

В.Г. Донцов
**ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Резюме. В статье излагаются, найденные автором причины, по которым не происходит желаемых значительных изменений в здравоохранении. Все они носят субъективный характер. Часть зависит от руководителей, другая часть – от исполнителей медицинского производства. Руководители не проявляют заинтересованности в ликвидации субъективных подходов к оценке сотрудников по профессиональным качествам и соизмеримой этому компенсации результатов их труда. Предпочитают поощрять «своих» людей, используя субъективный подход. Исполнители желают оставаться равными друг с другом и находить другие источники благосостояния. Эти два качества взаимодействуют между собой по принципу синергизма, усиливая друг друга. Для выхода из положения автор предлагает использовать волю и власть, а так же эксперимент, результаты которого будут убеждать в необходимости реализации предложений по реформированию системы здравоохранения.

Ключевые слова: реформирование, функциональная и структурная системы, конечный результат медицинского производства.

На необходимость действенных перемен в здравоохранении указывают многие авторитетные авторы и приводят соответствующие объективные данные [9, 1, 2, 6, 7]. Несмотря на это, нынешние реформаторы ограничиваются реструктуризацией, изменением внешней формы и, обычно, не затрагивают сущностного содержания предмета видоизменений.

В связи с этим мы поставили цель: выявить истинные причины, препятствующие результативному реформированию медицинских организаций и найти способы их преодоления.

Для успеха дела, нужно, прежде всего, всеобщее понимание, что только за счет труда можно добиться желаемого результата. Другого пути нет. Однако, в последние годы понятие о труде стерлось, трансформировалось. Применяется термин «заработал» при любом приобретении благ. Получил ли компенсацию за труд, приобрел ли денежные средства путем реализации товара, произведенного другими, выиграл ли в соревновании, где случай играет решающую роль, получил ли денежные средства путем находки клада, или даже обмана. И даже приобретение путем нарушения закона. Все стали называть словом «заработал». Налицо подмена понятий, потому, что труд это целесообразная и общественно полезная деятельность человека, требующая умственного и физического напряжения [8]. Этот же известный автор объясняет слово трудиться, как заниматься каким-нибудь трудом, работать. Прилагать усилия, чтобы создать, сделать что-нибудь. Все это требует затрат собственной энергии, что связано не только с ее расходом, но и временем, порой длительным. Поэтому укоренилась тенденция получать блага иным путем, быстрым и легким. Например, за счет сокращений, доходящих до утраты качества. А то и демонстрируя кипучую деятельность, ссылаясь на обстоятельства при подведении итогов. Иногда дело доходит до грубых нарушений правил и законов. При всеобщем же желании, или

как теперь принято говорить «мотивациях» сделать работу качественной и быстрой, это вполне возможно.

Так, что же мешает? В первую очередь, как первопричина – отсутствие мотиваций к полезному труду. На этой основе осуществляются попытки быстро, путем изменения формы, улучшить дело, или как сейчас стало модным называть это действие «реструктуризацией». И разочарование от неудавшихся, обреченных попыток. Да, и не знание научно обоснованных подходов к процессу управления играет свою роль.

Многим кажется, что можно назначать на управленческие должности людей, не имеющих специальной подготовки. И этот недостаток собственного управленческого профессионализма обусловлен инерцией с тех пор, когда существовал энтузиазм. В те времена исполнители горели желанием сделать полезное дело. И обладали профессиональными навыками для этого. Управленцу стоило только указать направление движения, и дело шло само собой. На этом были построены колхозы и Магнитка, сделаны целина и БАМ. Со временем энтузиазм угас, а привычки указывать остались. Для подобных руководителей в порядке вещей отсутствие расчета необходимых ресурсов, формы соблюдения баланса ресурсов и объема предстоящей работы, регулирования производственного процесса. В ходу призыв, лозунг «давай». При этом брызганье слюной, топание ногами. А дело или не идет, или выполняется некачественно, или делается вид, что выполняется призыв.

Это явление, в основном, касается руководителей. Тем более, что по инерции на руководящие должности назначаются, нередко, по «командному» принципу, вне зависимости от знаний и практических умений руководить, а то и исполнять. Пренебрегается научными подходами к подбору и использованию профессионалов. Подсознательно, по старинке, надежда на энтузиазм масс, которого уже давно нет.

В последнее время энтузиазм полностью заменила выгода, выраженная в денежных купюрах. В этих условиях немаловажную роль играет осознание утраты произвольно устанавливая материальную компенсацию за труд. Кое, что делается. Так, уравнилительный способ оплаты труда заменили на, так называемую, отраслевую форму, когда заплата состоит из трех частей: базовый фиксированный оклад, компенсирующая часть за вредность, категории, степени и так далее, и самую важную часть, стимулирующую за активный полезный труд. Не сделали двух необходимых вещей. Не установили объективных критериев для назначения руководителем коэффициентов, с помощью которых устанавливается размер третьей части зарплаты, а так же сроки и пределы. И не определили источники, за счет которых можно пополнять казну медицинской организации, которая могла бы компенсировать дополнительный труд. Таким образом, созданы условия для произвола руководителей в выплатах. Кто же из руководителей будет отказываться от права самостоятельно решать, сколько и кому заплатить денег? Тем более в условиях их ограниченности.

Массы, то есть исполнители, отрицательно относятся к самому трудовому напряжению. Живут сказкой «монетаристов» о том, что можно закон «товар – деньги – товар» заменить на придуманное, но подтвержденное случайным примером, а то и рекламным изображением, правило «деньги – воздух – деньги». Кроме того, им очень

не нравится дифференциация, в зависимости от реализованных способностей – физических, интеллектуальных, эмоциональных. Очень долго они жили в условиях извращенного понятия о всеобщем равенстве. О том, что все одинаковые, во всяком случае, в одних «корпоративах». Равны врачи, равны слесари, равны хлеборобы. И их небольшие отличия в профессионализме напрямую зависят от стажа работы (опыта), категории, разряда, или классности.

В данном случае, взаимоотношения между руководителями и исполнителями приобретают характер не антагонистических, а отрицательных синергетических. Руководители не только выражают свое мнение, но и коллектива, чувствуют и используют поддержку людей. Исполнители, в свою, очередь, не идут против своих руководителей, а находятся в одном русле с ними, и пользуются их поддержкой. Тем самым взаимно усиливают свои позиции.

Как в таких условиях использовать дифференцированную оплату труда, да еще и меняющуюся каждый месяц, в зависимости от конечного результата. Причем, тогда, когда размер зарплаты не зависит от желаний людей, механизм работает автоматически.

В нынешнее время, дело усугубляется тем, что в условиях всеобщего равенства во всем, стало ненужным определение, да и само понятие конечного результата. Спросите у врача любой специальности, каков конечный результат его труда. Получите самые разнообразные ответы. И жизнь больного, и его здоровье, и выполнение стандарта, и сама медицинская «услуга». А все потому, что самого общепринятого и обоснованного понятия о конечном результате в медицине не существует от ненужности.

Одной из причин является и положение заказчиков. Упование на то, что сам пациент будет контролировать медицину, обречено на отрицательный результат. Хронически больной еще может отличить хорошего врача от плохого. Но, что делать пациенту, впервые обратившемуся за медицинской помощью?

Как в таких условиях внедрить реформы с целью улучшения конечного результата и дифференциации сотрудников по принципу разницы их профессионализма с соответствующей компенсацией за результаты разного труда? Необходима воля, знания и умения управленца. Это как раз тот случай, когда нужно употребить власть.

Реформами в здравоохранении называют, в основном, элементы реструктуризации. Сам процесс обозначают результатом деятельности. Происходящие при этом изменения общественного здоровья населения и особенности жизни медицинских работников не рассматриваются. Или наоборот, влиянию медицины придается чрезмерное значение. Так произошло с одним из демографических показателей – продолжительностью жизни. Дальнейшее ее удлинение связывают исключительно с медицинскими факторами. Забывают о том, что медицина сама по себе лишь на 8-12% влияет на состояние общественного здоровья. Больше значение имеют факторы образа жизни, наследственности и состояния окружающей среды [5]. Если же полностью по-настоящему, то в соответствии с философским учением, результат определяет содержание, а не форма. Если же видоизменять только форму,

«реструктуризировать», то имеется большой риск погубить всю систему, во всяком случае, не добиться положительного результата.

Переделывание отдельных частей здравоохранения, той системы, которая была создана, взамен земской медицины, совсем для иной общественно-политической формации, чревато топтанием на месте, а то и утратой результативности. То, что имеется в настоящее время. Нужно поступить аналогично событиям начала прошлого века и сделать очевидное – создать систему здравоохранения, адаптированную к реальной нынешней структуре общества. Многоукладная система здравоохранения должна включать три части, соответственно структуре общества – для владельцев средств производства, для работающего населения и для обездоленных граждан. Каждая из них со своими источниками формирования ресурсов, со своими правилами получения конечных результатов, исходов заболеваний [3]. Общей должна быть система интенсивного функционирования [4].

В этом есть общее в криминалистической экспертизе и остальных отраслях здравоохранения. Кроме того, экспертиза может стать полигоном для испытания новых моделей для здравоохранения в целом. По той причине, что в дисциплине общественное здоровье и здравоохранение, в отличие от остальных медицинских отраслей, не существует биологических моделей в виде животных для испытаний различных новшеств. А отсутствие испытательной базы чревато нанесением вреда живым людям, пациентам при внедрении нового в практику.

Таким образом, можно заключить, что рациональному реформированию здравоохранения препятствуют факторы, исходящие от руководителей и исполнителей. Это отсутствие достаточных мотиваций. Заинтересованность в субъективизме при оценке деятельности сотрудников руководителями и в уравнительном подходе ко всем со стороны исполнителей, причем объединяющихся по правилам синергизма. Влияет психологический фактор осторожности при освоении всего нового. Из этих первопричин происходят остальные причины. Второй порядок составляют низкое профессиональное состояние кадров, дефицит их количества, слабая заинтересованность в конечном результате труда. К третьему порядку можно отнести состояние материально-технической базы и обнищание финансовых ресурсов, со всеми последствиями этих явлений.

Комплексное реформирование, предлагаемое нами, включающее видоизменение функциональной системы, структурного построения, законодательного обеспечения, решит многие вопросы, представляющиеся сегодня трудными, а то и невозможными. У исполнителей и руководителей появятся положительные мотивации к производительному труду, изменится его характер. Повлечет высокий уровень качества медицинской помощи. Позволит рационально формировать и использовать кадровый, материально-технический, информационный и финансовый ресурсы. Соизмерять их с заданием. Переустроить механизм управления, трансформировав его в механизм регуляции медицинского производственного процесса.

Как становится ясным, значимость препятствий не так сильна, как кажется на первый взгляд. Они преодолимы при доброй воле и желании. Во всяком случае, затрата сил и времени на переход к новой системе организации медицинской помощи

вполне окупится результатом. Так или иначе, она будет изменена. Худший вариант состоит в том, что изменения станут делать впопыхах, не обдуманно, делая и переделывая по нескольку раз. Недаром жива поговорка «жадный дважды платит, а ленивый дважды переделывает».

Прежде чем внедрять новую систему здравоохранения нужно устранить препятствующие причины. А для того, чтобы устранять, нужно понять, что же и в какой мере препятствует новшествами.

На наш взгляд, настоящему результативному реформированию препятствуют субъективные причины, изложенные выше. К ним относятся, прежде всего, стереотипы мышления, суть которых состоит в том, что создается иллюзия, что стоит только усовершенствовать старые методы, тут же пойдет дело. Но, как говорится, от перемены мест слагаемых сумма не изменится.

Для устранения причин нужно из всего многообразия выделить главные основополагающие, которые порождают остальные. Иначе можно затратить огромные силы и время, но все их устранить не удастся. Среди таких главных причин можно указать на отсутствие достаточных мотиваций к полезному труду у сотрудников и руководителей, тяга руководителей к самостоятельной, произвольной компенсации труда сотрудников, стремление исполнителей быть всем равными и одинаковыми, отсутствие общепринятой формулировки конечного результата, недостаточность методической работы в направлении создания, поддержания и обновления здравоохранения.

В соответствии с установленными определяющими главными причинами следует как раз на них и действовать. Воздействие состоит в реализации давно известных методов управления. В руках руководителей станут, в основном, два инструмента, слово и воля. При этом надо иметь в виду, что большинство работников здравоохранения просто не знают, что им нужно делать для обеспечения своего существования. Они, как и все, живут в рамках старой системы, созданной давным-давно и не поддающейся усовершенствованию, вернее не адаптирующейся к современному состоянию государства и общества. Некоторым сотрудникам, понимающим суть происходящего, выгодно нынешнее состояние, потому, что только в условиях хаоса возможны методы их обогащения. Стало системным явлением, например, показывать то, что на самом деле недоступно. Расчет на случай и на благодарность пациентов и их близких. Это намного проще, чем осваивать и применять новые эффективные методики. В зависимости от причин, тормозящих переход на новые системы, нужно применять меры воздействия. Причем, избавление от убежденных ретроградов должно стать крайней мерой, при исчерпанности остальных.

Выводы. Как установлено одной из главных причин нежелания внедрять новое является отсутствие достаточных мотиваций к полезному труду.

В соответствии с этим нужно терпеливо разъяснять сотрудникам преимущества и долговременность результатов деятельности, достигнутых постоянным и напряженным трудом.

Необходимо отказаться от принципа подбора руководителей по принципу соответствия создаваемой команды и подбирать на руководящие должности людей, у которых тяга к материальным благам стоит не на первом месте. Использовать в качестве критериев знания и умения, присущие для управленцев. На первое место, наряду с профессионализмом, должны выходить личностные качества.

Немаловажное значение имеет стремление со стороны исполнителей в уравнительном подходе ко всем. Эти два фактора объединяются между собой по правилам синергизма, усиливая друг друга. При этом отрицательно влияет психологический фактор осторожности при освоении всего нового.

Предлагается выход из тупикового положения путем решения технологического, функционально, структурного и юридического вопросов с образованием новой смешанной формы здравоохранения.

Исходя из дифференциации, должна быть, в конце концов, преобразована современная медицина на три самостоятельные части со своими источниками и правилами формирования ресурсов, со своей структурной системой.

После проведенной реформы, кратко описанной выше, выиграют пациенты, в том числе и обездоленное население. Преимущества получают врачи, в соответствии со своим вкладом в общее дело. Перестанут беспокоиться о медицине и здравоохранении общество и государство. Все будут в выигрыше.

Литература.

1. Антоненков Ю.Е. Маршрутизация, как решение медико-социальной проблемы сердечнососудистого здоровья населения отдельного субъекта Российской Федерации / Ю.Е. Антоненков // Символ науки. – 2016. – № 2, Ч. 3. – С.154–156.

2. Капитоненко Н.А. Оценка качества оказания услуг медицинскими организациями / Капитоненко Н.А., Лемещенко О.В., Сысоев Ю.В. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2015. № 4 (21). С. 3.

3. Донцов В.Г. Формирование и рациональное использование ресурсов учреждений здравоохранения / В.Г. Донцов // Современные технологии в здравоохранении и медицине : сб. науч. тр. – Воронеж, 2000. – С. 328.

4. Донцов В.Г. Судебно-медицинское функционирование / В.Г. Донцов. – Воронеж : Истоки, 2014. – 160 с.

5. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник. – 2-е изд. / Ю.П. Лисицын. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.

6. Данилова Л.В. Повышение эффективности управления медицинской организацией с использованием медицинских информационных систем / Данилова Л.В., Чолоян С.Б. // Врач-аспирант. 2016. Т. 74. № 1.1. С. 156-161.

7. Сущенко А.В. Опыт реализации всероссийской программы по подготовке управленцев, отвечающих за финансово-экономическую деятельность медицинских организаций в ВГМУ им. Н.Н. Бурденко / Сущенко А.В., Косолапов В.П., Чайкина Н.Н. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2017. № 68. С. 145-154..

8. Ожегов С.И. Словарь русского языка: Ок 53000 слов / С.И.Ожегов; Под общ. ред. проф. Л.И.Скворцова. – 24-е изд. испр. – М.: ООО «Издательский дом «ОНИКС 21 век»: ООО «Издательство «Мир и образование», 2004. – 1200 с.

9. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова. – 2-е изд. – М.: ГЭЛТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

Abstract.

V.G. Dontsov

OBSTACLES FOR REFORMING HEALTH CARE AND WAY OF THEIR OVERCOMING

Voronezh state medical university

In article are stated, the reasons found the author for which there are no desirable considerable changes in health care. All of them have subjective character. A part depends on heads, other part – on performers of medical production. Heads don't show interest in elimination of subjective approaches to assessment of employees on professional qualities and commensurable to it compensation of results of their work. Prefer to encourage "the" people, using subjective approach. Performers wish to remain equal with each other and to find other sources of welfare. These two qualities interact among themselves by the principle of synergism, strengthening each other. For a way out the author suggests to exercise will and the power, and also an experiment which results will convince of need of implementation of offers on reforming of a health care system.

Keywords: reforming, functional and structural systems, end result of medical production.

References.

1. Antonenkov Yu. E. Routing as a solution of medical and social problems of cardiovascular health of the population of a separate subject of the Russian Federation / Yu. E. Antonenkov // Symbol of science. – 2016. – № 2, Part 3. – P. 154–156.

2. Kapitonenko N. Ah. Assessment of the quality of services provided by medical organizations / Kapitonenko N. Ah. Lemeshchenko O. V., Sysoev Yu. V. // Bulletin of public health and health of the Far East of Russia. 2015. № 4 (21). P.3.

3. Dontsov V. G. Formation and rational use of resources of health care institutions / V. G. Dontsov // Modern technologies in health care and medicine : sat.nauch. Tr. – Voronezh, 2000. – P.328.

4. Dontsov V. G. Forensic operation / V. G. Dontsov. – Voronezh : Origins, 2014. 160 p.

5. Lisitsyn Yu. P. Public health and healthcare : textbook. – 2nd ed. / Yu. P. Lisitsyn. – Moscow : GEOTAR-Media, 2009. – 512 p.

6. Danilova L. V. Increase of efficiency of management of the medical institution using medical information systems / Danilova L. V., him, S. B. // Doctor-graduate student. 2016. Vol. 74. No. 1.1. P. 156-161.

7. Sushchenko A.V. Experience of implementation of the all-Russian program on training of the managers responsible for financial and economic activity of the medical organizations in VSMU. N. N. Burdenko / Sushchenko, A. V., Kosolapov V. P., Chaikin N. N. // Scientific-medical Bulletin of Central black earth region. 2017. No. 68. P. 145-154..

8. Ozhegov S. I. Dictionary of Russian language: Approx 53000 words / S. I. Ozhegov; Under the General editorship of Professor L. I. Skvortsova. – 24-ed. ISPR. – M.: LLC "Publishing house "ONYX 21 century": LLC "Publishing house "World and education", 2004. – 1200 p.

9. Ulumbekova G. E. Health Care Of Russia. What to do / G. E. Ulumbekova. – 2nd ed. – Moscow: GALTAR-Media, 2015. – 704 p.

Сведения об авторах: Донцов Владимир Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, кафедра общественного здоровья, здравоохранения, гигиены и эпидемиологии ИДПО, donczov50@inbox.ru