

---

---

**Зухра Р. Зиганшина<sup>1</sup>**

Институт управления, экономики и финансов

Казанского федерального университета

Российская Федерация, 420012,

г. Казань, ул. Бутлерова, дом 4,

<http://www.kpfu.ru>

Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, дом 49,

<http://www.kgmu.kcn.ru>

## **Территориальные карты здоровья как инструмент построения республиканской системы здравоохранения**

**Аннотация.** Статья посвящена вопросам создания нового метода управления общественным здоровьем в условиях проявления всего спектра инновационного потенциала отрасли здравоохранения посредством необходимой мотивации создателей медицинских услуг к творческой деятельности, позитивного отношения к проводимым инновациям и как результат трансформации потребителей медицинских услуг в пациентов с «инновационным отношением к собственному здоровью». Ориентация на будущие доходы, повышение уровня жизни населения, рост доступности и качества предоставляемых услуг здравоохранения при вложении капитала — существенные черты, отличающие социальные инвестиции в здравоохранение. Модель здравоохранения будущего, основанная на сверхточной диагностике состояния здоровья граждан и прогнозировании заболеваний с учетом всех факторов окружающей нас действительности, должна иметь инвестиционный характер, способствуя сохранению и развитию человеческого капитала, обеспечивая эффективный механизм управления общественным здоровьем.

**Ключевые слова:** здравоохранение; менеджмент; управление общественным здоровьем; модель здравоохранения; повседневческий фактор; медицинские кадры; инвестиции; субъекты системы здравоохранения.

**JEL коды:** I18, L96

---

<sup>1</sup> Зухра Рашидовна Зиганшина, кандидат экономических наук, доцент кафедры менеджмента в социальной сфере Института управления, экономики и финансов Казанского федерального университета и кафедры экономической теории и социальной работы Казанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения РФ. E-mail: zr\_ziganshina@mail.ru.

## Введение

В условиях мирового вектора развития систем здравоохранения, основанного на переходе от преобладания лечебной медицины к системе, основанной на профилактике, сохранении качества и доступности медицинских услуг, российской системе здравоохранения необходимо формирование модели диспансеризации как информационной среды общественной и деловой активности. Сегодня мир находится на пороге революции в сфере здравоохранения. Улучшенная диагностика, датчики для пациентов, искусственный интеллект, робототехника, достижения биомедицинских технологий должны коренным образом изменить взаимоотношения пациентов и поставщиков медицинских услуг [Шейнман, 2011]. Ориентация современного здравоохранения на «инновационное функционирование» диктует необходимость пересмотра сложившейся системы управления общественным здоровьем и поиска новых методов управленческого воздействия на сознание и поведение потребителей медицинских услуг.

Созданная инновационная модель здравоохранения в Сингапуре является неким медицинским феноменом — экономически эффективные технологии, работающие на социальную эффективность государства, система финансирования, которая сочетает индивидуальную ответственность с адресными субсидиями для защиты бедных. При этом во всех случаях инвестиции в здравоохранение не имеют денежной характеристики, их окупаемость измеряется качеством человеческого потенциала [Health Management... 2013]. Общество, которое направляет большую часть своих ресурсов именно на переход от модели лечения к модели профилактики и диспансеризации, способно его реализовать только при формировании в иерархии ценностей достаточно высокого ранга ценности индивидуальной человеческой жизни и здоровья. Исследуя зарубежный опыт, целесообразно предложить российской модели здравоохранения механизмы стимулирования индивидуальной ответственности пациента за собственное здоровье (опыт Южной Кореи в персонифицированном учете средств, опыт Германии в сокращении стоимости платных услуг в случае прохождения всех этапов диспансеризации), которые в условиях необходимости формирования пациента с «инновационной культурой» отношения к собственному здоровью могут стать стимулом новой интерпретации понятий «норма здоровья», «здоровье» и, как следствие привести к снижению показателей заболеваемости и смертности, формированию положительного отношения потребителей к услугам диспансеризации и профилактики [Зиганшина, 2016б].

Знания в медицине позволяют устанавливать норму здоровья и отклонения от нее, диктуют цели, намерения и действия потребителей в процессе формирования ценности — «здоровья». Управление общественным здоровьем на основе ценности от медицинских организаций требует

принятия с помощью непрерывного анализа медицинских данных более разумных решений в режиме реального времени, оптимизации планирования и улучшения результатов в отношении данной ценности, стимулирования индивидуальной ответственности граждан за собственное здоровье. Эффективное использование аналитики имеет решающее значение в управлении общественным здоровьем, все измеримые показатели при установлении нормы необходимо улучшать. Интеграция данных, превращение их в информацию и преобразование данной информации в жизнеспособные идеи, позволяющие улучшить здоровье пациента, — это то, что мы предлагаем и начали создавать на базе университетской клиники Казанского университета.

## Методология

Определение модели здравоохранения в качестве инвестиционной является определенной управленческой и организационно-экономической инновацией. Как и любая инвестиционная модель, модель здравоохранения должна предполагать четкое определение субъектов и бенефициаров инвестиций. Каким же образом распределена ответственность между субъектами инвестиций?

Принятие управленческих решений, направленных на повышение конкурентоспособности национальной модели здравоохранения, в значительной мере зависит от уровня инвестиционной активности субъектов системы здравоохранения. Методика оценки эффективности существующей системы здравоохранения должна быть основана на определении интегрального коэффициента эффективности, представляющего собой произведение коэффициентов экономической эффективности, социальной справедливости и коэффициента индивидуальной ответственности граждан за собственное здоровье.

Индустриализация медицинской помощи при переходе от стандартных подходов в диагностике и лечении заболеваний к высокотехнологичным медицинским услугам, когда клиническое мышление «заменяется» возможностями оборудования, возможна лишь при создании эффективной инвестиционной схемы здравоохранения, а именно, при формировании новых видов партнерств: инновационные подходы к непрерывному профессиональному развитию специалистов (инновационная организационная структура, инновационный кластер кадрового потенциала, включая институт наставничества, симуляционный тренинговый центр, центр клинических испытаний); инновационная медицинская помощь — становление высокотехнологичной медицинской организации, центра трансляционной медицины, экспертной медицинской организации единого уровня; инновационные профилактические технологии — генно-клеточные ме-

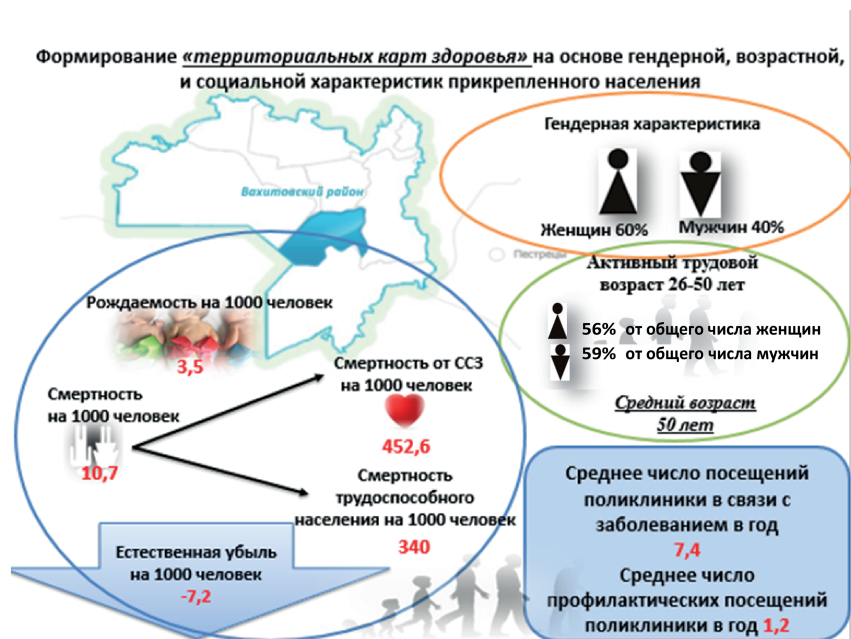
тоды профилактики и лечения, а также предложенные нами территориальные карты здоровья.

Непрерывное изучение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи позволяет вносить изменения в инфраструктуру и формировать эффективную стратегию клиники с учетом реализации приоритетных направлений, подразумевающую в себе возможности изменения структуры диспансеризации и профилактики в соответствии со сформированными территориальными картами здоровья [Зиганшина, 2016б: 27]. Цель данного метода заключается в создании системы персонализированного учета и картографирования с учетом всех факторов здоровья населения как инструмента управления общественным здоровьем.

Территориальные карты здоровья, предложенные нами, — это медико-географические карты, построенные на основе:

- экологических карт района, где проживает прикрепленное к университетской клинике население (состояние и качество окружающей среды, проявляющиеся в неблагоприятном влиянии на здоровье населения);
- географических карт (природных, социально-бытовых и производственных) с определением предпосылок болезней человека, свойственных природным и производственным территориальным комплексам, их сочетания и условий проявления;
- видеоэкологических карт (влияние разных аспектов окружающей среды (визуальной среды) на рост психических заболеваний, определение количества людей, страдающих близорукостью);
- карт, сформированных на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения;
- нозогеографических карт, характеризующих фактическое распространение болезней;
- карт здоровья населения;
- демоэкологических карт, показывающих районы повышенной смертности населения и ее возможные причины;
- карт данных медицинских информационных систем (категория льгот, инвалидность, диспансерный учет, антропометрия, карта прививок, трансфизиологический анамнез, аллергологический анамнез, вредные привычки, сопутствующие заболевания, бесплодие, последние заболевания и т.д.).

«Территориальные карты здоровья» — это инструментальный шаг к переходу на совершенно новый принцип построения системы здравоохранения, позволяющий проводить анализ половой, возрастной, национальной предрасположенности населения к определенным видам заболеваний, выстраивать индивидуальную траекторию управления здоровьем граждан, работать с разными случаями.



**Рис. 1.** Формирование «территориальных карт здоровья» на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения к университетской клинике «Казань» (МСЧ КФУ) населения

**Источник:** составлено автором.

Формирование «территориальных карт здоровья» в университетской клинике МСЧ КФУ нами начато с карт, сформированных на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения (рис. 1). Здоровье населения выражается в демографических показателях и показателях заболеваемости. Так, по данным годовых статистических отчетов за 2015 г., общий коэффициент рождаемости среди прикрепленного к клинике населения составил 3,5 на 1000 населения, что в 4,2 раза ниже показателя по Республике Татарстан (14,7). Общий коэффициент смертности составил 10,7 на 1000 населения, что в 1,1 раза ниже показателя по Республике Татарстан (12,0). Стоит обратить внимание на специальные показатели смертности: 1) смертность трудоспособного населения, значение которого ниже среднереспубликанского в 1,5 (340 на 100 тыс. населения); 2) смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, которая составила 452,6 на 100 тыс. населения, что в 1,4 раза ниже среднереспубликанского показателя. При этом делать выводы о тенденциях рождаемости и смертности в прикрепленном к клинике населении не представляется возможным, поскольку эти показатели зависят как от возрастных уровней

рождаемости и смертности, так и в значительной степени от возрастной структуры прикрепленного населения, которая может заметно отличаться от возрастной структуры населения региона в целом. Сокращение численности прикрепленного населения может быть связано как с более низкой рождаемостью, так и с более старой возрастной структурой.

Анализ посещений поликлиники свидетельствует о значительном превалировании посещений в связи с заболеванием над профилактическими (7,4 и 1,2 посещения соответственно). Низкий процент выполнения плана по диспансеризации (69%) обусловил необходимость привлечения особого внимания к совершенствованию профилактической работы с населением по предупреждению возникновения заболеваний и повышению общего уровня здоровья [Зиганшина, 2016а:128].

### Ожидаемые результаты

Современный менеджмент здоровья должен предполагать не только контроль финансового благополучия клиента, но и последовательное наблюдение за его самочувствием. В начале пути личный консультант путем построения «территориальной карты здоровья» должен определять риски, с которыми могут столкнуться клиенты при условии продолжения ведения привычного образа жизни. На следующем этапе менеджер совместно с врачом разрабатывают индивидуальные программы, вносят коррективы и составляют план достижения поставленных целей.

Обращаясь к вопросу разрешения противоречий субъектов системы здравоохранения в процессе создания «инновационных» методов управления общественным здоровьем следует отметить, что государство является единственным субъектом, обладающим эксклюзивным правом управления с помощью нормативно-правовой базы. Наиболее подробно роль государства раскрывается в регулировании недостатков (провалов) рыночного механизма в условиях отсутствия цивилизованного рынка здравоохранения, наличия экономического аспекта в деятельности медицинских организаций, возможности оппортунистического поведения врачей, информационной асимметрии, когда некомпетентному больному врачом назначается лечение в условиях ограниченности рамками стандарта оказания медицинской помощи при социальной значимости и витальности медицинской услуги, а также при наличии контроля за оказанием качественной и доступной медицинской помощи.

Необходимо отметить факт нивелирования противоречий интересов различных субъектов в процессе реализации проекта «Университетская клиника», что является результатом создания (в данном случае возрождения) новой системы их взаимодействия: медицинская наука и образование — медицинская практика — пациент — государство.

Для достижения вышеописанных радикальных изменений необходимы подготовленные и талантливые управленческие команды с различными навыками. Сегодняшние лидеры здравоохранения полагаются на инновационных мыслителей, креативных исполнителей и эффективных агентов перемен. Непрерывные отклонения от нормы становятся стимулом к созданию инновационных решений. Тем не менее, несмотря на множество изменений и достижений в области здравоохранения, его основная миссия по улучшению качества здоровья пациентов остается неизменной.

Каковы основные навыки и знания, которые работодатели в сфере здравоохранения обычно ждут от менеджеров? Это способность вести и вдохновлять, аналитические и организационные навыки, понимание политики, умение принимать решения, межличностные навыки, способность управлять и сотрудничать с различными группами, сбор и анализ данных, навыки устного и письменного общения [Зиганшина, 2016а].

Медицине будущего чрезвычайно необходимы управленческие кадры с хорошими знаниями информационных технологий, умеющие создавать базы данных специалисты, высококлассные диагносты, которые владеют информационными и коммуникационными технологиями, специалисты, разрабатывающие решения для одной из наиболее значимых социальных проблем современности — процесса старения населения, менеджеры персонифицированной медицины, задачей которых является создание на основе территориальных карт здоровья индивидуальных программ диагностики, профилактики и лечения.

## **Заключение**

Направления развития современной российской модели здравоохранения должны вырабатываться на основе концепции преемственности наилучших практик разных стран мира, воссоздания традиций российской медицинской школы в направлении повышения эффективности работы отрасли путем усиления регулирующей роли государства. Модернизация и обеспечение сильных конкурентных преимуществ существующей модели здравоохранения возможны путем интенсивного инвестирования средств в субъекты системы здравоохранения в условиях необходимости соблюдения баланса социальной справедливости, индивидуальной свободы и экономической эффективности. Стимулирование индивидуальной ответственности граждан за собственное здоровье предполагает формирование пациента с «инновационной культурой» отношения к нему: здоровье — ценность, диспансеризация — путь к здоровью.

## Список литературы

1. Зиганшина З.Р. 2016а. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения. *Экономические науки*. 6 (139): 17-19. Режим доступа: [http://ecsn.ru/files/pdf/201606/201606\\_17.pdf](http://ecsn.ru/files/pdf/201606/201606_17.pdf)
2. Зиганшина З.Р. 2016б. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг. *Экономические науки*. 6(139): 25-28. Режим доступа: [http://ecsn.ru/files/pdf/201606/201606\\_25.pdf](http://ecsn.ru/files/pdf/201606/201606_25.pdf)
3. Шейман И.М. 2011. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: насколько оправданны ожидания? *Экономическая политика*. 4: 107-127. Режим доступа: [http://ecpolicy.ru/pdf/EP\\_4-2011.pdf](http://ecpolicy.ru/pdf/EP_4-2011.pdf)
4. Health Management Information System (HMIS). Facilitator's Guide for Training of Trainers. Available at: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-13-74>