

УДК 600-699.61

Е.Ф. Бердникова

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ СТРАН ЕВРОПЫ И РОССИИ)

Ключевые слова: здравоохранение, инновационное развитие, инновации, сфера услуг, эффективность управления, качество медицинских услуг, конкурентное преимущество.

В статье представлены задачи по обеспечению развития национального сектора услуг здравоохранения в свете проводимой политики к переходу на инновационное развитие, предложены способы их решения с позиции управления. Таких стран как Испании, Великобритании, Норвегии), а также российского здравоохранения.

Keywords: health services, innovative development, innovations, sector services, effective management, quality of medical services, concrete advantage.

In the article, the problems in the development of public health services are highlighted in relation with the policy directed at transition to innovative development; ways of their decision from a management position are offered. For example: Spain, Great Britain, Norwegian, also Russian health services.

В последние годы инновации в большей степени сосредотачивались в частном, либо в промышленном секторе. Однако, сфера услуг сегодня играет большую роль в экономике США, Европе и Японии. В большинстве развитых стран это приблизительно 20% от всей занятости населения и приблизительно 15% национального ВВП. В связи с ростом производительности и ростом конкуренции в данных видах деятельности возникает проблема необходимости нововведений. Инновация в предоставлении услуги создает новые или измененные способы предоставить эту услугу клиентам, или иначе взаимодействовать с ними, имея целью поставить клиентам специфический общественный сервис.

Тем временем общественный сектор (здравоохранение, транспорт, образование) остро требует введения инноваций. Учреждения общественного сектора считаются консервативными, бюрократическими и медленно развивающимися. То, что общественный сектор не является предпринимательским и не вводит инноваций, является практически аксиомой.

Инновации в общественном секторе услуг сильно отличаются от инноваций в частном секторе, в виду того, что изначально эти два сектора имеют разные первичные цели. В частном секторе основной целью является возможность получения финансовой прибыли, благодаря введению инноваций. В общественном секторе основной целью является улучшение благосостояния общества, не без понимания важности финансовой составляющей.

При более внимательном рассмотрении двух секторов — частного и общественного — можно сделать вывод о том, что этим двум секторам в действительности очень выгодно работать в паре. Например, в сфере здравоохранения дорогостоящие проекты, такие как биотехнологии или крупные

медицинские разработки, в принципе невозможны без государственной поддержки.

За последние десять лет, правительства многих стран предприняли различные реформы в сфере предоставления общественных услуг. Некоторые правительства попытались осуществить дискретные изменения, в то время как другие делали попытку всеохватывающих реформ, включающих децентрализацию, отмену госконтроля, приватизацию, введение исполнительных агентств, внутренних рынков и тендерных схем. Во многих странах важная роль отводится технологическим инновациям в области медицины. Понятие «технологическая инновация» лежит в основе понятия производственной функции. Технологическая инновация сильно влияет на конкурентную среду. На данный момент в развитых зарубежных странах можно говорить о соревновании между больницами, суть которого заключается в погоне за дорогостоящим оборудованием с целью приобретения конкурентного преимущества.

В погоне за технологическими инновациями многие клиники (и частного, и общественного сектора) забывают об инновациях в других направлениях. К примеру, практически нигде не используется лечение с использованием оборудования в домашних условиях из-за его дороговизны и недостаточного для вывоза за пределы клиники количества. Довольно часто возникают ситуации, когда дорогостоящее оборудование закупается ради престижа, тогда как эти средства можно было бы потратить на менее дорогое, но не менее эффективное оборудование, пригодное для лечения пациентов в домашних условиях.

Пример эффективного использования инноваций — больница «Ля Принцесса» в Мадриде. Это государственная больница, в которой были внедрены технологические (цифровая

рентгенология) и организационные (внедрение и распространение амбулаторной хирургии) инновации.

Цифровая рентгенология подразумевает под собой снимок внутренних органов, который сохраняется в цифровом формате и передается по электронной связи. Инновация заключается в изменении способа получения изображения, в транспортировке изображения от рентгенолога к врачу-специалисту, в хранении изображения и экспертизе рентгена. У врача-специалиста и рентгенолога более эффективно расходуется рабочее время, т.к. при электронном архиве рентгеновских снимков не приходится тратить время на поиск альтернативных аналоговых снимков. Хирурги во время операции показывают рентгеновские снимки своих пациентов коллегам из других больниц, в том числе и зарубежных. Хранение документов-снимков в течение многих лет позволяет проследить динамику развития болезни за длительный период, улучшая, тем самым, качество обслуживания пациентов. Данная инновация, будучи изначально технологической, развивается и переходит в формат «организационная сервисная инновация». В течение последних нескольких лет цифровая рентгеновская техника стала широко применяться для получения медицинских диагностических изображений во всех развитых странах. И в России за последнее время доля, приходящаяся на цифровую технику в общем парке аппаратов, имеющихся в распоряжении отделений лучевой диагностики и флюорографических служб, стала увеличиваться.

С технологическими инновациями тесно связана амбулаторная хирургия. Ее суть в том, что при использовании лазера или видеоизображения во время операции, послеоперационных травм у пациентов практически не бывает (в отличие от операций, проводимых вручную), либо эти травмы настолько незначительны, что послеоперационное лечение можно легко обеспечить на дому у пациента. Амбулаторная хирургия значительно сокращает время пребывания пациента в больнице, работа больницы становится более эффективной и производительной, появляется возможность обслужить большее количество пациентов, уменьшить очереди на операции. Данная инновация предлагает существенную финансовую экономию для пациента, потому что больничный уход в западных странах гораздо дороже, чем амбулаторное лечение. В то же самое время пациент дома имеет более высокий уровень комфорта. Главное изменение в этой инновации происходит на организационном уровне. Различные процедуры и бизнес-процессы пересмотрены у медицинского штата (докторов, медсестер и других медицинских рабочих).

Другим примером организационной инновации является работа французских государственных больниц, которые поставили перед собой задачу проанализировать желания клиентов по предоставлению услуг. После проведения анализа было принято решение комплексно

подходить к предоставлению услуг по отношению к каждому пациенту. Кроме предоставления медицинских услуг, больница организует для пациентов индивидуальное питание, в больницах имеются магазины, кафе, библиотека, комнаты отдыха для родственников, предоставляются услуги по присмотру за детьми пациентов. Другими словами, составляющие услуги добавлены к основному обслуживанию. С одной стороны, данную стратегию можно рассматривать как стратегию дифференцирования, уже давно известную. С другой стороны, стратегия такого рода дифференцирования никогда еще не применялась в сфере общественного здравоохранения.

Основой данной инновации является организация работы целой команды сотрудников больницы по предоставлению комплексного сервиса. Работа команды построена на знании индивидуальных потребностей пациентов, мониторинг которых осуществляется на регулярной основе.

При разработке комплексного сервиса большую роль играют информационные технологии. Во многих французских больницах введены банкоматы для оплаты услуг больницы, электронная информационная система используется при составлении календарных планов работы штата, внедрены центры электронных экстренных вызовов. Информационные системы подключены к управлению материальными потоками (цифровая кухня, управление запасами и др.)

Следующий пример касается проблемы роста количества заболеваний диабетом в Великобритании, которая приобрела черты национального бедствия (более 1,4 млн человек имеют диагноз диабета). Это прямой признак старения населения — более 10% людей старше 65 лет болеют диабетом и страдают тучностью. Диабет имеет тенденцию передаваться по наследству и особенно распространен среди людей африканского, карибского и азиатского происхождения.

Британская Национальная служба здравоохранения разработала программу по образованию и научному информированию населения о том, каким образом появляется и развивается диабетическая болезнь. Эта радикальная инновация представляет интерес, поскольку применяется исключительно в общественном секторе и является контрпримером представлению о том, что общественный сектор не может быть инновационным, т.к. применяет нововведения, развитые изначально в частном секторе.

Диабет — заболевание, для которого пока еще нет никакого лечения. Образование населения — первый и самый важный шаг в долгосрочной государственной программе, имеющей целью изменить поведение каждого отдельного человека. Радикальным новшеством в данном случае является сосредоточение пациента на своем здоровье. В традиционной модели здравоохранения медицинские работники полностью отвечают за здоровье пациента, а пациент, тем временем,

полностью пассивен — он либо выполняет предписания врача, либо не выполняет из-за отсутствия, к примеру, силы воли. Так, больному диабетом прописывается диета, но пациент не может справиться с этой диетой и не выполняет предписания врача.

В Великобритании была разработана программа, которая могла бы заставить пациента не пассивно выполнять (или не выполнять) предписания врача, а активно участвовать в восстановлении своего здоровья. До запуска программы образование пациентов в области развития диабета проводилось в больницах, и было неструктурированным. После запуска программы качество образования чрезвычайно изменилось, оно стало проводиться не в больницах, а в специальных центрах образования пациентов. Финансирование таких центров осуществляется за счет государства.

В образовательную программу включено большое количество образовательных материалов — как на электронных носителях (создание специальных сайтов в Интернете, видеоматериалы на электронных накопителях и др.), так и на бумажных носителях (подача регулярной информации в центральных газетах и журналах; обучающие материалы, выдаваемые пациенту на руки в виде образовательного пакета). Обучающие материалы включают в себя информацию не только для клиентов, но и для медсестер, врачей и т.д.

Следующий этап в программе — обучающие курсы, обязательные для посещения по предписанию врача. Цель курсов — добиться не пассивного слушания, а обсуждения между пациентами ключевых моментов по зарождению и развитию болезни. Это дает возможность критически настроенным пациентам подключиться к обсуждению проблемы, выслушать советы не только врачей, но и других пациентов по устройению своего собственного распорядка дня, настроиться на жесткую диету, т.е. адаптировать свою жизнь и отдельные обстоятельства к благополучному течению болезни и улучшению состояния своего здоровья. Одна из задач программы — сделать курс лекций настолько ярким, чтобы пациенты значительно повысили уровень ответственности за свое здоровье из-за «незабываемости курса». Перед началом курса все пациенты бесплатно снабжаются образовательными материалами. Перед началом лекции пациент должен прочитать определенный раздел образовательного пакета для последующего обсуждения на лекции. После прохождения курса пациенты участвуют в викторинах (чтобы определить уровень своего знания), самостоятельно рассчитывают свою диету, подсчитывая количество белков, жиров, углеводов и уровень сахара в крови. После завершения курса пациенты совместно с врачом составляют индивидуальный план действий, который необходимо выполнять пациенту, регулярно отчитываясь перед врачом.

Для проверки эффективности программы была определена группа из 100 человек, которую исследовали на уровень сахара в крови до начала курса, и каждые 2-3 месяца после его завершения.

До начала обучения средний показатель уровня сахара в группе значительно превышал норму, но после завершения курса средний показатель уровня сахара уже не превышал норму. Следовательно, данную государственную программу в Великобритании следует считать весьма эффективной.

Дополнительно к образовательной программе Британская Национальная служба здравоохранения ввела ряд других инновационных мер, в частности, систему денежных поощрений для людей, заботящихся о своем здоровье. Такая система уже была опробована в борьбе с курением. Для того чтобы получить вознаграждение, человеку необходимо пройти 13-месячную программу похудения. В течение первых семи месяцев он сбрасывает вес до установленного предела. Для успешного завершения программы участник не должен набирать вес в течение следующих шести месяцев. Размер вознаграждения зависит от сброшенного веса. За избавление от 7 кг — участник получит 70 фунтов стерлингов, пациентам, похудевшим на 13,5 кг, заплатят 160 фунтов, а пациенты, сбросившие более 22 кг, получают 425 фунтов стерлингов.

В Норвегии инновации общественного сектора здравоохранения затронули проблему обслуживания пожилых людей. В этой стране услуги для пенсионеров предоставляются преимущественно государственными компаниями, хотя существует и частный сектор в этой сфере. Стоимость услуг в частных компаниях значительно выше, при этом (в отличие от государственных компаний) выше и их качество. Это вызвало протест пенсионеров, и государство провело реформу государственного сектора здравоохранения в области услуг для пожилых людей с целью обеспечить пенсионеров услугами высокого качества, преимущественно в домашних условиях, а также санаториями и пансионатами.

Был пересмотрен комплекс услуг, которые необходимо предоставлять пенсионерам. Все пенсионеры были поделены на 4 категории:

1. Практически здоровые и уверенные в себе пенсионеры контролируются ежедневно через телефонные звонки из сервисного центра, в случае необходимости высылаются помощь на дом;
2. Пенсионеры, которые в состоянии проживать у себя дома, но нуждающиеся в помощи, обслуживаются через домашнее здравоохранение;
3. Пенсионерам, не способным проживать у себя дома, но которые в состоянии управлять своим распорядком дня, предоставляются пансионаты (квартиры в малочисленных сообществах с людьми своего возраста и обслуживающим персоналом);
4. Сильно ослабленные физически пенсионеры проживают в центрах социального обеспечения.

Особое внимание было уделено улучшению качества услуг для первых двух категорий пенсионеров. Сервисным центром были проанализированы основные проблемы граждан 1 и

2 категории, связанные с домашним здравоохранением, так как именно пребывание пожилого человека в собственном доме обеспечивает его благосостояние, достоинство, продлевает срок жизни. Комиссия пришла к выводу, что в услуги домашнего здравоохранения должно входить не только медицинское обслуживание, но и уборка дома, приготовление пищи, осуществление покупок.

Для решения проблемы финансирования реформы была введена инновационная схема: обслуживающий персонал для приготовления обеда, похода по магазинам, уборки дома набирался среди старших школьников, студентов, соседей и т.д. Преимущество состояло в том, что выезд такого рода специалистов на дом пенсионеру обходился государству гораздо дешевле, чем финансирование специализированного штата медсестер, врачей и т.д. К тому же, школьники, студенты, соседи имели возможность дополнительного нерегулярного заработка. В том случае, если услугу оказывал сосед или живущий неподалеку студент, сокращались расходы на транспорт. В итоге данная программа значительно снизила количество выездов лицензированного медицинского персонала на дом к пенсионерам, повысила качество предоставляемых услуг.

Ориентированная на семью модель реформы основана на вере в то, что семья, как ячейка общества, лучше всего подходит как форма предоставления помощи зависимым от этой программы категориям людей: пенсионерам, инвалидам и т.д. И в этом смысле реформа имеет не только экономический, но и социально-культурный смысл, т.к. во всем мире известно, что состояние гражданского общества ухудшается, если семья распадается.

В последние годы инновации затронули и сферу здравоохранения в России. Особую роль в этом сыграл приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на решение таких первоочередных задач, как профилактика, кадровая политика, состояние материально-технической базы, развитие первичной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. В его рамках реализовано создание сети региональных сосудистых центров, сети современных перинатальных центров. Это позволяет оказывать экстренную медицинскую помощь с использованием высоких технологий. Следующим шагом в развитии здравоохранения должно стать распространение новых технологий и подготовка квалифицированных специалистов, способных решать задачи инновационного развития.

В 2010 г. был принят пакет из двух законов об инновационном центре «Сколково». Законодательно закреплены пять направлений, по которым осуществляется исследовательская деятельность на территории центра. Одно из них — медицинские технологии в области разработки оборудования, лекарственных средств. Идет поэтапное реформирование законодательной базы здравоохранения. Приняты федеральные законы «Об обращении лекарственных средств», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает единство науки, образования и практики, международное партнерство с ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности, развитие государственно-частного партнерства. [1].

При разработке инноваций в общественном секторе нужно учитывать общие тенденции жизни и развития общества: старение населения, наличие или отсутствие кризисных явлений. Создание новых инновационных продуктов идет рука об руку с новшествами по предоставлению услуг. Поэтому талантливые руководители с творческим потенциалом должны подходить к решению вопроса системно: проводить анализ инновационного продукта, выбирать схему предоставления данного продукта клиенту, изменять структуру организации и схему предоставления услуги.

Литература

1. Бермак С.С. Подходы к управлению инновационным развитием региона. – Вестник КГТУ 2011. - №18.
2. Борзова О.Г. Доклад // Инновации в здравоохранении России: современность, международная практика и обмен опытом: материалы международной конференции. 24 февр. 2011 г. - М., 2011.
3. Грибов В.Д. Бизнес в сфере услуг. - М.: Изд-во МЭГУ, 2004.
4. Основы инновационного менеджмента. Теория и практика / Под ред. Казанцева А.К., Миндели Л.Э. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ЗАО Экономика, 2004.
5. Сфера услуг: Экономика, менеджмент, маркетинг. - М., 2008.
6. Фатхутдинов Р.А.. Инновационный менеджмент. Учебник для вузов. - 6-е изд. - СПб.: Питер, 2008.
7. Экономика предприятия / Под ред. О.И. Волкова. - М.: ИНФРА-М, 2005.
8. Windrum P., Coch P. Innovation in Public Sector Services., 2008.
9. Шинкевич А.И., Малышева Т.В., Зарайченко И.А.. Концепция формирования отраслевых инновационных кластеров. – Вестник КГТУ 2011. - №22.