

На правах рукописи



ВОРОБЬЕВА Елена Евгеньевна

**ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Специальность 22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

A handwritten signature, appearing to read 'Воробьева Елена Евгеньевна', is placed above the title.

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

- 2 ДЕК 2010

Пенза 2010

Диссертационная работа выполнена на кафедре «Государственное управление и социология региона» Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пензенский государственный университет».

Научный руководитель: доктор социологических наук, доцент
Воробьев Владимир Павлович

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Рыбаковский Леонид Леонидович;
кандидат социологических наук
Шумилин Алексей Павлович

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского»

Защита диссертации состоится 3 декабря 2010 г. в 16.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.186.09 в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пензенский государственный университет» по адресу: 440026, г. Пенза, ул. Красная, 40.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пензенский государственный университет»; автореферат размещен на сайте www.pnzgu.ru

Автореферат разослан «2 » ноябрь 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат социологических наук,
доцент

Рожкова

Л. В. Рожкова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Происходящие в современной России трансформационные процессы затронули все структурные элементы и социальные институты общества, в том числе и систему охраны здоровья.

Наличие кризиса российской системы здравоохранения, начавшегося еще в позднесоветский период, признается большинством исследователей. Попытки реформирования отечественного здравоохранения, направленные на преодоление существующих трудностей, связаны с переходом к системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Целью введения ОМС провозглашалось улучшение финансирования здравоохранения, повышение доступности и качества медицинского обслуживания. К сожалению, итоги реформ пока не дают серьезного повода для оптимизма: показатели здоровья населения России в целом остаются неудовлетворительными.

Одной из причин такого положения дел является недооценка того обстоятельства, что страховая система здравоохранения представляет собой не просто совокупность медицинских организаций, но и особый социальный институт, эффективность которого зависит не только от организационно-правовых и финансовых, но и от культурных факторов. Важной стратегической задачей реформы системы здравоохранения является приведение в соответствие формальных принципов функционирования этой системы и социальных установок основных субъектов социального взаимодействия в данной сфере. В противном случае неизбежными становятся институциональные дисфункции, проявляющиеся, прежде всего, в том, что возникает разрыв между формальными и реальными «правилами игры», действующими в системе здравоохранения. В свою очередь такой конфликт чреват снижением качества медицинского обслуживания, ростом коррупционных проявлений и социального недовольства.

В этой связи особый научный и практический интерес представляет анализ социальных установок врачей и пациентов, их мнений относительно принципов функционирования российской модели страховой

медицины: общественное мнение в решающей степени обеспечивает социальную легитимизацию данной модели, без которой невозможна ее успешная институционализация.

Степень научной разработанности проблемы. Различные аспекты развития системы здравоохранения, ее роль в охране общественного здоровья являются предметом изучения многих наук: общей социологии, медицины, экономики, теории управления, социологии медицины, теории общественного здоровья и здравоохранения.

Социологическая трактовка здоровья опирается на идеи классиков социологии, которые являются основой современных подходов к исследованию данного феномена. В трудах Э. Дюркгейма отражены отдельные социальные механизмы воспроизведения здоровья, основанные на детерминации индивидуального поведения человека социальной системой. Работы М. Вебера раскрывают диалектические взаимосвязи индивидуальных выборов и жизненных шансов индивидов, принадлежащих к определенному социальному классу. Анализу социальных факторов здоровья населения, роли представителей медицинской профессии в обществе посвящены работы одного из основателей социологии медицины Т. Парсонса.

Вопросы теории общественного здоровья и здравоохранения, опыт организации здравоохранения, развитие системы медицинского страхования с середины XX в. становятся предметом исследования российских и зарубежных ученых: И. В. Бестужева-Лады, Д. Д. Венедиктова, Д. А. Изуткина В. И. Покровского, В. А. Сабанова, Е. В. Черносвитова, И. М. Шеймана, М. Я. Яровинского, Г. Камминга, Р. Б. Салтмана, Дж. Фигейраса, У. Харстона, Т. Честера и др. Теория здравоохранения советского периода отражена в работах М. Б. Мирского, Б. Д. Петрова, Н. А. Семашко, З. П. Соловьева, С. А. Томилина и др.

В работах зарубежных авторов (Е. Гоффман, Р. Дубо, И. Золя, И. Иллич, Т. Маккеон, В. Наварро, Э. Фридсон, А. Страус и др.) система здравоохранения рассмотрена в историческом контексте. Данные авторы проанализировали роль идеологии, обычая, символов в функционировании этой системы, а также проблемы эффективности медицины.

Различным аспектам социальной политики в сфере здоровья и здравоохранения посвящены труды И. А. Григорьевой, В. И. Жукова, Т. И. Заславской, Г. И. Осадчей, Н. М. Римашевской и др. Содержание объективных законов функционирования и развития здравоохранения как социального феномена и особенности социального взаимодействия в данной сфере раскрываются в работах Е. В. Дмитриевой, А. Л. Пидде, А. Г. Саркисяна, А. В. Сахно, В. Б. Филатова, К. Н. Хабибуллина, С. В. Шишкина и др.

В публикациях ряда современных российских авторов исследование социальных факторов здоровья, выбор критериев здоровья на уровне индивида, группы и общества, динамики показателей здоровья проводится во взаимосвязи с анализом реформ в системе здравоохранения (Т. М. Максимова, И. Б. Назарова, Н. В. Панкратьева, Л. Л. Рыбаковский, Т. В. Чубарова, Л. С. Шилова, О. В. Шиняева и др.)

Вопросам становления страховой медицины посвящены публикации Р. А. Галкина, М. М. Кузьменко, А. Л. Линденбрата, Ю. В. Михайловой, А. В. Решетникова, В. Ю. Семенова, В. И. Стародубова, И. М. Шеймана и др. Внедрение рыночных отношений в отечественную систему здравоохранения анализируется в работах Б. А. Войцеховича, А. И. Вялкова, В. В. Гришина, М. А. Ковалевского, В. З. Кучеренко, Н. Б. Найговзиной, В. И. Стародубова, В. С. Тапилиной, А. В. Тихомирова и др.

Вопросы качества медицинского обслуживания в отечественной литературе изучаются чаще экономистами, юристами, медиками (Л. М. Астафьев, В. В. Власов, Ю. М. Комаров, В. А. Медик, Г. И. Назаренко, А. Г. Осипов, Н. Х. Сабитов, В. К. Юрьев). Социальным аспектам качества медицинского обслуживания посвящены работы А. Л. Линденбрата, Ю. П. Лисицына, А. В. Решетникова, Г. И. Царегородцева, О. П. Щепина и др.

Тем не менее отдельные проблемы, связанные с эволюцией российской системы здравоохранения, остаются слабо исследованными. К ним относится, прежде всего, вопрос о социокультурных источниках тех трудностей, которые присущи процессу становления института страхового здравоохранения в нашей стране.

Цель диссертационного исследования состоит в выявлении особенностей процесса институционализации страхового здравоохранения в современном российском обществе.

Реализация поставленной цели требует решения следующих задач:

- обобщить отечественные и зарубежные концепции здоровья как социального явления, уточнить место и роль института здравоохранения в процессах охраны и восстановления здоровья граждан;
- раскрыть институциональную специфику страховой системы здравоохранения;
- выделить основные трудности на пути институционализации страховой системы здравоохранения в современной России;
- выявить отношение врачей и пациентов к основным принципам страховой системы здравоохранения;
- определить социально-институциональные критерии качества медицинского обслуживания в условиях страховой системы здравоохранения.

Объектом исследования выступает современная российская система здравоохранения.

Предметом исследования являются институциональные аспекты развития системы здравоохранения в условиях перехода к страховой медицине.

Теоретико-методологической основой исследования служат структурно-функциональный подход, позволяющий проследить динамику функциональных отношений между структурообразующими элементами системы здравоохранения, а также институциональный подход, позволяющий исследовать становление социальных отношений в отдельных сферах общественной жизни, анализировать факторы их стабильности, эффективности и предсказуемости.

При анализе места здравоохранения в системе факторов, влияющих на социальное здоровье, использовались отдельные методологические принципы А. Богданова («Закон наименьших»).

Эмпирической базой диссертационной работы являются результаты двух социологических опросов, проведенных автором.

1. Анкетный опрос в трех лечебных учреждениях г. Пензы: Городской клинической больнице скорой медицинской помощи им. Захарьина, Областной клинической больнице им. Н. Н. Бурденко, Пензенской городской клинической больнице № 5 (2009 г., $n = 710$; из них 200 врачей, 510 пациентов, выборка гнездовая).

2. Экспертный опрос специалистов в области управления здравоохранением, руководителей лечебно-профилактических учреждений, представителей страховых организаций (2010 г.; опрошено 15 экспертов).

В работе использовались материалы государственной статистики, нормативно-правовые акты Российской Федерации. Осуществлен также вторичный анализ социологических исследований, посвященных проблемам общественного здоровья, организации здравоохранения, вопросам внедрения страховой медицины, проведенных под руководством А. В. Решетникова (1995–1998), И. Б. Назаровой (1999), В. А. Медик (2003, 2005, 2006).

Научная новизна исследования состоит в следующем:

1. В теоретическом плане раскрыта роль национальной системы здравоохранения как координирующего элемента в системе факторов, определяющих здоровье населения.

2. Определены специфические институциональные признаки страховой системы здравоохранения, связанные с переходом от патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом к партнерскому взаимодействию поставщиков и получателей медицинских услуг.

3. Раскрыты основные проблемы на пути становления страховой системы здравоохранения как социального института, обусловленные как несовершенством организационно-правовой базы реформ, так и инертностью социокультурных ориентаций населения.

4. Выявлены социальные установки врачей и пациентов, определяющие их отношение к страховой системе здравоохранения, показано влияние патернализма на эти установки.

5. Выделены основные институциональные критерии качества медицинского обслуживания в условиях страховой системы

здравоохранения (объективные показатели результатов лечения, удовлетворенность пациента и его социального окружения взаимодействием с медицинским персоналом, соответствие медицинских услуг общественным представлениям о социальной справедливости).

Положения, выносимые на защиту. В соответствии с целями и задачами диссертационного исследования на защиту выносятся следующие положения:

1. С институциональной точки зрения здравоохранение необходимо рассматривать как систему социального взаимодействия индивидов по поводу сохранения и восстановления здоровья населения. Преобладающие в отечественной литературе представления о системе здравоохранения как о факторе, который влияет на социальное здоровье вместе с другими, более важными факторами (образом жизни, экологической обстановкой, наследственностью), неадекватны в плане описания институциональных аспектов данной проблемы. Национальная система здравоохранения является не рядовым фактором, а, скорее, центральным, координирующим элементом в ряду иных факторов, влияющих на динамику здоровья населения. По этой причине изменения в данной системе способны достаточно быстро улучшить или ухудшить показатели общественного здоровья в целом.

2. Страховая система здравоохранения обладает специфическими институциональными признаками в сравнении с прежней, бюджетной моделью. Важнейшие из них – свобода выбора лечебных учреждений пациентом; появление посредника между пациентом и медицинскими работниками в виде страховых организаций; широкое внедрение в медицинскую практику экономических показателей; расширение ролевого набора врача и пациента, связанное с переходом от традиционной парадигмы оказания медицинской помощи к парадигме оказания медицинских услуг, более ориентированной на юридический и экономический подходы; отказ от патерналистской опеки за пациентами и переход к партнерскому взаимодействию между медработниками и потребителями медицинских услуг. В условиях быстрого перехода национальной системы здравоохранения к новой модели, как правило, начинают проявляться признаки институциональной

разбалансированности: новые организационно-правовые формы этой системы не всегда выстраиваются реформаторами достаточно комплексно, кроме того, эти формы входят в противоречие с традиционными культурными ориентациями врачей и пациентов.

3. Институционализация новой модели медицинского обслуживания в современной России испытывает значительные трудности. Некоторое улучшение показателей общественного здоровья, произошедшее в последнее время, связано не с новыми институциональными характеристиками системы здравоохранения, а с реализацией национального проекта «Здоровье», содержание которого не всегда соответствует принципам страховой медицины. Проблемы отечественной страховой медицины в первую очередь связаны с внесением в российскую систему здравоохранения рыночных элементов, к которым врачи и пациенты, являющиеся носителями патерналистской культуры, еще не адаптировались. В то же время правовые основы взаимоотношений основных субъектов медицинского страхования (медицинских работников, пациентов, органов управления здравоохранением и страховых организаций) слабо подкреплены в финансовом и организационном плане, а не до конца конкретизированные государственные гарантии оказания медицинской помощи еще больше препятствуют легитимизации страховой системы здравоохранения.

4. Патерналистские социальные установки врачей и пациентов проявляются, прежде всего, в их отношении к реформам в системе здравоохранения. Отечественная система страхового здравоохранения оценивается и врачами, и пациентами критически; появляются признаки чрезмерной дифференциации профессиональных установок у работников поликлиник с одной стороны и у врачей стационаров – с другой. Пациенты слабо осведомлены об основных принципах страховой медицины; осведомленность врачей в данном вопросе несколько выше, однако и ее уровень недостаточен для эффективного функционирования нового социального института. Большинство работников лечебно-профилактических учреждений не осознают важности данной информации в своей повседневной работе, в то время как специфика страховой системы

здравоохранения предъявляет особые требования именно к этому блоку профессиональных качеств медицинского работника.

5. В институциональном аспекте для определения качества медицинской помощи важны не только объективные показатели результатов лечения, но и удовлетворенность пациента самим взаимодействием с медицинским персоналом и его итогами, а также соответствие формы и содержания медицинского обслуживания ожиданиям социального окружения врача и больного, его представлениям о справедливости. Качество, трактуемое таким образом, является важнейшим показателем успешности или неуспешности процесса институционализации новой системы здравоохранения на микросоциальном уровне (в рамках конкретного лечебно-профилактического учреждения). В настоящее время большинство пациентов и врачей разделяют идею о необходимости контроля качества медицинских услуг, однако в основном связывают контроль качества с деятельностью государственных органов, а не страховых организаций. Вместе с тем, врачи достаточно низко оценивают степень своего влияния на качество лечебного процесса. Реальному улучшению качественных характеристик медицинского обслуживания, по их мнению, препятствует недостаточный объем Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в рамках системы ОМС.

Научная и практическая значимость. Полученные диссидентом результаты могут быть использованы в ходе дальнейшего теоретического анализа процессов институциональной трансформации российского здравоохранения, а также при разработке концепций и программ развития здравоохранения в субъектах Федерации.

Результаты диссертационного исследования могут быть использованы в практике работы страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в деятельности конкретных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Отдельные теоретические положения диссертации могут применяться при преподавании вузовских спецкурсов по социологии медицины и социологии здоровья.

Апробация диссертационного исследования. Основные положения и выводы диссертационного исследования изложены на II Международной научно-практической конференции «Образование и здоровье. Экономические, медицинские и социальные проблемы» (Пенза, 2007); V Всероссийской конференции «Традиционное, современное и переходное в российском обществе» (Пенза, 2007); Международной научно-практической конференции «Роль социальных, медико-биологических и гигиенических факторов в формировании здоровья населения» (Пенза, 2008, 2010); Международной научно-практической конференции «Эволюция общественных отношений в процессе российской модернизации: социальный и региональный аспекты» (Пенза, 2008, 2009); IV Всероссийской конференции «Пути формирования эффективной социально-экономической модели трансформирующейся России» (Пенза, 2008); XVI межрегиональной научно-практической конференции памяти академика Н. Н. Бурденко (Пенза, 2008); II межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования» (Пенза, 2009); II Международной научно-практической конференции «Формирование новой экономики XXI века» (Пенза, 2010).

По теме диссертации опубликовано 10 статей, в том числе 2 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК.

Научные результаты, полученные автором в диссертационном исследовании, использовались в работе Городской клинической больницы № 5 г. Пензы, при чтении учебного курса «Общественное здоровье и здравоохранение» в Пензенском государственном университете.

Диссертация обсуждена на заседании кафедры «Государственное управление и социология региона» Пензенского государственного университета и рекомендована к защите.

Структура диссертационной работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении диссертации обосновывается актуальность темы исследования, характеризуется степень ее научной разработанности,

определяются объект, предмет исследования, рассматривается теоретико-методологические основы диссертации, раскрываются научная новизна и практическая значимость работы, выдвигаются основные положения, выносимые на защиту, приводятся сведения об апробации основных результатов исследования.

Первая глава «Теоретико-методологические основы исследования системы здравоохранения как социального института» посвящена общетеоретическим проблемам здоровья и здравоохранения как социальных явлений и состоит из двух параграфов.

В первом параграфе «Анализ социальной роли системы здравоохранения: теоретические подходы» дан анализ основных концепций здоровья как социального явления и показана роль системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения.

В рамках рассматриваемой автором проблемы – кризиса российской системы здравоохранения, институциональной трансформации данной системы – важен вопрос о содержании понятия «здравье», поскольку в зависимости от того, как определяется сущность здоровья, зависит разработка его показателей, оценка состояния, изучение факторов и определение закономерностей его изменения. Автор обобщает основные методологические подходы к трактовке понятия «здравье» (медицинский, биомедицинский, биосоциальный и ценностно-социальный). Многообразие взглядов на сущность понятия здоровья и безуспешность попыток выработать единое, согласованное мнение в значительной степени объясняются тем, что здоровье представляет собой сложное явление, значимые стороны которого трудно выразить однозначно.

Вместе с тем автор обращает внимание на то, что большинство современных определений понятия «здравье» содержат в себе социальную составляющую. Так, в теории структурного функционализма здоровье как социальное благо выступает фактором социальной дифференциации, формирует «социально-институционализированные ролевые типы». В концепции Т. Парсонса воспроизводство здоровья тесно связано с воспроизводством социальных отношений и социальных ролей в процессе медицинского обслуживания. Представители же

конфликтной парадигмы в социологии (Э. Френдсон, И. Золя) акцентируют внимание на социальном неравенстве как важнейшей причине заболеваемости и характеризуют врачей как социальную группу, которая в силу исполнения своих профессиональных обязанностей монополизировала не только производство здоровья и болезни, но также и условия, при которых протекает болезнь.

В целом можно сделать вывод о том, что с точки зрения социологии здоровье – продукт общественного развития, связанный с определенным историческим периодом времени и его социальными условиями. Значимость здоровья в различных социальных системах определяется ценностями, господствующими в культурной системе конкретного общества, объективными социальными условиями и особенностями здоровьесберегающего поведения граждан. Кроме того, общественное здоровье детерминируется множеством социальных институтов, среди которых важнейшую роль играет институт здравоохранения.

На теоретическом уровне автор подробно рассматривает проблему значимости основных факторов, влияющих на уровень здоровья населения. В теории общественного здоровья и здравоохранения широко распространен анализ этих факторов, опирающийся на «процентный» подход к определению их весомости. Большинство исследователей при этом указывают, что наибольшее влияние на здоровье человека оказывает его образ жизни, затем, по убывающей, идут такие факторы, как генетика, экология и здравоохранение. Весомость последнего в разных исследованиях оценивается обычно в 8–15 % (Ю. М. Комаров, Ю. П. Лисицин), в некоторых исследованиях эта цифра доходит до 30 % (О. П. Щепин).

С точки зрения диссертанта, «процентная» модель несправедлива по отношению к социальной значимости института здравоохранения и связана с некоторыми методологическими упрощениями, особенно там, где речь идет о макросоциальном анализе. Она основана на допущении, что социальную роль здравоохранения можно рассматривать изолированно от иных факторов, в то время как в реальности имеют место системные эффекты, которые делают невозможным такое рассмотрение. Во-первых, в ряде случаев здравоохранение может быть своеобразным «слабым звеном»

в ряду факторов здоровья (в соответствии с «законом наименьших» А. Богданова); тогда именно изменения в сфере здравоохранения могут обеспечить быстрое улучшение показателей здоровья населения. К примеру, резкое снижение смертности в период «демографического взрыва» в развивающихся странах было связано с внедрением простейших мер санитарии, вакцинации и т.д. Во-вторых, все иные факторы здоровья зависят от функционирования системы здравоохранения: так, важнейшая характеристика здоровьесберегающего поведения – отношение индивида к медицинским институтам (регулярные обследования, строгое следование врачебным предписаниям и т.д.); с другой стороны, сама система здравоохранения не может не влиять на образ жизни граждан (пропаганда здорового образа жизни, информационная работа с пациентами); выработка экологических стандартов и рекомендаций по предупреждению генетических отклонений также невозможна без участия медицинских организаций.

По мнению автора, система здравоохранения не может рассматриваться как один из рядовых факторов социального здоровья, скорее, эта система является своеобразным «координирующим звеном» в системе факторов, от которых зависит здоровье населения. В то же время в работе подчеркивается, что любые реформы в данной системе должны быть частью более широкой и комплексной социальной стратегии, которая учитывает влияние общих социальных, физических и экономических условий на состояние здоровья людей, и наоборот.

Диссертант отмечает, что при разработке стратегии реформ системы здравоохранения необходимо оптимальное соотношение между инновационными и традиционными подходами к проблемам охраны здоровья граждан, восприятие существующей национальной системы здравоохранения как одного из органичных, укорененных элементов социальной системы.

Во втором параграфе «Социально-институциональные основы страховой системы здравоохранения» диссертант рассматривает институциональные основы функционирования систем здравоохранения в условиях современного общества, а также основные характеристики страховой системы здравоохранения.

Известно, что социальные институты призваны обеспечивать стабильность взаимодействия членов общества в важнейших сферах общественной жизни, устойчивость социальной структуры и порядок в обществе. Деятельность социального института считается функциональной, если она способствует сохранению общественной солидарности. Наращение дисфункций в деятельности социальных институтов может вести к социальной дезорганизации общества.

В диссертации представлен анализ основных характеристик системы здравоохранения, позволяющих рассматривать ее как социальный институт. Ядром этой системы является социальная группа профессионально подготовленных людей, занятых удовлетворением важнейшей общественной потребности в сохранении и воспроизведстве здоровья; ролевые взаимодействия, как внутри этой группы, так и между представителями данной группы и населением, подчиняются достаточно чётким формальным и неформальным правилам, базирующимся на конкретных ценностных системах. Специфические институциональные характеристики каждой модели здравоохранения связаны с особенностями культурной и социально-экономической системы конкретного общества.

Автор, сравнивая основные современные модели национального здравоохранения (государственную, страховую и частную), делает вывод, что ни одна из них не является идеальной. Каждое государство стремится создать наиболее приемлемое с точки зрения экономической целесообразности и ментальности здравоохранение, причем слепое копирование успешных систем не всегда приводит к положительному эффекту.

Советская система здравоохранения, при всех ее недостатках, была законченной, системной и комплексной моделью организации здравоохранения. Многие страны стремились изучить опыт СССР в данной сфере. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала использование некоторых элементов советской системы здравоохранения в других странах.

В основе реформирования отечественной системы здравоохранения в 1990-е гг. лежала идея перехода от государственной модели охраны здоровья к страховой системе. Данная система включает в себя как

обязательное, так и добровольное медицинское страхование. При этом система добровольного медицинского страхования функционирует как дополнение к системе обязательного медицинского страхования. Кроме того, в конкретных российских условиях добровольное медицинское страхование пока доступно лишь относительно узкому кругу обеспеченных граждан. По этой причине в течение достаточно длительного времени особенности процесса институционализации страховой медицины будут определяться именно развитием системы ОМС.

В диссертации анализируется соотношение между понятиями «страховая медицина» и «страховая система здравоохранения». Здравоохранение представляет собой социальную функцию медицины как системы научных знаний о здоровье, болезнях и определенных действиях отдельных лиц и общества в целом по сохранению здоровья, профилактике и лечению болезней. Вместе с тем, говоря о страховой медицине, мы, как правило, имеем в виду медицину в целом (к примеру, подготовка научных кадров и проведение научных исследований в этой сфере основаны в целом не на страховых принципах), а именно определенную модель непосредственной практической реализации медициной своей социальной функции. По этой причине автор считает возможным использовать понятия «страховая медицина» и «страховое здравоохранение» как синонимичные.

В работе подчеркивается, что страховая система здравоохранения обладает принципиально новыми институциональными признаками по сравнению с советской моделью здравоохранения. Автор, обобщая эти признаки, выделяет в качестве основных следующие: свобода выбора лечебного учреждения и врача пациентом, наличие посредника между пациентом и медицинскими работниками в виде страховых организаций; внедрение в лечебный процесс экономических показателей наряду с клиническими; переход от этической по преимуществу парадигмы оказания медицинской помощи к парадигме оказания медицинских услуг, более ориентированной на юридический и экономический подходы; отказ от патерналистской модели взаимодействия «врач – пациент» и ее трансформация в контрактную модель, основанную на

открытом информационном обмене и взаимной ответственности врача и пациента.

В условиях общественных трансформаций вся система социальных институтов, в том числе и система здравоохранения, претерпевает значительные изменения, которые связаны как с перестройкой большинства организационно-правовых структур, так и с серьезными культурными сдвигами. При этом практически неизбежными становятся проявления институциональной разбалансированности, дисфункциональности: новые организационно-правовые формы нередко выстраиваются реформаторами фрагментарно, кроме того, эти формы почти всегда оказываются в конфликте с более инертными культурными установками населения.

По мнению автора, трансформация института здравоохранения в условиях современной России испытывает дополнительные трудности из-за отсутствия отлаженной системы социологического мониторинга, который мог бы создать надежную и объективную основу для научного прогноза в данной сфере общественной жизни, а также помочь (на уровне всей отрасли, конкретных регионов и отдельных ЛПУ) в минимизации негативных последствий отказа от эволюционного развития российского здравоохранения.

Во второй главе «Становление института страховой медицины в России: проблемы и тенденции» анализируются основные проблемы развития страховой системы здравоохранения как социального института.

В первом параграфе «Основные проблемы институциональной трансформации российского здравоохранения: эмпирический анализ» рассмотрены промежуточные итоги реформ в системе российского здравоохранения, а также проблемы, присущие процессу становления системы медицинского страхования.

Трансформация института здравоохранения в постперестроечной России проходила в условиях падения производства, имела скорее экономические и идеологические, нежели медико-социальные причины, и, по мнению автора, не смогла принести серьезных положительных результатов.

Согласно статистическим данным, численность населения России сократилась с 1991 до 2009 г. более чем на 6 млн человек. В период с 1995

по 2005 г. показатели естественной убыли населения в среднем составили более 800 тыс. человек в год. Резко возросли показатели смертности населения. Для мужского населения показатели смертности, имевшие место в прошедшем десятилетии, охарактеризованы учеными как «сверхсмертность» (А. Г. Гришанова, А. М. Лукашев, Л. Л. Рыбаковский и др.).

Основными причинами ухудшения здоровья населения явились социально-экономические и культурные потрясения постперестроечного периода. Тем не менее автор солидарен с точкой зрения Т. М. Максимовой, согласно которой эти причины объясняют в основном рост заболеваемости и лишь частично – рост смертности населения. Последний произошел за счет резкого увеличения преждевременной смертности, в том числе от излечимых болезней и осложнений хронических заболеваний, смерть от которых медицина на современном этапе в состоянии значительно отдалить. Можно констатировать, что сложности в трансформации российской системы здравоохранения оказали свое влияние на снижение показателей национального здоровья.

Некоторое улучшение показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни произошло после начала реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (2005). Сам факт разработки национального проекта в сфере здравоохранения является важным косвенным свидетельством наличия серьезных дисфункций системы ОМС: основное содержание этого проекта соответствовало скорее прежней бюджетной модели здравоохранения, чем страховой. Именно бюджетная «накачка» отрасли позволила несколько улучшить ситуацию со здоровьем россиян.

При этом, по мнению автора, показателями институционализации страховой системы здравоохранения являются не только улучшение общественного здоровья, но и позитивное отношение населения и медицинского сообщества к преобразованиям в данной сфере, отсутствие разрыва в профессиональных установках разных групп врачебного сообщества, согласование ролевых ожиданий основных субъектов в сфере здравоохранения.

Эмпирическое исследование, проведенное автором, позволило выявить целый ряд препятствий, стоящих на пути процесса институционализации российской страховой медицины. Эти препятствия, прежде всего, связаны с субъективным отношением врачей и пациентов к новой системе здравоохранения.

Перемены, произошедшие в системе российского здравоохранения, оценены респондентами в целом негативно: изменения в лучшую сторону отметили 19 % опрошенных врачей и 11 % пациентов; отрицают наличие каких-либо изменений 40 % врачей и 37 % пациентов; 24 % врачей и 20 % пациентов констатируют наличие изменений в худшую сторону. Эти мнения были подтверждены в ходе экспериментального опроса: советская система здравоохранения была оценена экспертами в 6,9 балла по десятибалльной шкале, современная же система получила всего 5,3 балла.

Одной из задач проведенного автором опроса было выявление различий между установками врачей поликлиники и стационаров (как известно, именно в поликлиниках работает большая часть той категории врачей, зарплата которых была резко повышена в ходе реализации национального проекта). Разница в профессиональных установках имеет место: так, при ответе на вопрос «Что прежде всего дает Вам ваша работа?» врачи поликлиник чаще, чем врачи стационара, ссылаются на достойную зарплату (16 % и 8,3 % респондентов соответственно) и возможность повышать свой профессиональный уровень (14,5 % против 4,9 %); врачи же стационаров чаще, чем их коллеги из поликлиник, говорят о чувстве пользы, которую они приносят людям (18,2 % и 10,1 % ответов соответственно), и об удовлетворении, которое они получают от работы (24,1 % против 15,3 %). При использовании статистических методов (критерий Фишера) достоверные различия были выявлены по двум позициям – «достойная заработка плата» и «возможность повышать свой профессиональный уровень».

На несоответствие между собственным трудовым вкладом и заработной платой указали 75 % врачей стационара и 61 % врачей поликлиники; 30 % врачей поликлиники и лишь 10 % врачей стационара отметили, что заработка плата соответствует трудовому вкладу. (затруднились с ответом 9 и 15 % респондентов соответственно).

О невозможности обеспечить себя при помощи своей профессиональной деятельности заявили 52 % врачей стационара и 40 % работников поликлиник. При этом необходимо отметить, что женщины-врачи менее критично настроены, чем мужчины: доля женщин, которые заявили о возможности обеспечить себя путем профессиональной деятельности, в обеих группах превышает 60 %.

Опрос, проведенный автором, показал также, насколько респонденты знакомы с принципами страховой медицины (рисунок 1).

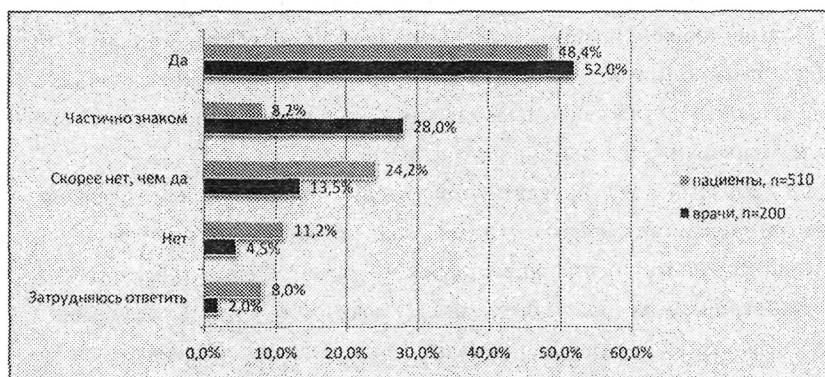


Рисунок 1 – Распределение ответов врачей и пациентов на вопрос «Информированы ли Вы о принципах обязательного медицинского страхования (ОМС)?» (в процентах от числа опрошенных по каждой группе)

Врачи в целом более информированы о принципах ОМС, чем пациенты, что связано, прежде всего, с более высоким уровнем образования, а также профессиональной необходимостью знать законодательство, регулирующее деятельность системы здравоохранения. Однако и этот уровень нельзя назвать достаточным.

В диссертации установлена связь между стажем работы и уровнем информированности врачей (при сопоставлении данных показателей коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил 0,538, что говорит о наличии достаточно сильной связи между ними). Таким образом, итоги опроса показали, что врачи с большим стажем работы информированы

лучше, чем их коллеги. Показательно, что о своей неосведомленности чаще заявляют именно те медработники, которым предстоит в течение всей трудовой деятельности сталкиваться с реалиями страховой медицины.

Особого внимания, по мнению автора, заслуживает тот факт, что лишь 20,5 % врачей озабочены недостатком информации о принципах страховой медицины (таблица 1). Специфика страховой медицины интересует врачей в последнюю очередь. Можно предположить, что традиционно-патерналистские установки врачей мешают им осознать важность данной информации в повседневной работе. Между тем новая система здравоохранения предъявляет особые требования именно к этому блоку профессиональных качеств медицинского работника.

Таблица 1 – Распределение ответов врачей на вопрос «Какой информации Вам не хватает в повседневной работе?» (в процентах от числа опрошенных, $n = 200$)

Варианты ответов	%
Информации о новых методах, технологиях лечения	43,0
Информации о нормативных документах (приказы, постановления)	39,0
Информации о повышении квалификации	30,5
Более полной информации о пациенте	23,0
Информации о принципах работы ОМС	20,5
Не испытываю недостатка в информации	22,5
Другой информации	1,0

Причина: ответы на вопрос предполагали многовариантность, поэтому сумма ответов больше 100 %.

Также показательно отношение респондентов к свободному выбору пациентом медицинского учреждения. За данное новшество высказались 25 % врачей и 36 % пациентов; ответ «Нет, это лишнее» выбрали 35 % врачей и 20,8 % пациентов; 36 % и 40 % респондентов соответственно отметили, что это практически неосуществимо. Более лояльны респонденты к такому нововведению, как свободный выбор лечащего врача: за это нововведение выступают 77,5 % врачей и 87,4 % пациентов.

Серьезной проблемой, по мнению автора, является и недостаточная разработанность самой правовой базы страховой медицины. Так, опрошенные эксперты оценили уровень проработанности вопросов, касающихся прав и обязанностей медицинского персонала, всего на 4,5 балла по десятибалльной шкале, а состояние правовой базы, обеспечивающей законные интересы пациентов, – на 3,1 балла.

У советской концепции охраны здоровья была специфическая черта, вытекающая из традиционно-патерналистского характера советской политической системы; она не включала в себя четкий, детальный, юридически обязывающий перечень обязательств государства перед гражданами в сфере медицинского обслуживания. Качество и стиль медицинского обслуживания, конкретный набор услуг в сфере здравоохранения, на которые мог рассчитывать каждый гражданин, определялся не только нормативными актами, но и привычными, не всегда четко осознаваемыми представлениями о должном уровне государственной заботы о населении. В условиях страховой медицины такое положение становится неприемлемым: термины «бесплатное лечение» или «бесплатная медицинская (оздоровительная, реабилитационная) услуга» должны в этом случае подразумевать конкретные обязательства соответствующих организаций. Между тем разделение полномочий (и источников финансирования) в области охраны здоровья между федеральным центром, субъектами федерации и муниципальным уровнем управления усугубляет проблему юридической неопределенности этих обязательств. Сохранение неопределенности государственных гарантий будет способствовать дальнейшему неконтролируемому нарастанию платности медицинской помощи, что способствует снижению ее доступности, а следовательно, может еще больше затруднить социальную легитимизацию новой системы.

Во втором параграфе «Институциональные аспекты качества медицинского обслуживания в условиях страховой системы здравоохранения» выделены факторы, определяющие качество медицинского обслуживания с позиций институционального подхода.

Качество медицинских услуг является ключевым показателем развития и функционирования всей системы здравоохранения. При

определении критериев качества оказания медицинских услуг автор опирался на подход Р. Максвелла, который предложил определять качество медицинской помощи по шести аспектам: доступность услуг, их справедливость, соответствие потребностям общины, социальная приемлемость, эффективность и экономичность. Автор считает, что в институциональном аспекте для определения качества медицинской помощи важны не только объективные показатели результатов лечения, не только удовлетворенность пациента работой медицинского персонала, но и соответствие формы и содержания медицинского обслуживания ожиданиям социального окружения врача и больного, представлениям этого окружения о справедливости и, в конечном итоге, ожиданиям общества в целом.

Автор подчеркивает, что способом подключения потребителей медицинских услуг к контролю качества медицинского обслуживания может стать система социологического мониторинга. Таким образом, эта система может быть полезной не только для диагностики успешности или неуспешности процесса институционализации страховой системы здравоохранения в целом, но и для улучшения работы конкретных ЛПУ в новых условиях.

В ходе опроса, проведенного автором, пациенты дали противоречивые оценки качеству обслуживания в медицинских учреждениях. С одной стороны, лишь 14,6 % респондентов заявили об ухудшении качества медицинского обслуживания в течение последнего года, 37 % заметили улучшения в работе врачей. С другой стороны, почти половина пациентов (43,2 %) отмечают, что все осталось без изменений.

Пациенты выделили также некоторые мероприятия, необходимые для повышения качества медицинской помощи. На первое место респонденты поставили мероприятия, связанные с «привязкой» заработной платы врачей к конкретным результатам лечения, повышением заработной платы медицинским работникам и повышением квалификации медицинских работников. В целом именно с «фактором врача», а не с какими-то организационными мероприятиями пациенты связывают перспективы улучшения медицинского обслуживания (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение ответов на вопрос «Что необходимо предпринять для повышения качества медицинской помощи?» (в процентах от числа опрошенных)

Варианты ответов	Мужчины, n = 253	Женщины, n = 257	В целом по выборке, n = 510
Повысить заработную плату медицинским работникам	49,0	45,7	47,4
Повысить квалификацию медицинских работников	39,9	48,2	44,0
Улучшить оснащение ЛПУ медицинским оборудованием	33,2	36,8	35,0
Изменить отношение врача к пациенту	30,0	34,0	32,0
Улучшить санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ	18,1	23,5	20,8
Организовать консультационный центр по работе с пациентами	9,5	7,3	8,4
Установить зависимость оплаты труда медперсонала от конкретных результатов	53,4	47,4	50,4
Другое	2,4	1,2	1,8

Примечание: ответы на вопрос предполагали многовариантность, поэтому сумма ответов больше 100 %.

Абсолютное большинство респондентов разделяют идею о необходимости контроля качества медицинских услуг. На вопрос «Должен ли осуществляться контроль качества медицинского обслуживания?» положительно ответили 93 % пациентов и 85 % врачей; отрицательно – лишь 1 % пациентов и 10 % врачей.

Вместе с тем опрос и здесь выявил сильное влияние патерналистской культуры на социальные установки как врачей, так и пациентов. Так, 65 % пациентов и 47 % врачей согласны с тем, что контроль качества должен осуществляться государством; лишь 15 %

пациентов и 17 % врачей связывают контроль качества со страховыми организациями. Налицо очень настороженное отношение к страховым организациям как субъектам контроля качества, что является еще одним свидетельством наличия трудностей на пути институционализации новой системы здравоохранения.

Настораживает мнение врачей относительно гарантированного в рамках ОМС объема бесплатной медицинской помощи: лишь 18 % респондентов заявили о том, что этот объем достаточен для обеспечения качественного лечения. Возможно, именно наличие данной проблемы повлияло на то, как оценили врачи степень своего влияния на качество медицинского обслуживания: ответ «Все зависит от меня» выбрал лишь 1 % врачей. 40,5 % респондентов выбрали вариант «От меня зависит многое», 29,5 % выбрали ответ «От меня мало что зависит». 10,5 % опрошенных заявили, что от них вообще ничего не зависит. По сути, это означает, что каждый десятый врач «опустил руки» и относится к результатам своего труда фаталистически.

Результаты опроса врачей свидетельствуют также о неоднозначном отношении к ряду иных нововведений, которые сопровождают переход к страховой медицине. В частности, с утверждением, что введение платных услуг способствует повышению качества медицинских услуг, согласились лишь 45,7 % врачей стационара и 63 % врачей поликлиник; не согласились с данным утверждением соответственно 47,4 % и 32,2 % респондентов. Данные ответы фактически говорят об очень осторожном отношении врачей (на первый взгляд, «заинтересованной стороны») к введению платных услуг.

В то же время в ходе опроса зафиксированы и некоторые обнадеживающие моменты. В частности, врачи достаточно высоко оценивают степень удовлетворенности результатами своего труда (в среднем на 4,2 балла из 5), отношениями в коллективе (3,5 балла) и отношением руководства к персоналу (4,3 балла).

В целом же полученные результаты свидетельствуют о наличии определенных трудностей на пути легитимизации страховой медицины. Пока и врачи, и пациенты психологически недостаточно подготовлены к взаимодействию в условиях новой модели здравоохранения. В этой связи

автор особо выделяет следующие социальные предпосылки разрешения существующих проблем:

1. На макросоциальном уровне – совершенствование законодательной базы страховой медицины, ее согласованности на различных уровнях, развитие института прав пациента и медицинских работников, улучшение информационного обеспечения реформ, развитие государственного контроля медицинской деятельности, формирование этико-правовой культуры взаимодействия основных субъектов страховой системы здравоохранения.

2. На микросоциальном уровне – совершенствование системы профессиональной социализации медицинских работников, повышение их заинтересованности в улучшении качества обслуживания, формирование соответствующей организационной культуры, транслирующей правила социального взаимодействия и принципы совершенствования деятельности ЛПУ в современных условиях.

В заключении дается общая характеристика результатов исследования, сделаны основные выводы методологического и практического характера, намечены направления перспективных исследований по теме работы.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в журналах, рекомендованных ВАК РФ

1. Воробьева, Е. Е. Проблемы становления страховой медицины как социального института / Е. Е. Воробьева, В. П. Воробьев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 3. – С. 88–97.

2. Воробьева, Е. Е. Российская страховая медицина: проблемы эффективности и социальной легитимизации / Е. Е. Воробьева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2010. – № 1. – С. 55–62.

Публикации в других изданиях

3. Воробьева, Е. Е. Охрана здоровья детского населения как первоочередная задача социальной политики России / Е. Е. Воробьева // Образование и здоровье. Экономические, медицинские и социальные проблемы : сб. статей II Международн. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2007. – С. 33–37.
4. Воробьева, Е. Е. Социальное проектирование в сфере здравоохранения / Е. Е. Воробьева // Традиционное, современное и переходное в российском обществе : сб. статей V Всерос. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2007. – С. 23–25.
5. Воробьева, Е. Е. Реформы российского здравоохранения: идеология и некоторые итоги / Е. Е. Воробьева, В. П. Воробьев // Актуальные вопросы современного практического здравоохранения : сб. трудов XVI межрегиональной конф. памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза : Информационно-издательский центр ПензГУ, 2008. – С. 57–59.
6. Воробьева, Е. Е. Реформы здравоохранения: итоги и проблемы / Е. Е. Воробьева // Пути формирования эффективной социально-экономической модели трансформирующейся России : сб. статей IV Всерос. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2008. – С. 15–18.
7. Воробьева, Е. Е. Стратегия реформирования здравоохранения и принципы социального проектирования / Е. Е. Воробьева // Социальное управление: реалии и проблемы современного российского общества : межвуз. сб. научн. трудов ; отв. ред. С. И. Неделько. – Вып. 2. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2009. – С. 119–125.
8. Воробьева, Е. Е. Новая система российского здравоохранения: проблемы социальной легитимизации / Е. Е. Воробьева, В. П. Воробьев // Эволюция общественных отношений в процессе российской модернизации: социетальный и региональный аспекты : сб. статей II Междунар. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2009. – С. 43–47.
9. Воробьева, Е. Е. Становление страховой системы здравоохранения как стабильного социального института в условиях социальных

трансформаций / Е. Е. Воробьева // Формирование новой экономики XXI века : сборник статей II Междунар. научн.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2010. – С. 165–168.

10. Воробьева, Е. Е. Страховая медицина в России: эволюция взаимоотношений «врач – пациент» / Е. Е. Воробьева // Роль социальных, медико-биологических и гигиенических факторов в формировании здоровья населения : сб. статей VIII Междунар. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволжский дом знаний, 2010. – С. 19–22.

10

Научное издание

ВОРОБЬЕВА Елена Евгеньевна

**ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Специальность 22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

Подписано в печать 29.10.2010. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 1,63.
Заказ № 001920. Тираж 100.

Издательство ПГУ
Пенза, Красная, 40, т.: 56-47-33