

Рустам Сунгатов
Новое здравоохранение

Протрептик — философская поэма в многих частях



Рустам Сунгатов

**Новое здравоохранение.
Протрептик – философская
ПОЭМА В МНОГИХ ЧАСТЯХ**

«Издательские решения»

Сунгатов Р.

Новое здравоохранение. Протрептик – философская поэма
в многих частях / Р. Сунгатов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-933372-8

Ростислав Иванович Туишев: «Сегодня о медицине пишут много и непонятно. Увы! Не ясно, что происходит в отрасли и какие перспективы? Куда идем? В последние десятилетия на нас примерили такое количество чужеродных систем, что расчленили целостность некогда монолитной системы здравоохранения... И вот перед нами очень необычная книга Р. Сунгатова, доктора экономических наук, талантливого математика и философа. Человек со стороны выстраивает свою четкую систему здравоохранения...»

ISBN 978-5-44-933372-8

© Сунгатов Р.
© Издательские решения

Содержание

| | |
|--|----|
| Предисловие | 6 |
| Новое здравоохранение | 7 |
| Новое здравоохранение | 8 |
| Выводы | 12 |
| Новое здравоохранение и Цифровая экономика | 13 |
| Выводы | 17 |
| Новое здравоохранение – Человеческий ресурс и Человеческий капитал | 18 |
| Выводы | 21 |
| Новое здравоохранение | 22 |
| Выводы | 28 |
| Новое здравоохранение | 29 |
| Выводы | 33 |
| Новое здравоохранение | 34 |
| Выводы | 36 |
| Новое здравоохранение | 37 |
| Выводы | 39 |
| Новое здравоохранение – конкуренция и качество | 40 |
| Выводы | 44 |
| Новое здравоохранение – по-сущностный анализ | 45 |
| Выводы | 48 |
| Новое здравоохранение и корпоративная медицина | 49 |
| Выводы | 52 |
| Новое здравоохранение и Футуралисты | 53 |
| Выводы | 55 |
| Новое здравоохранение Здоровый образ жизни | 56 |
| Выводы | 59 |
| Послесловие | 60 |
| Благодарность | 62 |
| Книги, которые удивили автора | 63 |
| Определения, которые удивили вас | 64 |
| Об авторе | 66 |

Новое здравоохранение Протрептик – философская поэма в многих частях

Рустам Сунгатов

*Посвящается большой души человеку
Шамилю Ягудину*

© Рустам Сунгатов, 2018

ISBN 978-5-4493-3372-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Предисловие

«Глоток свежего воздуха»

Сегодня о медицине пишут много и непонятно. Увы! Не ясно, что происходит в отрасли и какие перспективы. Куда идем? В последние десятилетия на нас примерили такое количество чужеродных систем, что расчленили целостность некогда монолитной системы здравоохранения. Мы потеряли самобытность, уверенность, надежность. Рыночные механизмы оказались малопригодными для медицины, поскольку медицина не является прямым объектом рыночной экономики. Перманентные новации без внятной программы создают эффект хаоса. Все при деле, бюрократия буйно расцветает, приписывая достижения себе, показывая только то, что хорошо выглядит.

Да, снизилась смертность, но не настолько, чтобы аплодировать, да, увеличилась продолжительность жизни, но не настолько, чтобы этим гордиться, да научились спасать при острых сердечных заболеваниях, но мы только догоняем. Многие естественные процессы роста в совокупности большой экономики и мирового прогресса присваиваются для формирования бравых отчетов.

А наша информатизация? Слезы! Уже много лет она мучает пациентов и врачей. Опять что-то сделали! Но мало и плохо.

Классическая медицина всегда требовала лечить не отдельную болезнь, а больного. Относиться к больному как к сложной, но единой системе. А мы продолжаем выделять то онкологию, то реабилитацию, то первичную помощь, то информатизацию и т. д. А сколько врачей лечат больного из разных ведомств! Где свои порядки и свои взгляды на лечение, не связанные друг с другом никоим образом. Финансовые посредники в медицине в связке с силовиками создали невыносимую систему контроля, извлекая из бюджета больного крупные суммы на своё содержание. И разве можно назвать это порядком, который необходимо информатизировать?

И онкология, и сердечно-сосудистые заболевания, и диабет – это все единая система, где опасно нарушать равновесие. Цифровая экономика зацементирует беспорядок вмиг и тогда будет совсем плохо. Мы начнем жить в порочном пространстве. А медицина все-таки для людей, для их безопасности, для удобства пользования. Медицина – не спорт высоких достижений. Она должна создать комфортную среду для врача и пациента, не расчленять проблему на мелкие фрагменты, противопоставляя их друг другу. Медицина – это не только врачевание, это наука, это производство, это образование, это качество и безопасность.

И вот перед нами очень необычная книга Р. Сунгатова, доктора экономических наук, талантливого математика и философа. Человек со стороны выстраивает свою четкую систему здравоохранения. Прочитав ее, я с удивлением понял, что не хочу спорить. Книга не о частностях. Книга о целостной системе. Она как позвоночный столб, как кровеносная система. Книга – нерв. Книга – размышление умного человека. Книга – глоток свежего воздуха.

Очень хочется, чтобы профессионалы из медицины отбросили амбиции и спокойно прочитали, услышали то, о чем говорит автор. Не смотрите на количество страниц, можно и на одной странице сказать главное, а можно исписать тонны бумаги, не сказав ничего.

Автор своеобразно и интересно пишет о сложных вещах. Хороший слог. Много метафор. Иногда ирония, за которой скрываются серьезные проблемы. В общем, много необычного, нестандартного, но очень интересного и полезного вы извлечете, прочитав этот труд.

Ростислав Иванович Туишев,
заслуженный врач Российской Федерации,
заслуженный врач Республики Татарстан

Новое здравоохранение

Протрептик – философская поэма в многих частях

Уважаемый Открыватель (этой книги)!

Возможно, вас не интересует здравоохранение. Честное слово, это не повод не стать Читателем (этой книги).

Потому что —

*здесь не будет пузатых диаграмм, млечного пути квадрата Гартнера, тришкиного каф-
тана статистических таблиц. Но картинки обязательно будут! И будут поющие в тернов-
нике, и долгая дорога в дюнах...*

Потому что —

*если вас не интересует здравоохранение, то оно тоже никогда вами не заинтересуется.
И когда вы встретитесь, – а вы обязательно когда-то встретитесь, – возможно, вы даже
не узнаете друг друга...*



*Познакомьтесь, по сложному миру здравоохранения нас проведет кошечка Шредика.¹
Так-то ее зовут – Кадомена (якобы, это имя произошло сокращением от Качественнаядо-
ступнаямедицина, но это не подтверждено).*

*Согласитесь, что Кадомена звучит немного по-древнему, по-эллински, что ли, поэтому
она в нашем домашнем кругу просто – ласковая кошечка Шредика.*

*Приходилось слышать, что хотя ее существование не оспаривается, но наблюдать
ее простому человеку невозможно. Однако, деятели здравоохранения утверждают, что им
почти регулярно, путем использования таких несложных научных методов, как фильтро-
вый репортинг и офтальмовтиринг, удается наблюдать это замечательное создание одно-
временно по всей сфере наблюдения.*

¹ «Кошечка Шредика» – автор, скорее всего, использовал аллюзию на знаменитый абстрактный парадокс из квантовой физики – кот (или кошка, поскольку the cat не имеет рода) физика Шредингера – это животное или мертво или живо, непонятно, в зависимости от статуса наблюдателя (см. Википедия https://ru.wikipedia.org/wiki/Кот_Шредингера)

Новое здравоохранение Модернизация национальной системы здравоохранения – Реформы или Трансформация

Любая социальная система погибает, если не модернизируется, поскольку система находится в «живой» среде, которая непрерывно меняется. Нарастающее несоответствие изменяющейся среде приводит, в конечном итоге, к коллапсу системы. Соответственно, модернизация – это и естественное свойство любой системы, и единственная возможность поддерживать свое функционирование в долгосрочной перспективе.

Модернизация – по устраивающему нас определению из Википедии (взято сокращенно) (от англ. *modern* – современный, передовой, обновлённый) – это:

1. Приведение объекта в соответствие с новыми требованиями. Модернизируются в основном машины, оборудование, технологические процессы (например, модернизация компьютера²).

2. Макропроцесс перехода от традиционного общества³ к современному обществу⁴

3. Процесс полной или частичной реконструкции общественной системы с целью ускорения развития⁵

Для производственных отраслей сопротивление или замедление модернизации влечет:

– в краткосрочном горизонте – замедление темпов развития и, как следствие, снижение доходности

– в среднесрочном горизонте – уменьшение доли рынка, снижение конкурентоспособности, дальнейшее снижение темпов развития и отставание от конкурентов

– в долгосрочном горизонте – гибель системы

Для здравоохранения сопротивление или замедление модернизации:

– в краткосрочном горизонте – не влечет НИКАКИХ рисков

– в среднесрочном горизонте – влечет ослабление позиций на внешнем рынке, в частности, поток пациентов извне ослабевает – до полного исчезновения, а наиболее платежеспособные собственные граждане начинают искать медицинскую помощь в другом государстве

– не вызовет гибели даже в долгосрочном горизонте, но влечет риски ухудшения демографической ситуации, ухудшения социальной структуры (в частности, увеличивается разрыв качества жизни платежеспособного и малообеспеченного населения), уменьшения национального Человеческого капитала, что отражается на экономике государства в целом

² Модернизация компьютера https://ru.wikipedia.org/wiki/Модернизация_компьютера

³ Традиционное общество https://ru.wikipedia.org/wiki/Традиционное_общество

⁴ Современное общество https://ru.wikipedia.org/wiki/Эпоха_модерна

⁵ Модернизация <https://ru.wikipedia.org/wiki/Модернизация>



Модернизироваться – всегда больно. Всегда есть желание «оставить все как есть».

Но риски таковы, что у государства, ставящего целью развитие и усиление конкурентоспособности, альтернативы модернизации нет.

Соответственно, вопрос, как должна осуществляться модернизация.

Существует два основных подхода – реформирование или трансформация.

В обоих случаях Инструмент модернизации – всегда инновации. Но инновации сами по себе не обязательно означают реформу или трансформацию.

Определим данные понятия.

Реформа, как указано в Википедии:

Реформа (лат. *reforto*) – изменение правил в сфере человеческой жизни, не затрагивающее функциональных основ, или преобразование, вводимое законодательным путём. В частности, процесс преобразования государства, начинаемый властью по необходимости. Конечная цель любой реформы – укрепление и обновление государственных основ, что, однако, не всегда несёт за собой улучшение уровня жизни, сокращение государственных расходов и наоборот – увеличение доходов.⁶

Сложновато. Попробуем упростить:

Реформа — совокупность существенных изменений некоторого свода правил функционирования системы, проводимых в рамках самой системы (то есть, БЕЗ изменения самой системы) © RS

Инновация, нас устраивает определение, как указано в Википедии:

– это внедрённое новшество, обеспечивающее качественный рост продукции или эффективности процессов, востребованное рынком.⁷

Трансформация – преобразование основ и принципов функционирования выбранной системы © RS

То есть, вопрос не в том, надо ли модернизировать здравоохранение, вопрос в том, изменять ли принципиально характер деятельности системы здравоохранения или ограничиться совершенствованием выбранных элементов.

Выбор, в конечном счете, делает Общество, а решение принимает Руководство.

⁶ Реформа <https://ru.wikipedia.org/wiki/Реформа>

⁷ Инновация <https://ru.wikipedia.org/wiki/Инновация>



Однако очень важно, чтобы при реализации выбора учитывалось принципиальное отличие системы здравоохранения как отрасли от других отраслей народного хозяйствования.

При этом что технологии непрерывно развивались, именно отсутствие или неочевидность рисков, а также свойственная медицине сакральность, цеховая закрытость и корпоративная сплоченность, отсутствие возможности объективного контроля – работу врача мог проверить и оценить только другой врач – привело к замораживанию развития организации отрасли.

Организационную модель здравоохранения, которая по-прежнему является основой здравоохранения многих государств, особенно, на постсоветском пространстве, часто называют по имени первого наркома здравоохранения молодого Советского государства, системой Николая Александровича Семашко.

Эта система обеспечила тотальную диспансеризацию, для чего была построена по многоступенчатой иерархической модели, при этом, основной своей задачей система ставила сбережение человеческого ресурса, а личность отдельно взятого больного отходила на второй план. Это оправдывало себя в период мобилизационной экономики, и на протяжении практически ста лет определенные ее черты остаются актуальными.

Но сегодня мы живем в принципиально ином мире – как по обеспеченности ресурсами, по развитию технологий, так и по уровню жизни, образованности, интересам граждан и уровню их потребностей, отношению к своему здоровью и требованиям к здравоохранению.

При выборе, реформировать или трансформировать иерархическую систему, не удастся исходить только из экономической оценки, затратности того и другого подхода.

Проблема в том, что более «экономный» метод может просто не обеспечить достижение базовых целей.

Мы по-прежнему хотим живое общение с врачом, мы и сегодня хотим, чтобы нас лечил Врач, но мы хотим при этом, чтобы вылечила нас – Медицина. То есть, врач, вооруженный всеми инструментами и знаниями, накопленными медициной на всех пациентах на протяжении всей истории.

Однако сама природа иерархической системы такова, что движение происходит по жесткому алгоритму, не допуская (или допуская крайне неохотно) каких-либо объективных нестандартных запросов или индивидуальных предпочтений.

Решать эту задачу возможно только трансформированием системы здравоохранения. Для определения итогового состояния, к чему должна привести трансформация, необходимо разрабатывать концепцию, которая будет опираться на:

- лучшие страновые практики*
- рекомендации Всемирной организации здравоохранения*
- особенности системы здравоохранения и государственного управления*
- теоретические исследования*
- опыт и креативность специалистов и всего Общества.*

Выводы

Отсутствие или низкие темпы модернизации системы здравоохранения могут повлечь в среднесрочном и долгосрочном горизонте серьезные проблемы как для граждан, так и для государства.

Модернизация может быть реализована двумя подходами – реформы или трансформация.

Для государства с системой здравоохранения, работающей по принципам иерархической системы (системы Семашко) Реформный подход представляется более понятным и экономным, но не обеспечивает реализацию принципа пациент-ориентированности.

Для того, чтобы система здравоохранения соответствовала современным требованиям, была ориентирована на пациента, обеспечила высшее качество оказания медицинской помощи для каждого пациента, подход для модернизации нужен – Трансформация.

Подход трансформационный может представляться более сложным и дорогостоящим, рискованным, но он решает задачу повышения удовлетворенности граждан и является важной основой успешного развития отрасли и, в конечном счете, всего государства.

Для определения конечного целеполагания Трансформации должна быть разработана соответствующая Концепция.

Новое здравоохранение и Цифровая экономика

«Цифровая экономика» – это сочетание звучит явно современно и расхожим еще не стало. Через десять лет вопрос, что такое «цифровая экономика», будет вызывать недоумение, – «А разве она бывает еще какая-то?» А новые визионеры будут отвечать, – Да, уже на смену Цифровой экономике приходит Когнитивная экономика!

Но это будет через десять лет. А сейчас под Цифровой экономикой кто-то понимает роботизированное производство, кто-то – сквозной контроль за хозяйственной деятельностью с помощью вычислительной техники, а кто-то – зарабатывание денег на разработке программ.

Однако, Цифровая экономика, будучи и первым, и вторым, и третьим, и много чем еще, в первую очередь, – это новый технологический уклад.

Уклады в экономике описали Кондратьев и Шумпетер, Кристенсен, Хирооки и Перес, и ряд других. Тема, в принципе, достаточно проработанная.

Когда-то человек «удлинил» руку инструментом, это был уклад. Потом пришли механические устройства, и это был следующий уклад. Потом машины стали выполнять цепочки операций, в том числе, и законченные, приводящие к появлению готового изделия, и это сегодняшний уклад. Но ему на смену уже приходит уклад, когда производственный процесс уже не нуждается в человеке, машина «научилась» принимать решения!



Ярчайшим примером является победа Программы в игре го над действующим чемпионом мира – ярчайшим, поскольку в го нельзя все пересчитать, а значит, выстроить однозначный алгоритм. «Человекам» осталось только играть с себе подобными – на время или из спортивного интереса.

В практической жизни, например, это – беспилотные автомобили или электронные гиды, которые приводят людей к нужному решению в зависимости от специфики их запросов. Этот новый уклад и есть Цифровая экономика.

Пока не будет предложено более емкое, в нашей работе мы будем использовать определение —

Цифровая экономика – система экономических отношений с увеличивающимся числом значимых законченных процессов, выполняющихся на основе информационных технологий без прямого участия человека © RS

Это определение полностью соответствует нашему пониманию и отвечает нашим задачам.

Каждый новый уклад – это и вызов для государств, и новые проблемы. Проблемы вызывают соблазн «оставить все как есть», создавая препятствия новому (можно вспомнить луддитов или борьбу таксистов с идеологией UBER). Но государства, которые раньше других принимали новый уклад, всегда получали конкурентное преимущество.

Выбор однозначен – государство, желающее развиваться, отстаивать свои позиции в глобальной конкуренции, сегодня альтернативы цифровой экономике не имеет.

Цифровая экономика так же, как экономика как таковая, состоит из отраслевых экономик. То есть, Экономика государства будет цифровой, если цифровыми будут отраслевые экономики.

Коммуникации и связь, финансовая сфера, производство, строительство, транспорт и логистика – воспринимают новые методы быстро и сами их развивают. И практически синхронно меняют свою парадигму с завидной регулярностью, по мере технического и организационного прогресса.

Однако, здравоохранение на протяжении практически тысячи лет жило в одной и той же парадигме – были только врач и пациент, и между ними инструмент. И не важно, что постепенно слуховая трубка мутировала в томограф, парадигму это не меняло – отношение врача и пациента оставалось таинством, уделом только их двоих.

Со временем требования росли, а технологии стали позволять на них ответить – мы по-прежнему хотим, чтобы лечил нас – Врач, но теперь мы хотим, чтобы вылечила нас – Медицина.

Пришло время поменять парадигму. Поменять с помощью новых технологий – цифровых, и с помощью новой организации, которая на смену иерархической модели прошлого столетия приведет новую модель получения мгновенного доступа ко всем данным и знаниям и реального взаимодействия всех участников Медицинского пространства (*).

(*) **Медицинское пространство** – сфера общественной деятельности на выбранной территории с преимущественно медицинским характером событий – процедур, транзакций, воздействий – как непосредственно лечебных, так и поддерживающих технологических и административно-организационных, включая всех участников этих событий © RS

Более того, здравоохранение может содействовать решению проблем, сопровождающих цифровую экономику. Самая острая проблема – высвобождение огромного количества людей, чьи рабочие места займут системы искусственного интеллекта – водители, продавцы, гиды, рабочие конвейеров, банковские служащие и т. д.



Для этих людей надо не только обеспечить образовательный процесс, реквалификацию, но и поддержать их физическое и психическое состояние, поскольку потеря работы, изменение привычного образа жизни – это всегда серьезнейший стресс.

Здравоохранение не только окажет медицинскую (терапевтическую и психологическую) поддержку, но и может предоставить большое количество новых рабочих мест, создавая и развивая службы патронажа, профилактики и Здорового Образа Жизни. Это окажет большое влияние и на такие прагматические вещи, как ВВП – прямо (сервис это часть ВВП), и косвенно – через сбережение и преумножение Человеческого капитала государства, который становится сегодня важнейшей основой создания ВВП.

На смену «классическому» здравоохранению должно прийти Новое здравоохранение.

Новое здравоохранение – это обязательно Цифровое здравоохранение, но главное его содержание – это поддержка новой парадигмы, которая ставит пациента в центр системы, а его благополучие объявляя своим предназначением.

Таким образом, Новое здравоохранение, как цифровое, является элементом Цифровой экономики, ее составной частью, но также является и ее заказчиком и работодателем.

Можно поставить точку, нам остается только разобраться, что такое

- Здравоохранение*
- Электронное здравоохранение*
- Цифровое здравоохранение*
- Новое здравоохранение*

И как они сочетаются, чтобы, говоря о связи Цифровой экономики и Нового здравоохранения, не происходило подмены понятий.

Здесь мы опираемся на наши определения:

Здравоохранение – административная оболочка медицинских процедур © RS

Электронное здравоохранение – организация системного функционирования здравоохранения с максимально возможным использованием – получением, отображением, хранением, обработкой и передачей – медицинских данных в электронном виде © RS

Цифровое здравоохранение – здравоохранение с увеличивающимся числом значимых законченных процессов, выполняющихся без прямого участия человека. Является составной частью Цифровой экономики. Технологической основой для создания Цифрового здравоохранения является Система Электронного здравоохранения © RS

Новое здравоохранение – экономически устойчивая система Здравоохранения, ориентированная на пациента © RS

где:

Пациент-ориентированность означает нацеленность на здоровье-восстановление, здоровье-поддержание и здоровье-укрепление для каждого гражданина © RS

Экономическая устойчивость означает, что система может достаточно долго существовать и развиваться на заданной территории в рамках предусмотренного и наличествующего ресурсного обеспечения © RS

Выводы

У государства, взявшего курс на развитие и повышение глобальной конкурентоспособности, альтернативы Цифровой экономике нет.

Цифровая экономика требует от Здравоохранения реализации Цифрового Здравоохранения.

Здравоохранение является частью экономики, но не обязательно соответствует структуре Цифровой экономики. Новое Здравоохранение, являясь по своему принципу построения Цифровым Здравоохранением, входит в состав Цифровой Экономики и усиливает Цифровую экономику

– вкладом в ВВП государства

– взаимодействуя с другими отраслями и стимулируя их развитие

*В то же время, Новое Здравоохранение – это больше, чем Цифровое Здравоохранение. Являясь важнейшим и эффективным участником Социального пространства (**), Новое Здравоохранение помогает решать социальные проблемы, сопровождающие развитие Цифровой Экономики.*

*(**) **Социальное пространство** – все граждане и отношения между ними на выбранной территории © RS*

Новое здравоохранение – Человеческий ресурс и Человеческий капитал

До недавнего времени государства, как и корпорации, воспринимали граждан как человеческий ресурс.

Человеческий ресурс – объем различного вида деятельности, который способен осуществить человек или группа людей в выбранной системе или территории © RS

Только в конце прошлого столетия стало закрепляться отношение к людям как к человеческому капиталу. Человеческий капитал первоначально понимался как набор знаний и умений, сегодня это более широкое понятие, которое включает в себя все инвестиции в человека, такие как культура, образование, здравоохранение и др. И в этом контексте – Человеческий капитал наряду с ресурсами и технологиями представляет собой составляющую благосостояния государства.

Человеческий капитал – навыки и умения, а также культурный, ментальный, образовательный уровень и уровень здоровья человека или группы людей в выбранной системе или территории © RS

Разница между человеческим ресурсом и человеческим капиталом не арифметическая, а системная. Ресурс подлежит расходованию и восстановлению. Капитал надо преумножать и возвращать.



«Классическое» здравоохранение ориентировано именно на поддержание Человеческого ресурса, а не на преумножение Человеческого капитала. Современное здравоохранение – это комплекс мер организационного и административного характера, который ориентирован,

главным образом, на клиническую медицину, которая решает проблемы уже нарушенного здоровья пациента (фактически, ресурсо-восстановление).

В то же время, более важным является предупредить нарушения здоровья путем упреждения (превенции) и профилактики – Здравого Образа Жизни (ЗОЖ). Социальный заказ на профилактическое здравоохранение растет, и можно уже сегодня видеть, как политическая власть начинает уделять профилактическому здравоохранению все большее внимание.

Поскольку люди начинают рассматриваться не как ресурс, а как капитал, и их здоровье определяет потенциал каждого, то понятно, что здравоохранение имеет очень важное значение для развития Человеческого капитала и здравоохранение вносит свою ценность в человеческий капитал – человека или совокупности людей. Измерить точно «количество здоровья» мы пока не умеем, но мы можем определить принципиальные показатели по человеческом капиталу для здравоохранения.

Правильным целеполаганием в части здравоохранения представляются:

1. Повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи
2. Увеличение продолжительности как всей жизни населения, так и обязательно ее продуктивной составляющей

Именно эти две цели являются базовыми показателями для Нового Здравоохранения.

Новое здравоохранение — экономически устойчивая система
Здравоохранения, ориентированная на пациента © RS

где:

Пациент-ориентированность означает нацеленность на здоровье-восстановление, здоровье-поддержание и здоровье-укрепление для каждого гражданина © RS

Экономическая устойчивость означает, что система может достаточно долго существовать и развиваться на заданной территории в рамках предусмотренного и наличествующего ресурсного обеспечения © RS

Обществу необходимо **Новое здравоохранение**.

Мы определяем четыре базовые требования, каким должно быть **Новое здравоохранение**.

Здравоохранение должно быть:

- персональное (адресованное к каждому гражданину)
- непрерывное (с постоянным наблюдением, обслуживанием и измерением параметров онлайн каждого пациента)
- качественное (давать заключение должен не «ближайший» врач, а профильный специалист экспертного уровня)
- доступное (медицинские услуги должны иметь социально приемлемую стоимость)

Для решения этой задачи необходимо изменить систему здравоохранения на пациент-ориентированную, поставив в центр системы не администратора, клинику или врача, а именно пациента. В этом решение главной принципиальной проблемы здравоохранения с точки зрения системного отраслевого управления, каковой является неопределенность продукта.

Основным продуктом здравоохранения должно быть здоровье пациента. Именно пациент является потребителем продукта здравоохранения, от него исходит запрос на продукт здравоохранения. Помещая пациента в центр системы, мы фиксируем продукт здравоохра-

нения, обеспечивая выход на решение задачи повышения эффективности функционирования системы здравоохранения. При этом, безусловно, пациент должен иметь квалифицированного и надежного персонального помощника в сложном мире профессионального здравоохранения.

Сложность задаче придает то обстоятельство, что формирование Нового здравоохранения должно происходить в рамках существующего здравоохранения. Соответственно, Новое здравоохранение должно быть реализовано на платформе, поддерживающей интеграцию с текущими медицинскими процессами.

Выводы

Государства меняют свое отношение к Человеку, на смену представлению о человеке как о Человеческом ресурсе приходит понятие Человеческий капитал.

Капитал надо преумножить, Здравоохранение – играет важнейшую роль в сбережении здоровья человека.

«Классическое» здравоохранение ориентировано на восстановление Человеческого ресурса.

Для сбережения и преумножения Человеческого капитала нужно Новое здравоохранение, ориентированное на пациента.

Переход должен осуществляться без разрыва функциональности.

Новое здравоохранение Электронное здравоохранение – инструмент реализации Национальной программы модернизации здравоохранения

Общество нуждается в качественном здравоохранении. Задача государства – обеспечить качественное здравоохранение для всех граждан. Для этого систему здравоохранения побуждают (или подвергают) модернизации.

Страны пытаются решить эту задачу по-разному. Кто-то начинает с концепции, кто-то проводит реформу, а кто-то запускает проекты – медицинские или инфраструктурные.

У первых есть шанс, что получится. Вынужден огорчить вторых и третьих, в здравоохранении – не получится. Примеров достаточно. Без концепции ни реформа не сработает, ни проект – даже медицинский, а уж тем более – инфраструктурный (под инфраструктурным проектом мы понимаем проект как по внедрению современных коммуникационных систем, так и по модернизации операционных процессов), – не приведет к эффективному результату. Даже если Проект назвать Концепцией.



Почему?

В здравоохранении, в отличие от других отраслей, подход к модернизации «от проекта» не работает, поскольку нельзя установить «продуктовые» цели – в здравоохранении «продукт» – это здоровье, которое пока четкого измерения не имеет, а значит, не может быть целеполаганием. Об этом элегантно сказал Питер Друкер, – «Управлять можно только тем, что можно измерить».

Поэтому идущие в здравоохранении «от проекта», особенно, инфраструктурного, нуждаясь в целях, устанавливают в качестве цели некоторые технические показатели самой системы.

И здесь происходит «системный сбой».

Система

Кто сказал, что социальная система добровольно и охотно решает задачи, для которых создана? Система – это почти живой организм, единственная естественная задача организма – не служить кому-то, а собственное воспроизводство, желательно – расширенное. Все остальное организм / система или не делает, или делает вынужденно.

А поскольку система хочет работать только на себя, то невозможно ее побудить / принудить сделать что-то полезное без четкой постановки цели, положившись на то, что система сама поставит правильные цели из «высоких соображений». Цели система поставит, но только в рамках своего воспроизводства.

Соответственно, любой запущенный без общей концепции медицинский проект, инициированный внутри системы здравоохранения, влияет на конечный продукт – здоровье – далеко не всегда ожидаемым образом, а инфраструктурный проект – если и влияет, то крайне незначительно и опосредованно.

Электронное здравоохранение

Для реализации национальной Программы модернизации здравоохранения одним из важнейших функционалов и, в то же время, инструментов, выступает Электронное здравоохранение. Наиболее частая ошибка – представить Электронное здравоохранение как цель (или одну из целей) модернизации здравоохранения и запустить проекты, где в качестве целеполагания установлены не задачи государства в области здравоохранения, а функционал, средство, инструмент. Конечно, так легче. Как построить мост вдоль реки.

А когда «парусник не получится» (« – Как вы умудряетесь втащить парусник в бутылку через такое узкое горлышко? – Очень просто – берем обрезки ниток, щепочки, лоскутки ткани, гранулы клея, все это закидываем в бутылку и трясем. – И? – Иногда получается парусник»), то затребовать еще денег.

Короче, «Неоконченная пьеса для механического пианино»...

В здравоохранении к успеху приводит сложная работа, где в начале пути – Концепция, а непосредственным проектам предшествуют

Стратегия,

Дорожная карта,

Функционалы.

С точки зрения Экономики государства, Здравоохранение – это комплексная отраслевая структура. То есть, последовательность линейки развития Здравоохранения как Комплексной отраслевой структуры, приводящая к Национальной программе, выглядит так:

Концепция

Стратегия

Дорожная карта

Функционалы

Проекты

Инструменты

где

***Программа** – совокупность элементов из Стратегии, Дорожной карты, Функционалов и Проектов, оформленных как самостоятельные задачи по изменению состояния выбранных показателей © RS*

***Концепция** – комплекс взглядов на определенное явление © RS*

***Стратегия** – формирование условий и необходимых ресурсов для возможности реализации **Концепции** © RS*

***Дорожная карта** – последовательность этапов реализации **Стратегии** © RS*

***Функционал** – законченное решение выбранной самостоятельной задачи или процесса из состава отрасли © RS*

Примером Функционала медицинского может служить, например, медицинская информационная система «Мониторинг беременных» или «Мониторинг уровня свертываемости крови», а функционала инфраструктурного – организация «Диспетчинга Скорой помощи» или «Система экспертных заключений по исследованиям».

Проект – строго зафиксированный в части целей, ресурсов и сроков объем работ для выполнения выбранных этапов **Дорожной карты** или реализации **Функционала** © RS

Инструменты – технологии, универсальные конструкции, устройства и алгоритмы © RS

Реализация проектов, в том числе, по развитию электронного здравоохранения, должна осуществляться в рамках комплексной национальной Программы, которая разрабатывается по Концепции, придерживаясь сформулированной Стратегии, в соответствии с Дорожной картой, с явно указанными Функционалами – как медицинскими, так и инфраструктурными. Выбор инструментов для выполнения проектов – это задача специалистов, профессиональных технологов.

Для решения задач Нового здравоохранения, которое ориентировано, в первую очередь, на пациента (является пациент-ориентированным), необходимо интеллектуальное решение – платформа электронного здравоохранения (*), которая обеспечивает эффективную организацию оказания высококачественной медицинской помощи для всего населения при экономически обоснованных затратах.

(*) **Платформа электронного здравоохранения** – технологическая и техническая система, обеспечивающая участникам медицинского пространства возможность обмена информацией без разработки базовых интерфейсов и протоколов обмена (участниками медицинского пространства являются люди, технические устройства и программы) © RS

Платформа должна решать задачи:

клинической, превентивной и профилактической медицины, обеспечивая преимущественное развитие превентивной и профилактической медицины. В качестве инструмента профилактики должна быть реализована система, позволяющая участнику системы самостоятельно или с помощью своего персонального консультанта составлять личную программу по улучшению здоровья и автоматизированно отслеживать показатели, получаемые с различных медицинских устройств, в первую очередь, мобильных гаджетов.

Клиническая медицина должна обеспечиваться автоматизацией медицинских процессов на уровне пациентов, врачей и клиник.

Отдельным важным элементом является то, что Платформа должна быть также инструментом для решения задач специального раздела здравоохранения – **Промышленной медицины**, предъявляющей особые, в некоторых случаях, критически жесткие требования к отдельным категориям специалистов на особо напряженных участках работы.

Платформа должна полностью соответствовать и поддерживать двухзвенную архитектуру Нового здравоохранения, с уровнем первичной медицинской помощи и специализированным уровнем высокотехнологичной медицины, обеспечивая их интеграцию на уровне единого доступа к данным и совместную работу с «общими» пациентами.

Платформа должна формировать Единое медицинское пространство (ЕМП) и обеспечивать функциональную поддержку для всех участников, прежде всего, пациентов и врачей, руководителей медицинских учреждений и административного аппарата, а также для фармацевтов, страховщиков, юристов и т.д., для сферы специального образования – преподавателей и студентов, для научной-инженерной сферы – ученых и исследователей.

Идеология электронного здравоохранения заключается в создании системы сбора всей медицинской информации в Едином медицинском пространстве с предоставлением участникам ЕМП доступа к собираемой информации (в соответствии с правами доступа) и возможности решать различные задачи с помощью предоставляемых Платформой универсаль-

ных систем – для отдельных клиник (клиническая информационная система (КИС / HIS)) и функциональных систем – общего назначения, так и специальных систем, как, например, мониторинг данных от кардиоимплантов, мониторинг беременных, мониторинг уровня свертываемости крови (антикоагуляция), мониторинг уровня сахара при диабете или риске его возникновения, и т. д. – от различных провайдеров медицинских услуг и разработчиков.

Платформа должна взаимодействовать с клиническими информационными системами различных производителей, но также обязательно должна предоставлять специальную легкоустанавливаемую Облачную Клиническую информационную систему (ОКИС / CHIS), которая будет интегрирована с Платформой.

ОКИС должна быть разработана исключительно в облачной архитектуре, что позволит сократить время установки, обучения пользователей и обеспечить запуск в «промышленную эксплуатацию» в считанные дни. В клинике не потребуется устанавливать никакого дополнительного оборудования, поскольку точка входа в систему будет осуществляться с любого устройства, имеющего доступ к интернет. Это даст возможность установить современную систему тем клиникам, которые прежде работали без системы в силу дороговизны или технической сложности, и также перейти тем, чья система устарела или громоздка.

Особое внимание должно быть уделено средствам разработки – это может быть проприетарное или свободно распространяемое программное обеспечение, или их сочетание. Плюсы и минусы их широко и постоянно обсуждаются, важно, чтобы выбор был обоснованным.

Тем самым, **ОКИС**, являясь многофункциональной системой управления клиникой, в то же время, ускорит привлечение в Платформу новых участников, поскольку в клиниках, работающих под управлением **ОКИС**, преимущества **Платформы будут** очевидны даже для людей, мало использующих интернет, а персонал клиник будет прямо заинтересован в привлечении пациентов в участие в Платформе.

Однако, надо все время помнить и следить, что платформа должна быть понятной и легкой в использовании. Уровень эргономичности должен определяться не опросами «под давлением», а интенсивностью реальной эксплуатации. Одним из объективных критериев может быть, с какой скоростью увеличивается трафик.

АРХИТЕКТУРА СБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Платформа должна собирать и уметь работать с информацией из всех источников (радиологическое и лабораторное медицинское оборудование, клинические информационные системы, мобильные гаджеты непрерывного мониторинга и т.д.) и обеспечивать комфортный доступ к ним.

Надо видеть разницу между системами с абсолютной полнотой данных, например, банковские системы, и системами, где полноты данных достичь невозможно или нецелесообразно. Здравоохранение относится ко второму типу.

Именно выбор архитектуры с централизацией всех данных и стал одной из причин краха многих проектов электронного здравоохранения.

Платформа должна уметь работать как с централизованными данными, так и с распределенными.

Для работы с централизованными данными Платформа должна предоставлять архитектуру централизованного хранилища данных (ЦХД) и Систему дистрибуции изображений.

Распределенные данные хранятся в различных хранилищах. Для одновременной работы с централизованными и децентрализованными данными Платформа должна использовать специальный диспетчер с функциями интеграции данных и контроля транзакций, который позволяет отслеживать все доступные данные и транзакции, касающиеся выбранного объекта. Технические средства сегодня легко позволяют получать быстрый доступ к распреде-

ленным данным по ссылке или индексу и обеспечивают контроль за целостностью информации.

Платформа должна обеспечивать:

– для пациентов – сбор и возможность управления всеми личными медицинскими данными, предоставления необходимых данных выбранным врачам, непрерывная экспертная помощь в виде информационной поддержки, постоянной связи с персональным врачом, консультаций экспертов в выбранных областях, возможности разработки и контроля за выполнением индивидуальных оздоровительных планов

– для врачей – возможность видеть все необходимые данные по пациенту, консультироваться с экспертами и координировать свою работу с клиниками

– для клиник – возможность непрерывного контакта и наблюдения за своими пациентами

– для страховых компаний – возможность оперативного взаимодействия с провайдерами медицинских услуг и повышения объективности их требований

Ключевыми инструментами для Платформы являются:

– современные медицинские технологии

– информационные технологии, обеспечивающие сбор, обработку и распределение больших массивов данных

– телекоммуникационные технологии, обеспечивающие устойчивый доступ к системе и поддерживающие высокоинтенсивный трафик данных

Добавленная стоимость возникает:

– для пациентов – при реализации индивидуальных программ здоровья и в результате более простого доступа к специалистам, в том числе, экспертного уровня

– для врачей и клиник – за счет снижения непроизводительных расходов (например, устранения дублированных анализов) и повышения производительности с более высоким качеством

– для страховых компаний – за счет уменьшения необоснованных счетов и возможности непосредственно влиять на качество оказываемых медицинских услуг

Отдельно следует упомянуть **фармацевтические компании**, для которых Платформа является каналом адресной доставки предложений и в то же время обеспечивает обратную связь по эффективности применения препаратов и медикаментов.

ТЕЛЕКОММУНИКАЦИИ И ИНТЕРНЕТ

Основой реализации решения как бизнеса уровня массового внедрения является Телекоммуникационная составляющая, поскольку Новое здравоохранение сопровождается очень высоким трафиком данных и огромными массивами данных, которые в совокупности представляют новую сущность, так называемые *big data*.

Big data – массив данных, в котором общий объем знаний больше, чем сумма знаний входящих в массив элементов © RS

Платформа **электронного здравоохранения** использует интернет и облачное хранение данных как основную инфраструктуру. Системы предоставления различных сервисов через интернет показывают ежегодный рост в 10—20 и более %. Нет сомнения, что и в здравоохранении службы, предоставляемые через интернет, будут все более востребованы и со временем из систем опциональных де-факто будут становиться основными системами де-юре.

Платформа может работать на любом Центре обработки данных (ЦОД), публичном, государственном или частном, в зависимости от условий заказчика. Платформа может клонироваться и использоваться для высоко защищенных групп участников, работать на собственном сервере без выхода во внешний интернет, например, в рамках страховой компании или корпорации.



ПОТРЕБИТЕЛИ И ЗАКАЗЧИКИ

Платформа должна быть универсальным решением, что позволит ее применить для различных категорий участников:

– **индивидуальный пользователь** – любое физическое лицо

– **клиника** или **частнопрактикующий врач**

– **корпорация** – это очень важный участник медицинского пространства, поскольку корпорации все более заинтересованы в стратегическом поддержании здоровья своих сотрудников и членов их семей, Платформа позволяет создать внутри корпорации систему поддержки медицинского обслуживания – корпоративный **кластер**

Платформа является исключительно эффективным инструментом для совместной работы сложных организаций, таких, как сети клиник или интегрированные структуры, включающие в себя объединения разного профиля, например, ассоциации, консорциумы и т. д. и может обеспечить полное управление здравоохранением в рамках административной территории – района, области или целого государства.

Устойчивость Платформы

Устойчивость Платформы должна обеспечиваться глубокой привязкой к медицине. Соответственно разработка Платформы электронного здравоохранения должна вестись в тесном взаимодействии с медицинским сообществом и сопровождаться непрерывным исследовательским процессом.

Таким образом, Платформа представляет собой комплекс программно-аппаратных продуктов и организационных механизмов, который обеспечивает повышение качества оказания медицинской помощи и увеличение объема медицинских услуг посредством интеграции всех участников системы здравоохранения и единого управления и обработки всеми медицинскими данными, то есть, предназначена для пациентов, врачей, клиник, фармацевтических и страховых компаний, а также всех других участников системы здравоохранения.

Платформа является самостоятельным решением, которое выводит Здравоохранение на качественно иной уровень эффективности по объемам и качеству медицинской помощи, при глубокой оптимизации расходов. Экономический потенциал данного решения соизмерим с частью бюджетов на здравоохранение, выраженной от этих бюджетов в процентах в 2-значных цифрах.

Выводы

Модернизация здравоохранения должна направляться Национальной программой развития здравоохранения.

Национальная программа руководствуется перспективной Концепцией, в которой государством отрасли определены глобальные цели.

Основой Национальной программы служит Стратегия, представляющая формирование ресурсов и условий для реализации Концепции.

Дорожная карта фиксирует этапы реализации стратегии, указывает функционалы, которые необходимо запустить, обозначает задачи для конкретных проектов.

Проекты могут быть медицинскими и инфраструктурными, в частности, для реализации Электронного здравоохранения.

Электронное здравоохранение – один из важных функционалов для выполнения Программы и, соответственно, реализации Концепции.

Электронное здравоохранение – это и функционал, и выделенная сущность здравоохранения, разработка электронного здравоохранения – это самостоятельный проект, но в рамках единой национальной программы.

Ключевыми элементами Платформы являются система хранения и дистрибуции данных, система управления клиникой, единый информационный портал для всех участников медицинского пространства.

Важнейшим свойством Платформы является уровень ее эргономичности.

Новое здравоохранение Финансирование здравоохранения

Говоря о финансировании здравоохранения, специалисты дискутируют о бевериджской («бюджетная») и бисмарковской («страховая») модели, упоминают скандинавскую модель.

Кто собирает средства на оплату медицинских услуг, кто их платит. В каком объеме вычисляются взносы – пропорционально доходам или иначе? В каком объеме выплачиваются страховые платежи – в полном или частичном? Зависит размер страховых выплат от объема ранее сделанных отчислений в страховой фонд? Какой минимальный гарантированный объем медицинской помощи?

Разобраться в этих моделях не так просто, тем более, что оплата может производиться непосредственно за лечение, по больничному листу, по инвалидности, по беременности и уходу за ребенком и так далее. Какие-то из этих платежей могут идти по линии социальной защиты.

При этом, тема еще более запутывается, если государство берет на себя основное финансирование здравоохранения, а реализует его через специальный государственный фонд, который также называется страховым.

Поскольку и в случае коммерческих страховых компаний, и в случае Государственного фонда медицинского страхования фигурирует слово «страхование», для правильного анализа и выбора модели надо определить, в чем отличия этих двух типов «страховых» организаций.



Главная задача страховой организации – оплатить полностью или частично медицинским организациям за лечение застрахованного. Для этого страховая организация собирает взносы – от застрахованных, корпораций или государства. Эта функция реализует принцип социальной солидарности – здоровый платит за больного, богатый – за бедного (более прямо в случае, если взносы платятся пропорционально доходам, более опосредованно, если средства в страховую организацию вносит государство).

Государство предполагает также выполнение страховыми организациями функций:

– **Контроль качества оказанных медицинских услуг**, поскольку стремление получить максимальную прибыль должно побуждать страховщика проверять – необходимость предъявленной к оплате процедуры, качество ее исполнения, отсутствие дублирования

– **Конкурентное ценообразование**, поскольку конкуренция между страховыми компаниями в борьбе за застрахованных должна приводить к снижению цен на страхование до оптимальных

Также важен выбранный метод учета работ к оплате —

– За медицинскую процедуру

– За койко-день и человеко-посещение

– За пролеченного пациента

– За «прикрепившегося» пациента

От выбранного метода учета зависит эффективность системы для обеих моделей.

В случае оплаты за процедуру у организаций здравоохранения появляется естественное желание «накручивать» процедуры, то есть, нужен глубокий контроль за их целесообразностью (проверять на необходимость, дублирование, исполнение в разумно достаточном варианте).

За койко-день в больнице и человеко-посещение в амбулаторном звене – самый простой учет, сопровождается «разжижением» лечебного процесса и обреченным пониманием всех участников невозможности что-то изменить и полным отсутствием стимулов для этого.

За пролеченного пациента – вполне справедливо. Только трудно определить, что такое «пролеченный» пациент. И у медицинской организации появляется соблазн – «догнать и пролечить».

За прикрепившегося пациента – вполне справедливо. Вполне понятно, как организовать этот подход для института врачей общей практики (врачу платят не за медицинские события, а фиксированную ставку за каждого пациента, пожелавшего сотрудничать именно с этим врачом), правда, «справедливо» – только в условиях города. В сельской местности пациент обречен прикрепиться к ближайшему врачу.

Плюсов больше, чем минусов. Однако, для специализированных центров принцип прикрепления возможен только для профилей, где таких центров на компактной территории больше, чем один (прикреплять к ним надо не пациентов, а врачей общей практики, которые будут направлять на обследование своих пациентов в «свой» центр).

Идеальной модели нет. При выборе модели необходимо исходить из текущей ситуации. Важно понимать, что если государство осуществляет финансирование через Государственный фонд медицинского страхования (или «Больничную кассу»), то это все равно, скорее, бюджетная модель. Даже если Фонд пополняет средства за счет отчислений налогоплательщиков, которые называются «страховыми», то все равно фактически это бюджетное финансирование, поскольку средства собирает и выделяет министерство финансов.

Очевидно, важным аргументом предлагающих страховую модель является то, что страховщики должны обеспечить объективность требований к оплате от медицинских организаций, и, тем самым, влиять на качество оказания медицинской помощи (например, уменьшением «перелечивания»). В какой-то мере, это справедливо. Равно, как и то, что недостаточную маржинальность часто оказывается страховщикам проще «лечить» повышением тарифов, а не сложными проверками медицинских организаций на предмет правомерности выполненного лечения пациента.

Другой аргумент – конкурентное ценообразование – также работает лишь отчасти. Чтобы заработала конкуренция, необходимо, чтобы на примерно равных долях рынка работало несколько «недружественных» страховщиков. Но это возможно только при реальном обеспечении равенства прав и возможностей всех участников, отсутствии изначально доминантного участника, допуске зарубежных компаний.

Известная ведь практика, когда страховая компания, унаследовавшая, в частности, при трансформации системы, от монопольно-государственной структуры доминантное положение на рынке, в конце года приходит в правительство или парламент с запросом дофинансирования текущей деятельности, поскольку ранее собранных средств «не хватило» для страховых выплат и намекают на «социальные потрясения», если им не добавят денег (при этом, сотрудники в любом случае получают зарплату, они же – «госслужащие»!)

Надо понимать, что для появления нескольких сильных равноправных игроков, страховый рынок должен быть достаточно большим – и по количеству населения, и по покупательной способности.

Вообще, аргумент в пользу страховой модели, что страховщики могут обеспечить «качество» и разумное соотношение «качество-цена», представляется недостаточно убедительным. Скорее, речь идет о неспособности обеспечить эффективно контроль качества в рамках прямого управления. Здесь на помощь должно прийти Электронное здравоохранение.

Давайте обратим внимание, что речь здесь идет только об обязательном страховании. Мы не рассматриваем модель, когда решение, страховать ли свое здоровье, в каком объеме страховать и где страховать, полностью передается на волю гражданина. Эта модель может быть конструктивной, только когда абсолютно подавляющее большинство населения воспримет культуру ответственного и добросовестного отношения к своему здоровью с раннего возраста, когда здоровье еще кажется безразмерным и бесконечным.



Коэффициент «полезного действия» обеих моделей не зависит от самой модели, а только от конкретных условий применения. Любая социальная система, как и живой организм, работать желает только на свое воспроизводство, и какую удасться получить от нее пользу для всего общества – это вопрос качества управления.

Да, страховые компании, в отличие от монопольных фондов (посмотрите на зарплату менеджмента некоторых из них), стремятся сократить издержки, но только для повышения прибыльности, а не для снижения цен. В любом случае, издержки, если их не сдерживать, растут непомерно.

Таким образом, выбор модели – вопрос сложных расчетов экономических, с учетом исторических особенностей и психологического восприятия обществом той или иной модели.

По большому счету, обе модели в себе не несут фатальной ошибки – «дьявол в деталях» – как происходит реализация выбранного плана.

Более важной проблемой, но выходящей за рамки данной книги, является то, что обе модели поддерживают фактически «ремонтную» (клиническую) медицину. Наверно, самый большой вызов, стоящий перед организаторами здравоохранения в плане финансового содержания, это найти модель, которая бы стимулировала программы, предупреждающие заболевания и вознаграждала как врачей, так и пациентов за ответственное отношение к поддержанию и улучшению здоровья.

Выводы

Финансировать национальное здравоохранение можно по бюджетной или страховой модели.

Рассчитывать на естественное регулирование страховыми компаниями, в силу конкурентной борьбы, уровня цена-качество медицинских услуг до оптимального уровня можно, если удастся создать конкурентную среду – на рынке должно быть несколько независимых компаний с примерно равными долями рынка.

Для создания такой конкурентной среды необходимо, чтобы объем рынка страхования был достаточно большим.

Если выбирается бюджетная модель, то надо особое внимание обратить на автоматизированный контроль качества.

Решая текущую задачу порядка финансирования здравоохранения, мы понимаем, что необходимо искать, разрабатывать новую модель, которая бы поддерживала не только восстановление здоровья, но и программы сбережения здоровья.

Новое здравоохранение

Финансирование модернизации здравоохранения

Очень важным вопросом является стоимость перехода к Новому здравоохранению.

Дорого. Но не переходить – еще дороже. И дешево модернизировать – дороже.

Статистика показывает, что темпы роста расходов на здравоохранение во всех развитых странах и в большинстве стран вообще существенно, часто в разы, превышают темпы роста экономики (валового национального продукта).

Это происходит в связи с тем, что по мере развития общества граждане предъявляют все большие требования к своему здоровью, качеству и продолжительности жизни. Технический прогресс предлагает все новые и новые медицинские технологии, обычно, все более дорогостоящие. Эти факторы неизбежны в развивающемся мире.

Однако, существенный «вклад» в рост расходов вносит неэффективная экономика здравоохранения. Нет должного контроля за объемом и качеством оказываемых медицинских услуг, нет соответствия достигнутых результатов расходам, у потребителя услуг нет понимания о их реальной необходимости и реальной стоимости.

Соответственно, по истечении определенного времени расходы на здравоохранение становятся все более обременительными как для государства, так и конкретно для граждан.

Причины кризиса современного здравоохранения в том, что отрасль (а здравоохранение – это именно отрасль хозяйства), в которой не определена четко категория продукта, не может эффективно работать на принципах рынка, государственное же регулирование и прямое управление не может действовать иначе, лишь как нарацивая свое бюрократическое присутствие, по существу, делая здравоохранение еще более неэффективным.

Повсеместно в центре модели здравоохранения либо администратор (в системах с преимущественно государственной системой здравоохранения, либо – клиника или доктор частной практики (в системах с преимущественно частным здравоохранением)). Все эти системы направлены на решение собственных задач, при этом, потребителю отводится второстепенная роль объекта воздействия системы, но не Участника.

То есть, само современное здравоохранение, как система, решает свою задачу, а именно, обеспечения восстановления здоровья, недостаточно качественно и крайне неэффективно. Большие накладные расходы в силу забюрократизированности и тотального недоверия, многократное дублирование медицинских процедур, потеря данных, низкое качество диагностики (многие источники, в том числе, вполне достоверные, указывают, что каждый третий диагноз – ошибочный, а смертность от врачебных ошибок ставят на третье место после онкологии и заболеваний сердечно-сосудистой системы) и недостаточная результативность лечебного процесса, беспомощный контроль за исполнением обязанностей – сопровождают современное здравоохранение.

Государство не может решать задачи здравоохранения за счет ущемления других направлений, таких, как образование, жилье, питание, дорожное строительство, безопасность и т. д. Совершенно очевидно, что оптимальности по Парето система здравоохранения не достигла. То есть, и необходимо, и можно добиваться эффективности здравоохранения без ущерба для других отраслей, – за счет правильного целеполагания и правильной организации самой отрасли и ее управления.



Для модернизации здравоохранения необходимо аккумулировать все возможные ресурсы из различных источников и эффективно их использовать.

Источниками могут быть:

- 1. Бюджет государства*
- 2. Собственные средства медицинских учреждений (в том случае, если им разрешено полностью или частично ведение коммерческой деятельности)*
- 3. Средства корпораций*
- 4. Международные фонды и кредитные организации (кредит Мирового банка – это не отдельная позиция, она целиком относится к бюджету государства, поскольку по кредиту рассчитывается именно государство, в рамках бюджета)*
- 5. Государственно-частное партнерство*
- 6. Средства пациентов*

Эффективное использование средств означает:

- Избегать дублирование*
- Выбирать лучшие решения в соответствии с лучшими мировыми практиками*
- Направленность отдельных проектов должна быть с учетом комплексного развития отрасли в долгосрочной перспективе, а сами проекты – должны быть интегрированы в единую систему, то есть, решения, которые по ним создаются, должны уметь взаимодействовать между собой*
- Управление проектами должно координироваться из единого центра, отвечающего за конечный результат*

Для реализации этих условий работа должна вестись в соответствии с единой национальной программой модернизации здравоохранения, которая руководствуется перспективной Концепцией развития.

Выводы

Расходы на здравоохранение, по сравнению с ростом ВВП, растут опережающими темпами.

Необходимо эффективное расходование средств, направляемых на модернизацию.

Эффективность расходование средств означает необходимость использования средств из всех возможных источников и эффективное управление отдельными проектами в соответствии с единым планом из единого центра.

Единым планом должна стать Национальная программа, реализующая Перспективную концепцию развития национального здравоохранения.

Новое здравоохранение

Новое здравоохранение приходит на смену «классическому» здравоохранению.

Новое здравоохранение – экономически устойчивая система Здравоохранения, ориентированная на пациента © RS

где:

Пациент-ориентированность означает нацеленность на здоровье-восстановление, здоровье-поддержание и здоровье-укрепление для каждого гражданина © RS

Экономическая устойчивость означает, что система может достаточно долго существовать и развиваться на заданной территории в рамках предусмотренного и наличествующего ресурсного обеспечения © RS

Причины:

– *Возросшее внимание граждан к своему здоровью и требования к оказанию медицинских услуг*

– *Смена отношения государства к гражданам – от Человеческого ресурса к Человеческому капиталу*

– *Требования, предъявляемые цифровой экономикой*

– *Новые технологические возможности*

– *Опережающий, по сравнению с ВВП, рост расходов на «классическое» здравоохранение*



Базовые цели:

1. *Повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи*

2. *Увеличение продолжительности как всей жизни населения, так и обязательно ее продуктивной составляющей*

Базовые требования, каким должно быть Новое здравоохранение, оно должно быть:

– *персональное (адресованное к каждому гражданину)*

– *непрерывное (с постоянным обслуживанием и измерением параметров онлайн каждого пациента)*

– *качественное (диагностика должна осуществляться не «ближайшим» врачом, а именно профильным специалистом экспертного уровня)*

– *доступное (медицинские услуги должны иметь социально приемлемую стоимость)*

Архитектурно: распределенная система вместо иерархической централизованной

Перспективная концепция должна гармонизировать Здравоохранение с изменившейся государственной экосистемой, указать на необходимость развития Нового здравоохранения, обозначить пути перехода.

Будущее здравоохранения, безусловно, в едином медицинском пространстве, с единой средой хранения и обмена данными, которая сегодня уже реализуется современными технологиями. Однако, здравоохранение – реальная дисциплина, с физическим взаимодействием врача и пациента. Повышение качества здравоохранения достижимо при комплексном применении медицинских, информационных и телекоммуникационных технологий.

Выводы

Новое здравоохранение неизбежно и обоснованно приходит на смену текущей системы здравоохранения.

Модернизация здравоохранения должна направляться Национальной программой развития здравоохранения.

Национальная программа руководствуется перспективной Концепцией, в которой государством отрасли определены глобальные цели.

Основой Национальной программы служит Стратегия, представляющая формирование ресурсов и условий для реализации Концепции.

Дорожная карта фиксирует этапы реализации стратегии, указывает функционалы, которые необходимо запустить, обозначает задачи для конкретных проектов.

Проекты могут быть медицинскими и инфраструктурными, в частности, для реализации Электронного здравоохранения.

Электронное здравоохранение – один из важных функционалов для выполнения Программы и, соответственно, реализации Концепции.

Новое здравоохранение – конкуренция и качество

Расходы на здравоохранение практически повсеместно растут быстрее ВВП (валового внутреннего продукта), становясь через какое-то время непосильной нагрузкой для государства и граждан.

И тогда призываются эксперты по эффективности и мы вступаем «в эпоху перемен».

Известнейший эксперт по повышению эффективности предприятий и отраслей за счет конкуренции по качеству Майкл Портер⁸ предложил, по примерам из других отраслей, повысить эффективность здравоохранения путем стимулирования конкуренции по качеству в борьбе между медицинскими операторами за пациента.

Великим гуру свойственна должна быть недосказанность. Для решения практических вопросов существуют прикладные аналитики.

Мы полностью поддерживаем идею профессора Портера – раз здравоохранение погрузили в рыночную среду, значит, – «конкуренция».

⁸ Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. Автор (ы): Майкл Портер. Издательство: «Книжкове видавництво Олексія Капусти», – 2007 Оригинал (англ.): «Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results» by Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg



Однако, конкурировать за клиента можно многими способами, и конкуренция по качеству наступает, пожалуй, когда все другие способы исчерпаны, а продукт становится типичным.

Действительно, выбирая между двумя примерно одинаковыми автомобилями по характеристикам, покупатель знает все о предлагаемых изделиях, выбирает лучшего производителя, может заменить неудачную покупку, может получить компенсацию как за некачественную покупку, так и за тот вред, который был следствием низкого качества.

А пациент? Есть страны, где он даже выбрать клинику не может (или это стоит больших усилий)! И делает ли пациент осознанный выбор? Ведь осознанный выбор – и есть основа конкуренции, тем более, – по качеству.

Мы формулируем «семь проблем НЕ-Пациента», которые надо решить, прежде чем пациент сможет свой выбор сделать, а выбор будет – осознанным.



Эти проблемы – четыре «НЕ ЗНАЕТ» и три «НЕ МОЖЕТ».

Пациент НЕ ЗНАЕТ:

- 1. в чем причина его мучения или дискомфорта*
- 2. нужно ли ему то, что предложил врач*
- 3. выполнил ли врач то, что предложил*
- 4. стоит ли это столько, сколько с него взяли*

Пациент, в отличие от покупателя автомобиля, НЕ МОЖЕТ:

- 1. выбрать лучшего специалиста и лучшее изделие (лучшего – надо знать, к лучшему – надо иметь право попасть, к лучшему – надо иметь возможность попасть)*
- 2. заменить неудачную покупку (нельзя неудачно вырезанный аппендикс вырезать повторно)*
- 3. получить компенсацию от бракодела (покупатель бракованного автомобиля просто получит новый, а те редчайшие случаи, когда пациенту удалось получить компенсацию за плохо выполненную операцию, только подтверждают правило, и если компенсация все же была, то она очень условная – скорее всего это деньги, за которые все равно нельзя восстановить «как было»)*

То есть, цепочка выглядит так:

Устранение «СЕМЬ НЕ – » ⇒ Определение Продукта ⇒

Выталкивание конкуренции в зону Качества ⇒ Крикнуть «Ура!» Майклу Портеру

А до тех пор, пока мы не решили эту задачу, операторы здравоохранения будут конкурировать между собой в борьбе за пациентов всеми доступными средствами, среди которых Качество – на последнем месте, а мы будем искать осмысленные тактики и стратегии, как затруднить медицинским операторам конкуренцию иными методами, чем Качество.

То есть, будем увеличивать прозрачность, устранять протекционизм, поощрять ответственное поведение на рынке. Для этого у нас есть мощнейший инструмент – Элек-

тронное здравоохранение. Но это не только инструмент, это и оружие. Использовать его надо исключительно продуманно.

Выводы

Только конкуренция за качество прямо сдвигает систему здравоохранения в сторону более высокой эффективности.

«Чистая» конкуренция за качество возможна, когда будет определен продукт здравоохранения и пациент перестанет быть отстраненным от ЗНАНИЯ этого продукта.

Электронное здравоохранение – мощный инструмент для непрямых методов побуждения к конкуренции за качество.

Новое здравоохранение – по-сущностный анализ

Покомпонентный анализ системы здравоохранения помогает увидеть структуру здравоохранения, организационные механизмы, обеспечение ресурсами, определенные результаты хозяйственной деятельности.

Вместе с тем, система здравоохранения встроена в государственную систему и неразрывно взаимодействует практически со всеми ее составляющими.

Для лучшего понимания различных аспектов системы здравоохранения и взаимодействия системы здравоохранения с другими государственными структурами мы разработали и предлагаем дополнить покомпонентный анализ методом по-сущностного анализа.

То есть, мы рассматриваем систему здравоохранения как совокупность ряда сущностей. Сущность – это явление, свойство, характеристика всего объекта (в нашем случае, системы здравоохранения) в рамках всего его содержания, в то время как компонент – часть объекта с четкими границами внутри объекта.

Мы выделяем следующие сущности:

- Государственная*
- Социальная*
- Правовая*
- Организационная*
- Административная*
- Финансовая*
- Экономическая*
- Медицинская*
- Технологическая*



Далее немного подробнее.

Государственная

Система здравоохранения – неотъемлемая составляющая государственного управления и политики. Государство устанавливает правовой статус здравоохранения и организацион-

ные формы, определяет уровень своего участия в управлении, регламентирует порядок взаимодействия с другими отраслями, устанавливает ответственность исполнителей.

Социальная

Одно из важнейших свойств системы здравоохранения во всех странах – это участие в реализации системы социальной солидарности. Однако, каждое государство по-своему определяет принципы социальной солидарности, уровень социальной поддержки, организационный порядок и меру со-ответственности граждан.

Правовая

Правовая сущность на законодательном уровне определяет и фиксирует и организационную модель, и порядок финансирования, и компетенции и ответственность участников. Это выражается в определенной совокупности законов и подзаконных актов. Если, как это обычно бывает, развитие законодательной базы происходит за счет дополнительных законов, как решение «вновь возникших обстоятельств», то система правового обеспечения становится со временем все более громоздкой, запутанной и противоречивой и правоприменение становится все более субъективным.

Организационная

Организационная сущность определяет порядок организации здравоохранения по территориям, по службам и структурным подразделениям и по направлениям (нозологиям).

Административная

Административная сущность отражает структуру управления отраслью – чаще всего, это министерство здравоохранения – порядок подчинения, иерархия, отчетность, нормативы и т.д., а также формальное взаимодействие с государственными институтами и сотрудничающими отраслями и структурами (страховщики, фармпроизводители и разработчики медицинской техники, регуляторы и т.д.)

Финансовая

Финансовая сущность определяет порядок финансирования системы здравоохранения – модель финансирования (бюджетная, страховая, смешанная), со-финансирование пациентом и фондами и т. д.



Экономическая

Экономическая сущность определяет порядок хозяйственной и коммерческой деятельности отрасли – получение вознаграждения за конкретные виды работ, возможность генерирования прибыли и порядок ее использования.

Медицинская

Медицинская сущность выражается интенсивностью и приоритетами оказания медицинской помощи, уровнем медицинского оборудования, внедренными медицинскими процессами и видами конкретных процедур, принятыми к применению препаратами и т. д.

Технологическая

Технологическая сущность определяет уровень решения поддерживающих процессов – информационных, коммуникационных, логистических и иных инфраструктурных.

Выводы

Здравоохранение может быть проанализировано по-компонентно и по-сущностно.

В первом случае, мы получаем представление об эффективности организации работы отдельных звеньев, во втором случае – о том, какого уровня логика и технологии применены для обеспечения тех или иных свойств все системы.

Эти два метода хорошо дополняют друг друга и позволяют выработать предложения по оптимизации работы как отдельных звеньев, так и всей системы в целом.

Новое здравоохранение и корпоративная медицина

Благосостояние государства основывается на производстве. «Чтобы что-то купить, надо что-то продать». Чтобы что-то продать, надо это произвести.

Производство состоит из трех базовых слагаемых:

- Организация производства*
- Технологии*
- Человеческий ресурс*

Когда-то при строительстве пирамид или рубке сахарного тростника Технологии были простые, Человеческий ресурс был легко восполнимым, важнейшим было организовать «производство».

С появлением машин и механизмов на передний план вышли технологии, а по мере их усложнения человеческий ресурс становился все более важной составляющей производства.

Человеческий ресурс – все более ценная составляющая любого производства. Соответственно, этот ресурс надо поддерживать.

Именно поэтому корпорации все более заинтересованы в стратегическом поддержании здоровья своих сотрудников и членов их семей и все больше корпораций, уже не только самые крупные, включают в сферу своей деятельности Корпоративную медицину.

Корпоративной медициной называют сегмент здравоохранения – систему медицинского обслуживания в рамках организации – для сотрудников и членов их семей. Это медицинское обслуживание осуществляется собственными (ведомственными) медицинскими учреждениями или внешними по хозяйственным договорам.

Это достаточно сложный и самостоятельный раздел, поскольку кроме классического медицинского обслуживания в корпоративной медицине есть дополнительный блок задач, связанных непосредственно с производством и есть раздел, связанный с поддержанием человеческого ресурса корпорации.

По мере развития, корпорации начинают менять свое отношение к персоналу (так же, как и государство), от «человеческого ресурса» к «человеческому капиталу». То есть, заботиться не только о восстановлении одной из важных составляющих своей деятельности, но и увеличении его стоимости, тем самым увеличивая капитализацию самой корпорации.

Человеческий ресурс и человеческий капитал – понятия достаточно близкие и не всегда мы их легко различаем.

Отсылая к специальной литературе для академического изучения, в данном материале мы принимаем, что человеческий капитал – это достояние, и человеческий капитал надлежит преумножать, а человеческий ресурс – это актив, и его надо использовать и восстанавливать. Человеческий ресурс является производной человеческого капитала. Человеческий капитал расширяет понятие Человеческого ресурса как потенциала что-то произвести добавлением составляющих интеллектуальной, ментальной и по состоянию здоровья, поддерживая, помимо здравоохранения, образование и культуру.

Здесь мы сознательно уходим от строгих определений, чтобы подчеркнуть важные для этого материала характеристики.

Для нас важно, что для сбережения и человеческого ресурса, и человеческого капитала, здравоохранение играет важнейшую роль.

Государственное здравоохранение поддерживает человеческий ресурс и человеческий капитал в рамках всего населения.

Корпоративная медицина поддерживает человеческий ресурс и человеческий капитал в рамках сотрудников и членов их семей, а также частью корпоративного здравоохранения является промышленная медицина, задачи которой – снижение рисков на производстве, свя-

занных с человеческого фактором (большое количество техногенных катастроф так или иначе оказываются вызваны человеческим фактором), для чего Промышленная медицина решает такие задачи, как:

- предвахтовый / предрейсовый контроль
- гигиена производства
- профилактика профессиональных заболеваний и борьба с их последствиями

Таким образом, задачи государственного и корпоративного здравоохранения очень близки, и совершенно правильным представляется их глубокая интеграция.

В этом случае, корпоративная медицина может взять на себя полное обеспечение здравоохранением части населения, облегчив, тем самым, нагрузку на государственное здравоохранение, а государство может отнести часть государственного заказа на медицинское обслуживание на корпорации, разгружая свои мощности.

Помимо разгрузки мощностей, такое сотрудничество увеличивает качество, поскольку повышает структурированность системы – задание надо четко формулировать, а это в свою очередь, повышает эффективность контроля за исполнением. Поскольку такого рода отношения неизбежно сопровождаются переговорным «состязанием покупателя и продавца», экономический эффект также становится вполне возможным.



Новое здравоохранение рассматривает сотрудничество государственного здравоохранения и корпоративной медицины как очень важный инструмент повышения эффективности и улучшения качества медицинского обслуживания населения. Там, где население «гуще» и однозначнее фиксировано, экономически намного целесообразнее о нем заботиться. Формулируя в государственных заданиях четко цели, проще добиваться их выполнения.

Концепция Нового здравоохранения предусматривает предложение Корпорациям той же универсальной комплексной платформы Электронного здравоохранения, которая включает:

- Единый портал для коммуникации, поддержки Личных кабинетов и возможности формирования и отслеживания индивидуальных программ по здоровью участников системы
- Хранилище централизованных данных и диспетчер распределенных данных
- Систему дистрибуции медицинских данных
- Универсальную клиническую информационную систему

При этом, Корпорация может создать свой раздел в Единой платформе или использовать точную копию Платформы как свою корпоративную платформу, получая одновременно полную самостоятельность и интеграцию с общей платформой без необходимости доработок.

Также важно, что такое сотрудничество может быть эффективно продолжено и на систему социальной поддержки населения – по пенсионному обеспечению, при временной и постоянной полной или частичной потере трудоспособности, по материнству и детству.

Выводы

Очень важно обеспечить сотрудничество Государственного здравоохранения и Корпоративной медицины.

Такое сотрудничество повышает эффективность системы здравоохранения в целом, а также снижает расходы как для Государства, так и для Корпорации.

Концепция Нового здравоохранения предусматривает возможность реализации Корпорациями своих медицинских программ на базе единой универсальной платформы Электронного здравоохранения.

Новое здравоохранение и Футуралисты

Если грустно видеть, как ничего не меняется, и грусть грозит перерасти в уныние, следует обратиться к футурологам и футуристам, которые оповещают мир, что скоро мы будем здоровыми и веселыми, без каких-либо наших усилий, – нас обклеят датчиками, поместят в волновую оболочку, которая будет немедленно фиксировать все поломочки, оцифруют нашу карту, и если что сломается, прицельно по оцифрованной карте прогонят нас через строй великанских роботов, починят лучиками или запустят в тело мириады нано-роботов, которые пико-отвертками все поправят изнутри. А если уж что-то будет совсем непоправимое, то просто сломанную детальку оттридэпринтят и заменят!

*И футурологи, и футуристы заняты тем, что предсказывают наше технологическое будущее. Их можно брать как единую специальность, под общим именем – **Футуралисты**, или принять во внимание их отличие, – футурологи напрягают мозг, чтобы максимально нагрузить «картинку» изоциренными деталями, оставляя аудитории свободу в уровне эмоциональности восприятия, в то время как футуристы более нацелены на яркость картинки, акцент делая на наиболее неожиданных и парадоксальных опциях, которые с трудом воспринимает приземленный разум.*

Понятно, что футуристы предпочитают сцену – шоу, где завораживают яркостью подачи материала, за которой приземленный разум не успевает раскладывать материал по полочкам, а футурологи часто довольствуются более академическими площадками.



Сегодня здравоохранение стало горячим пирожком и для тех, и для других. Пока консервативная система здравоохранения только начинает просыпаться, едва успевая осваивать отдельные технологические решения, самое время быть среди первых глашатаев грандиозных

прорывов, которые кардинально перекроют здравоохранение – расшифровка генома, геновая инженерия, персонально разработанные медикаменты, макро- и микророботы, экспресс-анализ на все болезни по капельке крови и много чего еще.

Такой материал очень легко ложится на формат комикса, что делает его подачу еще более доходчивой, не требующей больших усилий для восприятия.

Мы высоко ценим деятельность футурологов и футуристов. Они побуждают общественную мысль, призывают жить не только сегодняшним днем, готовят общество к приятию новых методов и подходов, некоторые из которых не просто выглядят сегодня экзотическими, но даже могут вступать в противоречие со сложившимся и устоявшимся комплексом морально-этических норм, которые часто оказываются закрепленными на уровне законов. Морально-этический кодекс должен развиваться, вместе со всем реквизитом цивилизации.

Важно понимать, что главное в деятельности футурологов и футуристов – это не то, как они повергают нас в шок «космическими кораблями, бороздящими просторы Большого театра». Призывать приветствовать новые технологии в медицине, иронизировать над теми, кому они не сразу становятся понятными, высмеивать медсестер, флорастером записывающих на доске порядок инъекций – это они делают подчас очень остроумно... Убеждать ускорять внедрять новые технологии, – все равно что защищать необходимость океанских приливов и магическими пассами ускорять их приход. Новые технологии придут сами. В свое время. Потому что они не могут не прийти.

Главное – это то, что футурологи и футуристы убеждают общество не только желать лучшего здравоохранения, но и верить, что оно может исправиться к лучшему. Иначе ведь можно навсегда зависнуть в селигмановской «выученной беспомощности»...

Но дорогу к качественной и доступной медицине можно осилить только вместе.

Отдавая неоспоримое первенство футурологам и футуристам в популяризации инноваций, которые устремились в здравоохранение, Новое здравоохранение дополняет деятельность футурологов и футуристов, беря на себя более прозаичные задачи – формирование новой экосистемы и развитие новой инфракультуры (пожалуйста, просьба не путать с инфраструктурой).

Какими яркими бы ни были образы применения прорывных технологий, это технологии, – завораживающие, но, по сути своей, новые инструменты клинической медицины, и часто слишком дорогие, чтобы быстро стать массовыми. Да, это очень яркие образы – ранее невозможный ремонт пораженного органа или излечение целой функциональной системы от болезни, считавшейся неизлечимой.

Новое здравоохранение говорит о профилактике на государственном уровне, о государственной поддержке бережного отношения к своему здоровью, о разработке механизмов, стимулирующих систему здравоохранения – обязательной необходимости перейти, наконец, от подсчета выполненных медицинских процедур к оплате за НЕЗАБОЛЕВШИХ.

Новое здравоохранение говорит не только о персональной медицине и пропаганде бережного отношения к своему здоровью, даже пока оно есть, но и об организационной инфраструктуре, необходимой для реализации поддержки индивидуальных программ здоровья.

Вот так вместе мы и придем к светлому будущему.

Трубите горнисты, поднимайте флаги, знаменосцы! Увлекайте нас в будущее, не оглядываясь назад, – обозы уверенно идут за вами.

ВЫВОДЫ

Здесь останется чистый листок бумаги, и так все понятно...

Новое здравоохранение Здоровый образ жизни

Тема *Здорового образа жизни (ЗОЖ)* – необъятная, для отдельного большого исследования. Здесь мы попробуем лишь чуть прикоснуться, и посмотрим, как сосуществуют *Новое здравоохранение* и *ЗОЖ*.

«*ЗОЖ*» – *Здоровый образ жизни*. Три объемных слова вместе дают что-то трехмерно непонятное и отпугивающее. С чем же люди инстинктивно ассоциируют *ЗОЖ*? Почему такое пренебрежение или неприятие?

Очень просто. Ассоциируют с ограничениями, страданиями и пресностью.

– *Хотим ли мы быть здоровыми?*

– *Что за вопрос! – воскликнете вы. – Конечно, хотим!*

А я вот не уверен, что все так однозначно. Даже, когда мы боеем, мы хотим вылезаться, а не быть здоровыми. Разные это вещи, сильно разные. И когда мы не боеем, мы тоже не хотим быть здоровыми. Когда мы не боеем – мы хотим быть красивыми!

И вот уже идет передовой отряд экспертов – диетологи и инструкторы по фитнесу с их революционными редуционными и очистительными диетами и научно разработанными, индивидуально по вашим фотографиям компьютером собранными фитнес-программами.

Для тех, кому через две недели на море с партнером и просто кто сильно торопится, за инструкторами идут механики – специалисты по липосакции и пластике, с баулами ботокса и серебряных нитей.



А за механиками идут химики, это совсем уже тяжёлая артиллерия – стероиды/анаболики, транквилизаторы и прочие препараты с длинным довеском побочных эффектов гра-

тис. Некоторые из химиков умело маскируются под медиков, предлагая Заместительную гормональную терапию.

Подсушили, подрихтовали, подрельефили. Болело, страдали, выдержали. И вот мы уже немного беднее и изрядно красивее (или наоборот?).

Только к здоровью такая «красота» отношения не имеет.

Стоп, а где в этой армии наших облагораживателей врачи?

А их нет. Поскольку вопрос о здоровье не стоял, – мы же здесь за тем, что «спасет мир»!

А если бы такой вопрос стоял?

Их все равно бы не было. Ни врачей, ни здравоохранения. Поскольку здравоохранение финансируется за больных людей, а не за здоровых. Поскольку врачу платится за манипуляции над больными людьми, а не здоровыми.

Врачи появятся, конечно, но только когда ваша «красота» придет за своими «жертвами». И «классическое» здравоохранение продолжит свой жутковатый конвейер... Не поэтому ли здравоохранение, призванное «хранить здоровье» людей, понимает эту задачу исключительно как борьбу с болезнями, и при этом никак их количество не уменьшает?

Если хотите избавиться на кухне от мух, бесполезно гоняться за ними с мухобойкой и платить за количество «сбитых».

Что же нам-то, простым людям, не сильно разбирающимся в медицине, делать?

Да как всегда.

«Спасение утопающих – дело рук самих утопающих». В первую очередь, давайте как можно меньше кормить здравоохранение собой. Давайте продолжать хотеть быть красивыми, но на первое место поставим здоровье.

Что же такое здоровье? Удивительное дело, одно из немногих определений, которое можно взять как есть, не разрабатывая свое, и родилось оно в недрах бюрократической структуры по имени Всемирная организация здравоохранения:

«Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

О социальном благополучии мы побеседуем отдельно, но сейчас разберемся с психическим и физическим здоровьем.

Проблема эта сложная.

Если очень по-простому, то надо сбалансировать – **психологическое равновесие, правильную систему питания и схему двигательной активности**. Их баланс – и есть главный источник здоровья.

Определение этого баланса – дело совершенно индивидуальное, зависящее и от «параметров на входе», и от генетики, и от среды обитания, и от темперамента. На сегодня в мире существует большое количество методик, по которым можно подобрать / составить себе программу, включающую психологический аутотренинг, систему питания, и схему физических упражнений.

Но всем индивидуумам помимо программы нужен помогающий оценивать ее выполнение помощник, личный ассистент, тренер, советчик, эксперт, поскольку знать надо очень много, и постоянно эти знания углублять и обновлять, – не каждый может этим заниматься самостоятельно, да и времени это занимает немало.

И индивидууму, и его ассистенту нужен инструмент для постановки целей, разработки программы по выполнению установленных целей – будь уже то уменьшение подверженности ОРЗ или просто снижение веса, и нужен мониторинг хода реализации принятой программы.

Здесь нам на помощь приходит Новое здравоохранение.

Дело в том, что Новое здравоохранение имеет две сущности. С одной стороны, это модель здравоохранения, которая заменит классическую, убрав из центра системы чинов-

ника, администратора и врача и поставив в центр системы пациента. Новое здравоохранение можно поддержать, или можно запретить, но нельзя отменить – как, например, грозу. Или толковый мессенджер. Система Нового здравоохранения обязательно придет.

С другой стороны, Новое здравоохранение – это философия. Философия Нового отношения к себе и к своему здоровью. Соответственно, эта философия на практике реализуется системой принципов, по которым вы можете составить свою индивидуальную программу.

Эти принципы:

– В центре отношений внутри Медицинского пространства здоровье индивидуума, а не перечень выполненных медицинских процедур

– Индивидуальная программа здоровья должна быть не дискретной, определенной во времени для достижения установленного значения некоторого параметра, а направлена на стиль жизни, способствующий увеличению продолжительности жизни, в том числе, ее продуктивной части

– Индивидуальная программа является комплексной, балансирующей психологическое равновесие, систему питания и схему физических упражнений

– Медицинская поддержка индивидуума со стороны системы здравоохранения должна органично учитывать индивидуальную программу здоровья

Сейчас можно применить принципы Нового здравоохранения в части Нового отношения к своему здоровью в «ручном режиме», а когда до этого места дочитает кто-то из энергичных руководителей компаний, разрабатывающих программное обеспечение, и быстро разработает цифровую Платформу, поддерживающую Новое здравоохранение, то мы сразу перейдем на платформу, благо, мы все уже поняли и знаем как делать и жить, нам только то, что мы научились делать в режиме ручного управления, надо перенести на «умную» платформу, которая очень многое сделает за нас.

И пожалуйста, не забудьте о своих детях – пусть имеющиеся заботятся о своем здоровье вместе с вами, а для будущих – вдвойне вложите в себя, ведь первое, что они унаследуют от вас помимо формы мочек ушей, это ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ.

Выводы

Желание быть привлекательным не должно подменять движение к здоровью, необходимо сдвигать личные приоритеты в сторону здоровья. Надо поддержать естественные силы организма, а не подстегивать их суррогатами.

Программа Здоровья индивидуума – это труд, терпение и время, это комплексная индивидуальная программа клинической, превентивной и профилактической медицины, это познание себя.

Ответственность за свое здоровье нельзя возложить на «министерство здравоохранения». За ваше здоровье в ответе – вы.

Применить принципы Нового здравоохранения, определяющие здоровье приоритетной целью, можно в ручном режиме, с последующим переходом на автоматизированные инструменты, по мере их появления.

Послесловие

Мы даже почувствовали в этой книге, что Новое здравоохранение – это система, которая должна органично свести в единый комплекс интересы Личности и Государства. И теперь мы понимаем, что такую систему можно реализовать!

Автор – непоправимый оптимист, и верит, что из трех событий – Конец истории по Фукуяме, Приход философской и технологической сингулярности и Новое здравоохранение, все же последнее вы увидите ПЕРВЫМ...



ФФФСССЁЁЁ

Благодарность

С благодарностью выдающемуся Доктору Ростиславу Ивановичу Тушину за проникновенное предисловие, замечательной художнице Елене Сунгатовой за пристальные наблюдения за Кадоменной и «спортсменкам, комсомолкам и просто красавицам» Айгуль Хайруллиной и Юлии Искриной за заботливую компоновку фффсега-фффсега в Единое целое

Книги, которые удивили автора

Атул Гаванде. *Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End*. – NY: Metropolitan Books, Henry Holt and Company, LLC, 2015.

Рэй Курцвейл. *Transcend. Девять шагов на пути к вечной жизни*. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015.

Генри Минцберг. *Что не так в здравоохранении? Мифы. Проблемы. Решения*. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2017.

Майкл Портер. *Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат*. – Киев: «Книжкове видавництво Олексія Капусти», 2007. Оригинал (англ.): «*Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*» by Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg.

Эрик Тополь. *Будущее медицины: Ваше здоровье в ваших руках*. – Альпина Нон-фикшн, 2016.

Регина Херцлингер. *Who killed Health care?*. – McGraw – Hill, 2007.

Edge *The Third Culture*. «EUDAEMONIA, THE GOOD LIFE [3.23.04] A Talk with Martin Seligman». https://www.edge.org/3rd_culture/seligman04/seligman_index.html (25.03.04).

Healthcare IT News. «*Legendary scientist Leroy Hood sees big changes ahead for 21st Century healthcare*».

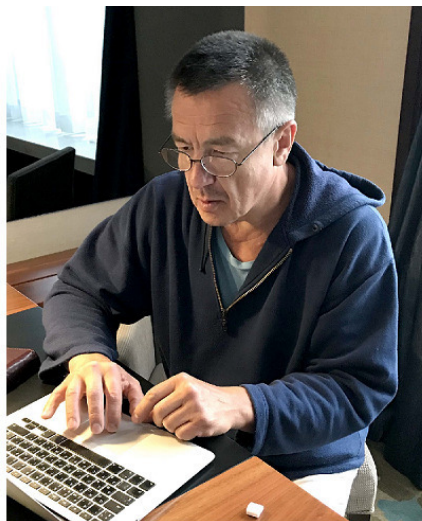
<https://www.healthcareitnews.com/news/legendary-scientist-leroy-hood-sees-big-changes-ahead-21st-century-healthcare> (10.04.2018).

Определения, которые удивили вас

- *Здравоохранение – административная оболочка медицинских процедур © RS*
- *Реформа – совокупность существенных изменений некоторого свода правил функционирования системы, проводимых в рамках самой системы (то есть, БЕЗ изменения самой системы) © RS*
- *Трансформация – преобразование основ и принципов функционирования выбранной системы © RS*
- *Цифровая экономика – система экономических отношений с увеличивающимся числом значимых законченных процессов, выполняющихся на основе информационных технологий без прямого участия человека © RS*
- *Медицинское пространство – сфера общественной деятельности на выбранной территории с преимущественно медицинским характером событий – процедур, транзакций, воздействий – как непосредственно лечебных, так и поддерживающих технологических и административно-организационных, включая всех участников этих событий © RS*
- *Электронное здравоохранение – организация системного функционирования здравоохранения с максимально возможным использованием – получением, отображением, хранением, обработкой и передачей – медицинских данных в электронном виде © RS*
- *Цифровое здравоохранение – здравоохранение с увеличивающимся числом значимых законченных процессов, выполняющихся без прямого участия человека. Является составной частью Цифровой экономики. Технологической основой для создания Цифрового здравоохранения является Система Электронного здравоохранения © RS*
- *Новое здравоохранение – экономически устойчивая система Здравоохранения, ориентированная на пациента,*
где:
 - *Пациент-ориентированность означает нацеленность на здоровье-восстановление, здоровье-поддержание и здоровье-укрепление для каждого гражданина*
 - *Экономическая устойчивость означает, что система может достаточно долго существовать и развиваться на заданной территории в рамках предусмотренного и наличествующего ресурсного обеспечения © RS*
- *Социальное пространство – все граждане и отношения между ними на выбранной территории © RS*
- *Человеческий ресурс – объем различного вида деятельности, который способен осуществить человек или группа людей в выбранной системе или территории © RS*
- *Человеческий капитал – навыки и умения, а также культурный, ментальный, образовательный уровень и уровень здоровья человека или группы людей в выбранной системе или территории © RS*
- *Программа – совокупность элементов из Стратегии, Дорожной карты, Функционалов и Проектов, оформленных как самостоятельные задачи по изменению состояния выбранных показателей © RS*
- *Концепция – комплекс взглядов на определенное явление © RS*
- *Стратегия – формирование условий и необходимых ресурсов для возможности реализации Концепции © RS*
- *Дорожная карта – последовательность этапов реализации Стратегии © RS*
- *Функционал – законченное решение выбранной самостоятельной задачи или процесса из состава отрасли © RS*
- *Проект – строго зафиксированный в части целей, ресурсов и сроков объем работ для выполнения выбранных этапов Дорожной карты или реализации Функционала © RS*

- *Инструменты – технологии, универсальные конструкции, устройства и алгоритмы*
- © RS
- *Платформа электронного здравоохранения – технологическая и техническая система обеспечивающая участникам медицинского пространства возможность обмена информацией без разработки базовых интерфейсов и протоколов обмена (участниками медицинского пространства являются люди, технические устройства и программы) © RS*
 - *Big data – массив данных, в котором общий объем знаний больше, чем сумма знаний входящих в массив элементов © RS*
 - *Система электронного здравоохранения – совокупность программных и аппаратных решений электронного здравоохранения, взаимодействующих по заданным правилам © RS*
 - *Концепция Электронного здравоохранения – комплекс взглядов на Электронное здравоохранение © RS*
 - *Пациент-центричность означает привязку к конкретному пациенту всех относящихся к нему медицинских событий © RS*
 - *Медицинское событие – процедура, транзакция, воздействие – как непосредственно лечебные, так и поддерживающие технологические и административно-организационные, – или их определенная совокупность © RS*
 - *Медицина – деятельность, направленная на улучшение здоровья человека © RS*

Об авторе



Рустам Шамилович Сунгатов, доктор экономических наук, по образованию математик, специалист в области информационных технологий. Особую ценность его работам придает способность автора системно воспринимать происходящее с точки зрения общего понимания сферы человеческой деятельности, высших ценностей и долгосрочной перспективы.

Более 20 лет тому назад его профессиональные интересы сфокусировались на медицине, где, собственно, и раскрылись его способности аналитика и технолога.

Беспорядок информатизировать нельзя, вначале надо навести порядок в системе, а потом приступать к техническим вопросам – вот его первые принципы работы в то время.

А порядок в такой системе, как здравоохранение, где основная роль должна принадлежать человеку, как участнику сложной многоуровневой био-психо-социальной системы, вывела автора этой книги на особый стиль критического мышления, используемый для анализа фактов и событий, происходящих в медицине, с формулированием обоснованных выводов и оценок, интерпретаций, с возможностью корректно применять полученные результаты с учетом всех обстоятельств и особенностей. В результате автору удалось реализовать большое число эффективных проектов, ускоривших модернизацию здравоохранения в России.

На протяжении 10 лет, наиболее востребованной конференцией в России стала ежегодная международная конференция «Технологии инновационного здравоохранения», автором и идеологом которой выступил Р.Ш.Сунгатов.

Книга, которую вы держите в руках, тоже является синтезом его собственного опыта, сбора собственных материалов и прочитанного в трудах других исследователей. Масштабность и точность видения, глубина анализа и афористичный язык делают взгляды автора убедительными и увлекательными, а чтение – интересным и полезным.