

Инновационная модель развития здравоохранения в рамках науки социальной экономики

Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

В целях реализации «Третьей модернизации Казахстана» в сфере здравоохранения необходимо создать новую модель экономического роста, которая обеспечит глобальную конкурентоспособность здравоохранения страны.

В связи с этим, инновационная модель развития здравоохранения должен предусматривать единство науки, образования и практики, международное партнерство с ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности, развитие государственно-частного партнерства.

Необходимо выделить следующие направления в инновационной деятельности системы здравоохранения:

Медицинские технологические инновации, которые связаны с появлением новых методов (способов, приемов) профилактики, диагностики и лечения на базе имеющихся препаратов (оборудования) или новых комбинаций их применения.

Организационные инновации, реализующие эффективную реструктуризацию деятельности системы здравоохранения, совершенствование организации труда персонала и оргструктуры управления.

Экономические инновации, обеспечивающие внедрение современных методов планирования, финансирования, стимулирования и анализа деятельности учреждений здравоохранения.

Информационно-технологические инновации, направленные на автоматизацию процессов сбора, обработки, анализа информационных потоков в отрасли.

Медико-фармацевтические, медико-технические инновации, являющиеся разновидностью медицинских технологических инноваций, однако предполагающих, как императив, использование новых лекарственных средств (технических систем), конкурентоспособных по цене и основным параметрам медицинской эффективности.

В условиях изменения политического и экономического фундамента Казахстана социально-экономический аспект реформирования отечественного здравоохранения отражен в Стратегии «Казахстан – 2030». Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев представил такое реформирование в качестве одного из наиважнейших и долгосрочных приоритетов, т.е. «здоровая нация – здоровая экономика».

В условиях рынка система здравоохранения РК столкнулась с множеством проблем. Интерес к этим проблемам обусловлен тем, что в условиях социально ориентированной рыночной экономики Казахстана необходимо создание инновационной модели здравоохранения.

Такая модель будут строится в рамках «смешанной экономики благосостояния», в которой формируются эффективные механизмы регулирования и финансового контроля качества медицинских услуг.

Рыночный сектор имеет инновационную направленность, экономическую эффективность использования ресурсов и реакцию на потребительский спрос. Главным моментом является то, что в условиях, когда растет по-

требность населения в медицинских услугах, а бюджетные средства на оказание этих услуг ограничиваются, удерживать все медицинские учреждения в государственном секторе нет смысла.

Инновационная модель в здравоохранении должна иметь особый механизм хозяйствования, диктующий наличие дихотомии двух начал:

- экономической эффективности
- социальной справедливости.

В медицине нужны и нерыночные процедуры координации деятельности органов здравоохранения, прежде всего со стороны государства. Государство должно проводить продуманную политику в области здравоохранения:

- отвечать за создание условий для укрепления здоровья,
- вести борьбу с социально опасными болезнями и их профилактику,
- развивать медицинскую науку.

Необходимо сделать выбор и оптимальное сочетание между бюджетной, страховой, платной медициной.

В инновационной модели здравоохранения в условиях социально-рыночной экономики доминантой должна выступать уже сама «социализированность», а «рыночность» – выполнять соподчиненную роль.

На самом деле, одной из главных целей современной экономической политики выступает здоровье населения страны как элемент человеческого капитала и пропаганда здорового образа жизни.

В условиях конкурентной экономики только здоровая нация может создать наукоемкие и интеллектуальные ресурсы. Такие ресурсы необходимы для совершенствования структуры экономики, экономического роста, развития Казахстана и, наконец, обеспечения достойной жизни каждому жильцу страны в соответствии с необходимым индексом человеческого развития (ИЧР).

В настоящее время медицина РК – это затратная, громоздкая и малоэффективная структура. Она мало справляется со сложившейся демографической, экономической, социальной ситуацией и состоянием здоровья граждан РК (из-за многих факторов, таких, как экология, плотность населения республики, несознательное отношение граждан к своему здоровью и т.д.), для этого требует решение здравоохранения РК следующих проблем:

- развития социально-экономического механизма системы здравоохранения,
- совершенствования организационно-управленческого механизма в медицине,
- создания институциональных основ данной социальной сферы.

Особо важна доступность к качественным медицинским услугам и медикаментам (ценовая, территориальная, транспортная) для населения РК.

В качестве обще концептуальной теоретической парадигмы исследования системы здравоохранения (СЗ) в условиях рынка служат теоретико-методологический инструментарий формирующейся в последнее время науч-

ной дисциплины «социальная экономика» (схожие названия: «социально ориентированная экономика», «социализированная экономика»), а также теории эффективной государственной социально-экономической политики.

Медицинская служба РК как социально-экономическая система необходимо включать следующие факторные признаки:

- экономический,
- технологический,
- организационный,
- управленческий,
- инновационный,
- законодательно-правовой,
- собственности,
- экологический,
- географический.

В направлении развития «новой модели» экономики Казахстана, а в практическом смысле в направлении инновационной социально ориентированной экономики РК рассмотрим более подробно фактор «инновационный».

Инновация в системе здравоохранения выражается в следующем: саморазрастаемости, глобальности, интеллектуальности, сотовости, компетентности, технологичности. Теперь раскроем характер каждого из шести ключевых моментов инновация системы здравоохранения.

1. *Саморазрастаемость* – это увеличение ценностной информации (медицинская наука). Постоянно находится в состоянии единства и противоположности с самоустареваемостью.

2. *Глобальность* – это организация и самоорганизация единого международного информационного экономико-медицинского пространства, так сказать, «социально-коллективный разум».

3. *Интеллектуальность* – ведущий ресурс системы здравоохранения, связанный с ростом квалификации и образования медицинского персонала, способного к опережающей инновационной деятельности.

4. *Сотовость* – это единая сотово-распределенная разно-специализированная структура системы здравоохранения. Формирование сотово-региональных медицинских информационных структур.

5. *Компетентность* – совокупность медицинских знаний, компьютер-ной грамотности, информационной культуры и стиля мышления.

6. *Технологичность* – современные производственные процессы, медицинские технологии (АРМ – автоматизированные рабочие места, МИСы – медицинские информационные системы и т.д.)

Экономика здравоохранения – это отрасль науки экономики, изучающая место здравоохранения в народном хозяйстве, разрабатывающая методы рационального использования ресурсов для обеспечения охраны здоровья населения.

Цель инновационной модели здравоохранения – удовлетворение потребностей населения в качественной медицинской помощи.

Глава государства Н.А.Назарбаев в своей программной статье «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» дал ряд поручений по социальной модернизации здравоохранения, в том числе - введению обязательного

Таблица 1. Текущие затраты на научные исследования по отраслям науки.

Внутренние текущие затраты на научно-технические работы по отраслям науки млн.тенге								
годы	2010	2011	2012	2013	2008	2014	2015	2016
Внутренние текущие затраты, всего	13 863	20036	23236,0	25737,5	33685,9	38538,0	40414,5	44513,3
в том числе:								
естественные	3 405,	4924,3	6 193,1	5 916,9	9 333,2	10486	12075	14277
технические	7 3171	109578	11638,7	13643,5	1 626,4	19302,1	20534,5	21192,7
медицинские	888,7	1 275,5	1 536,1	1 692,0	1 939,4	2 391,4	1 771,8	2266,2
сельско-хозяйственные	1 301,8	1 648,4	2 567,3	2 369,7	2 620,2	3 564,4	3 788,7	3592,3
общественные	582,9	767,5	710,6	1 208,7	1 360,0	1 175,0	1 015,2	1343,3
гуманитарные	367,5	462,5	590,2	906,7	806,7	1 618,4	1 228,5	1841,1

страхования профессиональной ответственности врачей за причинение ущерба здоровью гражданина и повышение уровня осведомленности населения в отношении применения лекарственных средств.

Например, на сайте «Казахстан в цифрах» в нижеприведенной таблице 1представлены текущие затраты на научные исследования по отраслям науки.

Из таблицы 1 видим, что в течение восьми лет на медицинскую науку выделялись финансовые средства с возрастающим эффектом, только в 2010 году был спад, а в 2011 году снова увеличение средств.

Предприятия отрасли здравоохранения сталкиваются с целым рядом трудностей. В том числе организационного плана. Разрозненные клинические системные среды больницы и постоянно усложняющиеся потоки диагностической и административной информации существенно затрудняют процесс принятия медицинских и экономических решений.

Возникла острая потребность в новой системе отчетности, которая предоставляла бы надежную информацию руководителям, отвечающим за финансовый контроль и уход за больными.

Главным приоритетом является создание надежной централизованной базы данных. С этой целью работникам больниц необходимо внедрить решение в области отчетности и анализа, которое позволило бы унифицировать и ускорить процесс экономической и медицинской оценки. Для этого необходимо создать хранилище данных. Проектная группа медицинского учреждения должна разработать индивидуализированный профессиональный технический подход к управлению информацией. Эта система будет объединять соответствующие операционные системы, оптимизировать информационные потоки и обеспечивать комплексное стратегическое управление больницей одним нажатием кнопки благодаря рациональным решениям, основанным на фактических данных. Пользователи могут войти в систему со своих компьютеров через информационный портал и при условии правильной авторизации получить доступ к нужным данным в виде отчетов и анализов. Отчеты, объединяющие и обрабатывающие данные из нескольких систем больницы, будут создаваться автоматически и обновляться ежедневно. Они будут предоставлять пользователям ценную информацию, повышать рентабельность и качество ухода за больными, а также помогать больнице выгодно выделяться на фоне конкурентов.

В числе прочего, новые достоверные данные будут

Таблица 2. Развитие науки и кадровых ресурсов																			
№	Показатели прямых результатов	Источник информации	Единица измерения	Отчетный период 2018 г. 2019 г.		Плановый период													
						2020 г.	2021 г.	2022 г.											
1.	Доля трудоустроенных выпускников медицинских ВУЗов	МЗ	%	91,0	92,0	92,0	92,0	98,0	98,0	99,0									
2.	Охват обучением медицинских кадров на курсах повышения квалификации и переподготовки от общего количества врачей государственных организаций здравоохранения (не менее)	МЗ	%	20	20	20	20	20	20	20									
3.	Удельный вес исследователей в возрасте до 39 лет в общей численности исследователей	МЗ	%	40,7	43	45	47	49	51	53									
4.	Увеличение доли публикаций в международных рецензируемых изданиях	МЗ	%	18,0	19,0	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0									
5.	Увеличение доли международных патентов	МЗ	%	3,5	4,5	5	5	5,5	5,5	5,5									
6.	Увеличение доли организаций медицинской науки, внедривших систему менеджмента качества, сертифицированных по стандартам ISO	МЗ	%	30	40	42	44	46	48	50									
7.	Количество аккредитованных медицинских вузов	МЗ	ед.	4	5	5	6	6	6	6									
8.	Количество собственных клиник медицинских ВУЗов	МЗ	Ед.	2	2	2	2	4	4	4									
9.	Количество проведенных доклинических и клинических исследований биологически активных веществ, фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, из них	МЗ	ед.	14	50	55	60	65	70	75									
											доклинические исследования		30	33	35	37	39	41	
											клинические исследования в том числе:		20	22	25	28	31	34	
											отечественных производителей		5	16	17	18	19	20	21
											международных клинических исследований		4	4	5	7	9	11	13
											не интервенционных		5	-	1	2	3	4	5
											фармакоэпидемиологических			3	3	4	5	6	7
и з д е л и й медицинского назначения и медицинской техники					1	1	1	1	1										
10	Кол-во специалистов, обученных на курсах повышения квалификации и переподготовки	внутри страны	МЗ	Чел.	20019	17026	1 5 203	1 5 221	15119	15119	15119								
	за рубежом	МЗ	Чел.	237	86	151	159	159											

способствовать повышению эффективности контроля финансов и прибыли. Лица, ответственные за принятие финансовых решений, могут лучше оценить рентабельность ухода за больными.

Кроме того, добавочные расходы, которые могут быть понесены в ряде клиник, теперь можно автоматически распределять между внутренними центрами учета затрат. Пользователи могут выполнять подробный анализ в интерактивном режиме в любой момент времени, благодаря чему у них появляется возможность выявления причин изменений прибыли и обоснования своих аргументов при обсуждении бюджета больницы.

Таким образом, в рамках науки социальная экономика система медицинских услуг РК должна иметь двухсекторную структуру – рыночную (инновационную) и государственную (социальную) с целью достижения экономической эффективности и социальной справедливости.

Список литературы

1. Воронцова Н. А., Кадыров Ф. Н., Николаева О. К. Проблемы экономической эффективности внедрения и использования медицинского оборудования // Современная клиническая больница: актуальные проблемы управления, профилактики, диагностики и лечения. - СПб: ЦМСЧ, 2003. - № 122. - С. 22—29.
2. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.12.2016).
3. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Опыт страховой деятельности США на инновационном рынке экономики // Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010. - С. 55-59.
4. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Страховая деятельность Великобритании // Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010.
5. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Инновационное развитие страхового дела в Германии Тезисы докладов II международной

конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010.

6. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Сақтандыру ісінің негіздері. (Оқулық). - Алматы: Изд. Центр КазНТУ, 2014.

7. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Концептуальная модель региональной интеграции Казахстана. Сб. научных трудов II международной научно- практической конференции «Актуальные вопросы экономики и современного менеджмента». – Самара, 2015. - С. 242-245.

8. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Управления наукоемкими проектами: теория, методология, практика. (Монография). - Алматы: Изд. ТОО «Нур-Принт», 2015.

9. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Методология актуарных расчетов страхования в экономике // Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. - Бишкек: Типография «Махprint», 2017. – С. 20-23.

10. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Инновационная деятельность и оценка медицинской технологии Казахстана // Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. – Бишкек: Типография «Махprint», 2017. – С. 28-32.