

# **Особенности формирования инновационных механизмов в российском здравоохранении**

Б. В. Сазонов

## **1. Откуда пошло инновационное общество**

Инновационное движение в производственной сфере начиналось после II Мировой войны как новая политика фирм, работающих на массовый потребительский рынок. Острая конкурентная борьба на насыщенных рынках сбыта, падение нормы прибыли при росте основной части капитала привели «пионеров капитализма» к смене стратегии — не толкаться на одном и том же рынке одних и тех же товаров, а расширять его за счет постоянного обновления продукции, создавая тем самым постоянно новых потребителей и новые потребности. Не только искать покупателя своей продукции, но на шаг опережать его потребности, предлагая новые возможности для его деятельности.

Для этого пришлось сконструировать новую модель организации производственно-экономических процессов. Это было сделано за счет построения системы так называемых «промышленных исследований» (Industrial Research (IR)). Традиционное отношение «научное открытие — его инженерное применение — появление образцов новых потребительских товаров — массовое производство новой продукции» было перевернуто. Исходной стала задача производить сменяющие друг друга товары с новыми потребительскими качествами и вменять эти товары потребителям, а в связи с этим постоянно перестраивать производство, а также поставить инженерные разработки и научные исследования в жесткую зависимость от требований все ускоряющейся динамики рынка-производства. Другими словами, во главе производства встал маркетинг как деятельность по определению и проектированию новых сегментов потребительского рынка, которые можно завоевать за счет выпуска новых изделий и формирования соответствующих потребностей у покупателя. И уже маркетинг диктует задачи всей производственной цепочке, включая научные исследования<sup>1</sup>. На схеме эти изменения можно выразить следующим образом (рис. 1).

---

<sup>1</sup> Сегодня все более сужается представление о «фундаментальных» исследованиях, которые, казалось бы, выпадают из интереса инновационных фирм-производителей и имеют

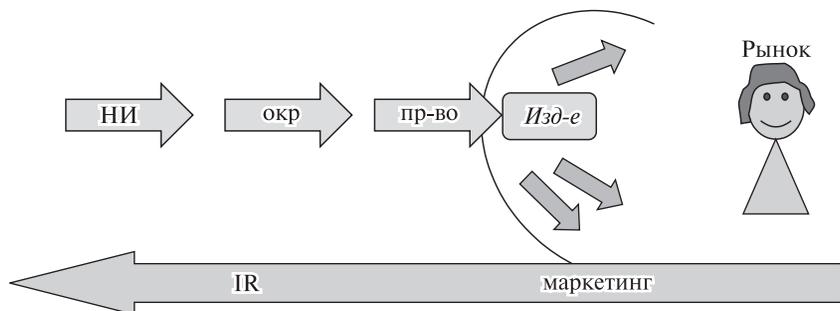


Рис. 1

Верхний ряд стрелок на рисунке изображает традиционную организацию выхода на рынок нового изделия (потребитель в этой модели является внешним элементом для системы, который может принять или не принять новшество). Множественность стрелок по отношению к «Изделию» изображает специфику инновационной рыночной стратегии, суть которой состоит в диверсификации продукции и проектного отношения к самому потребителю — формируется и рекламируется среда («образ жизни»), в которую попадает «развившийся» за счет новшества потребитель. Наконец, нижней стрелкой обозначена специфика инновационной организации производственной деятельности, исходной точкой которой являются задачи, выявляемые в ходе маркетинговых исследований, реализуемые далее посредством системы Industrial Research (IR). Инновационной является вся эта система в целом.

Наглядным результатом такой организации деятельности фирм стало то, что срок от инженерного изобретения до появления нового товара сократился с 20–30 лет до года и менее, а некоторые товарные группы, такие как электроника, обновляются не менее двух раз в год.

В принципе, меняется представление о результате производственной деятельности. В до-инновационную, если так можно сказать, эпоху производство ставило целью выпуск определенного изделия или группы изделий. Изделие также могло быть новым (инновацией) по отношению к существующим, и выпуск его сопровождался соответствующим инновационным проектом. Отойдя от такого представления, инновационный подход в основание положил процесс перманентного инновационного обновления продукции, который изображается в схеме жизненного цикла (рис. 2).

Суть ее в том, что каждое новое изделие проектируется и проживает стадии *старта*, когда оно еще не приносит прибыли, *быстрого роста*, во время которого происходит завоевание рынка и получение основной массы

---

лишь абстрактный научный интерес. По мере развития инновационной организации деятельности и они начинают втягиваться в орбиту инновационных процессов.

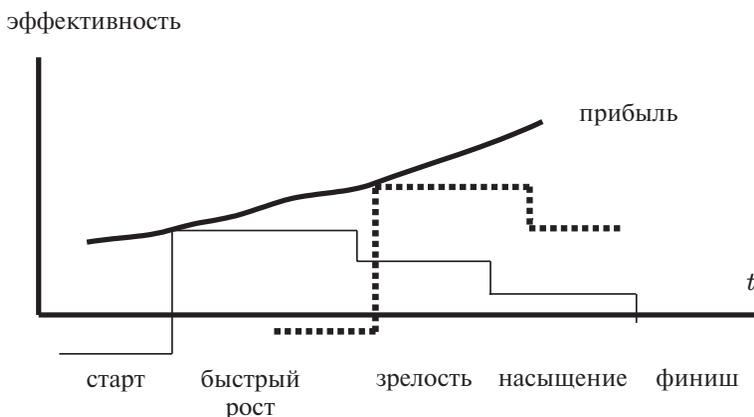


Рис. 2

прибыли, *зрелости*, когда сохраняется спрос на это изделие, но руководство фирмы уже начало сознательно вытеснять его ради нового изделия с новыми качествами и нового потребителя с «более развитыми» потребностями, *насыщения*, достаточно искусственного и вызванного массовым появлением нового изделия, и, наконец, стадия *финиша*, когда заканчивается жизнь изделия. Жизненный цикл каждого нового изделия, как видно на схеме, накладывается на жизненный цикл старого таким образом, чтобы в результате имел место постоянный роста инновационного потенциала и прибыли.

Таким образом, надо говорить об инновационной деятельности и ее организации, в которой проекты по выпуску какой-то новой продукции являются лишь элементом, но далеко не исчерпывают инновационной политики фирм на рынке. С этой точки зрения новации в виде новой продукции и инновационных, как теперь сказали бы, проектов, которые выставлялись на ВДНХ СССР — Выставке достижений народного хозяйства, не говорят еще о том, что в СССР имела место инновационная деятельность<sup>2</sup>.

Важно, что передовые государства (прежде всего США, а затем Япония и Западная Европа) законодательно, налоговыми мерами, прямой финансовой и организационной помощью всемерно поддерживали агрессивную инновационную стратегию своих национальных фирм как внутри страны, так и на мировых рынках.

<sup>2</sup> Современные выставки инновационных проектов продолжают, к сожалению, советскую традицию пропаганды новых изделий, а не способности отечественных фирм работать на потребителя, производить новую продукцию и тем самым осваивать новые рынки.

Надо помнить, что при отработке механизмов государственной поддержки национального инновационного потенциала наметились и продолжают оставаться нерешенные проблемы. Одна из них связана с государственным финансированием научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ. Известно, что инвесторы тем менее охотно вкладывают деньги в создание инновации, чем далее текущий инновационный этап отстоит от выхода на рынок, поскольку на порядки возрастает риск не вернуть даже свои деньги (из ста научно-технических идей и первоначальных инновационных проектов прибыльными оказываются лишь два-три). Поэтому государство начинает финансировать те НИР и ОКР, которые обладают, как представляется, хорошими инновационными и рыночными перспективами. Предполагается, к тому же, что выполнившие работы организации — прежде всего это предприятия малого бизнеса — смогут продолжить начатое вместе более крупными фирмами, которые заинтересуются сделанным. Однако патентная открытость этих разработок, выполненных на бюджетные средства, их доступность для многих фирм, т. е. невозможность какой-то фирме сохранить их как собственное ноу-хау с тем, чтобы в конечном счете опередить конкурентов на рынке, приводит к тому, что эффект государственной помощи резко падает.

Все суперсовременные социально-экономические реалии Западного мира являются, фактически, порождением инновационной политики фирм на рынке, поддержанной государством. Это маркетинг как краеугольный камень успеха фирм на рынке и одновременно директива модернизировать производственно-технологические процессы за счет НИОКР, это стратегическое управление по целям (конечным результатам) и по точкам роста (инновационным прорывам), это постоянная модернизация систем административного и корпоративного управления, это развитие информационных технологий, это, наконец, особое внимание к «человеческому фактору» — творцу, носителю и двигателю инновации (поддержка малого бизнеса, автономизация подразделений корпораций в виде центров прибыли, децентрализация управления и многое другое).

Относительно малого бизнеса надо сказать особо, поскольку часто забывают о причинах и механизмах, его порождающих, а потому терпят неудачу в попытках создать его и получить ожидаемый социально-экономический успех. Банальностью стал тезис о том, что малый бизнес инновативен, что он позволяет людям с предпринимательской жилкой и инноваторам в науке и практике реализовать себя, что поддержка малого бизнеса ведет к появлению новых рабочих мест и дает дополнительные налоговые доходы бюджету. Однако надо помнить, что малый бизнес является прежде всего производным элементом в пространстве инновационно организованной

деятельности, лидерами которой являются крупные фирмы. Наиболее значимая для инновационных процессов часть малого бизнеса порождена именно производственными и НИОКР задачами, а не торговым бизнесом, как это случилось в нашей стране. Схематично это выглядит следующим образом. Система ИР, по ряду параметров близкая отечественным НПО, предполагает подключение развитого научного и опытно-конструкторского обслуживания к инновационно ориентированному производству. Разнообразие задач НИОКР может приводить к относительной избыточности соответствующих подразделений, к тому же не полностью загруженных производственными задачами фирмы. В данных подразделениях также появляются новые идеи, которые обладают инновационным потенциалом, однако не имеют прямого отношения к деятельности фирмы и не могут быть ею утилизированы. В связи с этим, фирме оказывается выгодным обособить часть таких подразделений, возложив на них решение своих задач и дав возможность заниматься посторонней, с ее точки зрения, работой. Материнская фирма может участвовать в финансировании деятельности отпочковавшейся малой фирмы, держать ее в зоне своего влияния, обеспечивая стабильными заказами и, возможно, покупать другие результаты ее работы. Малая фирма имеет меньшие накладные расходы, она динамична за счет малой формализации, ее члены с большим энтузиазмом занимаются делом, а ее крах не сказывается серьезно на материнской фирме. Подобные малые фирмы образуют сеть или «ткань», специфическую инфраструктуру, которая позволяет эффективно и оперативно работать крупным фирмам, дополняя ее собственные подразделения. Таким образом, малый бизнес является продолжением и элементом инновационной деятельности крупных фирм, а государство при этом поддерживает малый бизнес, в том числе за его другие позитивные социально-экономические черты. Государственная поддержка малого бизнеса как такового, без понимания того, в какие производственные структуры он вписан, оказывается мало результативной как для малых фирм и для государства, так и для развития инновационной деятельности в стране.

Для нашего исследования важно также отметить, что инновационный подход к организации производства создал общество «массового потребления». В светскую эпоху этому понятию придали негативный оттенок, не очень понимая суть дела. Если в свое время многие рыночные производители ориентировались на состоятельного покупателя, то в связи с задачей постоянного воссоздания и увеличения числа новых покупателей инновационные фирмы сделали ставку на массового покупателя, на формирование его потребностей. Массовый потребитель в виде растущего среднего класса тем самым был включен в гонку расширяющегося и обновляющегося товарного потока.

## **2. Проигрыш советской экономической системы в конкуренции с инновационной рыночной экономикой**

В определенной мере централизованная социалистическая система хозяйствования предвосхитила элементы инновационного механизма развития. Еще до Отечественной войны формируются крупные научно-производственные объединения (НПО), в которых соединены научные исследования, опытные конструкторско-технологические разработки и производственные ресурсы. В эту систему интегрировались отраслевые академии наук, работающие в том числе по прямым заказам производства, прежде всего военного.

Однако при этом отсутствовали главные факторы, обусловивший переход к инновационной стратегии западных фирм — жесткая рыночная конкуренция производителей на массовом потребительском рынке, проблемы удержания доли рынка и падения нормы прибыли в условиях роста технической вооруженности производства. В рамках плановой экономики, в частности, планового распределения всего и вся, советские предприятия, производившие продукцию массового спроса, поддерживали выгодную для себя ситуацию тотального потребительского дефицита и не были заинтересованы не только в инновационной деятельности, но даже в росте производительности труда и в повышении качества продукции. (Рост производительности для предприятия оборачивался увеличением плана выпуска продукции, а административное подстегивание этого роста за счет превентивного увеличения плановых показателей приводило к падению качества продукции, на что все менее обращали внимание как производители, так и контролирующие органы.) В этой ситуации многочисленные открытия и изобретения в области НИОКР не имели спроса со стороны промышленности и нуждались в особых усилиях по их «внедрению».

При этом не надо переоценивать мощь и качество отечественных НИОКР в структуре советских НПО. В значительной части конструкторы и работающие в связке с ними ученые были заняты тем, что занимались копированием западных «образцов», разбирая их на части, расшифровывая патенты (благо, внутри страны не действовали международные законы по защите авторских прав) или занимаясь техническим шпионажем.

Важная часть отечественной продукции все же оказывалась в конкурентной ситуации, прямо или косвенно выходя на внешние рынки. Речь идет о вооружениях, которые должны были быть конкурентоспособны как на торговых рынках, так и в ситуациях военных конфликтов. Но, в отличие от Запада, все многопоколенные инновации в этой области осуществлялись

вне экономических соображений по поводу нормы прибыли и прибыли вообще. (Именно поэтому таким тяжелым оказалась конверсия ВПК, его выход на рынок гражданской продукции с, казалось бы, готовыми изделиями двойного назначения.) Достижения в этой области были получены за счет экстенсивных методов, истощающих совокупные ресурсы страны, как людские, так и материальные, экологические и иные. Об этом свидетельствуют в том числе такие цифры: каждый четвертый инженер в мире был советским, также как и ученый и врач. Мы первенствовали по числу изобретений и рационализаторских предложений, однако не могли выйти на мировые рынки с высокотехнологичной наукоемкой продукцией, торгуя все тем же сырьем. Даже военная продукция в основном отдавалась даром странам третьего мира по политическим соображениям.

Экстенсивный характер советского народного хозяйства не был случаен, но обуславливался организационной моделью построения, вполне осознанно заложенной творцами так называемой социалистической экономики. Одним из главных в этой модели был принцип конвейерной организации производства.

Складывание системы производства в нашей стране происходило тогда, когда не стоял вопрос, что производить. Важно было произвести известные виды продукции: «ситчик... комсомолкам», 100 тыс. тракторов деревне, чтобы она пошла за большевиками, миллионы киловатт-часов электроэнергии, которые, наряду с советской властью, должны обеспечить победу коммунизма, и т. д. Причем надлежало сделать это быстро, экономно и эффективно, демонстрируя новые принципы хозяйствования. В качестве модели была принята схема конвейера с его идеальной — с технической и управленческой точек зрения — организацией труда: «изделия» (трактора, жилые дома, лечебные учреждения, бытовые электроприборы) разбиваются на части (элементы), и отдельные «заготовительные» цеха изготавливают элементы, с тем, чтобы собрать далее то или иное целое. И если на Западе конвейерная организация производства ограничивалась рамками отдельных фирм, а капиталистическое производство в целом продолжало жить по «стихийным», с социалистической точки зрения, законам рынка, то при нашей централизации управления всё народное хозяйство было построено по конвейерному принципу.

Развитие в конвейерной системе возможно за счет двух механизмов. Во-первых, можно совершенствовать каждый элемент и тем самым изделие в целом, но лишь только в той мере, в какой это не потребует серьезных изменений соседних элементов и не повлияет на работу всего конвейера. Радикальное же новшество в сложившейся конвейерной системе невозможно. Тем не менее, во-вторых, радикальное новшество все же может появиться за счет выстраивания рядом со старыми новой конвейер-

ной «нитки» в комплекте с ее сервисом (так создавались ракеты, ядерное оружие и т. п.). Этот экстенсивный способ роста предполагает возможность черпать откуда-то ресурсы на создание новых конвейерных «ниток». Реально средства черпались за счет других хозяйственных подсистем, прежде всего деревни, и беспощадной эксплуатации природных и экологических ресурсов.

Неизбежный характер такой поликонвейерной системы — относительная автономность каждого конвейера, феномен так называемой ведомственной разобщенности и натурализации хозяйства каждого из них. Поскольку самыми сложными оказывались межконвейерные связи, каждый конвейер обрастал всем необходимым для себя сервисом по законам натурального хозяйства. В итоге формировалась затратная система с многократным дублированием продуктивной деятельности, способная к экстенсивному росту, в которой если что-то и развивалось, то за счет истощения своих других частей.

До определенного момента советская система не только конкурировала с Западом, а и местами обходила его, поскольку позволяла принудительно концентрировать усилия всей системы на отдельных частях, перераспределять ресурсы в ее пользу. Именно этот механизм позволил стране выиграть Великую Отечественную войну.

Но эта принудительно-распределительная система прямого «управления» с ее частичными улучшениями и самоуничтожением собственных частей ради решения приоритетных задач не смогла выдержать конкуренцию с таким мощным «взрывным» механизмом развития, как инновационное поведение свободных производителей, поддержанное системой государственного регулирования и финансирования. С системой, в которой множество самых разных субъектов экономической, а по сути дела социально-экономической деятельности исповедуют общую стратегию развития и — при всей их разнородности и конкурентности — работают друг на друга.

### **3. Российское здравоохранение: смена моделей развития<sup>3</sup>**

Модель инновационного развития появилась и была обкатана среди западных фирм, работающих на плотных, высоко конкурентных рынках, где производитель сталкивался с массовым потребителем, на чье поведение

---

<sup>3</sup> Мы рассматриваем только последний советский период, хотя он, конечно, сохраняет определенные черты прошлого, в том числе дореволюционного развития (городского и земского здравоохранения). Оставляем в стороне и процессы, связанные с развитием хирургии в годы Отечественной войны и послевоенный период.

(на формирование новых потребностей) он мог влиять посредством выпуска новой продукции. Предметом инновационного освоения стали прежде всего технические изделия с открытым потенциалом развития, который реализовывался посредством программно организуемых научно-исследовательских и конструкторско-технологических разработок. Новые потребности, с этой точки зрения, находятся не у потребителя, а лежат на кульмане озадаченного маркетологом проектировщика, который их и формирует. Инновационная стратегия особенно эффективна, когда она нацелена не только и не столько на создание отдельных новых технических изделий и услуг, сколько на появление новых областей деятельности, в рамках которых возможны поколения и пакеты нововведений, организуемые по схеме жизненных циклов. Наиболее демонстративным с этой точки зрения является разнообразный и обширный рынок электроники.

Однако в процессе тотальной экспансии инновационного подхода может потребоваться определенная модификация этой генеральной модели, вызванная спецификой той предметной области, на которую данный подход распространяется. Одной из этих областей является здравоохранение. Игнорирование этих особенностей может крайне отрицательно сказаться на развитии современного отечественного здравоохранения.

Признано, что для того, чтобы выйти на современный уровень и удерживать его, чтобы быть конкурентоспособным на открытом, глобальном, по сути дела, рынке отечественное здравоохранение должно освоить инновационные механизмы развития. При этом известно, что советское здравоохранение имело огромный кадровый потенциал и систему его подготовки, разветвленную сеть обслуживания населения, мощные научные и конструкторские структуры, производственную базу. Нельзя сказать, что эта мегасистема не развивалась как высокотехнологичная — достаточно напомнить о биомедицинских технологиях, связанных, в частности, с трансплантологией и созданием искусственных органов.

И, тем не менее, эта, выросшая на социалистической почве, форма организации развития оказывается слабо конкурентной по отношению к системе, где главенствуют инновационные механизмы. Что же специфического в инновационных механизмах по сравнению со сложившимися отечественными оргформами развития? Что должно быть сохранено и подержано в новых условиях? Каким образом сочетаются старое и новое?

В советском здравоохранении работали как минимум три модели, частично автономные, а частично тесно переплетенные и имеющие общие элементы.

Первая из моделей — опять же способная к совершенствованию конвейерная организация массового здравоохранения и медицинского обслу-

живания как одной из подсистем территориального обслуживания населения. Она предполагает четкое нормативное представление об устройстве многоярусной и разветвленной системы обслуживания в виде консультаций, поликлиник, больниц, родильных домов, станций скорой помощи, а также санитарного и эпидемиологического надзора, курортного обслуживания. В этой модели присутствуют нормативы или стандарты на перечень услуг, на необходимое для этого оборудование, на количество врачей, поликлинических мест и коек на каждую тысячу жителей. Выпуск необходимого по стандартам диагностического и иного оборудования, инструментов, медицинской мебели обеспечивался соответствующими производственными мощностями, за которыми должны были стоять и стояли структуры НИОКР. В принципе, в этой модели не возникало каких-либо концептуальных проблем по поводу технического обеспечения дифференцированной сети медицинских учреждений, поскольку присутствовала общая для советской системы ориентация на «передовые западные образцы», которые в том числе закупались за рубежом и которые воспроизводились отечественными разработчиками.

Как уже было сказано, деятельность этой системы обслуживания, особенно в части НИОКР, нельзя понять, если не обратиться ко второй и третьей, также широко представленным моделям медицинского обслуживания, каждая из которых обладает специфическими механизмами развития.

Схематично вторая модель может быть изображена следующим образом (рис. 3).

В этой модели отражена специфика постановки и решения проблем в медицине, которая позволяет ей динамично двигаться вперед до появления инновационных рыночных механизмов. Это движение имеет внерыночную природу и частично напоминает механизм (само)развития прикладной эмпирической науки. Центральной частью в этой модели является субъект-субъектное отношение между врачом и пациентом — человеком, у которого имеются отклонения от нормы (идеального «здорового человека») и который с помощью врача пытается вернуться к этой норме. Однако стандартной является ситуация (так при «хронических заболеваниях»), когда действия врача только частично, а то и вовсе не достигают цели, к тому же порождая новые проблемы. Другими словами, здесь не надо, как при инновационном способе развития технических изделий, заниматься непрерывным проектированием нового потребителя с его потребностью купить новый товар — врач своими усилиями постоянно воспроизводит больного, который сам ищет пути к врачу. Именно поэтому в этой области, как ни в какой другой, такое количество шарлатанов, играющих на человеческих страданиях. Но, тем не менее, в наш рациональный век магистральная линия развития здравоохранения связала себя

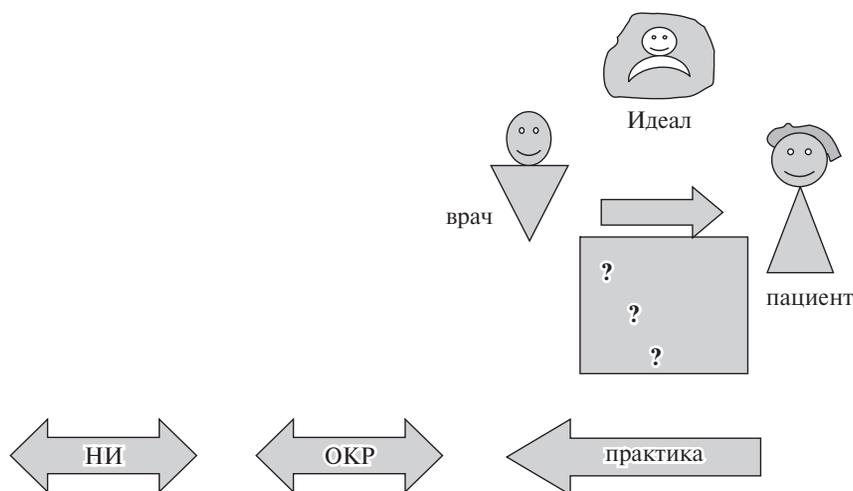


Рис. 3

с фундаментальной и прикладной наукой, с инженерными и технологическими разработками, по отношению к которым медицинская практика выступает в качестве экспериментальной площадки и испытательного полигона.

Особенности развития медицинской сферы подмечены отечественными специалистами по маркетингу: «Маркетинг медицинской техники имеет ряд особенностей, отличающих его от маркетинга других типов товаров или услуг:

- Фактическим потребителем медицинской техники являются медицинские учреждения.
- Технику эксплуатируют квалифицированные специалисты; необходимость закупки скорее определяется врачами, решение о закупке обычно принимается третьими лицами.
- Конечным и главным потребителем являются пациенты, получающие медицинские услуги. Исследование именно их нужд и потребностей — фундаментальная задача маркетинга медицинской техники.
- Ценность медицинской услуги для потребителя практически невозможно измерить в денежном эквиваленте.
- Большинство медицинских заведений централизованно подчинено государственным структурам, и закупки техники также производятся централизованно.
- Для коммерческих медицинских структур современная техника важна не только как инструмент повышения качества обслуживания,

но и как фактор в конкурентной борьбе. Эта тенденция постепенно распространяется и на государственные заведения.

- Медицинская техника обычно весьма сложна, и ее эксплуатация часто связана с риском для пациента»<sup>4</sup>.

Как мы видим, современные архитекторы рынка, стоящие на проектных позициях по отношению к потребителю, в медицинской области центральное место отводят отношению «врач — пациент», где активная, субъектная роль принадлежит как врачу, так и пациенту, для которого медицинские услуги обладают особой ценностью<sup>5</sup>. Это отношение сложилось задолго до какого-либо рынка, а его конкретная форма, в частности, субъектность пациента, характер его влияния пациента на медицинский сервис и организация медицинской помощи, определяется конкретной исторической ситуацией.

С этой точки зрения уникальные возможности для пациента влиять на медицинскую сферу возникли в советской системе. Предпосылкой такой модели послужило формирование, наряду с территориальной, ведомственной организации медицинского обслуживания. Как мы уже отметили, ведомственность, т. е. множественность производственных конвейеров с их натуральными хозяевами, была универсальной организационной чертой советской системы. В натуральное хозяйство входили не только собственно производственные службы, а и весь социальный сервис, в том числе и медицинское обслуживание. Новые промышленные города были, по сути дела, набором заводских районов, и чем весомее в государственной иерархии было предприятие, тем более мощным оказывался его социальный сервис<sup>6</sup>. Медсанчасти, заводские поликлиники, больницы, санатории фактически превосходили совокупную территориальную сеть. Еще более мощные медицинские сети создали руководящие ведомственные структуры — партийные и советских (знаменитое Четвертое Главное управление при МЗ СССР), военные и различные силовые министерства, полувоенное железнодорожное ведомство и др.

Замечательной чертой ведомственных медицинских структур было, во-первых, то, что главным предметом их забот были персоналии — высшая

---

<sup>4</sup> Акопов В. С., Кокуева Ж. М., Шукин С. И. Применение маркетинга в области био- и медицинской техники // Маркетинг в России и за рубежом. 2000. № 5.

<sup>5</sup> В системе массового здравоохранения как одной из подсистем общественного обслуживания населения человек выступает объектом услуги, что бы там ни говорилось о гуманитарной миссии врача. В советской системе население рассматривалось прежде всего в качестве кадрового потенциала для решения различных государственных задач.

<sup>6</sup> В монопроизводственных городах территориальное обслуживание было полностью вытеснено ведомственным. Показательным примером является Норильск. Но то же самое было даже в подмосковном Троицке.

ведомственная номенклатура. При этом, чем более старела советская элита, тем больше внимания она уделяла собственному здоровью и соответствующей системе медицинского обслуживания. Академик Е. И. Чазов, многолетний глава Четвертого Главного управления, создатель и руководитель Всесоюзного научного кардиологического центра РАМН — Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России, пишет о своем назначении в 1967 г. на пост главы Четвертого управления, в котором последней утверждающей инстанцией был Генсек ЦК КПСС: «Брежнев вспоминал, как перенес во время работы в Кишиневе тяжелый инфаркт миокарда, как в 1957 году, накануне Пленума ЦК КПСС, на котором были разгромлены Маленков, Молотов и Каганович, он попал в больницу с микроинфарктом и все же пошел на пленум спасать Хрущева. Вспоминали старую „Кремлевку“, где он лечился и где я работал в 1957 году. Брежнев резко высказывался в отношении состояния работы этого управления. „Вы тот человек, с новыми мыслями, который нам нужен. Надо создать показательную систему, привлечь лучшие силы, взять на вооружение все лучшее, что есть в мировой медицине“»<sup>7</sup>.

Во-вторых, как понятно уже из слов Л. Брежнева, эта номенклатура могла себе позволить направлять сколь угодно большие государственные ресурсы на собственное обслуживание. Е. Чазов продолжает вспоминать: «В моей жизни было много событий, но открытие кардиологического центра как памятника моему поколению значило для меня не меньше, чем присуждение Ленинской премии за научные разработки. Созданием такого центра (в 1976 г.) наша медицина обязана Алексею Николаевичу Косыгину, который, увидев в первичном плане распределения денег суббюджета 5 млн рублей на строительство центра, сказал: „Что вы хотите строить — учреждение самого высокого архитектурного и медицинского уровня или очередную поликлинику? Не забываете, вы строите международный центр кардиологической науки“»<sup>8</sup>. Сказанного Председателем Совмина СССР было достаточно, чтобы в итоге «в принятом постановлении создавался не только центр, а целая система кардиологической помощи с созданием

---

<sup>7</sup> Известно, что Н. С. Хрущев, как человек достаточно здоровый, недолюбливал медицину. И даже после удаления Б. В. Перовским желчного пузыря Н. П. Хрущевой это отношение не поменялось — при нем на медицину выделялось средств столь же мало, сколь и при Сталине.

<sup>8</sup> Для понимания ситуации приведем слова другого выдающегося организатора советской медицины — Б. В. Петровского: «По долгу службы и как министр я должен был иметь дело с А. Н. Косыгиным, властолюбивым, умным и жестким человеком. А тут еще у него после операции по поводу запущенного рака умерла жена. Оперировал ее прекрасный хирург — В. С. Маят, но ничего нельзя было сделать. А. Н. Косыгин очень любил жену и глубоко страдал после ее смерти. Но хирург — не Бог. Косыгин тогда в гневе обвинял медицину и врачей» (Петровский Борис Васильевич. Международный объединенный биографический центр. [www.biograf.ru](http://www.biograf.ru)).

институтов кардиологии в республиках. (Очевидно, что на это пошли деньги не только субботника. — *Б. С.*) Они были построены в Санкт-Петербурге, Киеве, Минске, Кишиневе, Бишкеке, Тбилиси, Баку, Ереване, Саратове, начато строительство в Ташкенте, Алма-Ате. Были созданы два наших филиала в Сибири — Томске и Тюмени, превратившиеся в дальнейшем в крупнейшие кардиологические центры»<sup>9</sup>.

Биографы Е. И. Чазова пишут: «Период в истории медицины, когда во главе управления стоял Е. И. Чазов, характеризовался существенным увеличением объема лечебной базы, широким внедрением профилактических мероприятий, совершенствованием специализированной помощи, развитием научных основ организации работы учреждений лечебно-профилактической помощи. Этому способствовало строительство целой сети новых уникальных клиничко-поликлинических и санаторных комплексов, таких, как Объединенная больница с поликлиникой, новый корпус поликлиники (Сивцев Вражек), санатории „Волжский утес“, „Подмосковье“, „Загорские дали“, „Москва“, „Белые ночи“, „Решма“, „Имени С. М. Кирова“ в Пятигорске, „Ай-Даниль“ и „Морской прибор“ в Крыму и многие другие, дом отдыха „Валдай“, создание Центра реабилитации, дальнейшее развитие основного стационарного комплекса Центральной клинической больницы и других объектов здравоохранения. Успешное решение поставленных перед управлением задач во многом определялось прогрессивным развитием профилактического направления в деятельности поликлинических учреждений, эффективным использованием методов восстановления и реабилитации в практической работе стационаров и здравниц управления»<sup>10</sup>.

Вряд ли нужно доказывать, что все эти уникальные комплексы не входили в сети общественного обслуживания населения и существенно отличались от ее учреждений. Е. И. Чазов вспоминает 1987 г., когда по настоянию М. С. Горбачева решением Политбюро он был назначен министром здравоохранения СССР: «С большой неохотой я шел в министерство, где все, начиная с грязного входа и коридоров, казалось мне чужим. Но это была мелочь по сравнению с теми вопросами, которые стояли перед министерством, — низкая зарплата, плохая материально-техническая база, недостаточная квалификация значительной части врачей, отсутствие четкой идеологии совершенствования финансовой, профилактической и лечебной деятельности. Я понимал, в какую непростую ситуацию попал. Положение министра было не выше (если не ниже) положения руководителя медицинской службы Кремля, который подчинялся Генеральному

---

<sup>9</sup> Чазов Евгений Иванович. Международный объединенный биографический центр. [www.biograf.ru](http://www.biograf.ru)

<sup>10</sup> Там же.

секретарю ЦК КПСС и отчитывался только перед ним. Многие из моих коллег с ехидством ожидали, как провалится на новом месте хваленый академик. Здравоохранение страны — это не 4-е Главное управление, обладающее колоссальными правами и многочисленными льготами»<sup>11</sup>.

Похожий разговор состоялся в другое время между другим Генсеком и другим кандидатом на пост министра здравоохранения: «С сентября 1965 г. по декабрь 1980 г. я возглавлял Министерство здравоохранения СССР. Перед назначением на пост министра состоялась встреча с Генеральным секретарем ЦК КПСС Л. И. Брежневым. Во время беседы мы в основном обсуждали проблемы советского здравоохранения. Собственно, он задавал мне вопросы о работе, хирургии, недостатках в системе здравоохранения, научных проблемах и т. д. Я отвечал. Особенно подробно Л. И. Брежнев требовал осветить наши трудности. Я отметил низкий уровень материальной базы здравоохранения, больниц, поликлиник. Подчеркнул, что мы очень страдаем от отсутствия нужной аппаратуры и медикаментов, в связи с чем подчас очень сложно оперировать, трудно предупреждать инфекционные осложнения. Говорил я и о трудностях Академии медицинских наук... В конце беседы Леонид Ильич заявил: „Вот мы и хотим, чтобы Вы взяли руководство нашей медициной в свои руки и применили в этом деле большой опыт мирного и военного здравоохранения“»<sup>12</sup>. Легко заметить, что с 1967 по 1987 г. реальная ситуация в общественном здравоохранении мало изменилась, хотя силами созданного в 1968 г. Гипроздора были разработаны многочисленные проекты различных сооружений общественного здравоохранения. Ведомственная же система, и в частности Четвертое управление, прибавила радикально.

Для нашей темы — механизмы развития в сфере отечественной медицины и перспективы инновационного подхода — важна, однако, не грязь и даже не плохая материально-техническая база и недостаточная квалификация значительной части врачей в системе общественного массового медицинского обслуживания. Элитарную ведомственную систему отличают от нее организационное строение, установка на инновации и способность к развитию.

В сложившейся к концу советской эпохи элитарной ведомственной системе здравоохранения возростали требования к качеству и результату

---

<sup>11</sup> Чазов Евгений Иванович. Международный объединенный биографический центр. [www.biograf.ru](http://www.biograf.ru)

<sup>12</sup> Петровский Борис Васильевич. [www.biograf.ru](http://www.biograf.ru). О бедственном положении отечественной медицины Б. Петровский говорил и с К. Черненко в конце 1970-х гг. Об этом стоит знать тем, кто вспоминает о высокой оценке советской медицины со стороны ВОЗ. Но дело в том, что ВОЗ положительно оценила бесплатность и общедоступность советской медицины, а также качество ее системного проекта, а не самой действующей системы.

лечебного процесса со стороны VIP-клиентов, чьи претензии могли находиться на грани и за гранью возможностей современной медицины. (Достаточно вспомнить фигуры Л. Брежнева, Ю. Андропова и К. Черненко. Хотя первым таким клиентом было тело В. И. Ленина и уникальная задача сохранить его в веках, которая сегодня критикуется, исходя из экономических соображений.) Именно здесь перманентно возникающие проблемы здоровья пациента становятся главной силой прогресса в отечественной медицине. И, как правильно отметил Л. И. Брежнев, для этого пришлось «привлечь лучшие силы, взять на вооружение все лучшее, что есть в мировой медицине». Самым простым было закупать лучшие препараты, лучшее медицинское оборудование для диагностики и лечения в отечественные элитарные клиники, быть на уровне последних открытий. (Лечение советских лидеров в зарубежных клиниках по политическим мотивам практически исключалось. Зато власть поощряла как профессиональные, так и широкие общественные контакты ведущих медиков страны, обслуживающих элиту, с ведущими, прежде всего американскими специалистами. В итоге лидеры стран социализма и многих стран третьего мира лечились и умирали в Советском Союзе.) Но даже лучшая зарубежная медицина оставляет большое проблемное поле в лечении этой клиентуры, а потому в советской медицине усиленно развивается собственная область научных исследований и разработок. Ведутся они в ведомственных клиниках, которые совмещают лечебную практику с научно-исследовательскими работами<sup>13</sup>. Однако эти учреждения, также относительно замкнутые натуральные хозяйства, не могут охватить всего круга научных проблем. Поэтому на определенном этапе в дополнение к ведомственной сети интенсивно развивается система специализированных центров, таких как Кардиоцентр Е. И. Чазова, Центр трансплантологии и искусственных органов В. И. Шумакова, Онкологический научный центр, в которых лечебная деятельность оказывается элементом, экспериментальной площадкой для исследовательских работ. Наряду с такими комплексными центрами разворачивается широкая сеть собственно исследовательских медицинских учреждений в системе Академии медицинских наук и Минздрава (многие учреждения находились в процессе постоянных трансформаций, в том числе меняя ведомственную принадлежность). В эти же процессы втягивается и «большая» Академия, работая на стыке медицины, биологии,

---

<sup>13</sup> Конечно, этот процесс не был крайне резким, фазовым. С самого начала привилегированные ведомственные клиники использовали зарубежный канал, а также вели научные исследования. Но с конца 1960-х гг. этот процесс из относительно стихийного стал важным элементом государственной политики в советской медицине. В принципе, данный процесс нуждается в дополнительном исследовании, которое охватило бы ведущие медицинские учреждения и показало динамику научных работ, источники оборудования, объемы финансирования и т. п.

биотехнологий, разрабатывая автоматизированные системы управления для медико-биологической техники.

При всей закономерности этого процесса для последней советской истории, огромный отпечаток на него наложили личности лидеров отечественной медицины. Конечно, вес министра здравоохранения, в чьем административном ведении находилось здоровье стареющих членов Политбюро, по определению был чрезвычайно высоким, и развитие отечественной медицины вряд ли пошло по другому пути. Но, тем не менее, всеми отмечается громадное позитивное воздействие фигуры Б. В. Петровского, хирурга от Бога и прекрасного организатора, который прежде всего исходил из интересов медицины, мыслил и действовал стратегически. Б. Петровский прекрасно осознавал источник своего влияния и сделал глубокие замечания о взаимосвязях власти и медицины<sup>14</sup>. Правда, он оставил вне анализа ту предельную степень влияния власти, и тем самым собственно, в условиях сверх централизованного государства. Не менее масштабными были и другие фигуры, определявшие развитие медицины, такие как Е. И. Чазов, В. И. Шумаков и многие-многие другие, которые, оставаясь ведущими практикующими врачами, совершенствуя эту практику и создавая школы, были одновременно выдающимися исследователями в науке и стратегами-организаторами здравоохранения.

Но как бы не было сильно влияние лидеров отечественной медицины на процессы ее развития, они не могли кардинально изменить базовые свойства социалистической системы хозяйствования, которые проявились в конструкции советской медицины. В связке «НИР — ОКР — производство» гипертрофированное развитие получила первая составляющая, значительно слабее оказалась промежуточная и, фактически, провальным оказалось производство — если сопоставлять уровень его продукции с зарубежным.

Для этого существуют определенные рыночные причины, связанные с ростом финансовых затрат и риском их не окупить по мере прохождения по цепочке от некоторой научной идеи до массового производства. По статистике считается, что при переходе от НИР к ОКР и далее к производству затраты возрастают каждый раз на порядок. Соответственно, возрастают и риски не окупить затраты, если новое изделие не найдет адекватного спроса<sup>15</sup>. Для советской нерыночной системы величина затрат — прежде

---

<sup>14</sup> Петровский Борис Васильевич. Международный объединенный биографический центр. [www.biograf.ru](http://www.biograf.ru)

<sup>15</sup> Сегодня с этой проблемой столкнулось московское правительство, которое, в рамках программы поддержки инноваций, находит достаточно большие средства для финансирования НИР, но уже не в силах профинансировать следующий этап — ОКР. Смотри по этому поводу выступление Д. И. Катаева на «Круглом столе», проведенном Комитетом

всего затрачиваемых материальных ресурсов, была, тем не менее, также существенна. По мере истощения ресурсов советской экономики в гонке вооружений на медицинскую отрасль выделялось все меньше средств, и это в первую очередь отражалось на капитальных вложениях<sup>16</sup>.

Однако в случае элитарных ведомственных учреждений широкое развитие ОКР, а затем и производственной составляющей был, в принципе, не очень существенно: оборудование для лечения и диагностики, а также проведения научных исследований могло закупаться за рубежом. Поэтому основные усилия, в том числе лидеров отечественной медицины, были направлены на исследовательскую составляющую, на науку. Ее гипертрофическое развитие при этом обуславливалось как минимум двумя причинами. Во-первых, каждая крупная ведомственная структура, будучи, как мы уже отмечали, во многом автономным натуральным хозяйством вынуждена была развивать у себя весь набор сервиса, в том числе и исследовательского. В результате возникал феномен дублирования научной деятельности, не ведущий к серьезной конкуренции по причине все той же ведомственной и внутриведомственной разобщенности. Во-вторых, оплата научного работника была жестко завязана на остепененность и не зависела от конкретных результатов его труда. Поэтому главной целью ученого было найти руководителя и диссертационную тему и успешно защититься. После защиты активность многих таких сотрудников резко падала. Руководители же множества научных школ и школок, одновременно являющиеся административной властью, были заинтересованы в увеличении числа научных сотрудников и руководства их защитами. В этой ситуации система и процессы научных исследований, в том числе их количественный рост, стали практически неуправляемыми. Достаточно сказать, что медицина занимала первое место по числу докторов наук (при относительно скромных успехах). А по проведенным в свое время экспертным оценкам, не менее половины научных сотрудников могли быть безболезненно уволены, освободив место и фонд зарплаты для действующих ученых.

Проблема ОКР и массового производства медицинских приборов и оборудования возникала в связи с задачей оснащения ими учреждений сети общественного здравоохранения<sup>17</sup>. Советская власть, называя себя властью

---

Государственной Думы по образованию и науке на тему: «Нормативное правовое обеспечение инновационной деятельности» (21 июня 2004 г.).

<sup>16</sup> Притом что текущие вложения делались крайне нерационально. Система отчетности и формирования фонда заработной платы приводили к раздуванию числа «койко-мест» в больницах, ничем практически не оснащенных, а также к увеличению сроков пребывания больного в стационаре.

<sup>17</sup> Своеобразная проблема встала также в связи с нехваткой приборов и оборудования для научных исследований. Разросшаяся наука требовала их все больше, а в результате к зарубежной продукции получали доступ наиболее приближенные к администрации, которые и делали карьеру в науке, используя свое монопольное положение.

для народа, не могла игнорировать отсталость массовой медицины на фоне отдельных ведомственных успехов. Идя по стандартному пути создания новой «конвейерной линии», правительство Союза принимает в 1967 г. решение создать для производства медицинской аппаратуры и инструментов отдельную отрасль промышленности под эгидой Министерства медицинской техники. Для этого, в том числе в рамках Министерства, было создана крупная структура, которая должна была вести как собственные ОКР, так и курировать подобные разработки и целый ряд связанных с ними вопросов в других организациях — Всесоюзный научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники (ВНИИИМТ). Но ни отдельное Министерство, а тем более отдельный Институт, не могли охватить всего круга технических изделий, а потому к решению этой задачи были вынуждены подключить другие министерства и ведомства, способные, казалось бы, справиться с нею — девятку ВПК и АН СССР, которая также, фактически, была завязана на оборону.

На этом шаге заканчивались преимущества медицины как сферы, обладающей специфическими («дополнительными») механизмами развития. Она попадала в машину советской организации производства. И даже если это производство осуществлялось в системе военного ведомства, которое худо-бедно работало на конкурентном рынке и могло внеэкономическими методами производить конкурентоспособную продукцию, то это не касалось медицинских изделий, поскольку изначально не предполагалось выходить с ними на международный рынок (в лучшем случае все замыкалось на СЭВ).

Можно выделить две основные схемы, по которым решалась задача технического вооружения медицинской отрасли. Во-первых, брался действительно передовой зарубежный образец («аналог») и прелagалось повторить его конструкцию с учетом отечественных спецификаций, элементной базы и технологий. Достаточно легко показать, что копии оказывались намного хуже аналогов, созданных в жесткой конкурентной борьбе в рамках инновационной организации производства. Но более того, даже эти опытные образцы, созданные на оборонных предприятиях с относительно высокой технологией, не могли быть технологически и по материалам воспроизведены на отечественных заводах, выпускающих массовую продукцию. К тому же, эти заводы выпуск каждой новой продукции воспринимали как бедствие, поскольку это требовало от них дополнительных усилий, увеличивало план и не сказывалось на доходах. Поэтому каждый раз возникала проблема внедрения выпуска новой продукции. Относительный интерес как ведомств, так и территорий вызывало строительство новых цехов и заводов за счет новых капвложений. Во-вторых, заказ на новую медицинскую технику шел со стороны науки — дейст-

вующей как в структуре медицинской, так и связанных с нею отраслей (так, по линии АН СССР). «Наука» формулировала ТЗ на разработки, получала соответствующее финансирование и выдавала заказ на НИОКР главным образом предприятиям ВПК (которые чаще всего обращались к зарубежным аналогам). Она же принимала разработки и, далее, фактически становилась ответственной за их внедрение в массовое производство со всеми вытекающими отсюда последствиями. В результате большое число таких разработок до сих пор находится в стенах этих учреждений, а выпускаемая в конце концов продукция неконкурентоспособна на мировых, а теперь и отечественных рынках<sup>18</sup>.

Наконец, назовем третью, наиболее традиционную модель развития медицины, которая базируется на системе медицинского образования.

Уже к началу XIX в. медицина от лечения болезней, классифицируемых, в стиле Линнея, по клиническим синдромам, перешла к анализу причин заболеваний через анатомические, физиологические, вирусологические, цитологические и другие исследования. Эти исследования, их методики и результаты, их приложения в лечебной практике стали предметом обучения студентов и, в последующем, тех, кто повышал свою квалификацию и претендовал на продвижение в профессиональной карьере. Еще в средневековых университетах с их неперменным медицинским факультетом сложилась традиция публичной защиты докторской степени, без чего в последствии нельзя было получить звание профессора. В России докторские степени в области медицины стали присуждать в конце XVIII в. по распоряжению Екатерины Великой. Крупнейшие учебные медицинские учреждения (подобные, скажем, современной ММА им. Сеченова, ранее — I Московский медицинский институт им. Сеченова, до того — медицинский факультет Московского университета) имели развитую систему лечебных клиник, которые, фактически, являлись также экспериментальной базой для исследований и учебной базой, местом образования практикантов. (ММА получила в восьмидесятые годы XIX в. в подарок от московских властей громадную территорию в районе Девичьего Поля, которую превратила в уникальный клинический конгломерат.) Вузовские кафедры были и местом подготовки специалистов, и единицей в проведении соответствующих научных исследований. Профессура сотрудничала и с клиниками, которые не входили в систему образования (числясь в основном по военному ведомству). В советское время часть исследовательской работы, связанной с неклинической экспериментальной базой, обособилась в так называемые Центральные научно-исследовательские лаборатории,

---

<sup>18</sup> Конечно, могли разрабатываться и оригинальные изделия, не имеющие зарубежных аналогов. Такие изделия, как правило, становились лауреатами различных государственных премий.

которые (как это имеет место все в той же ММА им. Сеченова) могли достигать значительного размера. Имея сильный исследовательский состав за счет вуза, они, однако, во многом испытывали трудности с получением современной техники, поскольку снабжались по линии Минвуза значительно хуже, чем привилегированные ведомственные и выросшие в связи с ними центры.

#### **4. Проблемы и возможные направления организации сферы отечественного здравоохранения в связи с освоением инновационных механизмов развития**

Основная проблема заключается в том, что система здравоохранения, механизмы ее существования и развития остались старыми или были разрушены, не будучи замещены другими. Поскольку эта система не может быть построена на пустом месте, с нуля, необходимо понять, что же фактически сохранилось, что и как может быть модернизировано, что должно быть построено заново в контексте освоения инновационных механизмов развития, до сих пор далеких от основной части отечественного производства, инженерии и науки.

Эта проблема усугубляется многим факторами, среди которых — слабое представление современных властных фигур о том, что такое современный инновационный подход. Об этом свидетельствует, в частности, упомянутое заседание «Круглого стола» по проблеме «Нормативное правовое обеспечение инновационной деятельности», проведенное Комитетом Государственной Думы по образованию и науке в июне 2004 г. Одной из главных тем было обсуждение роли государственных структур во включении нашей страны в число передовых, т. е. освоивших этот подход. Не вдаваясь в детали этого обсуждения, которые представляют значительный интерес для понимания ситуации, отметим только два момента.

Первое. Практически все — и законодатели, и приглашенные эксперты, имеющие, казалось бы, отношение к становлению инновационных механизмов, — озабочены главным образом финансовой поддержкой не только фундаментальной, а и прикладной российской науки со стороны государства. В связи с этим, основной проблемой для участников стало право собственности на результаты исследований и разработок, полученные за государственный счет. Такое обсуждение имело бы смысл по отношению к действующей в рыночных условиях традиционной модели развития (основанной на последовательном процессе «научная идея —

НИР — ОКР — производство — потребитель на рынке»), которая в какой-то мере сохраняет свое значение и при главенстве инновационного подхода. Однако, как было показано выше, инновационный подход кардинально отличается от традиционной модели. Он специфичен тем, что переворачивает отмеченный последовательный процесс и трансформирует его в структуру, ставя во главу угла развитие потребительского рынка и подчиняя этой задаче до сих пор развивающиеся, казалось бы, по своим внутренним естественным законам и науку, и инженерию, и производство. Поэтому абсолютно прав Б. Г. Салтыков, руководивший в период перестройки министерством по науке, считая, что в первую очередь нужно обсуждать и решать практически проблемы отношения государства и бизнеса, максимально содействуя переходу последнего к инновационной стратегии. (С этим тезисом он оказался единственным на Круглом столе. Более того, этот тезис не оказал никакого влияния на последующую дискуссию.) Главная трудность при этом та, что сегодня наше государство, фактически, задавливает скромные ростки отечественного инновационного бизнеса. Что же касается организации и поддержки науки и инженерии, то во многом это становится делом такого бизнеса. После его появления на общественной сцене вопрос о роли государства по отношению к традиционным институтам науки и инженерии ставится заново. Один из ответов, который давался до последнего времени, заключается в том, что бизнес поддерживает исследования и разработки, способные давать быстрый коммерческий успех на рынке, а остальная часть — «фундаментальные» исследования и работы в некоммерческой гуманитарной сфере должны лечь на плечи государства. Сегодня это простое решение оказывается устаревшим, поскольку, как выясняется, крупный бизнес прямо заинтересован в результатах фундаментальных исследований и связанных с ними технологиях (скажем, нанотехнологиях) и готов к партнерству с тем же государством. Система фондовой поддержки гуманитарных исследований и роль в этом бизнеса также заставляет пересматривать сложившиеся представления о роли государства.

Второе. К сожалению, практически все присутствующие, говоря об инновациях, подразумевали выпуск новой продукции. Но новая продукция появлялась и в рамках традиционных моделей развития, и как показано вначале, инновационная стратегия фирм на рынке строится на модели жизненного цикла последовательно сменяемых новшеств и на формировании за счет этого нового потребительского рынка, нового потребителя с новой жизненной средой.

Таким образом, при переходе к рынку и освоении рыночных инновационных механизмов развития речь не идет об исчезновении роли государства. Она меняется и, как замечает Б. Г. Салтыков, «главная задача

государства инфраструктуру создавать, в том числе информационную, материальную, кадровую, обучать, а не проекты финансировать»<sup>19</sup>.

Проведенная на Круглом столе дискуссия о роли государства, как и многие подобные собрания, носила общий характер. Если же переходить к такой конкретной действительности как здравоохранение, то здесь опять-таки необходимо учитывать его особенности. Отечественные специалисты, знакомые с европейским опытом, выделяют среди этих особенностей следующие: «Важнейшая концепция, объясняющая необходимость государственной службы или государственного контроля здравоохранения, заключается в том, что свободный рынок, часто считающийся саморегулирующимся и наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто не пригоден для системы здравоохранения в связи с „ошибками рынка“ (market failure).

Основные ошибки рынка для системы здравоохранения состоят в следующем:

- 1) Для существования свободного рынка необходимо наличие покупателей, определяющих спрос, и продавцов, определяющих предложения. Однако, в медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу, а лишь отчасти на услуги системы здравоохранения в общем. Так, направляющегося к врачу в поисках лечения пациента иногда сравнивают с человеком, ощущающим голод и незнающим, как и чем его можно утолить, нужно ли его утолять или он пройдет сам, плох ли сам факт ощущения голода. Врач, определяя одновременно и спрос, и предложения, оказывается в выгоднейшем положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную власть, продавать то, что выгодно в первую очередь ему.
- 2) Некоторые виды услуг здравоохранения приносят большую пользу обществу, чем индивидууму (externality). Например, вакцинация приводит к тому, что шансы человека тяжело заболеть значительно снижаются, однако при вакцинации свыше определенного процента населения, потенциально подверженного заболеванию, можно предотвратить эпидемию или истребить заболевание вообще (что пока было достигнуто лишь в случае оспы).
- 3) Нарушение принципов равенства доступа к минимальному набору наиболее важных услуг системы здравоохранения, особенно в случае угрозы жизни, неприемлемо для большинства граждан развитых стран.

---

<sup>19</sup> И все же, этот верный принципиальный тезис не догма, поскольку могут быть ситуации, когда государство вынуждено поддержать определенные структуры, способные вписаться в инновационные процессы, но сегодня не имеющие адекватной инфраструктуры. По этой же причине столь значим тезис об ответственности государства за создание соответствующих инфраструктур.

Вероятно, если бы затраты на такое лечение шли непосредственно из кармана граждан, а не завуалировано через налоговую систему и через общий бюджет, это привело бы к изменению этических норм, в сторону более эффективного и продуманного использования средств.

- 4) Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный вход продавца и покупателя. Неограниченный вход продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению ятрогений и не основанных на доказательствах медицинских методов»<sup>20</sup>.

Итак, для успешного освоения инновационного механизма развития отечественной медицины необходимо действовать в трех областях:

- на государственном уровне, уточняя законодательно и практически свои отношения с бизнесом и создавая оптимальные для развития инновационного бизнеса условия. Предполагается, что здесь идет речь о бизнесе в целом с его структурным членением на большой и малый, с его интересами выхода на мировые рынки;
- на государственном уровне, учитывая специфику сферы здравоохранения и предупреждая возможные «ошибки рынка»;
- на уровне собственно здравоохранения как системы, соединяющей систему общественного, в том числе так называемого «бесплатного» здравоохранения, и бизнес-здравоохранения, и обладающей рядом специфических механизмов развития.

В нашу задачу входит преимущественный анализ этой последней области с тем, чтобы разработать конструктивные предложения по поддержке или модернизации, а также формированию новых механизмов развития системы здравоохранения. Необходимость в модернизации, например, вытекает из очевидности, что не могут воспроизводиться без серьезной трансформации сложившиеся в советское время системы массового территориального медицинского обслуживания и элитарные ведомственные системы. Во многом они способны конвергировать в условиях рыночных отношений при ориентации на социальное государство, когда любой пациент сможет выступать в качестве полноценного заказчика медицинской услуги (используя для этого собственные средства, средства корпорации или же государственные страховые фонды). Однако для этого нужны как политическая воля, так и серьезный профессионализм, который позволил бы отечественной системе здравоохранения быть конкурентоспособной

---

<sup>20</sup> Данишевский К. Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран. Сайт национального офтальмологического интернет-проекта [www.eyenews.ru](http://www.eyenews.ru).

на мировом рынке медицинских услуг, быть значимой не только для национальных бедных, а и богатых всего мира. Очевидно также, что кардинально не изменится система медицинского образования, элементами которой являются лечебные клиники и исследования. Но понятно и то, что эта система должна иметь возможность постоянного обновления технической базы для того, чтобы быть конкурентоспособной и как учебное, и как лечебное, и как исследовательское учреждение.

Рассмотрим ряд трендов, если так можно выразиться, современной ситуации, имея в виду не только наличное состояние, а и возможные направления развития в связи с принятием той или иной «политики» со стороны лидеров разного уровня.

- После развала Советского Союза как экономической системы и как территориальной общности разрушились многие связи между элементами существовавшей в ней системы здравоохранения. Но многие ее элементы, будучи автономизированы, продолжают существовать, причем по совершенно разным причинам. В принципе, можно выстроить определенную шкалу, по которой расположить эти автономные единицы<sup>21</sup>. На одном ее конце располагаются те, кто продолжает жить по инерции как самих низовых организаций (работающих в них профессионалов, прикрепленных к определенному рабочему и жилому месту), так и государства, которое поддерживает их существование за счет незначительных бюджетных вливаний. В области медицинской, медико-биологической, медико-технической наук, и ранее избыточных и плохо управляемых, это может приобретать свои формы. В частности, проблема воспроизводства здесь может решиться за счет естественных причин — научный персонал близок или преодолел пенсионный возраст, более или менее способное среднее поколение покинуло страну, а молодежь не идет в эти структуры. Сходная ситуация может быть в инженерной сфере и в производстве, которые продолжают создавать и выпускать неконкурентную, по сути дела, продукцию, которая пока что занимает низшую ценовую нишу. На другом конце шкалы находятся те, кто вписывается в современный рынок, вышел на рынок услуг, владеет методами маркетинга и начинает жить по инновационным законам. Анализ таких единиц — их менеджмента, их кооперации, их видение перспектив — представляет особый интерес.
- Особый интерес также представляют крупные центры, обладающие, по идее, множеством составляющих, из которых построена инновационная деятельность или ведущих многоплановые исследования.

---

<sup>21</sup> Соответствующее эмпирическое исследование не столь сложно, как это может показаться.

Возможно, процесс диссоциации в отечественном здравоохранении не закончился, и они являются неустойчивыми образованиями, которые при определенных условиях разрушит рынок. Так, распад таких центров может продолжаться за счет попыток обособления медицинской платной услуги, что поставит проблему перераспределения средств для нужд НИОКР.

- В советской системе «ведомственная разобщенность», являющаяся следствием многоконвейерной формы организации производства, создавала не только проблемы связи отрасли здравоохранения с другими, которые, в конечном счете, могли решать те же задачи. Эта проблема воспроизводилась и внутри самой области здравоохранения. Так, созданный в рамках министерства здравоохранения Союза, реально, моноцентр в лице НИИ трансплантологии и искусственных органов соединил под своей крышей всю цепочку сервиса НИОКР. Но при этом в рамках министерства образования и при участии АН СССР на базе ЛЭТИ (сегодня это СПбГЭТУ «ЛЭТИ») был создан учебный центр по подготовке специалистов по тематике биомедицинских технологий, работающий, фактически, автономно от ведущего медицинского центра. Советская система организации разрушена, но при этом сохранились ли ее трудности межведомственной кооперации, либо же для нее открылись новые возможности?
- Экстенсивный способ развития советской экономики, при котором новые направления деятельности (новые «конвейерные нитки») создаются за счет ресурсов других ведомств, негативно отразился и на медицине. К сегодняшнему дню износ основных фондов в здравоохранении составляет около 50 %, в том числе транспорта — 62 %, зданий — более 27 %, медицинского оборудования — 64 %. Укомплектованность компьютерной техникой лечебно-профилактических учреждений составляет не более 30 %. Не является ли это, в условиях коммерциализации медицинской услуги и ее возможного обособление от сложившихся в отечественном здравоохранении связей, органичной предпосылкой к тому, что медицинская практика целиком, или, по крайней мере, в ее наиболее качественном виде, перейдет на западное обеспечение. Другими словами, не означает ли это фактический конец полноценной системы отечественного здравоохранения и уход из страны производства подавляющей части технического оборудования и процессов технологического развития. Или же возможно привлечение достаточных инвестиций для развития инновационно ориентированного производства, использующего интеллектуальный потенциал отечественного здравоохранения. Или же вообще надо исходить из новых реалий, не ставя во главу угла производство, вынося его по модели аутсорсинга в азиатские страны (там, где легче привлечь

инвестиции и где государственные и бизнес-структуры страны пребывания будут участвовать в производственных инвестициях), а за собой оставляя маркетинг, научные и технологические ноу-хау и бренд.

- В качестве одного из решений формирования инновационных структур сегодня предлагается создавать региональные кластеры, которые в той или иной форме объединяют образовательные структуры, НИОКР и центры по предоставлению медицинских услуг. По отношению к кластерам возможен системный госзаказ, опираясь на который кластеры могут выстраивать систему кооперативных и управленческих связей. В связи с этим возникает вопрос, какие из сложившихся образовательных, исследовательских и клинических центров в наибольшей мере готовы к роли ядра кластера и что далее для этого надо сделать.
- Для сегодняшней динамики развития ключевой является информационная составляющая, демонстрация себя для всего мира и использование ресурсов всего мира. Сегодняшние информационные системы в сфере неадекватны этим задачам. Вина в этом не столько информационных технологий, сколько участников информационного пространства. В частности, предметом предложения и спроса могут быть не только готовые изделия, а технико-технологические возможности решать проблемы потенциального партнера.

Намеченные вопросы предполагают проведение соответствующего анализа. Однако этот анализ не даст решения проблем, поскольку сделать это можно лишь при активности участники пространства «здравоохранения». Без них, в том числе, невозможно даже полноценное исследование. И это участие не мыслится вне организации различных партнерств.