

РЕСУРС ВЫПАДАЮЩИХ ТЕМ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.В.Тихомиров

ORCID 0000-0001-8628-9340

Аннотация: Безальтернативные, критически неосмысленные исследования без учета «ошибки выжившего» заводят не только науку, но и практику организации здравоохранения в глубокий кризис. Поле науки организации здравоохранения определяется не экспансией в прилежащие сферы знания или следованием политическим нарративам, а соблюдением рамок предмета и проблемного поля. Критический анализ, учет «ошибки выжившего» и поиск альтернатив существующему положению дел должны стать обязательными составляющими оценки и самостоятельным предметом исследований в области организации здравоохранения. Лишь те исследования, которые проводятся вопреки мейнстриму ограничиваемого единообразия, позволяют предотвратить упускаемые возможности в ресурсах и утрату выпадающих тем научных исследований в области организации здравоохранения.

Brief: Unalternative, not meaningful research that does not take into account the "survivorship bias" leads not only to a crisis in science, but also to a crisis in practice of healthcare organization. The field of health organization science is defined not by expansion into adjacent areas of knowledge or by following political narratives, but by adhering to the framework of the subject and the problem field. Critical analysis, consideration of the "survivor's bias," and search for alternatives to the current state of affairs should become mandatory components of evaluation and an independent subject of research in the field of healthcare organization. Only those studies that are conducted in spite of the mainstream of limited uniformity can prevent the loss of resources and the loss of research topics in the field of healthcare organization.

Ключевые слова: организация здравоохранения, система здравоохранения, наука организации здравоохранения

Key words: healthcare organization, healthcare system, healthcare organization science

Все новое время отечественное здравоохранение пребывает в кризисе.

Как показал последний опрос ВЦИОМ [2], больше половины (52%) россиян недовольны качеством медобслуживания.

Между тем наука в области организации здравоохранения демонстрирует непреходящее с прошлого века однообразие тем научных изысканий.

Практика стагнирует, а наука стоит; пациенты недовольны, а власть не реагирует: положение дел нуждается в изучении.

Цель исследования заключается в выяснении упущенных возможностей в ресурсах научных исследований в области организации здравоохранения.

Задачи состоят в определении поля упущенных возможностей в ресурсах существующих научных исследований в области организации здравоохранения, содержании, структуре и границах этого поля.

Объектом исследования является ресурс существующих научных исследований в области организации здравоохранения.

Предмет изучения – составляющие ресурса существующих научных исследований в области организации здравоохранения.

Проведено пробное скрининговое исследование научных исследований методом сплошной выборки по данным первой страницы (100 единиц) выдачи eLibrary по поисковому словосочетанию «организация здравоохранения» в ретроспективе 10 лет.

Результат оказался не репрезентативным: из ста публикаций лишь 16 относились к предмету настоящего исследования (остальные в большинстве были посвящены проблематике организаций здравоохранения, ВОЗ, финансирования отрасли и организации видов деятельности).

Из исследования исключены статьи с явным непониманием:

- границы клинической медицины и организации здравоохранения¹;

¹ Ивахненко О.И., Коротаева Т.В., Дубинина Т.В., Лила А.М. Фармакоэкономические аспекты применения таргетных препаратов при псориатическом артрите в условиях системы здравоохранения Российской Федерации. Современная ревматология. 2022. Т. 16. № 5. С. 28-37.

Нероев В.В., Зайцева О.В., Тарутта Е.П., Бобыкин Е.Л., Ковалевская М.А., Файзрахманов Р.Р., Нечипоренко П.А. Оптимизация подходов к диагностике и лечению патологической (дегенеративной) миопии в системе здравоохранения Российской Федерации. Российский общенациональный офтальмологический форум. 2023. Т. 1. С. 68-71.

Кузнецова А.С. Функциональная роль лечебно-профилактического питания в системе российского здравоохранения. Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2011. № 12 (36). С. 119.

- границы науки (и практики организации здравоохранения) и псевдонауки²;
- границы понятий медицины и здравоохранения в историческом аспекте³.

Элиминированы также и публикации другого несоответствия целям исследования.

В результате исключения выходящих за рамки темы общее число принятых к исследованию публикаций доведено до 100 методом выборки подходящих со следующей страницы eLibrary.

Для обеспечения полноты выборки исследование научных исследований в eLibrary дополнено поисковым словосочетанием «система здравоохранения»: из ста уже только 30 публикаций не относились к предмету настоящего исследования.

Дополнительной выборкой с последующих страниц eLibrary недостающие публикации восполнены до окончательного их числа в 115 единиц.

По смысловому наполнению исследуемые публикации разнесены в условные 20 групп: «Констатация» (19 – 16,5%), «Финансирование» (14 – 12,2%), «Проблемы» (12 – 10,4%), «Кадры», «Развитие» и «Право» - по 8 (по 7,0%), «Оценка» и «Пациенты» - по 5 (по 4,4%), «Анализ», «Регионы», «Цифра», «Деградация» и «Разное» - по 4 (по 3,5%), «Сравнение» и «Эффективность» - по 3 (по 2,6%), «Бизнес», «Институты», «Качество», «Социальная справедливость» и «Коррупция» - по 2 (по 1,7%).

Название группы вполне ясно определяет контент каждой, поэтому целесообразно затронуть лишь особенности той или иной из них.

К группам «Констатация», «Финансирование» и «Кадры», например, отнесены материалы конформного характера, объясняющие, детализирующие и уточняющие существующее положение дел в отрасли.

² Колесник А.Б., Новиков О.О. Интеграция аюрведческих подходов в российскую систему здравоохранения. В сборнике: Innovations in Life Sciences. сборник материалов VI Международного симпозиума. Белгород, 2024. С. 333-335.

³ Малека Ю.Н., Захарян А.Г. Система управления здравоохранением в российском государстве (XVII - начало XX веков). Монография. Пятигорск, 2008.

Сорокин А.А., Малинин М.В. Народная медицина как негативный фактор развития системы здравоохранения российской империи на рубеже XIX-XX в.в. Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2024. № 5. С. 58-63.

Захарян А.Г. Деятельность российского государства по развитию системы управления здравоохранением в XVIII - начале XX веков. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Рос. гос. социал. ун-т. Москва, 2008.

Христенко Д.Н., Оришев А.Б., Мамедов А.А. Социальная политика российской империи во второй половине XIX – начале XX века (на примере функционирования системы здравоохранения). Былые годы. 2024. № 19 (2). С. 792-802.

В публикациях группах «Институты» и «Качество» исследуются соответствующие характеристики здравоохранения.

К группам «Эффективность», «Анализ» и «Оценка» отнесены публикации, выверяющие существующее положение дел на соответствие заданной модели.

Публикации в группе «Проблемы» посвящены тем отклонениям от заданной модели, которые выходят за рамки допустимых, и крайние проявления этого демонстрируют группы «Коррупция» и «Деградация».

В группе «Сравнение» - публикации, пытающиеся сопоставить существующую модель с зарубежными, в группе «Регионы» - пытающиеся найти региональное решение проблем федеральной модели, а в группе «Развитие» находятся публикации, авторы которых убеждают в потенциале этой модели в совершенствовании достигнутого состояния здравоохранения.

Публикации в группе «Право» оформляют нынешнюю организацию здравоохранения, а в группе «Цифра» - улучшают пользование имеющимся функционалом действующей модели.

Влияние бизнеса на модель здравоохранения исследуется в группе публикаций «Бизнес».

Группа материалов «Социальная справедливость» - едва ли не впервые ассоциируется с темой «система здравоохранения», как и группа «Пациенты» вне тематики пациентоориентированности.

Группа «Разное» собрала материалы, которые сложно отнести к какой-то иной группе.

Более глубокий анализ публикаций по существу их содержания не входил в задачи настоящего исследования.

Но во всех публикациях максимум того, что предлагается, это – развитие, совершенствование, улучшение, оптимизация, модернизация, реструктуризация в рамках того, что есть.

Ни в одном случае не приводятся аргументы несостоятельности существующей системы организации охраны здоровья в стране.

Ни в одной из изученных публикаций не ставится вопрос выходящих за пределы действующей модели здравоохранения изменений системы организации охраны здоровья в стране.

Тем удивительнее было обнаружить в списке исследованных публикацию студента и его преподавателя со следующими предложениями (хотя бы и не вполне вытекающими из текста работы):

- финансирование медицинских учреждений осуществлять по эффективности оказанных ими услуг;
- изменить организационно-правовую форму медицинских учреждений;
- дифференцированно подходить к вопросам развития сферы здравоохранения на различных территориях Российской Федерации в силу их неодинакового развития;
- к вопросам оплаты труда специалистов медицины следует подходить с точки зрения развития региона (города), нежели увеличивать заработную плату на одинаковую сумму по всей стране;
- для привлечения финансирования и стимулирования новых разработок предлагается учреждать венчурные фонды (с участием разного капитала);
- в большей степени выделять государственные гранты на исследования;
- а также дать больше возможностей больным получать «бесплатные» медицинские услуги [1].

По меньшей мере несколько из приведенных предложений выходят за рамки действующей модели организации здравоохранения, а остальные – радикальны существенно более чем те, которые содержатся в остальных из числа изученных публикаций.

Это свидетельствует о том, что:

- во-первых, серьезные предложения могут исходить не только от профессионалов;
- во-вторых, решения могут находиться за рамками привычных клише;
- в-третьих, решения могут крыться вне пределов видимого проблемного поля.

Это поле определяется действительным состоянием своего пространства, а не унифицированными представлениями о нем.

Существует немало путей убедиться в реальном пространстве и границах проблемного поля, в частности, критический анализ, исключение «ошибки выжившего» и поиск возможных альтернатив.

1. Критический анализ.

Такому анализу должны подвергаться шаблонные установки – программы, проекты, концепции и пр. (т.е. письменные источники).

Критика – это способ рационального поиска ошибок в материале, а не эмоциональных путей обесценивания плодов труда.

Критический анализ должен быть многофакторным и, по возможности, глубоким и полным.

Его задачи заключаются в том, чтобы найти вытекающее из критики продуктивное решение.

2. «Ошибка выжившего».

Это известный феномен, суть которого в том, что пренебрежение теми моментами, факторами, обстоятельствами, которые отбраковываются как утратившие информативность, лишившиеся ценности или ставшие несущественными, лишает валидности результаты исследования.

Задачи раскрытия «ошибки выжившего» состоят в том, чтобы включить в исследование те данные, которые по умолчанию элиминируются, притом, что их учет может стать определяющим результат.

3. Анализ альтернатив.

Безальтернативное исследование всегда соответствует единой парадигме.

Эта парадигма, будучи выстроенной когда-то, во времени теряет прежнюю бесспорность и обрастает множеством допущений, при которых она еще верна.

Но каждое допущение иного уже означает наличие альтернативы в отдельных частностях.

Если же критическая масса подобных допущений начинает перевешивать состоятельность самой парадигмы, значит, ей противостоит некая генеральная альтернатива, найдена она или нет.

И результаты исследований в устоявшейся парадигме перестают быть валидными, даже если они продолжаются потоком.

А актуальными становятся исследования в намечающейся или наметившейся новой парадигме.

Перечень вариантов возможного ракурса исследований не является исчерпывающим, закрытым.

Таким образом, в целом есть ресурс более глубокого изучения проблематики – достаточно лишь изменить ракурс взгляда с привлечением иного научного инструментария.

Изменение ракурса исследований в области организации здравоохранения диктуется и соответствующими предпосылками.

1. Отнесение к сфере ответственности здравоохранения собственно здоровья граждан притом, что на порядка 90% оно зависит не от охраны здоровья.

Медицина влияет на состояние здоровья в обществе только на 5-10%.

Лишь то здоровье, которое доступно его охране, может зависеть от здравоохранения.

Экология окружающей среды и пропаганда здорового образа жизни в формате здоровьесбережения не может относиться к функциям охраны здоровья, тем более при нынешнем уровне нездоровья, болезненности в обществе.

Будь дело охраны здоровья у нас поставлено даже на уровне зарубежных стран, это не повод относить экологию окружающей среды и пропаганду здорового образа жизни к обязанностям здравоохранения.

Не могут «работать» средства немедицинской профилактики там, где уровень здоровья граждан адекватно не обеспечивается прежде медициной.

Даже при надлежащем уровне медицинской профилактики она может быть относительно эффективной тогда, когда эффективна клиническая медицина.

Здоровьесбережение же – это функция социального государства помимо здравоохранения и чаще используется в числе не имеющих к нему отношения политических нарративов.

Такой – минимальный – **критический анализ** обосновывает ограничение исследований фокусом собственно организации охраны здоровья.

Поиск «**ошибки выжившего**» в этом случае распространяется за пределы действующей модели организации здравоохранения – не в порядке сравнения, а в порядке извлечения полезных достижений и анализа их применимости на российской почве.

При этом следует сравнивать сравнимые категории, а не, например, зарубежные модели с моделью Семашко в целом.

Так, модель Семашко отличается от остальных моделей, прежде всего, тем, что здравоохранение вбирает в себя медицину, в то время как за рубежом государство вступает с медициной в отношения контрагентов.

Отсюда поиск **альтернатив** осуществляется масштабно в ширину и глубину зарубежных конструкторов с позиций их пригодности для целей реорганизации отечественной модели охраны здоровья.

2. Сохранение прежней модели здравоохранения при изменении политического строя в стране.

Здравоохранение остается организованным по прежней, социалистической модели Семашко при окружающем капитализме.

Врачи ходят лечить, а пациенты – лечиться в анклав прежнего социального устройства, после чего возвращаются обратно в нынешние реалии.

Это, как помогает демонстрировать **критический анализ**, подвергает здравоохранение внутренней коррозии так, что оно перестает выполнять свои социальные функции.

Как показала жизнь, всевозможные реформы здравоохранения с рационализаторскими инновациями типа ОМС, оптимизации, модернизации, реструктуризации – без смены модели охраны здоровья – никак не улучшают и не предотвращают от ухудшения состояние отрасли.

Вопрос состоит в том, чтобы «**ошибка выжившего**» не помешала выбору пригодной для России модели организации здравоохранения.

Альтернативный подход состоит в том, что только смена существующей модели может вести исправлению положения дел.

3. Объединение в рамках здравоохранения медицины и государственного управления в отрасли при различиях в характере и предмете деятельности.

Российской особенностью является существование в стране учреждений.

И до, и при, и после СССР сохраняются учреждения-органы и учреждения-организации.

При СССР существовал баланс между функционалом учреждений-органов и учреждений-организаций.

В постсоветское время такой баланс оказался значимо нарушен: первые по-прежнему осуществляют функции государственного управления в отрасли, а вторые оказывают медицинские услуги гражданам.

Органы и организации в одной и той же форме учреждений и в единстве отрасли ведут несовместимую между собой деятельность: в одном случае – ориентированную на пользу государству и с результатом, не имеющим формы товара, а в другом – на пользу людям и в форме товара, оплачиваемого государством.

При этом учреждения-органы встроены в единую вертикаль государственного управления, в то время как учреждения-организации не находят места не только в механизме государства, но и в экономическом обороте (для них создан обособленный изолятор с финансированием по программам ОМС).

Сделано это потому, что учреждения здравоохранения не конкурентоспособны в свободном экономическом обороте и банкротству не подлежат, а по их долгам должен расплачиваться собственник, т.е. государство.

Естественный для **критического анализа** вопрос, почему бы не подвергнуть учреждения здравоохранения преобразованию в формы частных организаций (притом, что их приватизация под запретом) государство (как собственник учреждений здравоохранения и плательщик в пользу граждан) ответа не дает (что является «**ошибкой выжившего**» для исследования).

А вот с **альтернативами** в этом вопросе все в порядке: например, возможна партикуляризация учреждений здравоохранения, что позволяет создать в отрасли единую среду равноудаленных от государства медицинских организаций.

4. Подверженность влиянию ВОЗ и зарубежным заимствованиям при невозможности их приживания на отечественной почве.

ВОЗ, будучи обюрокрачена вконец, стала претендовать на роль никому не подотчетного глобального надзирателя за здоровьем и его охраной, будучи не состоятельной и в малом.

Это наглядно продемонстрировали события пандемии.

Не случайно США покинули ВОЗ, притом, что остальные страны, как прежде, продолжили следовать ее – зачастую неосновательным – императивам.

Попытки ВОЗ балансировать между различающимися моделями охраны здоровья, ее организации и финансирования, системами права и правоприменения, традициями и менталитетом населения и т.д. редко когда удаются.

То, что ВОЗ обобщает межстрановую практику организации охраны здоровья, на деле оказывается подверженным тем же «**ошибкам выжившего**» и так же нуждается в **критическом анализе** и поиске **альтернатив**, хотя бы она этим не озабочена.

Практика же тех или иных стран является плодом опыта каждой, прежде всего негативного – на своей почве, по своей модели охраны здоровья, ее организации и финансирования, системой права и правоприменения, традициями и менталитетом населения.

Каждой такой стране – разобраться бы со своими проблемами, а не служить точкой отсчета при бенчмаркинге для других.

Даже если заимствовать только положительное из этой практики, то – лишь со всеми перечисленными ее аксессуарами, что в принципе невозможно.

Как и в случае ВОЗ, все они подвержены тем же «**ошибкам выжившего**» и так же нуждаются в **критическом анализе** и поиске **альтернатив**.

5. Выражение Законом не права, а действующей парадигмы организации здравоохранения.

По этой причине специальный закон (ФЗ-323) не соответствует общему законодательству.

Закон, призванный оформить специфику охраны здоровья, в действительности оформляет полномочия власти в отрасли.

Закон устанавливает субъективные права, которыми нельзя пользоваться, поскольку не установлены корреспондирующие им обязанности.

Закон, призванный оформить специфику правонарушений в сфере охраны здоровья, содержит лишь нормы, просто отсылающие к действующему законодательству.

Из закона вытекают многочисленные «**ошибки выжившего**»; **критический анализ** многих положений проводился и **альтернативы** таким положениям излагались.

Однако пересмотра этих положений не последовало, что лишь стабилизирует положение дел и препятствует развитию науки организации здравоохранения.

Изложенное в целом позволяет сделать следующие выводы:

1. Безальтернативные, критически неосмысленные исследования без учета «ошибки выжившего» заводят не только науку, но и практику организации здравоохранения в глубокий кризис.

2. Поле науки организации здравоохранения определяется не экспансией в прилежащие сферы знания или следованием политическим нарративам, а соблюдением рамок предмета и проблемного поля.

3. Критический анализ, учет «ошибки выжившего» и поиск альтернатив существующему положению дел должны стать обязательными составляющими оценки и самостоятельным предметом исследований в области организации здравоохранения.

Таким образом, лишь те исследования, которые проводятся вопреки мейнстриму ограничиваемого единообразия, позволяют предотвратить упускаемые возможности в ресурсах и утрату выпадающих тем научных исследований в области организации здравоохранения.

Использованные источники.

1. Абрамова А.Е., Гарин Л.Ю. Недостатки оптимизации системы здравоохранения Российской Федерации. В сборнике: Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Сборник научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции. Под общей редакцией И.А. Переслегиной, В.М. Леванова. 2020. С. 67-71.

2. Более половины россиян недовольны качеством медобслуживания. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/bolee-poloviny-rossiyan-nedovolny-kachestvom-medobslyujvaniya.html>. Дата обращения: 12.12.2025.