

На правах рукописи

Жукова Мария Валерьевна

**СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ГОСУДАРСТВЕННОМ УПРАВЛЕНИИ**

Специальность 22.00.08 - Социология управления

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Москва – 2006



Работа выполнена на кафедре социологии факультета гуманитарных и социальных наук Российского университета дружбы народов.

Научный руководитель:

доктор экономических наук,
профессор Шамшурина Нина Григорьевна

Официальные оппоненты:

доктор социологических наук,
профессор Девятко Инна Феликсовна

кандидат философских наук,
доцент Соловьев Алексей Васильевич

Ведущая организация:

Московский педагогический государственный университет

Защита диссертации состоится «12» марта 2006 г. в 14⁰⁰ часов на заседании Диссертационного совета К 212.203.16 в Российском университете дружбы народов по адресу: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, корп. 2, ауд. 415.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского университета дружбы народов.

Автореферат разослан «12» марта 2006 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
кандидат философских наук

 Л.Ю. Мещерякова

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования.

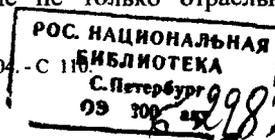
Укрепление российского здравоохранения – одна из наиболее важных задач национальной безопасности и развития нации в целом. Любые улучшения возможны здесь только при совершенствовании качества управления отраслью, основывающегося на научно разработанной системе мер. В этом смысле данная работа не только актуальна, но и своевременна.

Медицина, здравоохранение – это отрасль, которая рельефно, отчетливо и конкретно показывает не только суть социальной политики государства, но и суть социального государства вообще, которая есть результат не только воли самого государства, но и апелляции к нему со стороны гражданского общества. Собственно именно в своей социальной политике, включая отношение к здравоохранению, государство реально показывает и подтверждает, чьи интересы и как оно защищает. Поскольку становится ясно: регулирует ли государство экономическую жизнь страны в интересах всего общества; поддерживает ли социальную справедливость и гражданское равенство перед законом; осуществляет ли государство социальные функции и является ли при этом гарантом основных гражданских прав, касающихся именно социального обеспечения. Тем более, что с 70-х гг. XX в. суть социальных конфликтов состоит не в борьбе за «собственность» и не за «командные высоты в экономике». «Борьба идет за потребление, его уровень, стиль жизни, за жизненные шансы в широком смысле слова, за гражданские (право на образование, медицинское, пенсионные и другие виды государственного социального страхования) и политические права»¹.

Реформирование, институционально-управленческое совершенствование систем здравоохранения в большинстве стран носит разнонаправленный характер и преследует цели, выдвигаемые обществом в данный период времени. Отметим, что реформируются системы, функционирующие в качестве сформировавшихся социальных институтов, а общий вектор изменений направлен на эволюционное совершенствование устоявшихся социальных норм и правил.

Что касается современного состояния дел в отрасли здравоохранения в России, то оно как раз и характеризуется управленческой разбалансированностью нескольких основных составляющих элементов. Несмотря на то, что частный сектор медицины занял свою конкретную социальную нишу в российском обществе и действительно предоставляет услуги, соответствующие запросам немалого числа платежеспособных потребителей, а совокупность оказываемых частными медицинскими учреждениями услуг снимает часть нагрузки с государственного здравоохранения, многие проблемы отрасли проистекают из-за «недоработок» именно в управленческой сфере. Например, отсутствует финансово подтвержденный государственный стандарт оказания бесплатной медицинской помощи малоимущим слоям населения, в результате чего очень большая часть россиян не просто плохо «управляются» отечественным здравоохранением, они оказались вне действия какого бы то ни было здравоохранения вообще. Отсюда – усиление поляризации населения по объёму и качеству медицинского обслуживания. Последнее усложняет управление не только отраслью, но и

¹ Полякова Н.Л. XX век в социологических теориях общества - М., 2004. - С. 116.



страной в целом, оказывая на общество крайне деструктивное, дестабилизирующее влияние.

Именно такая ситуация требует анализа управленческих структур в сфере здравоохранения на системном уровне. Это обстоятельство свидетельствует, что исследование социальной модели здравоохранения является особенно актуальным.

Степень научной разработанности проблемы.

При изучении зарубежного опыта и попыток осмысления зарубежными учеными происходящих в России процессов и мирового опыта решения проблем здравоохранения были использованы публикации Т. Дефина, О. Копина, К. Сакеларидеса, Р. Салтмана, Д. Фигейраса, М. Д. Филда, Д. М. Котца, Д. Бухмана², и др. Указанные авторы предлагают среди основных стратегий развития систем здравоохранения разработку и внедрение методов управления, ориентированного на конечные результаты с точки зрения улучшения здоровья населения, с обеспечением устойчивого финансирования этой сферы. При этом совершенствование системы здравоохранения в каждой конкретной стране должно осуществляться с учетом ее национальных и культурных традиций, исторически сложившихся в данной социальной сфере.

Теоретической основой нашего исследования при изучении социального аспекта управления выступили труды основоположников социологии управления Ф. Тейлора, А. Файоля, М. Вебера³, усилиями которых были определены законы управления, используемые и в настоящее время.

В поиске новых организационных структур, форм труда и методов мотивации работников наше внимание привлекли труды А. Маслоу, Д. МакГрегора, Ф. Хейцберга и Р. Лайкерта, а также Э. Дэйла, С. Дэвиса, П. Друкера, Г. Кунца, Р. Фэлка, Л. Ньюмена⁴.

Среди разработок российских социологов в области управления, идеи которых использованы в диссертации, выделим труды А.К. Гастева, В.Г. Афанасьева, Н.А. Аитова, А.А. Зворыкина, С.Т. Гурьянова, В.И. Франчука, А.И. Кравченко, Н.Л. Поляковой⁵.

Методологические аспекты социологии управления медицины рассматриваются на основе публикаций В.З. Кучеренко, Ю.П. Лисицына, Ю.В.

² См · Define T Educating physicion (AMA) Socioeconomic Characteristics of Medical Practice - Chicago· AMA., 1994; Поведенческая медицина в США· подходы к изменению поведения населения в профилактических программах // Врач. - 1996. - № 2 - С 42-43, Реформы здравоохранения в Европе: анализ нынешних стратегий // ВОЗ. Европейское региональное бюро - Копенгаген, 1996; Филд МД, Котц ДМ, Бухман Д Неoliberalная экономическая политика и кризис здравоохранения в России // Проблемы теории и практики управления - 1998. - № 4.

³ Тейлор Ф У Тейлор о тейлоризме - М -Л, 1931, Он же Принципы научного менеджмента - М · Контролинг, 1992; Вебер М История хозяйства Город / Пер с нем ; под ред И Гревса; коммент Н Саркитова, Г Кучкова - М., 2001; О социологической концепции М Вебера см · Кравченко А И Социология Макса Вебера· труд и экономика. - М., 1997.

⁴ См · Друкер П Ф. Управление, нацеленное на результаты - М., 1994; Он же Задачи менеджмента в XXI в. - Киев. 2000; Кунц Г, ОДоннелл С Управление: системный и ситуационный анализ управленческих функций - М, 1981.

⁵ См · Гастев А К Как надо работать - М., 1972; Он же Трудовые установки М., 1973, Аитов Н.А. Советский рабочий - М., 1981; Зворыкин А.А., Гурьянов С.Т. Прикладные аспекты социального управления - М., 1983; Франчук В И Может ли менеджмент замнить социальное управление?// Социологические исследования - 1999. - № 2; Кравченко А И История менеджмента. - М., 2002; Полякова НЛ XX век в социологических теориях общества. - М., 2004.

Михайловой и А.И. Вялкова, М.Е. Николаевой, А.Л. Пиддэ, А.В. Решетникова, В.Ю. Семенова, В.Б. Филатова и др.⁶

Ряд авторов (В.З. Кучеренко; Ю.П. Лисицын; А.В. Решетников) отмечают, что внедрение социально значимой системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с самого начала происходило в условиях изменяющейся окружающей обстановки, причем изменяющейся по пути все большего разбалансирования экономической и социальной систем общества. В результате чего при установлении системы ОМС в политике государственного управления не было заложено четкой социальной модели управления здравоохранением, поэтому на сегодняшний день она действует в режиме недостаточного взаимодействия с другими составляющими сферы охраны здоровья населения, что объясняет неэффективность функционирования системы медицинского социального страхования в России. Очевидный вывод проведенного анализа публикаций на эту тему заключается в том, что государственное управление в сфере охраны здоровья населения не носит системного характера.

Ряд авторов (В.В. Бодрова, Х. Голдберг, И.В. Журавлева и др.) дают эмпирико-социологический анализ управленческих медицинских ситуаций, а также анализируют набор ставших уже традиционными показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью. Это самооценка здоровья; медицинская информированность; место здоровья в системе жизненных ценностей; наличие у индивида вредных привычек; подверженность стрессам. Перечисленные показатели рассматриваются на материалах отечественного, международного опыта и совместных исследований.

М.В. Авксентьева, О.Ю. Александрова, Н.Ф. Герасименко, И.Н. Денисов, М.А. Татарников и др. исследуют результаты социологических опросов, совершенно справедливо рассматриваемых в качестве информационной основы управления отраслью. Опросы среди руководящих работников здравоохранения позволили выяснить отношение респондентов к развитию института врача общей (семейной) практики, дневных стационаров и стационаров на дому, к платным услугам, развитию частного сектора в здравоохранении, а также к обязательному медицинскому страхованию. В научных исследованиях изучался и уровень

⁶ См *Кучеренко ВЗ* Принципы и логика рыночных отношений в здравоохранении // Проблемы соц гигиены и истории медицины. - 1994. - № 2. - С 22-27; *Лисицын Ю.П.* «Модус» здоровья россиян // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 2(52). - С 32-37.; *Лебедев А.А., Лисицын Ю.П.* Новые подходы в моделировании взаимоотношений различных субъектов здравоохранения в условиях рыночной экономики переходного периода (или о применении маркетинговой стратегии в реформировании здравоохранения) // Экономика здравоохранения - 1996 - № 5. - С 5-14.; *Лисицын Ю.П.* Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. - 1998 - № 2(26). - С 5-9; *Михайлова Ю.В., Вялков А.И.* Политика охраны здоровья населения Российской Федерации становление, состояние, перспективы // Реформирование социальной сферы в условиях перехода к рыночной экономике: Учеб пособие / Под ред Н.С. Слепцова. - М., 1998. - С. 213-237; *Николаев М.Е.* Здоровье работающего населения как приоритет политики социального государства // Профессия и здоровье Материалы III Всероссийского конгресса (2-й выпуск) Москва, 12-14 октября 2004 г. - М., - 2004 - С 73-78; *Пиддэ А.Л.* Социально-экономические преобразования здравоохранения: оценки медицинского персонала // Экономика здравоохранения - 2003 - № 5-6 (74) - С. 21-36; *Решетников А.В.* Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 1(51). - С. 38-41; *Он же.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. - М. - 1998. - 336 с.; *Он же.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 12 (50); *Семенов В.Ю.* Социальные аспекты реформирования российского здравоохранения // Социология медицины - 2002. - № 1; *Филатов В.Б., Чудинова И.Э., Погорелов Я.Д.* Здравоохранение как социальный институт // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 7-8. - С 12-15.

информированности медицинских работников об основных направлениях реформирования здравоохранения, о фармакоэкономике, стандартизации. В целом была отмечена негативная оценка происходящих изменений, что объясняется непоследовательностью в действиях органов управления отраслью по реформированию здравоохранения и низкой информированностью медицинских работников.

Для российской социологии характерно решение сложнейших социальных вопросов в духе отечественной традиции «духовной гигиены». Сложившаяся общемировоззренческая установка в работах современных авторов обретает прикладной характер, в том числе и в сфере охраны здоровья населения. В этой связи интересно преемственное продолжение традиции М.А. Ковалевским, Н.Б. Найговзиной, А.В. Решетниковым, В.И. Стародубовым, В.Э. Танковским, Н.Г. Шамшуриной. Социология медицины рассматривается ими в междисциплинарном, экономико-правовом аспекте, поскольку именно системный подход в решении проблем отрасли должен определять стратегию государственного управления в сфере охраны здоровья населения.

В данной работе автор продолжает изучать именно эти предметные области исследования социологии медицины и социологии управления. Но базируется при этом на определенной теоретико-методологической установке, исходящей из невозможности отдельно-специализированного анализа социальных отношений в здравоохранении: или с точки зрения экономико-правового изучения этих отношений (объективный подход), или посредством анализа субъективной базы данных (самооценки врачей и пациентов). Эти подходы приобретают научно-практический интерес для отрасли в том случае, если они взаимно дополняют друг друга.

Теоретико-методологическую основу диссертации составил междисциплинарный анализ проблем управления в области здравоохранения и медицины, направленный на рассмотрение ситуации в отрасли.

Кроме того, особую значимость имел и сравнительный метод, позволяющий сопоставить содержательно сходные положения как различных теоретических подходов, так и опытных данных. Сбор данных осуществлялся посредством анкетного опроса, а их обработка - с помощью методов системного и информационного анализа, описательной статистики и статистической обработки данных.

При разработке управленческой модели применялось теоретическое (логическое) моделирование⁷.

Эмпирической базой диссертационного исследования послужили следующие данные.

1. Результаты исследования методом анкетирования пациентов, находящихся на стационарном лечении в НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО "РЖД"» в летом 2003 г.
2. Показатели анкетирования пациентов НПМК «Экологическая медицина» ОАО «Астраханьгазпром» весной 2004 года.

⁷ Десятко И Ф Модели объяснения и логика социологического исследования – М., 1996.

3. Статистическо-аналитические справочники Комитета по здравоохранению и медицинскому страхованию Управы г. Тулы «Основные показатели здоровья населения и деятельности органов и учреждений здравоохранения г. Тулы».
4. Статистический сборник Тульского областного комитета Госстатистики «Социально-экономическое положение г. Тулы».
5. Данные Госкомстата России.

Объект диссертационного исследования – здравоохранение как социальная сфера, регулируемая государством.

Предмет диссертационного исследования – особенности государственного управления социальными отношениями субъектов здравоохранения.

Цель диссертационного исследования – определение места и роли государственного управления в системе социально-экономических отношений субъектов сферы охраны здоровья населения с разработкой научно обоснованной социальной модели здравоохранения.

В соответствии с целью исследования выделены следующие задачи:

- исследовать общественные отношения в сфере охраны здоровья населения, качественные характеристики и специфические особенности управления здравоохранением в контексте социальной политики государства;
- охарактеризовать основные тенденции развития здравоохранения как социальной отрасли с учетом возможностей государственного управления;
- выявить социальные противоречия развития сферы здравоохранения и возможности их преодоления;
- оценить эффективность действующих механизмов финансирования здравоохранения как инструмента социального регулирования сферы охраны здоровья населения;
- изучить основные управленческие технологии создания финансовых потоков в сфере охраны здоровья населения как фактора государственного влияния при регулировании социальных отношений субъектов здравоохранения;
- разработать управленческую социальную модель здравоохранения как основного элемента стратегического планирования в государственном управлении.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

- охарактеризованы научные подходы к определению социально-экономического статуса управления здравоохранением и медициной;
- выявлены основные тенденции развития социальных процессов в сфере охраны здоровья населения как следствие государственной политики в управлении;
- проведен подробный анализ системы финансирования здравоохранения как механизма государственного управления этой сферой;

-обоснована необходимость коррекции сложившихся социальных установок во взаимоотношениях основных субъектов здравоохранения, реализация которой может быть осуществлена через усиление социальной ответственности власти при государственном управлении этой сферой общественных отношений;

-предложен проект социальной модели здравоохранения в государственном управлении, учитывающей специфику общественных отношений в условиях регулируемой рыночной экономики.

Положения, выносимые на защиту.

1. Формирование основы государственной стратегии в сфере охраны здоровья населения должно опираться на взаимную согласованность и учет интересов различных социальных групп и слоев населения как важнейшее условие устойчивости политической системы, развития экономики, формирования гражданского общества.

2. Проблемы здравоохранения в России могут быть решены только через мобилизацию новых партнеров и обеспечение эффективного управления процессом преобразований в системе здравоохранения.

3. Предложенный проект социальной модели здравоохранения в государственном управлении учитывает прогрессивный мировой опыт в этой сфере и специфику общественных отношений в условиях регулируемой рыночной экономики, а потому его можно апробировать в условиях России.

4. Реализация социальной модели здравоохранения возможна при совместном участии государства, гражданского общества и бизнеса: государство осуществляет стратегическое управление, организационно-правовое регулирование и материальное обеспечение здравоохранения; гражданское общество участвует в формировании престижности здорового образа жизни и выстраивает акценты общественного внимания на социальной значимости деятельности медицинских работников; на бизнес возлагается обязанность социальной защиты работающего населения и дополнительного материального обеспечения сферы охраны здоровья населения.

Практическая значимость исследования.

Диссертационная работа, с одной стороны, предлагает попытку построения теоретического проекта в области управления здравоохранением и медициной. С другой стороны, результаты диссертационной работы могут быть использованы при разработке конкретных управленческих моделей, применимых в отрасли в целом, а также при выборе конкретных управленческих рекомендаций в первичных управленческих структурах – в лечебно-профилактическом учреждении. Материал диссертации также может использоваться при подготовке учебных курсов по социологии; курсов по методологии и методике сбора и анализа данных в социологии; спецкурсов по социологии управления и социологии медицины.

Апробация работы. Основные положения и результаты диссертации доложены и обсуждены на II Международной научно-практической конференции «Инновационные процессы в управлении предприятиями и организациями» (Пенза, 2003); IV Международной научно-практической конференции «Реформирование системы управления на современном предприятии» (Пенза, 2004); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы территориального здравоохранения» (Тула, 2004); X Всероссийской научно-практической конференции «Образование в России: медико-психологический аспект» (Калуга, 2005).

Диссертация была обсуждена и одобрена на заседании кафедры социологии Российского университета дружбы народов 27 марта 2006 года.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения и библиографии.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В Главе первой - Анализ социально-экономического положения и перспектив развития здравоохранения - рассматриваются задачи, проблемы и принципы здравоохранения как социальной сферы.

В параграфе 1.1 - Характеристика социально-экономического положения здравоохранения - здравоохранение определяется как отрасль, требующая вмешательства со стороны государства.

На сегодняшний день значение здравоохранения как социальной сферы невозможно переоценить, поскольку, являясь социальным благом, медицинская услуга определяется как экономическая категория. Кроме того, очевиден политический аспект в динамике сферы охраны здоровья населения, так как здоровье населения определяет уровень жизни в стране, что является показателем любых преобразований в обществе.

Анализ зарубежных исследований показывает, что на сегодняшний день не существует оптимальной для всех модели здравоохранения, которая позволяет поддерживать баланс зачастую имеющих противоположные интересы субъектов здравоохранения. В свете этого остается актуальным вопрос о совершенствовании системы охраны здоровья населения на основании мирового опыта и существующих социально-экономической и политической ситуации в каждой конкретной стране с учетом ее национальных и культурных традиций, исторически сложившихся в данной социальной сфере.

Именно в этом контексте в июне 1996 г. государствами – членами Совета Европы была принята Люблянская хартия по реформированию здравоохранения⁸. В ней основные принципы человеческого достоинства, справедливости и профессиональной этики были закреплены в качестве тех ценностей, на которых должны основываться национальные системы здравоохранения. В связи с этим

⁸ Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие (проект) / ВОЗ. Европейское региональное бюро Европейский региональный комитет. 47-я сессия Резолюция EUR/RC47/11 от 23 07 97. - Стамбул, 1997 - 15-19 сентября.

среди основных стратегий развития систем здравоохранения предполагается разработка и внедрение методов управления, ориентированного на конечные результаты с точки зрения улучшения здоровья населения, с обеспечением устойчивого финансирования этой сферы.

Для улучшения ситуации в настоящее время во многих странах Европы используются следующие подходы:

- внедрение механизмов повышения качества медицинской помощи;
- изменение соотношения между централизованными и децентрализованными службами управления;
- стратегия замещения одних видов медицинских услуг другими, установление новых функций для работников здравоохранения, изменение механизмов управления, принятие более жестких мер по сдерживанию расходов.

В отношении характера здравоохранения как социального блага общепринято считать, что предоставление медицинских услуг каждому отдельному человеку является существенной пользой для общества в целом.

В *параграфе 1.2 – Основные задачи управления здравоохранением Российской Федерации на современном этапе развития* – определяются приоритетные задачи сферы охраны здоровья населения на сегодняшний день.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ (2005), отраженным в справке «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения», основными проблемами здравоохранения РФ являются декларативность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, их несбалансированность с имеющимися финансовыми ресурсами при росте соплатежей населения; неэффективность сметного содержания лечебно-профилактических учреждений и сложившаяся двухканальная бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения; значительная дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по субъектам Российской Федерации, которая достигает 12-кратного размера.

В связи с этим задачами управления здравоохранением РФ на современном этапе являются следующие:

- модернизация системы обязательного медицинского страхования;
- повышение структурной эффективности системы здравоохранения;
- координация и взаимодействие государственного и муниципального уровней здравоохранения;
- создание адекватной сложившимся условиям нормативной правовой базы здравоохранения и принятие ряда новых федеральных законов, расширяющих хозяйственную самостоятельность организаций здравоохранения и повышающих социальную ответственность государства за развитие отрасли.

В результате исследования были сделаны выводы о том, что при всех различиях в системах охраны здоровья разных стран модели могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в процессе организации предоставления медицинской помощи населению. По

этому важнейшему принципу можно выделить страны, в которых роль государства относительно невелика, и страны, где эта роль весьма значительна.

В параграфе 1.3 – Укрепление страховых принципов системы ОМС как основная задача управления здравоохранением – система обязательного медицинского страхования (ОМС) определяется как вид социального страхования, признанный приоритетным в сфере охраны здоровья населения.

Реальным шагом на пути реформирования системы здравоохранения стало введение в России обязательного медицинского страхования как формы социальной защиты населения⁹. Социальная политика в странах с рыночной экономикой в качестве важнейшего элемента включает в себя страхование населения от социальных рисков. В России, осуществляющей переход к рыночной экономике, стало объективной необходимостью создание новой системы социального страхования, соответствующей мировому уровню, достигнутому в этой сфере. В период переходной экономики в России существенно снизился уровень социальной защищенности населения и значительно возрос риск утраты материальной обеспеченности граждан страны, в том числе и при получении медицинских услуг¹⁰.

Существующая на сегодняшний день ситуация с финансированием здравоохранения рассмотрена на примере региональной системы финансирования охраны здоровья населения Тульской области, построенной на общих принципах организации бюджетного обеспечения здравоохранения и принятой в Российской Федерации. Она сочетает в себе элементы, присущие государственной системе здравоохранения. На основании материалов Комитета по здравоохранению и медицинскому страхованию Управы г. Тулы проанализировано состояние финансирования здравоохранения региона и доли бюджетных средств в расчете на одного жителя.

В результате анализа установлено сокращение объемов бюджетного финансирования здравоохранения в последние годы. В связи с создавшейся ситуацией руководители учреждений здравоохранения вынуждены обратить внимание на альтернативные источники финансирования. Дальнейший анализ показал, что при сокращении бюджетного финансирования в здравоохранении поступления от платных услуг и ДМС (добровольного медицинского страхования) на сегодняшний день не могут восполнить появившийся пробел.

Соучастие пациентов в расходах на медицинские услуги связано с рядом конкретных механизмов, которые действуют в области спроса на рынке медицинских услуг. Эти механизмы обычно функционируют в рамках системы здравоохранения. Можно назвать следующие основные формы участия пациентов в покрытии расходов: 1) соучастие в оплате услуг; единовременные взносы, которые потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу, за каждое выписанное лекарство; 2) совместное страхование: доля в процентах от общей суммы за услугу, которая должна быть оплачена потребителем (например, пациент оплачивает 20 % общей стоимости стационарного лечения).

⁹ Закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

¹⁰ См. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. – М., 1998

В связи с этим финансирование медицинской помощи в значительной мере переносится на работодателей и самих граждан. Расходы населения на медицинские услуги устойчиво растут. По данным Минздравсоцразвития РФ, с 2000 по 2004 г. расходы на платные услуги выросли с 27,5 до 87 млрд. рублей. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи населению. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения, то есть увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении медицинской помощи соответствующего качества.

Выправить это положение с помощью создания системы обязательного медицинского страхования, которая должна была стать единым финансовым стержнем медицинской помощи, по признанию Минздравсоцразвития РФ, нашедшему отражение в справке «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения», также пока не удалось. Сегодня система обязательного медицинского страхования сама нуждается в серьезной модернизации. Укрепление страховых принципов медицины лежит в плоскости изменения налогообложения фонда оплаты труда работающих, ухода от налогового принципа и усиления позиций и расширения прав застрахованных лиц на информацию, а также информированное согласие в области страхования здоровья.

Глава вторая - Исследование социально-экономических предпосылок развития дополнительного платного медицинского обслуживания на современном этапе развития здравоохранения - содержит результаты исследования путей возможного развития здравоохранения.

В параграфе 2.1 - Социальные противоречия коммерциализации сферы здравоохранения - анализируются состав и содержание противоречий социально-экономических отношений, характеризующих современный этап развития здравоохранения.

Основываясь на разработках Н.Г. Шамшуриной, можно выделить следующие группы противоречий:

- противоречие между социальной потребностью в доступных медицинских услугах и возможностью ее удовлетворения в условиях ограниченных ресурсов и коммерциализации здравоохранения;
- противоречие между уровнем государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению и уровнем их финансирования;
- противоречия внутри системы ОМС: реальный способ расчета тарифов на медицинские услуги противоречит закону «О медицинском страховании» (ст. 24), поскольку закон обязывает фонды оплачивать услуги по линии ОМС в полном объеме, однако тарифы на эти услуги устанавливаются заведомо ниже их себестоимости;
- введение на некоторых территориях единого налога на вмененный доход противоречит уровню нормативной проработки понятия «рабочее место врача», по которому и должен определяться объем потенциальных медицинских услуг;

- противоречие между стремлением сохранить доступность медицинской помощи и низким качеством последней;
- противоречие между объемами и структурой спроса на медицинские услуги надлежащего качества и объемами и структурой их предложения;
- противоречие между социально-экономическими интересами государства, с одной стороны, и лечебно-профилактических учреждений - с другой;
- отсутствие механизмов внутреннего накопления противоречит рыночным принципам формирования бюджетных ограничений учреждений здравоохранения.

Для преодоления сложившихся противоречий необходим переход от традиционного товарообмена к более высоким формам взаимодействия – перемещению капиталов, научной кооперации, производственной интеграции и на этой основе – определения здравоохранения в составе макроэкономических корпораций. Можно согласиться с мнением А.В. Решетникова, Н.Г. Шамшуриной, В.Ф. Уколова и др., что тогда экономические отношения здравоохранения по форме, содержанию и социально-экономической природе будут отражать деятельность макроэкономической корпорации, объединяющей разнопрофильные производства и сектора экономики, регулируемые государством.

Необходимым условием этого является проведение социологических исследований, по результатам которых прогнозируются изменения социально-экономической ситуации в сфере медицинского обслуживания, анализируются тенденции изменения платежеспособного спроса на медицинские услуги, определяются пути достижения требуемого их качества.

Параграф 2.2 – Оценка пациентами организации предоставления медицинской помощи на коммерческой основе в лечебно-профилактическом учреждении города Тулы – представлены результаты анкетирования пациентов лечебно-профилактического учреждения г. Тулы.

Проведено социологическое исследование отношения пациентов лечебного учреждения железнодорожного ведомства к платному медицинскому обслуживанию. Таким образом было изучено общественное мнение пациентов, находящихся на стационарном лечении в НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО "РЖД"». Анализ и оценка полученных данных свидетельствуют о том, что материальное положение значительной части респондентов находится на уровне, который превышает среднестатистические показатели по области. Установлено, что более половины опрошенных (60 %) могут выделять на свое здоровье ежемесячно сумму в пределах до 500 рублей без существенного ущерба для семейного бюджета. При этом выявлено, что среднее значение верхнего (максимального) предела при определении суммы, которую семья может потратить в месяц на свое здоровье, составило 827,3 руб.

Другой блок вопросов позволил определить отношение пациентов к платным услугам. Здесь выявлена связь ответов на вопрос о признании необходимости существования наряду с бесплатным платного медицинского обслуживания с анкетными данными опрошенных и их социально-экономическим положением.

Для распределения исходных данных на группы в зависимости от ответа на вопрос осуществлено их ранжирование по возрастано-половому признаку. Анализ полученных данных выявил различное в зависимости от возраста отношение пациентов к платным услугам. В возрастной группе от 20 до 40 лет ответивших положительно на поставленный вопрос было в 3,33 раза больше, чем ответивших отрицательно. Мужчины этой группы при ответе на вопрос о признании необходимости существования платного медицинского обслуживания единогласно высказались положительно, т.е. среди ответивших «нет» в группе лиц в возрасте от 20 до 40 лет оказались только женщины. В возрастной группе от 41 до 60 лет также ответов «да» было больше, чем ответов «нет», однако разница по сравнению с предыдущей возрастной группой оказалась не столь впечатляющая - в 1,23 раза. Самая старшая возрастная группа (более 60 лет) характеризовалась практически равным количеством ответивших «да» и «нет».

Полученные данные позволяют сделать вывод, что в целом вопрос о платности сервисного обслуживания в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) не вызывает отторжения у большей части проанкетированных пациентов-железнодорожников. Выявлено, что более молодая их часть относится к изучаемой проблеме с большим пониманием.

Изучение общественного мнения о возможных затруднениях, с которыми сталкивается население при обращении в медицинское учреждение, показало, что основное недовольство у пациентов вызывают постоянные очереди в медицинских учреждениях (82,47 %). 26,80 % ответивших указывают на большие расходы, связанные с нахождением в ЛПУ. На отсутствие доброжелательного отношения, недостаточный объем обследования и лечения указали соответственно 23,71 %, 22,68 % и 21,65 % респондентов; 15,46 % столкнулись с непониманием и грубостью медицинского персонала.

Следовательно, проведенный анализ мнения пациентов - железнодорожников указывает на то, что в обществе уже сформированы представления о требованиях, которым должна соответствовать платная медицина, а также о материальных затратах на эти цели. Результаты социологического исследования позволили не только выявить основные проблемные места во взаимоотношениях пациентов с лечебным учреждением, но и учесть основные негативные факторы, чтобы найти возможности их исключения.

В параграфе 2.3 - Изучение показателей анкетирования пациентов центра «Экологическая медицина» ОАО «Астраханьгазпром» - проведена оценка результатов опроса пациентов лечебного учреждения г. Астрахани.

Для сравнения показателей опроса пациентов НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО "РЖД"», относящейся к железнодорожному ведомству, проведен анализ условий для платного сервисного обслуживания в НПМК «Экологическая медицина» ОАО «Астраханьгазпром» (АГК).

После обработки данных анкетирования стало очевидно, что в своем отношении к платному медицинскому обслуживанию респонденты разделились практически поровну с небольшим перевесом группы с положительным

отношением к возможному симбиозу бесплатного и платного медицинского обслуживания (соответственно 51,09 и 48,91 %).

В вопросе о расходовании средств семейного бюджета на здравоохранение предлагалось указать процентную ставку, в пределах которой респонденты готовы осуществлять подобные целевые денежные расходы. Минимальное значение этого показателя, отмеченное в анкетах, равнялось 1 %, максимальное – 70 %, а среднее составило 16,92 %. Анализ этих данных выявил, что на значение выше среднего указали 25,81 % опрошенных, в то же время значение ниже среднего отметило в 1,71 раза больше респондентов. При этом наиболее популярное значение составило 10 % ($M_o = 10$), его в своих анкетах указали 38,46 % от опрошенных.

Как показал анализ результатов исследования, основное недовольство среди пациентов вызывают постоянные очереди в ЛПУ, особенно при обращении за амбулаторной помощью (51,85 %). 44,44 % ответивших на вопрос респондентов указывают на большие расходы, связанные с нахождением в лечебном учреждении. При этом подавляющее большинство ответивших отмечает, что они, находясь в больнице, при получении бесплатного медицинского обслуживания имеют значительные траты на продукты питания (75,31 %) и медикаменты (69,14 %).

Как наглядно демонстрируют результаты исследования, полученные в результате данного опроса, в целом в изучаемом регионе существует потребность в развитии сервисного медицинского обслуживания на платной основе. В связи с этим следует отметить, что выводы, сделанные по рассматриваемому вопросу на основании анализа результатов опроса респондентов из г. Астрахани, во многом схожи с заключением по пациентам, участвовавшим в подобных социологических опросах в других регионах (например, железнодорожников, которым оказывались медицинские услуги в ЛПУ Тульской области). Следовательно, в некоторых субъектах РФ уже возникла социально-экономическая ситуация для развития таких общественных отношений.

По тому же контингенту опрошенных пациентов в Астраханском регионе было проведено несколько иное социологическое исследование по специально разработанной анкете. Его целью было выяснение фактического состояния оплаты медицинских услуг. Здесь речь идет о том, какие на сегодняшний день медицинские услуги являются практически оплачиваемыми, какие суммы фигурируют при оплате подобных услуг, а также находятся ли эти отношения в действующем на сегодняшний день правовом поле. Кроме того, важно было установить отношение пациентов к правовому регулированию этого вопроса.

Анализ результатов обработки ответов пациентов на вопрос «Приходилось ли Вам в той или иной форме оплачивать медицинские услуги?» позволил получить следующие данные. Положительно ответило подавляющее количество респондентов - 80,9 %, отрицательный ответ дали 19,1 %, в то же время 12 человек (4,3 % респондентов, участвующих в анкетировании) не сочли нужным отвечать на поставленный вопрос. Полученные данные свидетельствуют о том, что на момент проведения исследования подавляющее большинство респондентов уже в той или иной форме сталкивалось с оплатой за медицинские услуги.

Выявлено, что пациенты ЛПУ (91,67 % среди ответивших на вопрос респондентов) несут расходы по оплате медикаментов. Это вполне объяснимо из-за ограниченного финансирования этой статьи в бюджете медицинских учреждений на фоне того, что наиболее эффективные препараты стоят достаточно дорого. 39,29 % опрошенных указали на то, что им довольно часто приходится платить за диагностические процедуры.

Десятая часть пациентов (11,9 %) отметила в своих анкетах, что они также оплачивают дополнительные консультации специалистов. И всего 2,38 % респондентов указали на произведенную ими оплату сервисных услуг через систему добровольного медицинского страхования. Анализ результатов этого исследования показал возможность развития сервисного обслуживания в ведомственных ЛПУ. Одновременно с этим он свидетельствует об отсутствии механизма регулирования оплаты при оказании подобных услуг населению, что является весьма существенным негативным фактором, препятствующим решению данной проблемы.

Анализ полученных данных свидетельствует, что около 40 % оплат за медицинские услуги пока не находят своего отражения в официальных отчетах. Отсюда становится очевидным, что в «тени» остаются суммы оплат за медицинские услуги, превышающие те, которые проходят через кассу. В связи с этим обстоятельством потребовалось установить причины, из-за которых население предпочитает прибегать к платному медицинскому обслуживанию. 25 % респондентов верят в полезность оплачиваемых услуг как гарантию более внимательного отношения к ним со стороны медицинского персонала.

Таким образом, результаты проведенного социологического исследования свидетельствуют о том, что контингент проанкетированных лиц, ранее или в настоящее время связанных в своей жизнедеятельности с работой на АГК, вполне может отражать совокупность различных категорий граждан. Это подтверждается сравнением изученных нами социологических данных по выборке населения, работающего или проживающего в районе Астраханского газоконденсатного месторождения, со среднестатистическими показателями по региону. Изложенное дает основание предположить, что выводы по рассматриваемому вопросу, полученные в результате изучения мнения респондентов, участвующих в анкетировании, могут быть распространены на всю совокупность граждан России, которые периодически обращаются в ЛПУ за медицинской помощью. Однако говорить о том, что население возьмет на себя значительную часть расходов здравоохранения, преждевременно, поскольку большая часть граждан (и это подтверждают результаты проведенного опроса) имеют доходы ниже среднего уровня, а зачастую и ниже прожиточного минимума. Поэтому при проведении реформы здравоохранения необходимо учитывать незащищенность населения и установить альтернативные варианты финансирования здравоохранения при повышении качества обслуживания.

В Главе третьей – Характеристика социальной модели реформирования здравоохранения – описываются основные направления комплексного воздействия государства, общества и бизнеса на сферу охраны здоровья населения.

В параграфе 3.1 – Формирование приоритетов развития дополнительного медицинского обеспечения в социальном управлении – описаны схемы социально-

экономических интересов субъектов сферы здравоохранения и условий их реализации.

Здесь отмечается, для того, чтобы сделать акцент на вопросах здоровья в рамках общественного развития, необходимо мобилизовать новых партнеров и обеспечить эффективное управление процессом преобразований в системе здравоохранения. Такого положения можно добиться путем взаимной согласованности, учета и возможно более полной реализации интересов всех субъектов сферы охраны здоровья населения. Иначе они не будут эффективно содействовать формированию устойчивого социально-экономического развития и политической стабильности, установлению согласия в обществе. В связи с этим, опираясь на принципы социального партнерства, которые являются наиболее прогрессивными в части общественных отношений, необходимо учитывать потребности всех слоев общества и создавать такие общественные структуры, которые имели бы возможность, максимально учитывая полярные интересы субъектов общественных отношений, использовать их различия на благо общества.

Организационное и законодательное упорядочение взаимоотношений в сфере платного медицинского обслуживания необходимо в сложившихся социальных условиях, поскольку возникающие социальные противоречия в отношениях участников данного процесса требуют экстренного разрешения. Государство призвано формировать цивилизованный или регулируемый рынок, выдвигая определенные требования к рынку в виде достаточно жестких законов и правил, стараясь смягчить его удары по интересам отдельных членов общества, одновременно оставляя место для мотивации к труду, риску, продуктивной хозяйственной деятельности, инициативы.

На другом полюсе взаимоотношений находится население, которое в системе дополнительного платного обслуживания тоже имеет свои преимущества. Как показывает социологическое исследование, население не только адаптировалось к существованию платного обслуживания в медицине, но и в основном считает эти услуги необходимыми, поскольку оно имеет возможность оплачивать свои возрастающие требования к бытовым условиям пребывания в лечебно-профилактическом учреждении. Кроме того, официальное признание обеспечивает соблюдение прав и интересов потребителей, а также дает возможности альтернативного выбора.

В результате исследования было установлено, что в деятельности такой составной части системы здравоохранения, как добровольное медицинское страхование, на сегодняшний день произошла подмена принципов социального страхования, принятых за основу в части медицинского страхования во всех развитых странах мира. Это связано с тем, что страховые организации в системе добровольного медицинского страхования, призванные стать посредниками в системе перераспределения финансовых ресурсов в сфере здравоохранения между работодателями, потребителями медицинских услуг и производителями, приобретают доминирующие свойства, которые не были заложены в этот вид страхования, а сформировались в результате стихийного, нерегулируемого развития рынка добровольного медицинского страхования.

Решение возникших проблем требует изменения социально-экономических отношений в сфере охраны здоровья населения, а также преобразования форм собственности и организационно-правовых форм предпринимательской деятельности в здравоохранении. Отсюда необходимость в соответствующей политике государства, направленной на регулирование и поддержание возникающих принципиально новых социальных отношений.

Параграф 3.2 – Разработка социальной модели здравоохранения – содержит описание управленческой модели здравоохранения в социальной политике государства.

В параграфе содержится описание разработанной модели, в которой предпринята попытка согласования интересов основных субъектов здравоохранения под управляющим воздействием государства при его значительной экономической и политической поддержке учреждений здравоохранения как основного структурного элемента отрасли, особенно такого ее звена, как первичная медико-санитарная помощь. Изучение вопросов воздействия государства, общества и бизнеса на сферу охраны здоровья населения в нашей стране и за рубежом позволило нам построить схему их комплексного влияния на здравоохранение, которая может быть использована при осуществлении реформирования отрасли (рис. 1).



Рис. 1. Основные направления комплексного воздействия государства, общества и бизнеса на здравоохранение при его реформировании в условиях регулируемой рыночной экономики

В модели предусмотрена социальная ответственность государства, определяемая политикой в отношении финансирования, регулирования, законодательного и организационного обеспечения здравоохранения (рис. 2).

Государство всегда будет призвано регулировать социально-экономические отношения в системе охраны здоровья населения, осуществляя свою главную управленческую функцию публично-правового согласования интересов и затем

управляя этими интересами. Объективной причиной, вызывающей необходимость активного государственного вмешательства в деятельность отрасли здравоохранения, является существование так называемых негативных «внешних эффектов» рынка. Сгладить негативные эффекты рынка обязано государство, которое должно проявить политическую волю в проведении активной социальной политики.

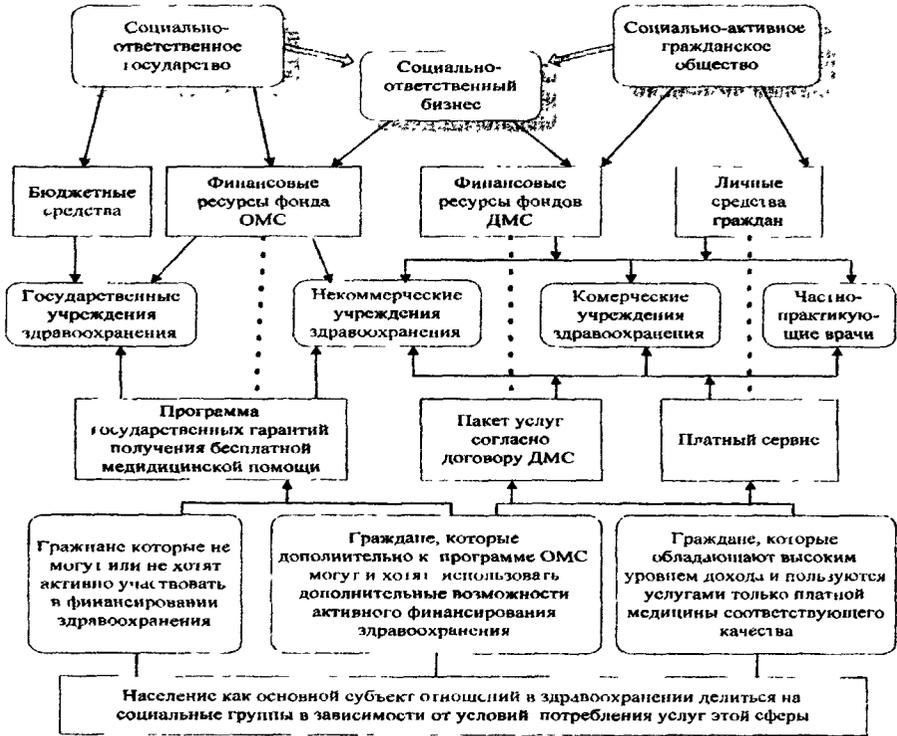


Рис. 2. Социально-экономическая модель здравоохранения

Здесь возрастает значение именно многофакторного анализа социальных, экономико-правовых условий медицинской деятельности, которые придают социальным отношениям в медицине качественное своеобразие, самобытный статус и определяют стратегию управления в данной социальной сфере.

Взаимная согласованность, учет интересов различных социальных групп и слоев выступает важнейшим условием устойчивости политической системы, развития экономики, формирования гражданского общества.

В заключении подведены итоги и сформулированы основные выводы диссертационного исследования.

Основные выводы и положения диссертации изложены автором в следующих публикациях:

1. Жукова М.В. Оценка уровня социально-экономического развития региона для формирования основных направлений финансовых взаимоотношений государства и общества // Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и перспективы российской экономики». - Пенза, 2003. - С. 65-66. - 0,12 п.л.
2. Жукова М.В. К вопросу об оказании некоторых видов платных услуг в ведомственном лечебном учреждении (в соавторстве с Ю.И. Григорьевым, Е.Г. Суворовым) // Вестник новых медицинских технологий. - Тула, 2004. - Т. XI - № 1-2. - С. 86-88. - 0,58 п.л./0,2 п.л.
3. Жукова М.В. О необходимости совершенствования экономических методов управления ЛПУ в системе здравоохранения // Сборник статей II Международной научно-практической конференции «Инновационные процессы в управлении предприятиями и организациями». - Пенза, 2003. - С. 53-55. - 0,12 п.л./0,06 п.л.
4. Жукова М.В. Система сервисного медицинского обслуживания как механизм социального партнерства в рамках действующего законодательства // Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности». - М., 2004. - С. 170-173, 179-181. - 0,29 п.л./ 0,2 п.л.
5. Жукова М.В. Мотивационная сфера как основа управления деятельностью медицинских работников (в соавторстве с Ю.И. Григорьевым) // Сборник материалов III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». - М., 2004. - С. 473- 475. - 0,12 п.л./ 0,06 п.л.
6. Жукова М.В. Правовое обеспечение деятельности лечебных учреждений в Российской Федерации, его реалии и перспективы развития // Известия ТулГУ. Серия «Актуальные проблемы юридических наук». - Тула, 2004. - С. 140-144. - 0,16 п.л.
7. Жукова М.В. Некоторые аспекты дополнительного платного обслуживания населения в ведомственном лечебном учреждении (в соавторстве с Ю.И. Григорьевым, Е.Г. Суворовым) // Вестник новых медицинских технологий. - Тула, 2005. - Т. XII - № 3-4. - С. 116-118. - 0,58 п.л./0,2 п.л.
8. Жукова М.В. Некоторые аспекты платного сервисного обслуживания в медицине (в соавторстве с Ю.И. Григорьевым) // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 11-12 (99). - С. 49-55. - 0,41 п.л./0,21 п.л.
9. Жукова М.В. Совершенствование организационной структуры управления лечебным учреждением как механизм социально-экономической адаптации к системе платного обслуживания в медицине (в соавторстве с Ю.И. Григорьевым) // Экономика здравоохранения. - 2006. - № 1 (100). - С. 18-25. - 0,47 п.л./0,24 п.л.

Жукова Мария Валерьевна
Диссертация на тему: Социальная модель здравоохранения
в государственном управлении

В диссертации освещается проблема определения места и роли государственного управления в социально-экономических отношениях субъектов сферы охраны здоровья населения с разработкой научно обоснованной модели здравоохранения.

Рассмотрение ситуации в отрасли основывалось на междисциплинарном анализе проблем управления в области здравоохранения и медицины. Исходным методологическим положением данного исследования является понятие организации и управления медицинской помощью в процессе их совершенствования и развития в условиях проведения реформ в России в целом и здравоохранения в частности.

По результатам исследования сформированы приоритеты развития дополнительного медицинского обеспечения в социальном управлении здравоохранением. Разработан проект социальной модели здравоохранения в государственном управлении, учитывающий специфику общественных отношений в условиях регулируемой рыночной экономики.

Zhukova Maria V.

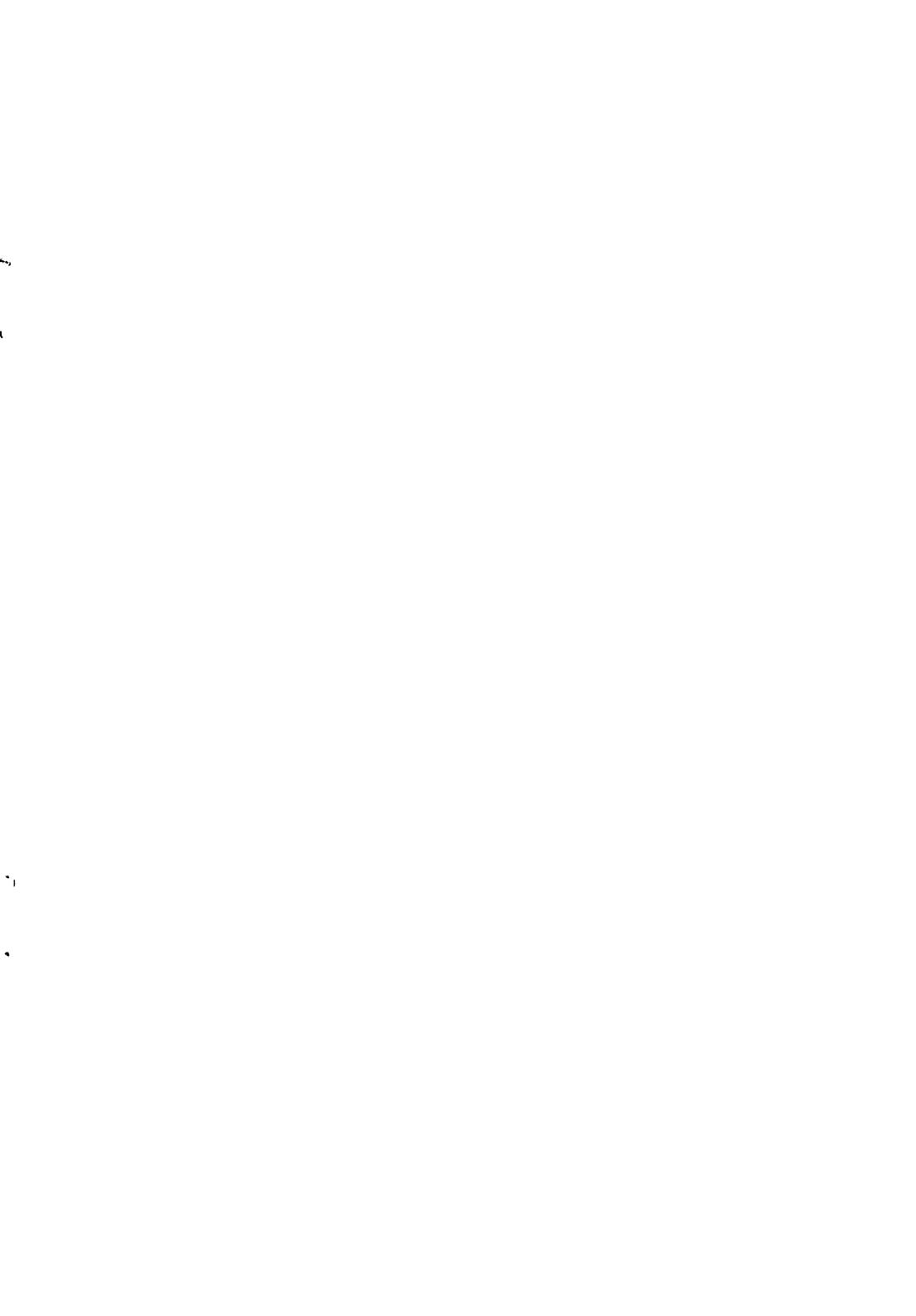
The subject of the thesis: "Health Care Social Model in Public Administration"

The problem of defining public administration position and its role in social and economic relations among the subjects of community health care is considered in the dissertation, the science-based health care model being worked out.

The branch condition consideration was based on the interdisciplinary analysis of the problems of health care and medicine management. The initial methodological statement of the present research is the concept of medical assistance organization and management while their development and improvement under reforms being carried out throughout Russia and in health care in particular.

According to the results of the research additional medical assistance priorities in social health care management were determined. The project of health care social model in public administration has been worked out taking into account social relations peculiarities under regulated.

Отпечатано в ООО «Оргсервис-2000»
Подписано в печать 11.04.2006г Объем 1,31 п.л.
Формат 60x90/16. Тираж 100 экз. Заказ № 11/04-47.
115419, Москва, Орджоникидзе, 3



2006A

7440

■ - 7440