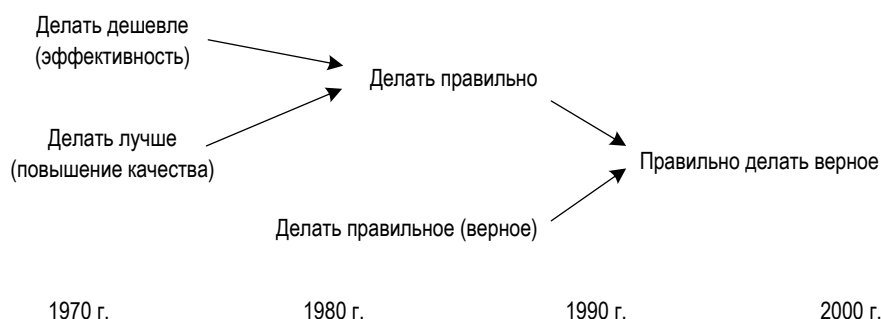


Рис. 1.2. **Эволюция здравоохранения, основанного на фактических данных**
(«Evidence-based healthcare»)

В ответ на объективные запросы система реагирует движением по пути наименьшего сопротивления, а именно повсеместным использованием формализованных методик оценки эффективности государственного управления, что нередко происходит без должной рефлексии и критического анализа. В результате складывается парадоксальная ситуация, когда формально в основе управленческой деятельности лежат строгость цифр и бесстрашие фактов, но достоверность и валидность используемой для этих целей информации, а также качество применяемых методик часто не выдерживает серьёзной критики.

Сложность управления в общественном секторе была блестяще показана Ф. Фукуямой в книге «Сильное государство: управление и мировой порядок в XXI веке»⁶. Обращаясь к модели М. Вулкока и Л. Притчетта, описанной ими в работе «Solutions When the Solution is the Problem: Arraying the Disarray in Development» (они выделили два аспекта работы в общественном секторе: интенсивность – transaction intensive и дискреционность – discretionary – деятельности), Фукуяма несколько модифицирует

⁶ Фукуяма Ф. Сильное государство: управление и мировой порядок в XXI веке. – М.: АСТ, Хранитель, 2006. – 542 с.

её, используя вместо дискреционности (делегирования полномочий) введенную А. Израэлем категорию специфичности, относящуюся к возможности контролировать сервисный продукт⁷.

Графически варианты дихотомии по двум указанным критериям представляются Ф. Фукуямой в виде матрицы «Объём деятельности – специфичность». Каждый из четырех квадрантов иллюстрирует варианты проблемы контроля (рис. 1.3).



Рис. 1.3. Матрица «Объём деятельности – специфичность»

Источник: Фукуяма Ф. Сильное государство: Управление и мировой порядок в XXI веке. – М.: АСТ, Хранитель, 2006. – 542 с.

Легче всего мониторинг осуществляется в квадранте I, где концентрируется высокоспецифичная и одновременно слабоинтенсивная деятельность. Наибольшие проблемы мониторинга и контроля встречаются в тех видах деятельности, которые попадают в квадрант IV, поскольку здесь низкая специфичность услуг дополняется их большими объемами, которые чрезвычайно сложно охватить какими бы то ни было наблюдениями или замерами. Если рассматривать управление общественным сектором на государственном уровне, то самыми проблемными зонами контроля становятся гуманитарные программы начального образования, профилактической медицинской деятельности, профориентационной работы, социальной рекламы и др. (рис. 1.4).

⁷ Israel A. Institutional Development: Incentives to Performance. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.

Специфичность деятельности	Высокая	<i>I. Высокоспецифичная деятельность с малым объёмом:</i> – высокотехнологичные хирургические операции	<i>II. Высокоспецифичная деятельность с большим объёмом:</i> – вакцинопрофилактика; – хирургическая помощь в стационарах
	Низкая	<i>III. Низкоспецифичная деятельность с малым объёмом:</i> – реализация программ повышения квалификации врачей	<i>IV. Низкоспецифичная деятельность с большим объёмом:</i> – медицинская профилактика; – профориентационная работа
		Низкий	Высокий
		Объём деятельности	

Рис. 1.4. Примеры распределения видов деятельности в здравоохранении в матрице «Объём деятельности – специфичность»

Источник: составлено автором.

Например, результаты деятельности врачей первичного звена (терапевты, врачи общей практики) в сравнении с хирургами отличаются низкой специфичностью и с трудом поддаются оценкам. Врач-терапевт может посоветовать пациенту тот или иной способ лечения, но больной может не последовать данным рекомендациям, а если последует им, результат может проявиться лишь в отдалённом будущем или может вообще не сказаться. В любом случае, его оценка требует сравнения с той ситуацией, которая сложилась бы в результате того, что больной не последовал данному совету, что само по себе невозможно. Это вовсе не значит, что врач не выполняет важной функции или что ее можно было бы выполнить лучше или хуже; просто эффективность его действий трудно поддается измерению. Ещё труднее измерить эффективность деятельности такого учреждения, как центр медицинской профилактики. Самое большее, что может руководство такой структуры, отчитываясь об итогах своей работы, это представить данные о количестве проведённых семинаров, тренингов по теме здорового образа жизни, об объёмах выпущенной и распространённой печатной продукции о вреде курения и неправильного питания и т.д., однако к результату в собственном смысле слова все эти мероприятия имеют весьма косвенное отношение.

Сравнительно более доступная возможность контроля присутствует в сферах деятельности с высокой специфичностью. Пусть и нет гарантии того, что практика контроля в данной области будет успешно налажена,

принципиальные возможности для этого широки. Электроэнергетика, гражданская авиация, железнодорожный транспорт – все эти сферы объединены общим свойством: ошибки управления здесь проявляются сразу и часто оборачиваются драматичными последствиями. В качестве иллюстрации крайне специфической деятельности А. Израэль приводит обслуживание реактивного самолета, предполагающее высокий уровень квалификации, которую трудно имитировать⁸. Действительно, если механик некомпетентен, последствия его ошибок не замедлят сказаться. Обслуживание гражданских самолётов характеризуется довольно широкими объёмами деятельности, но её недобросовестное исполнение также может обернуться весьма плачевными последствиями. В здравоохранении аналогичная ситуация складывается при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в специализированных центрах, клиниках.

Другой наглядной иллюстрацией «драматичности упущений» представляется сравнение деятельности структурных подразделений (департаментов, управлений, отделов) культуры и здравоохранения. Промахи в управлении здравоохранением могут обернуться ростом смертности населения, тогда как деятельность подразделений управления культуры, занимающегося, скажем, организацией культурно-развлекательных мероприятий, практически не может быть чревата сколько-нибудь заметными негативными последствиями для граждан, по крайней мере, эти последствия будут несравнимо менее драматичными. Речь не идёт о бесполезности деятельности органов управления в сфере культуры, мы лишь хотим подчеркнуть, что к ней слабо применимы формализованные схемы контроля, что, в свою очередь, порождает опасность стагнации из-за нерадивости управления, но и вместе с тем – риск ослабления внимания вышестоящего руководства к развитию отрасли и отдельных учреждений, поскольку слишком велик соблазн практически безбоязненно пустить всё на самотёк. В связи с этим здравоохранение пользуется бóльшим авторитетом как отрасль, но и требования граждан к её функционированию весьма высоки. В ряде случаев, когда возможности медицинских служб по спасению жизни и здоровья населения ограничены, эти службы могут вызвать возмущение общественного мнения с несравнимо большей вероятностью, чем представители сферы культуры, а их деятельность может быть негативно оценена общественностью даже в тех случаях, когда их мнение о собственной эффективности будет положительным. В этом легко убедиться, обратив-

⁸ Israel A. Institutional Development: Incentives to Performance. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.

шись к результатам социологических опросов, которые отражают эту закономерность вполне отчётливо. Индекс оценки населением положения дел в отраслях принимает наименьшие значения в сферах здравоохранения (80,4) и жилищно-коммунального хозяйства (63,3), с которыми сталкивается практически каждый человек, тогда как ситуация в отрасли физкультуры и спорта, культуры и туризма оценивается жителями региона более высоко (индекс – свыше 100) (рис. 1.5). Это не значит, что ситуация в здравоохранении действительно хуже, чем в отрасли культуры, просто результат деятельности в последней практически неосязаем.

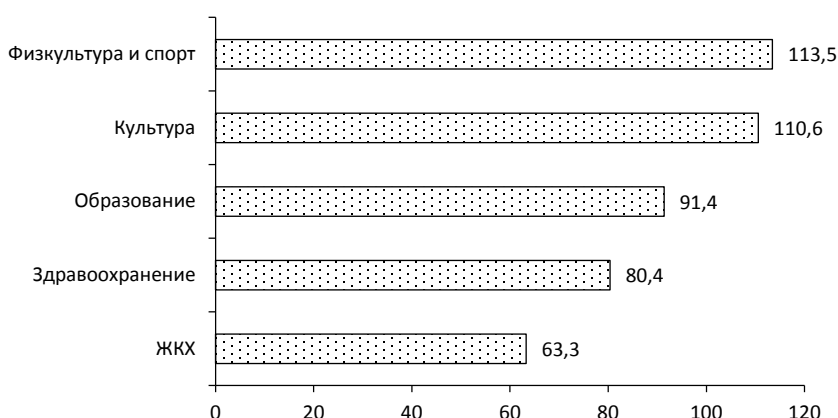


Рис. 1.5. Оценка «положения дел» в отраслях социальной сферы (по мнению жителей; индекс рассчитывается как разность между суммами положительных и отрицательных ответов плюс 100%; более высокое значение индекса говорит о более высокой оценке)

Таким образом, сложность контроля и мониторинга в общественном секторе осложняется тем, что результат не поддаётся формализованной оценке, но это не становится помехой в поиске и разработке методик оценки эффективности деятельности. Так, исходя из оценок эффективности органов исполнительной власти формулируются ориентиры развития, например в виде количественных показателей, которые отражают преимущественно результаты деятельности государственных структур, учреждений и, если рассматривать микроуровень, отдельных специалистов.

Остановимся подробнее на проблеме формализованной оценки эффективности государственного управления. Под «формализованной» здесь будет пониматься методика, которая сводится к фиксированной и, как правило, закреплённой нормативно-правовыми актами схеме, включающей широкий перечень показателей. Представляется, что методика оценки эффективности, пригодная для использования в государственном управ-

лении, должна соответствовать трём основным критериям: доступности исходных данных, прозрачности и валидности (табл. 1.1). Если методический аппарат оценки не удовлетворяет одному или нескольким обозначенным критериям, затраты времени и сил на получение результатов не оправдываются качеством полученных данных.

Таблица 1.1. **Критерии, которым должна отвечать формализованная методика оценки эффективности государственного управления, и их содержание**

Критерий	Содержание
Доступность исходных данных	Данные для расчёта должны быть общедоступны, систематизированы и собираться регулярно, чтобы добиваться универсальности методики и возможности использовать её в режиме мониторинга
Прозрачность и простота методики расчёта	Суть инструментария оценки должна быть понятна широкому кругу лиц и исключать эффект «чёрного ящика»
Валидность оценки	Необходимо добиваться как можно большей меры соответствия результатов методик и поставленных задач

Как бы удачно ни была осуществлена процедура подбора показателей и формирования алгоритма калькуляции результирующих индексов, их интерпретация потребует применения качественного подхода, а также детализации и предметной проработки отдельных моментов. Результаты формализованных методических подходов к оценке эффективности нельзя принимать безоговорочно, что фактически лишает их главного достоинства, которое по умолчанию приписывается подобным количественным подходам, – функциональности.

Существуют ли механизмы решения этих противоречий? В 1970-е гг. А. Хиршманом были сформулированы инструменты, которые он назвал опциями «выход» и «голос», которые могут быть пригодны для решения проблемы мониторинга низкоспецифичной деятельности с большим объемом, но и их возможности условны⁹. Опция «выход» связана с использованием преимуществ конкурентного выбора. Несмотря на то, что благотворный эффект конкуренции в устранении каких бы то ни было злоупотреблений со стороны участников рынка не нуждается в дополнительном обосновании, она нередко попросту неприменима в сфере общественного администрирования. Сколько бы ни обсуждалась необходимость конкурентной борьбы в сферах здравоохранения и образования, в действительности складывается совершенно обратная ситуация: скорее сами клиенты вынуждены конкурировать друг с другом за получение качественной

⁹ Hirschman A.O. Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1970.

медицинской помощи, койки в престижной больнице и бюджетного места в образовательном учреждении, часто прибегая к неформальным связям и материальным поощрениям их руководителей.

Вторая опция, «голос», сводится к предоставлению гражданам и их объединениям более свободного доступа к информации о поведении поставщика услуг и органа власти, а также механизмам, обеспечивающим их ответственность. В эту категорию входят такие понятия, как федерализм, децентрализация и неправительственные учреждения. Суть их заключается в том, что политическая власть над общественными институтами передается местному самоуправлению, органы которого теоретически, в силу максимальной приближенности к «месту событий», должны иметь больший, чем высшие правительственные инстанции, контроль над ними. Однако этот «голос» может попросту не донестись до адресата, особенно если речь идёт о низкоспецифичной деятельности с большим объёмом. Прежде всего, децентрализация помогает в решении проблемы объема деятельности только в случае контакта местных нанимателей с местными же представителями, но она не способствует решению проблемы специфичности, поскольку на этом пути встают трудности, связанные с оценкой базовой, знаковой деятельности.

1.2. Концептуальные основы управления в здравоохранении: на стыке двух парадигм

Политика в сфере здравоохранения отличается от собственно государственного управления прежде всего тем, что её субъектами являются не только лица, официально формирующие и реализующие политику в данной сфере, но и агенты, косвенно влияющие на принятие решений, в том числе СМИ, неправительственные организации, отдельные граждане. Современные требования к здравоохранению, в частности мультифакторность здоровья и расширение личностной свободы граждан, требуют построения более гибкой системы здравоохранения на основе принципов функционального управления, межведомственного взаимодействия и широкого гражданского участия.

Согласно парадигме здоровья, очерченной специалистами ВОЗ и спецификой условий жизни населения в современном мире, здоровье не является узковедомственной проблемой профессиональной деятельности медиков и объектом изолированного воздействия исключительно служб системы здравоохранения, здоровье – мера социально-культурного

развития и качества жизни человека. Здоровье подвержено влиянию целого комплекса факторов (рис. 1.6), вклад каждого из которых рассчитан и представлен в известной модели ВОЗ¹⁰. Роль организации медицинских служб в поддержании и укреплении общественного здоровья оценивается в 8–10% (образ жизни – 49–53%, качество окружающей среды – 17–20%, генетический фактор – 18–22%)¹¹.

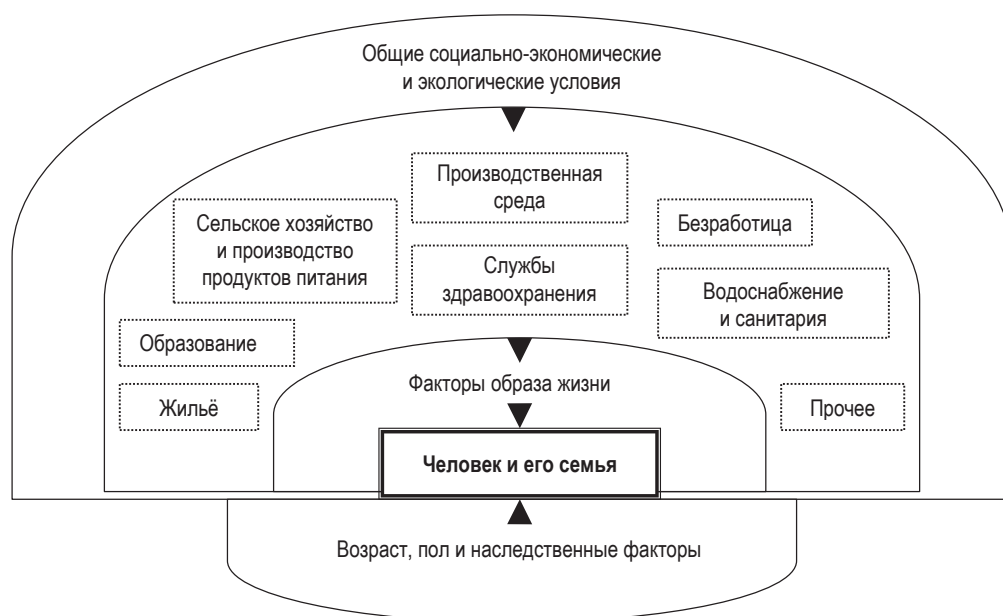


Рис. 1.6. Основные детерминанты здоровья (ВОЗ)

Источник: Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. – Stockholm, 1991.

Со временем произошло ещё большее признание роли немедицинских факторов в решении вопросов здоровья, результатом чего являлась новая редакция Всемирной декларации по здравоохранению, где отмечается, что в ведении систем здравоохранения сохраняются мероприятия и деятельность по «снижению распространённости и уменьшению страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями», а деятельность по сохранению и укреплению здоровья становится сферой взаимной ответ-

¹⁰ Данная пропорция отражает соотношение вклада перечисленных факторов в сохранение здоровья населения, однако лишь в самом общем виде. Для ее конкретизации на национальном, региональном и муниципальном уровнях используют факторный анализ, уточняющий влияние каждой из причин на здоровье населения данной территории.

¹¹ Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; отв. ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – С. 17.

ственности правительств (государства), других ведомств и самого населения. Таким образом, эксперты ВОЗ подчёркивают неоспоримую роль социальных институтов, гражданских ассоциаций, самих граждан и всего общества в целом в деле сохранения и приумножения общественного здоровья¹².

Ключевой причиной появления новой парадигмы здоровья стали демографические и эпидемиологические причины. Прежде всего – изменение типа патологии. До 1950-х гг. в мире господствовал первый тип патологии – традиционный или эпидемиологический, когда в структуре заболеваемости и смертности населения преобладали инфекционные и паразитарные заболевания. Во второй половине XX в. человечество (в первую очередь развитые страны мира) столкнулось с принципиально новым вызовом, формируемым вторым типом патологии, – распространением хронических болезней, которые в последние десятилетия стали занимать всё большую долю в структуре заболеваемости населения¹³. Именно об этих изменениях структуры смертности, в которой с определённого этапа истории начинают преобладать не экзогенные, а эндогенные и квазиэндогенные причины, в 1971 году написал в своей статье «Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения» американский демограф и эпидемиолог А.Р. Омран (концепция эпидемиологического перехода)¹⁴.

До Второй мировой войны, когда преобладал эпидемиологический тип патологии, решающее значение в сохранении здоровья играли медицинские службы. Их основными целями были контроль за распространением инфекционных и паразитарных заболеваний, вакцинация населения и повышение санитарно-гигиенической культуры граждан.

Успехи медицины, повышение уровня жизни и улучшение условий труда, качества питания, рост гигиенической культуры привели к увеличению продолжительности жизни населения. Теперь основными факторами, влияющими на здоровье, стали эндогенные факторы, связанные с процессами старения, ослаблением сопротивляемости организма, истощением адаптационных физических и психических ресурсов (появился новый феномен общественного и индивидуального здоровья – сочетанность хронических заболеваний, когда у человека имеется несколько хронических

¹² Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. – М.: Синтег, 2009. – С. 76.

¹³ Акопян А.С. Десталинизация здравоохранения как условие модернизации // Общественные науки и современность». – 2011. – № 6.

¹⁴ Omran A. R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change // Milbank Mem Fund Q. 1971, 49(4). Pp. 509–538.

заболеваний одновременно). В промышленно развитом мире до 25% лиц в возрасте 65–69 лет и 50% 80–84-х-летних страдают от двух или более хронических состояний одновременно¹⁵.

Урбанизация, старение населения и глобальные изменения образа жизни в совокупности выдвигают хронические и неинфекционные болезни (включая депрессию, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак), а также травмы в число основных причин заболеваемости и смертности. Наблюдается все более явное смещение в распределении причин смерти и заболеваний от более молодых к более старшим возрастам и от инфекционных, перинатальных и связанных с беременностью и родами к неинфекционным болезням. По оценкам ВОЗ, постепенно будет возрастать число жертв дорожно-транспортных происшествий, а число смертей, являющихся следствием табакокурения, превысит число смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом¹⁶.

Новый этап патологии предъявляет к политике здравоохранения новые императивы. С одной стороны, необходимость поддержания здоровья людей старших возрастов требует существенных затрат на диагностику и лечение, всё больше возрастает роль учреждений социальной защиты, сестринского ухода, хосписов. С другой стороны, поскольку и государству и населению дешевле и легче предупредить заболевание на ранней стадии и на стадии предболезни, чем бороться с развившимся хроническим заболеванием, возрастает роль профилактики и самосохранительного поведения, способствующих предупреждению патологических состояний с помощью ведения разумного образа жизни. Для достижения этой цели необходимо формирование в обществе высокой ценности здоровья, условий для здорового образа жизни и профилактической активности населения¹⁷. В этих условиях принципиальное значение имеют два момента.

Во-первых, эффективное решение вопросов здоровья населения на сегодняшний день возможно только в контексте межведомственного (функционального, межсекторального, межотраслевого) управления с активным вовлечением в этот процесс институтов гражданского общества. Традиционный термин «здравоохранение» в риторике лиц, ответственных за принятие решений, всё больше уступает место более широ-

¹⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – С. 10.

¹⁶ Там же.

¹⁷ Шилова Л.С. Ресурсы модернизации здравоохранения // Риск: исследования и социальная практика / под ред. А.Е. Мозговой. – М.: ИС РАН, 2011. – С. 69–89.

кому понятию «сфера охраны здоровья населения», чем подчёркивается неизбежность межведомственного сотрудничества в охране и поддержании общественного здоровья. Более того, признаётся значительная роль человека, активно включающегося в контур управления собственным здоровьем в процессе регулярного решения жизненных дилемм и перманентного осуществления индивидуального выбора.

Например, снижение смертности от отравлений алкоголем, дорожно-транспортного травматизма, а также в результате совершённых преступлений (то есть внешних причин) для здравоохранения ограничивается лишь возможностью оперативной госпитализации пострадавшего, тогда как для общества в целом сложность этой задачи заключается в необходимости предотвращения самого факта случившегося и связана с применением политических и экономических инструментов более широкого характера, созданием благоприятного экономического социального и культурного контекста.

Роль государства состоит в создании условий для облегчения здорового выбора для человека. Фактически речь идёт о формировании благоприятных социально-экономических условий и минимизации неблагоприятных воздействий экологической и социально-экономической среды. В соответствии с этим человек, не озабоченный проблемами экологического благополучия территории своего проживания, личного благосостояния и пр., делает выбор в пользу самосохранительного, а не деструктивного стереотипа поведения (предпочитая занятия спортом увлечению вредными привычками, разумный отдых профессиональной загруженности, покупку качественной продукции, а не дешёвых заменителей по причине нехватки средств и т.д.).

Медицина, имеющая «доступ» к пациенту только в роддоме и стационаре, не может обеспечить управления факторами здоровья, тотального контроля жизни и поведения каждого гражданина, и человек должен научиться осознавать свою ответственность за собственное здоровье. Роль врачей в вопросах продвижения здорового образа жизни и реализации смежных им принципов холистической медицины также не является решающей в силу ограниченности времени приёма, отведённого на каждого пациента¹⁸. И хотя в рамках реализации новых принципов финансирования, ориентированного на результат, предполагается установление

¹⁸ Несмотря на то, что холистическая медицина относится к течению альтернативной медицины, её идеи сами по себе конструктивны, они не только не противоречат, но и подкрепляют традиционные методы лечения.

связи между профилактической деятельностью и уровнем материального вознаграждения медицинских работников, недоверие к врачам первичного контакта, низкий уровень медицинской активности населения, избегающего посещения поликлиник, сужают возможности здравоохранения по санитарно-гигиеническому просвещению и привитию людям навыков самосохранительного поведения. Медицинские осмотры, в советский период доказавшие свою эффективность в силу принудительного характера, в современных условиях не могут достигнуть тех же успехов: право человека самостоятельно принимать решения о собственном здоровье является одним из аспектов защищаемого обществом права личности на свободу мысли, действия и выбора.

Значение собственных усилий человека и его позиции в поддержании здоровья представляет один из самых дискуссионных вопросов хотя бы потому, что касается фундаментальной экономической темы – роли, которую государство играет в здравоохранении. Различные экономические концепции видят решение этого вопроса по-разному. Если марксисты всегда отстаивали и продолжают отстаивать принцип полного контроля государством экономики, прекращение эксплуатации человека человеком, то кейнсианцы подчёркивают необходимость сильного частного сектора, не отвергая необходимости массированного государственного вмешательства (через расходование бюджета) для достижения целей полной занятости и выполнения социальных гарантий. Так или иначе современный взгляд западного мира на участие государства в экономике однозначно негативен. В США и Западной Европе ещё в конце XX в сознании людей утвердилось неприятие широкого государственного участия в экономике и социальной сфере. Ф. Фукуяма в книге «Великий разрыв» приводит пример из американской истории: «Трудности, с которыми столкнулась в 1994 году клинтоновская администрация при проведении реформы здравоохранения США, показали, что жители страны по-прежнему относятся с недоверием к крупномасштабному государственному присутствию в важном секторе национальной экономики»¹⁹. Признаётся, что расширение государственного участия в экономике наносит ущерб конкурентоспособности страны, что очень опасно в условиях современной острой межстрановой и межкультурной конкуренции. Желаемая модель государственного участия сводится к тому, что государство обеспечивает институциональную основу эффективной работы, обеспечивает защиту прав и свобод, соблюдение законов, защиту собственности.

¹⁹ Фукуяма Ф. Великий разрыв. – М., 2003.

Во-вторых, ключевым звеном в системе здравоохранения становится первичное звено, первичная медико-санитарная помощь, которая составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя её главную функцию и являясь её центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества²⁰.

Основной акцент ответственности за здоровье переносится с узких специалистов и стационаров на уровень общины, местного самоуправления (community). Согласно концепции ВОЗ, «основной объём медико-санитарной помощи имеет форму самопомощи или помощи, предоставляемой членами семьи и друзьями»²¹. В России в условиях значительной территориальной протяжённости, культурного разнообразия, неравномерности социально-экономического развития территорий в России местное самоуправление (community) становится наиболее эффективной системой территориальной самоорганизации граждан. При этом на местном уровне должна быть сосредоточена вся полнота ответственности за поддержание того, что и составляет основные факторы здоровья в широком смысле: общественный порядок, благоустройство территории, школьное обучение, здравоохранение первичного звена, социальное обслуживание инвалидов и престарелых, досуговая деятельность в отношении детей, а также значительные полномочия в области охраны окружающей среды²².

И хотя справедливо то, что на современном этапе здоровье населения в целом в мире стало лучше, чем 20–30 лет назад, системы здравоохранения в большинстве стран, вынужденные адаптироваться к новым вызовам времени, становятся средоточием сложно разрешимых противоречий. По оценкам экспертов, службы здравоохранения, являясь основными элементами социальной структуры современных обществ, функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать²³.

От уровня человеческого капитала в решающей мере зависит и экономический успех страны. В соответствии с «Оттавской хартией промоции здоровья», принятой в 1986 г. в Канаде, «хорошее здоровье является главным ресурсом для социального и экономического развития как общества

²⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.

²¹ Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех № 6. – Копенгаген, 1999. – 310 с.

²² Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.

²³ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005.

в целом, так и отдельной личности и важнейшим критерием качества жизни». Всё сказанное диктует особые требования к организации систем охраны здоровья населения и, соответственно, требует учёта отмеченных императивов в организации здравоохранения.

Так, необходима реализация межотраслевого подхода к управлению здравоохранением. Важность этого настолько неоспорима, что межсекторальное сотрудничество (наряду с ориентированностью на показатели мезо-уровня экономической системы, акцентом на укреплении здоровья и профилактике заболеваний, умеренностью в вопросах личности и индивидуальных потребностей) называют родовым признаком общественного здравоохранения как функциональной подсистемы региона в сравнении с медицинской деятельностью (табл. 1.2).

Таблица 1.2. **Различия между общественным здравоохранением и медициной**

Общественное здравоохранение (Public health)	Медицина (Medicine)
Первоочередная ориентированность на популяцию, население территории Умеренность в вопросах личности Акцент на укреплении здоровья и профилактике заболеваний Межсекторальное сотрудничество	Ориентация на индивидуальное, на потребностях человека Личностная этика, опирающаяся на социальную ответственность Акцент на диагнозе и посещении, всесильной помощи пациенту Кооперация между медицинскими службами

Таким образом, здравоохранение ориентировано на население территории в целом, а не на отдельного человека; его эффективность достигается путём объединения конструктивных управленческих усилий различных уровней власти и различных ведомств (и не ограничивается оказанием медицинских услуг). Так, в содержание здравоохранительной деятельности вписывается обеспечение государством общественных благ, таких как безопасность питьевой воды, качество пищевых продуктов, лекарств, производственная безопасность и пр., что шире оказания медицинской помощи по месту жительства²⁴.

Каждый человек нуждается в некотором минимальном запасе здоровья, который позволяет ему чувствовать себя комфортно в обществе и участвовать в экономической деятельности. В экономическом смысле результат его труда имеет первостепенное значение для благополучия региона, в котором он проживает, поэтому необходимость экономического развития

²⁴ Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.

территории и важность инвестиций в сохранение здоровья населения не противоречат друг другу, а являются взаимодополняющими императивами.

Рассматривая здоровье человека с позиций экономической теории, важно признать понимание медицинской услуги как товара, который может покупаться и продаваться на рынке в соответствии со спросом, хотя у медицинской услуги есть ряд особенностей, которые выводят её за рамки обычного товара и обуславливают изъёмы рынка медицинских услуг: информационную асимметрию между врачом и пациентом, случайность наступления болезни, неэластичность спроса (потребление медицинских услуг слабо реагирует на изменение цен, отсюда риск бесконтрольного роста цен) и др. Вместе с тем медицинские услуги считаются мериторными благами, то есть их потребление стимулируется государством, поскольку спрос населения на медицинскую помощь и профилактические мероприятия (что является результатом здоровьесберегающего поведения людей), как правило, отстаёт от необходимых параметров.

Кроме того, необходимо учитывать связь между здоровьем человека и его доходом, которая имеет сложную природу. С одной стороны, доход существенно влияет на уровень здоровья, причём это влияние может носить как прямой характер (через условия жизни), так и косвенный (через высокую социальную самоидентификацию и возможность индивида регулировать своё поведение). С другой стороны, здоровье выступает важнейшим фактором роста производительности труда, причём и на индивидуальном уровне, и в масштабах региона.

Тесная связь здоровья и дохода обуславливает взаимное усиление инвестиций в здравоохранение и экономику²⁵.

В 1993 г. Всемирный банк сформулировал принципы, согласно которым ассигнования на здравоохранение имеют строгую научно-практическую обоснованность:

1. Здоровье является основополагающим элементом благосостояния.
2. Затраты на здравоохранение могут быть оправданы чисто экономическими соображениями.
3. Здоровье населения способствует экономическому росту:
 - сокращаются потери продуктивного времени из-за болезней работников;
 - становится возможным использование естественных ресурсов, ранее практически недоступных вследствие заболеваний;

²⁵ Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. – Женева: ВОЗ, 2001.

- улучшается посещаемость школ детьми и их обучаемость;
- высвобождаются средства, ранее расходовавшиеся на лечение.

4. Правильная политика в области здравоохранения обуславливает хорошее здоровье населения.

Здоровье в данном контексте рассматривается как один из существенных факторов экономического развития и снижения бедности, а расходы на сохранение здоровья – как инвестиции, которые принесут экономическую отдачу в будущем. Система здравоохранения играет важную экономическую роль, его эффективность влияет на конкурентоспособность экономики, воздействуя на затраты на рабочую силу, на гибкость рынка труда и распределение ресурсов на макро- и мезоэкономическом уровнях. Обращаясь к данным о преждевременной смертности, можно рассчитать, с известной долей условности, масштабы ущерба, который несёт регион вследствие смертности населения. Например, в Вологодской области в 2014 году из-за преждевременной смертности населения было «потеряно» 129 804 человеко-дня, что в пересчёте в стоимостные показатели составило 6% ВРП²⁶. При этом две трети всех потерь составили внешние причины и болезни системы кровообращения.

Однако было бы ошибкой утверждать, что все проблемы будущего ограничиваются ролью изменения эпидемиологической ситуации. Ещё в совсем недавнем прошлом лица, ответственные за принятие решений в сфере общественного здоровья и здравоохранения, могли утешать себя мыслью, что новый тип патологии, пусть и неся значительное бремя для экономик развитых стран, станет главной и, по сути, единственной проблемой здравоохранения, на решении которой следует сосредоточить внимание государственным властям, экспертному сообществу и медицинской науке.

Несмотря на масштабность угрозы, она всё же не вызывала панического страха. Действительно, старение населения, накопление патологии по своей драматичности никак не может сравниться с такими потрясающими воображение трагедиями, многие из которых известны нам ещё из учебников истории, как эпидемии бубонной чумы или «испанки». События последних лет, появление новых возбудителей заболеваний человека (ТОРС, вирус птичьего гриппа H7N9 и коронавирус БВРС), эпизоды эпидемии вирусов Зика и Эбола показали всю глубину нашего заблуждения:

²⁶ Расчёты показателя «потерянные годы потенциальной жизни» осуществлялись сотрудником ВолНЦ РАН А.В. Короленко на основе данных о половозрастных показателях смертности Росстата и Вологдастата. У мужчин совокупные потери ПГПЖ рассчитывались для возраста от 0 до 65 лет (т.к. ОПЖ мужчин Вологодской области составляет 64 года), у женщин – от 0 до 75 лет (т.к. ОПЖ женщин Вологодской области составляет 76 лет). В качестве показателя стоимости 1 года жизни был принят подушевой размер ВРП.

угроза смертельно опасных инфекций в мире всё ещё сохраняется. Человечество становится крайне уязвимым, поскольку в условиях глобализации, стирания географических и культурных границ между странами, интенсификации международного сотрудничества и развития транспортного сообщения, когда сроки перелётов из одной точки Земли в другую превышают латентные периоды заболеваний. Человек оказывается безоружен перед инфекциями и в контексте надвигающейся «постантибиотической эры», когда большинство из существующих антибиотических препаратов потеряют свою эффективность²⁷. В действительности мы являемся свидетелями того, что новые угрозы не занимают место прошлых, а дополняют их ряд. Новые проблемы возникают, не отменяя предыдущих и не гарантируя безопасности от них. А потому «экзотические» болезни являют собой далеко не проблему стран тропического региона. Учитывая эти соображения, можно сказать, что человечество и органы власти в сфере здравоохранения должны готовиться к «войне на два фронта». Инфекционные заболевания, уступившие место в структуре заболеваемости хроническим патологиям, вовсе не исчезли вместе с прошлым и не стали просто частью истории. Не углубляясь в проблемы эпидемиологии, приведём слова из выступления Генерального директора ВОЗ д-ра М. Чен на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения: «Странам необходимы хорошо функционирующие системы здравоохранения, способные противостоять потрясениям, независимо от того, связаны ли они с изменяющимся климатом, трудноуловимым вирусом или перегруженностью пациентами с неинфекционными заболеваниями»²⁸.

В последние десятилетия в системах здравоохранения развитых стран накоплен богатый опыт организации и рационализации медицинской помощи, который может быть сформулирован в перечне основных принципов, таких как уровневость, маршрутизация, доказательность, ориентация на результат, опора на общественное мнение, краткосрочное планирование. Их реализация в контексте реформирования систем здравоохранения в развивающихся странах требует скрупулёзной работы, а также поиска схем, позволяющих адаптировать зарекомендовавшие себя механизмы управления к территориальной, политической и социально-экономической специфике других стран.

²⁷ Выступление Генерального директора ВОЗ д-ра Маргарет Чен на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, май 2015 года. – [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/68th-wha/ru/>

²⁸ Выступление Генерального директора ВОЗ д-ра Маргарет Чен на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, май 2015 года. – [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/68th-wha/ru/>

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	3
ГЛАВА I.	
ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
КАК ОТРАСЛИ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	
1.1. Управление в сфере здравоохранения: условия, принципы и специфика	5
1.2. Концептуальные основы управления в здравоохранении: на стыке двух парадигм	17
1.3. Технологии «рационализации» управления в здравоохранении: общие вопросы в свете мирового опыта	28
Выводы по главе	53
ГЛАВА II.	
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ДОСТУПНОСТЬ	
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	
И ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
2.1. Анализ основных тенденций и проблем здоровья населения в современной России	56
2.2. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: региональный фокус	75
Выводы по главе	94
ГЛАВА III.	
МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ	
И ФИНАНСИРОВАНИЯ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
3.1. Программно-целевой подход к управлению: субъекты, инструменты и условия реализации	95
3.2. Формирование механизмов финансирования здравоохранения	119
3.3. Материально-техническая база и кадры учреждений здравоохранения: актуальные и нерешённые проблемы	152
3.4. Качество менеджмента в здравоохранении: уровень организаций	187
Выводы по главе	224
<i>Заключение: рекомендации органам власти</i>	227
Литература	234