

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования

«Тихоокеанский государственный университет»

На правах рукописи

Гареева Ирина Анатольевна

**Социальная трансформация системы здравоохранения в
современных условиях (социологический анализ на примере
Хабаровского края)**

Специальность: 22.00.04 — социальная структура,
социальные институты и процессы

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Научный консультант д.э. н., проф. Зубарев А. Е.

Хабаровск - 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	23
1.1. Теоретические и методические основы исследования системы здравоохранения	23
1.2. Институциональный анализ системы здравоохранения.....	43
1.3. Социальное пространство здравоохранения – проблема определения границ понятия.....	63
Глава II. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	82
2.1. Концепции и основные теоретические подходы исследования системы здравоохранения (социологический аспект).....	82
2.2. Социальные факторы, детерминирующие социальные взаимодействия субъектов системы здравоохранения в формировании здоровья.....	97
Глава III. МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ТРАНСФОРМАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	120
3.1. Принципы построения и механизмы трансформации государственной системы здравоохранения.....	120
3.2. Современное состояние и тенденции развития страховой системы здравоохранения.....	140
3.3. Организация и функционирование частной системы здравоохранения.....	154
Глава IV. ЛОКАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ	166
4.1. Особенности развития системы здравоохранения РФ на этапах социальной трансформации.....	166
4.2. Критериальная оценка состояния системы здравоохранения Хабаровского края.	187
4.3. Модернизация системы здравоохранения как фактор и условие социальной трансформации (на примере Хабаровского края).....	209
Глава V ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СУБЪЕКТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	223
5.1 Качественные характеристики статуса врачей в современной системе здравоохранения	223
5.2 Социальный портрет и стратегии поведения населения в отношении здоровья в современной системе здравоохранения.....	242
5.3. Модели социального взаимодействия региональной системы здравоохранения в условиях социальной трансформации.....	262
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	283
Список литературы.....	293
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Программа социологического исследования.....	321
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Анкета социологического исследования.....	330
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Результаты социологического опроса «По проблемам развития и функционирование современной системы здравоохранения».....	339
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Результаты социологического опроса «О состоянии системы здравоохранения Хабаровского края в оценках населения».....	358
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Основные социально-экономические показатели системы здравоохранения Российской Федерации.....	377

Введение

Актуальность темы исследования: в настоящее время в стране происходит непростой процесс реформирования и модернизации общественных отношений, в том числе и российского здравоохранения. Поэтому глобальные стратегические интересы Российской Федерации заключаются в сохранении и укреплении здоровья населения. Именно здоровье во всех его проявлениях должно стать, в конечном счете, главной движущей силой общественного прогресса. Реформирование и модернизация отечественного здравоохранения направлены на организацию и оптимальное функционирование отрасли. Однако концептуальные положения реформы недостаточно подкреплены методологическим аппаратом и научно обоснованными принципами, а реальные меры, направленные на достижение конечных результатов, по своей сути являются недостаточными.

Следует отметить, что непродуманность и отсутствие системного подхода к реформированию и организации здравоохранения, негативно отразилось на эффективности ее функционирования.

Внесистемный подход к реформированию здравоохранения со всей очевидностью проявляется на современном этапе. Российское здравоохранение в настоящий момент не обладает адекватным набором специфических социальных норм и нормативов, оно не ориентировано на политическую, экономическую, идеологическую и ценностную специфику современного общества и поэтому не может быть полностью интегрировано в его структуру. Еще Аристотель говорил, что необходимо постоянно совершенствовать как систему власти, так и связанную с ней законодательную основу, направленную на оздоровление условий жизнедеятельности.

Здравоохранение, как система жизнеобеспечения любого общества существует с древнейших времен. Каждому историческому этапу развития общества соответствует своя система организации здравоохранения, и чем выше этап развитие человеческого общества, тем более организована система здравоохранения. При этом сильное влияние оказывают географические, национальные и культурные факторы. С древнейших времен великие реформаторы медицины (Гиппократ, Гален, Ибн-Сина), выдающиеся мыслители эпохи Возрождения (Леонардо Да Винчи, А. Везалий, У. Гарвей), а также известные русские ученые-естествоиспытатели – М. В. Ломоносов, А. Н. Радищев, Н. Г. Чернышевский отмечали, что система охраны здоровья является важнейшим механизмом укрепления государственности.

Система защиты здоровья человека и всего населения исторически прошла через целый ряд этапов, продемонстрировав зависимость здоровья и многих распространенных заболеваний не только от биологических (микробиологических) факторов, но и от условий жизни и труда населения, уровня имеющихся научных и практических медицинских знаний и их доступности

в медицинской практике, от социальных факторов. Это создало предпосылки для признания здоровья социальным правом человека и ответственности общества (государства) за реальное обеспечение этого права.

Ключевая роль системы здравоохранения в современной общественной системе обусловлена его спецификой. Здравоохранение, в отличие от других сфер имеет ярко выраженный внешний эффект. Благодаря этому, услуги здравоохранения принято рассматривать в качестве социально-значимых благ.

Как любая социальная система, здравоохранение развивается по своей специфической логике, так называемой логике цели. Знание целей системы здравоохранения позволяет предсказывать ее поведение, границы структурных, технологических и социальных преобразований, определять моменты изменения системы.

Определение цели функционирования здравоохранения позволяет воздействовать самым непосредственным образом на качество принимаемых управленческих решений. При этом происходит постоянная трансформация общественно значимых целей в собственные «внутренние» цели системы, и это приводит к «обюрокрачиванию» системы, которая начинает работать на себя и во имя себя. Недооценка указанных внутренних изменений в системе порождает парадоксальное явление в современном здравоохранении – несопоставимость, а иногда и противоположность декларируемых сверху изменений результатам происходящей на практике реформы. Предположительно, это связано с недостаточным коммутированием целей проводимых действий с внутренними характеристиками системы. Однако в административных кругах продолжает сохраняться мнение, что любое изменение в системе здравоохранения приведет к улучшению здоровья населения.

Радикальные реформы экономики и социальной сферы последних лет предопределили существенные преобразования системы здравоохранения. Чем глубже и интенсивнее сдвиги в объективных условиях развития здравоохранения и запросах, которые оно призвано удовлетворять, тем настоятельнее потребности в реформировании самой этой отрасли. В настоящее время системные изменения здравоохранения, влияющие на его институциональные основы, в большей степени определяются изменением только субъекта деятельности системы – реорганизацией управления, деятельности отдельных элементов и связей между ними, изменения ресурсного обеспечения, что, по сути, не позволяет достигнуть совершенствования системы.

В центр внимания выдвигается поиск альтернативных вариантов функционирования и организации отрасли, сравнение этих вариантов между собой с целью оптимального выбора. Современная система здравоохранения, к сожалению, не отвечает поставленным перед ней задачам. Крупные инвестиции, сделанные государством в последнее время (реализация

национального проекта «Здоровье», материнский капитал и ряд других инициатив), конечно же, улучшили, но радикально не изменили ни систему здравоохранения, ни уровень здоровья нации. Не имеет смысла ожидать, что на их основе удастся найти решения, полностью гармонизирующие интересы субъектов здравоохранения, которые чаще всего объективно не совпадают. Тем не менее, использование различных аналитических методов позволяет отсекаать заведомо худшие варианты, находить удачные альтернативы, которые иначе оставались бы в тени, избегать внутренних противоречий в оценках, принимать во внимание разнообразные побочные эффекты, делать межвременные сопоставления. Эти методы позволяют достичь гораздо большей рациональности общественного выбора, чем обычно удается без их помощи. В то же время разработка аналитических и моделирующих процедур нуждается в полной и достоверной информации, а это, как правило, требует немало времени. Высокое качество информации может обесцениваться ее слишком поздним поступлением и чрезмерным ростом ее стоимости. В данной связи на практике далеко не всегда реализуется все имеющиеся резервы совершенствования оценок и принимаемых на их основе решений. Поэтому остается определенное, несколько ограниченное пространство и для сугубо волевых, интуитивных решений, и для планирования от «достигнутого».

Прежде всего, предлагая варианты усовершенствования российского здравоохранения, и в первую очередь регионального, на наш взгляд, целесообразно изучить теоретическую базу и практический опыт, имеющийся в мире по данному вопросу. Существующие в мире системы здравоохранения по целому ряду признаков попадают под определение социальной системы и социального института. Здравоохранение, как любой социальный институт, характеризуется наличием цели своей деятельности, конкретными функциями, обеспечивающими достижение этой цели, набором социальных статусов и ролей, типичных для данного института. Здравоохранение обеспечивает возможность членам общества, социальным группам удовлетворять свои потребности в сохранении и укреплении здоровья, стабилизирует социальные отношения, вносит согласованность, интегрированность в действия членов общества.

На институциональное развитие здравоохранения влияют внешние воздействия – сложившиеся ценности, основополагающие нормы и потребности общества. Ключевым показателем социальных норм и ценностей общества является сам характер системы здравоохранения. Принципы финансирования здравоохранения позволяют в одних странах рассматривать услуги здравоохранения, как общественное благо, от пользования которыми выигрывают все граждане. В других странах, ориентированных на рынок, медицинское обслуживание во все возрастающей степени рассматривается как товар.

Развитие человеческой цивилизации сопровождается процессом усиления в обществе роли медицины и системы здравоохранения как социально обусловленной формы осуществления медицинской деятельности. В настоящее время интерес к системе здравоохранения определяется ее местом не только в воспроизводстве человеческого потенциала общества, но и в обеспечении права любого человека на долгую и активную жизнь. Гарантия соблюдения этого права выступает одним из критериев оценки качества всей социальной системы. Если здравоохранение не справляется со своими функциями, то это оборачивается серьезными потерями в индивидуальном и социальном здоровье, порождает дисгармонию в личностном и общественном развитии.

Начавшиеся в 90-е годы XX века в российском обществе реформы затронули все его уровни и сферы. При всем многообразии форм, в которых происходят социальные изменения, их суть остается общей – это реализация программ деятельности которые должны повышать степень жизнеспособности российского общества и его социальных институтов и в частности системы здравоохранения. В действительности процесс социального реформирования в России идет непросто: часто осуществление декларируемых целей не приводит к созданию ощутимых для большинства россиян позитивных результатов, а это, в свою очередь, влияет на рост разочарования, как в программе реформ, так и в самой идее необходимости социальных изменений.

Одна из причин возникающих в процессе реформирования проблем состоит в том, что социальные преобразования в российском обществе явились не результатом внутренней эволюции социальной системы, а, скорее, следствием навязывания внедрения чуждых для нее социальных институтов. В такой ситуации степень расхождения или совпадения практических моделей поведения социальных субъектов с целевыми установками реформ зависит от того, насколько новые социальные институты выполняют свои функции и будут восприняты обществом и в последующем не станут анти-институтами.

Границы социальных трансформаций возможно оценивать по ориентациям социальных субъектов, отраженных в общественных ценностях, таких как здоровье. Социальная эффективность вновь возникших форм социальной жизни в результате трансформаций, порой бывает еще ниже прежних. В результате происходит деформация в общественном восприятии ценности приводимых реформ и их необходимости. Ожидания общества в эффективности проводимых реформ сводятся к полной реализации принципа социальной справедливости. Но процесс реформирования системы здравоохранения может, сопровождается игнорированием социальных запросов и ожиданий субъектов системы здравоохранения. Так, история развития социального института здравоохранения с 90-х годов прошлого столетия характеризуется заимствованием прежде чуждых моделей функционирования, форм организации медицинской

помощи и стандартов профессионального поведения без их адаптации к российским особенностям.

Такое положение вызвало кризисное состояние в отрасли и, прежде всего это нашло отражение в падении уровня доверия россиян к системе здравоохранения, протестным поведением врачей к своей профессиональной деятельности (формированием девиантного поведения), ухудшением демографических показателей, показателей индивидуального и социального здоровья, высоким уровнем и ростом социальных болезней, инвалидизации и смертности населения Российской Федерации.

Оптимизация процесса реформирования российского здравоохранения связана с поиском ответов на целый ряд вопросов, которые касаются: отношения медицинских работников и населения к происходящим в российском здравоохранении переменам; степени инкорпорации новых образцов и стратегий поведения в профессиональных практиках субъектов медицинского пространства; перспектив осуществления проектов реформирования и модернизации системы здравоохранения в России; социального эффекта проводимых реформ.

Актуальность исследования системы здравоохранения обусловлена и тем, что эта система обращена ко всем и каждому как социальный институт. Однако на сегодняшний день развитие системы здравоохранения в России затруднено в силу обстоятельств:

- на уровне теории и методологии отсутствует точное истолкование понятия «система здравоохранения», проблемы системы здравоохранения пока не осмыслены в рамках социологических теорий;

- на уровне социально-практической деятельности в области здравоохранения не выработана комплексная технология диагностики, профилактики и решения многих социальных проблем в сфере охраны здоровья ;

- на уровне нормативно-правового регулирования здравоохранительной деятельности существует ряд проблем и противоречий, которые негативным образом сказываются на субъектах системы здравоохранения (пациентах и врачах);

- не выработаны механизмы оптимального взаимодействия между субъектами системы здравоохранения;

- российское население демонстрирует преимущественно недоверчивое отношение к системе здравоохранения. Это обусловлено тем, что здоровье населения – не только показатель социального благополучия нации, но и системообразующий институциональный фактор социума.

В процессе происходящих реформ система здравоохранения испытывает влияние всех компонентов общественной жизни: политических, экономических, морально-этических. Политические, экономические и социальные перемены, внесшие существенные коррективы в

жизнь российского общества и совпавшие по времени с началом реформ в здравоохранении, оказали двойное воздействие на их ход и характер. Проблемы организации и функционирования системы регионального здравоохранения обусловлены наличием противоречий между:

- сложившимся пониманием принципов социальных изменений системы социально-экономических отношений и их переносом на все сферы жизни общества, включая здравоохранение;

- отсутствием внятной стратегии преобразований системы регионального здравоохранения, направленной на оптимизацию отрасли и потребностями института здравоохранения;

- непрекращающимися на протяжении десятилетий процессами реформирования системы здравоохранения и ограниченными социально значимыми положительными результатами их осуществления;

- отсутствием концептуального осмысления специфики системы здравоохранения как объекта социальных изменений на фоне общемировых тенденций развития национальных систем здравоохранения, и необходимостью выявления и обоснования особенностей и тенденций социальных изменений региональной системы здравоохранения в России и зарубежных странах с целью применения наиболее ценного в российском опыте;

- дефицитом в социологической науке сравнительных исследований проблем системы здравоохранения как объекта социальных изменений и потребностью в разработке концепции преобразования и развития системы здравоохранения для современной России применительно к новым складывающимся в стране и во всем мире условиям;

- необходимостью поиска ответа на вопрос о том, какой путь развития системы здравоохранения в России является оптимальным, с учетом тенденций развития здравоохранения в зарубежных странах;

- необходимостью анализа институциональных изменений системы здравоохранения в современной России и их социально-экономических основ;

- потребностью в теоретической разработке и обосновании новых социальных норм, необходимых для функционирования здравоохранения в качестве социального института, путей их интернализации в российское общество;

- необходимостью теоретической разработки организационных и экономических механизмов институционального подхода к реформированию и стратегическому развитию системы здравоохранения;

- необходимостью выявления и изучения проблем связанных с воздействием перемен в здравоохранении на общество в целом;

- социальной востребованность оптимизации деятельности системы здравоохранения и определения дальнейших путей её развития.

Таким образом, актуальность изучения системы здравоохранения как социальной системы и социальных трансформаций, происходящих в ней обусловлена дефицитом знаний относительно процессов, происходящих сегодня в российском здравоохранении и тенденций его дальнейшего развития.

Степень научной разработанности проблемы. На сегодняшний день в социологической литературе изучены отдельные аспекты заявленной автором темы.

Анализ научных исследований в области социальных процессов происходящих в системе здравоохранения свидетельствует о необходимости обращения к большому количеству трудов, выполненных в рамках сопрягающихся с социологией систем знания – социально-философского, социально-политического, социально-психологического, культурологического, экономического, управленческого и др. При выборе методологических ориентиров исследования были изучены работы, в которых с социологических позиций представлен концептуальный анализ системы здравоохранения в целом либо его отдельных проблем и аспектов. В этом смысле основополагающими для диссертационного исследования стали труды крупнейших представителей классического и современного этапов развития западной (П. Бурдьё, М. Вебер, Э. Дюркгейм, Г. Зиммель, Т. Парсонс) и отечественной социологии (Ю. П. Лисицин, А. В. Решетников, П. Сорокин, В. О. Щепин, и др.). В их работах демонстрируется взаимозависимость общества и здравоохранения, раскрываются особенности системы здравоохранения как социального института, обращается внимание на отдельные уровни, ступени и виды системы здравоохранения, подчеркивается необходимость его реформирования (в зависимости от потребностей конкретного этапа общественного развития), анализируется направление вектор этого процесса и др.

Методология диссертационного исследования включает вопросы институционального и системного анализа системы здравоохранения и базируется на работах Д. Д. Венедиктова, В. И. Канта, А. В. Решетникова¹. Автором проведен анализ содержания понятий «система», «социальная система», «социальный институт», данные классиками социологии М. Вебером, Э. Дюркгеймом, Т. Парсонсом².

Проблемы реформирования и модернизации системы здравоохранения актуализируют интерес исследования системы с позиции общей теории систем, системного анализа, динамики

¹ Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 335 с.; Кант В. И. Математические методы и моделирование в здравоохранении. – М.: Медицина, 1987. 222 с.; Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. М., 2000. 238 с.

² Вебер М. Работы М. Вебера по социологии, религии, культуре. Философия религии. Немецкая социология 20 века. М.: ИНИОН, 1991. 301 с.; Дюркгейм Э. Социология, ее предмет, метод, предназначение. М.: Канон, 1995. 349с.; Парсонс Т. О социальных системах: под ред. В.Ф. Чесноковой и С.А. Белановского. М.: Академический Проект, 2002. 832 с.

и функционирования систем представленные в работах Л. Берталани. Эти вопросы освещены в работах отечественных исследователей Мишакина Т.С., А. И. Умова, Ю. И. Шемакина,³

Значительный вклад в развитие изучаемых в диссертации проблем внесли труды, посвященные анализу концепций здравоохранения и здоровья. Основные социальные концепции здравоохранения представлены в работах Ю. П. Лисицина, А. В. Решетникова⁴. Философские проблемы и концепции здравоохранения нашли отражение в работах отечественных ученых В. М. Димова, А. М. Изуткина, Ю. П. Лисицина, Б. Д. Петрова, Г. И. Царегородцева и других⁵.

Институционализация общественной жизни, включая вопросы, связанные со спецификой понятия «социальный институт», «социальная система», их структуры и места в обществе как сложной и динамичной системе, в том числе системы здравоохранения нашли отражение в работах Е. Е. Воробьевой, Н. Г. Кобыляцкого, А. И. Пригожина, А. В. Решетникова⁶.

В работах Н. С. Григорьевой, О. Ю. Мамедова, А. Г. Саркисяна, О. П. Щепина,⁷ исследуются национальная система здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Проблемы кризиса отрасли здравоохранения рассматриваются в работах А. А. Алексева, Т. В. Богатовой, А. И. Вялкова, Л. А. Габуевой, В. Н. Денисова, Ю. М. Комарова, В. В. Петуховой, И. В. Полякова⁸.

³ Берталани Ф. Общая теория систем: Критический обзор // Исследования по общей теории систем: сб. пер. М.: Прогресс, 1969. С. 23–82; Умов А. И. Общая теория систем для гуманитариев. Universitas Rediviva, 2001. 276 с.; [Шемакин Ю. И.](#) Семантика самоорганизующихся систем. М.: Акад. Проект, 2003. 173 с.; Мишакин Т. С. Совершенствование управления региональной системы здравоохранения в условиях ее модернизации на примере республики Татарстан : автореф. дис. ... канд. э. н. 08.00.05. Казань, 2010. 22 с.

⁴ Лисицин Ю. П.; Решетников А. В. Решетников А. В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях. Социология медицины. 2006. № 1. С. 3-9.

⁵ Димов В. М. Философия и социология здоровья : курс лекций. М.: РГБ, 2008. С. 28-32 ; Изуткин А. М. Социология медицины / А. М. Изуткин, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев Г. И. Киев: Здоровья, 1981. 184 с. Лисицин Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья»: в кн.: Общественные науки и здравоохранение. М.: Медицина, 1992. С. 416–435; [Венгерова И. В.](#) [Знаменательные и юбилейные даты истории медицины / И. В. Венгерова, Б. Д. Петров.](#) Вып. 25. М.: Медицина, 1980. 70 с.; Царегородцев Г. И. История и философия науки : учеб. пособ. для аспирантов. Москва: Изд-во СГУ. 2010. 237 с.

⁶ Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1980. 226 с.; Андреев Ю. П. Содержание и структура общественных отношений. Саратов: Изд-во Сара т. ун-та, 1985. 71 с.; Воробьева Институционализация страховой системы здравоохранения в современной России : социологический анализ. дис. ... канд. соц. наук. 22.00.04. Пенза, 2010. 177 с.; Кобыляцкий Н. Г. Социология управления: методология и история. Ставрополь, 2004. 130 с.; Пригожин А. И. Социология организаций. М.: Мир, 2002. 461 с. Решетников А. В. Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия. М.: Здоровье и общество, 2004. 35 с.

⁷ Григорьева Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества // Мир перемен. 2008. №1. С. 82-95; Мамедов О. Ю. Система национального здравоохранения в координатах современной экономики. Ростов-на-Дону: Инноватика, 2010. С. 62-64.; Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации / под общ. ред. профес. А. Г. Саркисяна и Е. Б. Злодеевой. СПб.: Изд-во Медицинская пресса, 2004. 336 с.; Щепин О. П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. М.: Медицина, 2007. 395 с.

⁸ Алексеев А. А. Кризис медицины. М. : Триада Плюс, 2003. 398 с.; Богатова Т. В. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Независимый институт социальной политики. URL:[http:// www.socpol.ru /publications /pdf/book1.pdf](http://www.socpol.ru/publications/pdf/book1.pdf); Вялков А. И. Управление в здравоохранении Российской Федерации: Теория и практика. М.: ГЭОТАПР-МЕД, 2003. 528 с.; Габуева Л. А. Экономические основы российского здравоохранения : институциональная модель. М.: Дело, 2012. 323 с.; Денисов В. Н. Методология стратегического планирования в здравоохранении / В. Н. Денисов, Бабенко А. И.. Новосибирск: ЦЭРИС, 2001. 353 с.; Комаров Ю. М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. М.: Медицинская пресса, 2004. 192 с.; [Петухова В. В.](#) Организация статистического учета и отчетности в системе обязательного медицинского страхования : учеб.-метод. пособие. М., 2000. 191 с.; Антикризисные меры укрепления системы здравоохранения России / под ред. проф. И. В. Полякова, проф. Б. С. Мовчана. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. 192 с.

Общее направление и механизмы реформирования российской системы здравоохранения нашли отражение в трудах И. Б. Назаровой, Л. Д. Попович, Б.Б. Прохорова, Т. В. Чубаровой, Л.С. Шиловой, С. В. Шишкина⁹ и др.

Процессы реорганизации системы здравоохранения, адаптации к социальным изменениям рассматриваются в работах Э. С. Антипенко, В. З. Кучеренко, Н. С. Матиняна, Н. Б. Мелянченко, И. В. Полякова, В.И. Стародубова, Н. Г. Шамшуриной,¹⁰

Здравоохранение как социальный институт и концептуальные основания структурно-функционального и динамического анализа современного общества рассматривается в работах Р. Мертона, Д. Норта, Т. Парсонса, а также в работах отечественных авторов Е. В. Дмитриевой, Т. И. Заславской, С. Г. Кирдиной, А.Ю. Шевлякова, В. А. Ядова,¹¹ и др. Большое методологическое значение для системного и институционального анализа модернизации системы здравоохранения имели социологические исследования Е.В. Дмитриевой, А.В. Решетникова, работающих в предметном поле социологии медицины¹².

Критический анализ здравоохранения представлен в работах И. Иллиха, П. Конрада, В. Наварро, Н. Харта, Е. Фрейдсона, М. Фуко¹³ и др.

Вопросы управления деятельностью современной медицинской организации нашли отражение в работах М. Макки, Л.Х. Айкен¹⁴ и др. Проблемы и причины ограничения медицинского обслуживания для населения исследуются в работах Михайловой и М.Тэннера.¹⁵ и др. Теоретические и эмпирические аспекты исследования управленческой культуры

9 Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М.: МАКС Пресс, 2007. С.52-53; Попович Л. Д. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. М.: Депо. 2010. 154 с. ; Теория и методология исследований социальных проблем. отв. ред.: Р. С. Гринберг, Т. В. Чубарова. М.: Наука, 2005. 189 с; Прохоров Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. 2006. № 5. С. 124 -127; Шилова Л.С. Модернизация российского здравоохранения : вызовы, ожидания и реальность // Вестник института социологии. 2013. № 6. С. 147-162; Шишкин С. В. Трудовая мотивация врачей и влияние на нее национального проекта / Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. / С. В. Шишкин, А. Л. Темницкий, А. Е. Чирикова. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 34-38.

10 Антипенко Э. С. К концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Москва: компания Спутник, 2008. 10 с.; Кучеренко В. З Социальное страхование в системе социальной защиты населения европейских стран // Главврач. 2007. № 3. С. 97-107; Матиняна Н.С. Реформирование системы здравоохранения : новые вызовы и новые задачи. Москва :Экономика, 2006. 137 с.; Мелянченко Н. Б. Общие методологические подходы к организации современного здравоохранения в переходный период. Новокузнецк, 2004. 183 с.; Стародубов В. И. Управление здравоохранением на современном этапе : проблемы, их причины и возможные решения. Москва: Менеджер здравоохранения, 2006. 12-18.; Шамшурина Н. И. Экономика лечебно-профилактического учреждения : Прил. № 4 к журн. «Здравоохранение». М. : МЦФЭР, 2001. 278 с; Решетников А. В. Экономика здравоохранения : учеб. пособ. для студентов мед. вузов / А. В. Решетников, В. М. Алексеева, Е. Б. Галкин. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. 271 с.

11 Норт Д. Насилие и социальные порядки концептуальные рамки для интерпретации письменной истории человечества / Д. Норт, Д. Уоллис, Б. Вайнгафт. Москва: Изд-во ин-та Гайдара, 2011. 478 с; Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998. 226 с; Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. 224 с.; Заславская Т. И. Социетальная трансформация российского общества. Деятельностно-структурная концепция. М.: Депо, 2003. 566 с.; Кирдина С. Г. Институциональные матрицы и развитие России. М.: ТЕИС, 2000. 213 с.; Кравченко Е. И., Мертон Р., Мид Д., Парсонс Т., Шюц А., Добренков В.И. Американская социологическая мысль. М.: Междунар. ун-т бизнеса и упр., 1996. 556 с.; Шевляков А.Ю. Мифы и реалии социальной политики // Вестник Института социологии. 2010. № 1/ С. 66 (сетевое издание). URL: <http://www.vestnik.isras.ru>; Ядов В. А Современная теоретическая социология : концептуальная база исследования российских трансформаций. СПб. : Интгерсоцис, 2006. 334 с.

12 Дмитриева Е.В. Социология здоровья : методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр. 2002. С. 152-153; Решетников А.В. Социология медицины. Введение в научную дисциплину. М.: Медицина. 2002. 825 с..

13 Конрад П. Н. Детская онкология. М.: Медицина, 1981. 176 с.; Illich, I. Limitis to Medicine / I. Illich. – Lnd., 1976. Navarro, V. Medicine under capitalism/ V. Navarro. – N.Y., 1976. Navarro, V. Crisis, Health and Medicine: A Social Critique / V. Navarro. – Lnd., 1986. Hart J.T. The Inverse Health Care Law // Lancet. 22. February. 1971.; Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. – N.Y., 1970.; Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

14 Айкен Л.Х., Макки М. Реформа больниц в новой Европе. Москва: Весь Мир, 2003. XIX, 319 с.

15 Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах // Портал Полит.ру [URL://http://www.polit.ru/article/2011/04/28/tanner](http://www.polit.ru/article/2011/04/28/tanner).

представлены в трудах Е. С. Балабановой, Л. Е. Вострякова,¹⁶ и др. Особенности российской культуры в здравоохранении исследуется в работах Н. С. Тимченко¹⁷ и др.

Медицина как профессия рассматривается в трудах Т. Парсонса и И. Харди. Среди отечественных исследователей этому уделяется внимание в работах Е. С. Александровой,¹⁸ и др. Неформальные правила деятельности и мотивации российских врачей представлены в работах Е.Г. Потапчик, М.Г. Колосничиной, Е.В. Селезневой.¹⁹ Социально-философские и этические проблемы врачебной деятельности анализируются в работах В. Ф. Войно-Ясенецкого, А. Я. Иванюшкина, И. Г. Климовича, И. Б. Назаровой, Б. В. Петровского, И. В. Силуяновой²⁰ и др. Вопросы профессиональной солидарности и взаимоотношений социально-профессиональной группы врачей с обществом исследуются Г. А. Комаровым, В. Н. Мансуровым, Е. Фрейдсоном, О. В. Юрченко²¹ и др.

Анализ сущности и функций профессионального медицинского образования, традиций отечественной медицинской школы выполнен в работах М. А. Пальцева, Н.Б. Павлова, Т.П. Сабгайда, Б. М. Чекнева²² и др.

Исследованию проблем здоровья и установок россиян относительно здоровья, болезни, медицины и системы здравоохранения посвящены работы А. И. Антонова, И. В. Журавлевой, Н. М. Римашевской, О. А. Шаповаловой, Л. С. Шиловой²³ и др. Обоснование здорового образа жизни и философский анализ проблемы здоровья и болезни человека представлены в трудах В.

16 Балабанова Е.С. Социально-экономическая зависимость : теория, история и современность : монография. Н. Новгород:Изд-во Нижегород. Госуниверситета, 2004. 269 с.; Востряков Л. Е. Правовой статус СМИ и правовое обеспечение связей с общественностью: учебн. пособ. / Л.Е. Вострякова, С. Ю. Чимаров, Е. Ю. Ястребова. СПб.: Изд-во СЗИ РАНХиГС, 2012. 239 с.

17 Тимченко Н.С. Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века. Проблемы и пути решения. Барнаул, 2007. 175 с.

18 Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998. 226 с.; Харди И. Врач, сестра, больной : Психология работы с больными. Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. 338с. Александрова Е. С. Социологический анализ восприятия пациента врачом-стоматологом : «особые» пациенты и их медицинская карьера: магистерская дисс. М.: Московская Высшая школа социально-экономических наук. Фонд неопубликованных материалов. 2005. С. 23..

19 Потапчик. Е.Г. Бесплатное здравоохранение : реальность и перспективы / Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова., Л.С. Шилова Независимый институт социальной политики // URL: <http://www.socpol.ru/publications/pdf/book1.pdf>; Колосничина М.Г. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). М.: НИУ-ВШЭ. URL: <http://www.hse.ru/dats/2011/12/05/1271846229/wps/2011/12f.pdf>

20 Войно-Ясенецкий В. Ф. Духовность и здоровье нации. Православные традиции в медицине: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 130-летию со дня рождения святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого). Тюмень: Тюменский гос. нефтегазовый ун-т, 2008. 361с.; Иванюшкин А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Москва: Авторская академия, 2010. 111 с.; Климович И. Г. Модель специалиста медицинского профиля. М. : ЦОЛИУВ, 1989. 34с.; Назарова И. Б. Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты // Социс. 2004 № 7. С. 142 - 147; Силуянова И. В. Патернализм и информированное согласие: этическое и правовое регулирование. URL : <http://www.medscape.ru/lofiversion/index.php/t356.html>.

21 Комаров Г. А. Медико-социальная хартия Российской Федерации. М.: Мед. пресса, 2001. 53 с.; Мансуров В. Н. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе / В. Н. Мансуров, О. В. Юрченко // Социологические исследования. 2005. № 1.С. 65-68; Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. – N.Y., 1970.; Юрченко О. В. Динамика социального и профессионального статуса специалистов традиционной медицины в изменяющейся России: III Всероссийской социологический конгресс. 2008. С.48-52.

22 Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века : монография / А.М. Сточик, М. А. Пальцев, С. Н. Затравкин. М.: Медицина, 1998. 334 с.; Сабгайда Т.П., Павлов Н.Б. Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». Вып. 28 февраля. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/>; Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР / С. Я. Чикин, Ю. Ф. Исаков, Б. М. Чекнев. М. : Медицина, 1980. 270 с.

23 Антонов А.И. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. М.: Ключ-С, 2006. 148 с. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.; Наука, 2005; Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под ред. Н. М. Римашевской. — М.: Агентство «Социальный проект», 2007; Шаповалова О. А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 60 с.; Шилова Л.С. Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики. М.: изд-во Ин-та социологии РАН. 2000. – 178 с.

П. Казначеева, В. М. Розина, В. С. Тапилиной²⁴. Психологические аспекты отношения личности к болезни и здоровью и социальный контекст его формирования анализируются в исследованиях О. С. Васильевой, И. Н. Гуревич, Г. С. Никифорова²⁵ и др.

Большой вклад в исследование проблем системы здравоохранения внесли такие отечественные ученые как А. Г. Вишневский, Ю. И. Григорьев, Н. Б. Грищенко, А. Л. Линденбратен, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин²⁶. Ими разработаны теоретические, методологические и методические основы функционирования системы оказания медицинской помощи населению в условиях формирования новой институциональной структуры. Анализ состояния российской системы здравоохранения (включая его региональные модели) стал предметом значительного количества работ таких авторов как Ф.А. Давлешин, О.Е. Петручук, В.И. Стародубов, О.П. Щепин.²⁷

Основываясь на идеях этих ученых, диссертант имела возможность рассмотреть самый широкий круг социологических понятий и проблем, интерпретация которых позволила представить и проанализировать в диссертации социальные процессы в системе и институте здравоохранения.

Таким образом, в современном социогуманитарном знании имеют место множество направлений исследования российского здравоохранения, вместе с тем социологический анализ системы здравоохранения в условиях кардинального изменения российского общества остается неосуществленным.

Следует отметить, что анализ степени научной разработанности темы диссертационного исследования, позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на наличие публикаций по различным аспектам исследования системы здравоохранения его особенности функционирования, тенденции развития в условиях социальных изменений изучены недостаточно. Ограничен круг исследований посвященных системной, институциональной

24 Казначеев В. П. Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля : проблемы космопланетарной антропологии. Новосибирск: Наука, 2004. 224 с.; Розин В. М. Психическая реальность, способности и здоровье человека / В. М. Розин. М.: УРСС, 2001. 222 с.; Тапилина В.С. Здоровье и рабочее время : российские реалии конца 1990-х гг. // Социальная политика : реалии XXI века. М.:Поматур, 2004. С. 315-348.

25 Васильева О. С. Психология здоровья человека. Эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности «Психология» /О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. - М. : Academia, 2001. 343 с.; Гуревич И. Н. Социально-психологические факторы здоровья. URL: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/33/htm>; Каган М. С. Системный подход и гуманитарное знание: Избранные статьи. Л.: Изд-во Ленингр-го ун-та, 1991. 384с.; Никифоров Г. С. Психология здоровья : учеб. пособие. СПб.: Речь, 2002. 256с.

26 Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса Г. А Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С.В. Шишкин, Л. И. Якобсон, Е. Г. Ясин / VII Международная научная конференции «Модернизация экономики и государство». М., 2006. 48 с.; Правовые основы охраны здоровья населения : монография / Л. Б. Истомина, Г. И. Куценко, Ю. И. Григорьев, Н. Ф. Герасименко. Тула: ТулГУ, 1999. 520 с.; Грищенко Н. Б. Добровольное медицинское страхование : Основы соврем. практики / Н. Б. Грищенко, В. А. Клевню, В. В. Мищенко. Барнаул : Изд-во Алт. гос. ун-та, 2001. 79 с.; Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин. Концепция Государственного Университета Высшей школы экономики к IX Международной научной конференции «Модернизация экономики и глобализация». М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008 52 с.

27 Давлешин Ф.А. Профилактика здоровья населения в условиях региона / Ф.А. Давлешин, О.Е. Петручук, О. П. Щепин. Казань : Бриг, 2010. 323с. Стародубов В.И. Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения. М.: ЦНИИОИЗ, 2002. 232 с.

специфики здравоохранения, проблемам социальных основ перемен в системе здравоохранения, изменения отношения субъектов системы здравоохранения.

С данным противоречием связана основная проблема диссертационного исследования. Анализ научной литературы показал, что исследование института и системы здравоохранения, особенностей его функционирования в период социальных изменений не стало предметом специального рассмотрения с точки зрения социологии. Недостаточно проработанными остаются вопросы сравнения организации, функционирования, тенденций развития системы здравоохранения в России и зарубежных странах. Существует потребность в целостном социологическом анализе проблемы социальных изменений системы здравоохранения, что является крупной научной проблемой, решение которой открывает по существу новое направление научных исследований в этой области социологии.

Актуальность темы диссертационной работы, степень ее научной разработанности, сформулированная научная проблема обуславливают выбор объекта и предмета исследования, его цели и задачи.

Объектом диссертационного исследования является российская система здравоохранения на современном этапе развития.

Предмет исследования – основные тенденции развития, системные и институциональные изменения в российской системе здравоохранения, в том числе ее региональной составляющей.

Цель диссертационного исследования – выявление специфики социальной и институциональной трансформации современной системы здравоохранения в России (на примере Хабаровского края).

Достижение данной цели предполагает решение следующих **исследовательских задач**:

- разработать теоретико-методологические основы исследования системы здравоохранения, в качестве сложно организованной институциональной системы;
- дать концептуальную характеристику и обоснование здравоохранения как социального пространства;
- выявить социальный эффект деятельности национальных систем здравоохранения на основе сравнительного анализа особенностей функционирования и структуры, определить направления трансформации;
- охарактеризовать отечественную систему здравоохранения сквозь призму социологического анализа ее проблем и противоречий, осуществить анализ состояния и тенденций развития системы здравоохранения России;
- изучить эволюцию представлений о системе здравоохранения в общественной мысли;

- раскрыть институциональные особенности региональной системы здравоохранения, осуществить социологический анализ состояния системы здравоохранения в одном из российских регионов;

- описать процесс трансформации региональной системы здравоохранения. Выявить и охарактеризовать факторы и условия, действующие в самой системе здравоохранения и влияющие на формирование оптимальной организационной модели системы здравоохранения и степени доверия населения к ней;

- изучить и описать отношение субъектов, как элементов системы, к современному российскому здравоохранению и процессу его реформирования, поведенческие стратегии и траектории субъектов системы здравоохранения в процессе взаимодействия;

- проанализировать основные модели взаимодействия между субъектами как элементами системы здравоохранения, как фактора устойчивости или дестабилизации развития системы здравоохранения;

- теоретически обосновать селективную модель организации региональной системы здравоохранения в современных условиях.

Основная гипотеза диссертационного исследования заключается в предположении о том что, система здравоохранения является не только важнейшим социальным институтом, стабилизирующим общественную структуру, но и формой реализации важнейшего общественного блага. Специфика здравоохранения состоит в том, что любые социальные трансформации (создание новых условий функционирования, услуг, материалов и продуктов) влекут за собой изменения в самой системе и изменения отношений субъектов системы здравоохранения. Поспешность и отсутствие четко поставленных целей при реформировании (трансформации) системы здравоохранения серьезно снижает уровень общественного здоровья и качества жизни, но и серьезно разрушает социальную структуру. Неоправданное смещение приоритетов в сторону исключительно медицинской и экономической эффективности имеет результатом снижение интереса к социальному эффекту здравоохранения, повышению качества жизни населения. В силу реальных социальных различий, актуализировавшихся в последние десятилетия, как и различий в запросах мы предлагаем и обосновываем селективную модель организации системы здравоохранения, как модель, отличающуюся максимально положительным социальным эффектом.

Методологической основой исследования выступает, прежде всего, системный подход в понимании общества и его автономных социальных сфер, идущий от классических работ Э. Дюркгейма. В соответствие с этим подходом мы рассматриваем здравоохранение в качестве сложно организованной системы, состоящей из набора стабильно существующих элементов, за

счет перекомбинации которых и осуществляется трансформация системы здравоохранения. Исследование этих элементов и формы их взаимосвязи и предпринимается в нашей работе.

Другим теоретическим источником, позволяющим провести предлагаемый анализ системы здравоохранения и ее регионального варианта, выступает институциональный подход, идущий от работ Т. Парсонса и Т. Воблена. Социальный институт в работе рассматривается как стабильный и воспроизводимый вне зависимости от желания акторов тип социального взаимодействия. В диссертации выделяются и описываются институты, регулирующие и образующие систему здравоохранения, исследуется направление и успешность их трансформации, исходя из целей повышения качества жизни населения.

Как показывается в основной части работы, национальная специфика системы здравоохранения, как и ее региональная специфика, определяется властной дистрибуцией между элементами системы и участниками взаимодействия в данной сфере. Для описания этой дистрибуции нами была использована теория социального пространства и социальных полей, почерпнутая из работ П. Бурдьё и др.²⁸ При этом, базовой методологической посылкой, позволяющей объединить теоретические основания работы в единое целое выступал системный подход к анализу социального явления и социальной реальности.

При исследовании использовались методы структурно-функционального и сравнительного анализов, эмпирического и теоретического обобщения, методы опроса, экспертного интервью, анализ документов. Обработка эмпирических данных осуществлялась с использованием статистического пакета SPSS.

Исходя из исследовательских задач и теоретических оснований, формировалась и эмпирическая база исследования.

Источниковую и эмпирическую базу исследования составили данные и результаты социологических исследований «По проблемам развития и функционирования современной системы здравоохранения», «О состоянии системы здравоохранения Хабаровского края в оценках населения», проведенных автором диссертации по собственным проектам в 2008 – 2012 гг. в сочетании с проектами проводимыми в 2001-2002 гг.

В качестве респондентов выступали врачи краевых и муниципальных лечебно-профилактических учреждений, население края, пациенты лечебных учреждений. Опросы проводились по спонтанной, территориальной и квотной выборкам. Цель опроса – изучение потребностей и запросов населения в отношении системы здравоохранения, степень

²⁸ Гидденс Э. Элементы теории структуризации // Современная социальная теория: Бурдьё, Гидденс, Хаббермас. – Новосибирск, 1995. – С. 62; Социоанализ Пьера Бурдьё. Альманах Российско-французского центра социологии и философии Института социологии Российской Академии наук. – М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.; Алелейя, 2001. – 288с.

удовлетворенности системой здравоохранения, выявление эффектов изменений происходящих в системе здравоохранения и их оценка врачебным сообществом и населением.

Эмпирическую базу составили:

- анкетный опрос пациентов поликлиник г. Хабаровска весной 2010 года (n=600) выборка спонтанная (территориальная) – пациенты поликлиник края;
- анкетный опрос врачей лечебно-профилактических учреждений края, июнь-октябрь 2011 г. (n=440) тип выборки – «типичный случай»;
- анкетный опрос населения края 2012 г. (n=629) тип выборки – территориальный, опрос квартирный, на основе маршрутного листа.

Для оценки изменений отношения субъектов системы здравоохранения использовались данные и результаты исследования, проведенные автором в 2001-2002 гг., в городе Хабаровске и населенных пунктах Хабаровского края. В анкетировании приняли участие 492 врача и 775 граждан.

Для повышения репрезентативности исследования и обоснованности его выводов осуществлялся анализ вторичных данных, включающих в себя результаты эмпирических исследований, статистические данные и нормативно правовые акты:

- результаты Российского мониторинга экономических процессов в здравоохранении и здоровья населения, проводимый НИУ ВШЭ (1994-2012 гг.);
- результаты выборочного исследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения» проводимое Федеральной службой статистики, Минздравсоцразвития, Институтом социальных исследований в июне - июле 2008 г. в 24 субъектах Российской Федерации, по квотной стратифицированной выборке (n - 2204);
- результаты контент-анализа пресс-выпусков ВЦИОМ и ФОМ, связанных с изучением общественного мнения о состоянии современной системы здравоохранения и здоровья населения: «Национальный диагноз 2008», «Наше здоровье - в наших руках», «Бесплатная медицина и самолечение – российский рецепт спасения от болезней», «Регулярная диспансеризация: за и против», «Мы и наши болезни», «Состояние здоровья россиян: мониторинг», «Инвестиции в здоровье: готовы ли россияне тратить на фитнес и платную медицину», за период 2008-2013гг.;
- результаты опроса «Левада-центр» проводимого в сентябре 2012г. по репрезентативной всероссийской выборке городского и сельского населения среди 1601 респондентов в 130 населенных пунктах 45 регионов;
- результаты исследования «Теневой рынок медицинских услуг: структура по видам услуг, типам проявлений, субъектам и денежным потокам. Причины и механизмы развития» фонда «Новая Евразия», проведенного в 2011 г.;

- результаты исследования об отношении работающего населения к организации и качеству диспансеризации по результатам опроса проведенного в 2009 г. в трех городских поликлиниках Махачкалы (n- 847 респондентов);

- результаты социологического опроса о состоянии здоровья врачей проведенного Тверской ГМА (n-772 врача);

- федеральные, региональные и муниципальные нормативно-правовые акты, относящиеся к организации и функционированию системы здравоохранения;

- статистические данные о состоянии системы здравоохранения и состоянии здоровья населения Российской Федерации и Хабаровского края, представленные в сборниках и аналитических записках «Здравоохранение в России», «Российский статистический ежегодник», интернет-ресурсе «Здоровая Россия», в докладах Министерства здравоохранения и социального развития РФ и министерства здравоохранения Хабаровского края, «Здравоохранение Хабаровского края», «Состояние социальной сферы и уровень жизни населения Хабаровского края»;

- материалы интернет-форумов общероссийской социальной сети «Врачи РФ» и профессиональной социальной сети «Medtusovka». Проанализированы комментарии (N = 1476) российских врачей обеспокоенных состоянием и финансированием государственного здравоохранения (n=359); результаты опроса (n=100) «Платная медицина»; профессионального врачебного сообщества «Пироговский съезд»;

- архивные материалы по становлению и развитию системы здравоохранения России и на Дальнем Востоке.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- выявлены и реализованы теоретико-методологические возможности теории социального пространства в исследовании современной системы здравоохранения и процессов происходящих в ней;

- на основе концепции социального пространства и властного поля обосновано негативное влияние медиализации на повышение качества жизни населения, уровня общественного здоровья, формирование негативного отношения населения к системе здравоохранения в целом.

- осуществлен анализ моделей и структуры основных национальных систем здравоохранения и показана зависимость эффективности системы здравоохранения от механизма финансирования, доверия населения и особенностей институциональной организации;

- построена типология медицинских работников по критерию их профессионализма и степени вовлеченности в неформальные практики системы здравоохранения;

- разработана классификация практик населения в отношении к своему здоровью и способам его поддержания, участию системы здравоохранения в этих практиках;

- разработана селективная социальная модель взаимодействия в региональной системе здравоохранения, основанная на институционализации сложившихся практик отношения к поддержанию своего здоровья у различных групп населения.

В соответствии с научной новизной на защиту выносятся следующие **положения и выводы:**

1. Чем глубже и интенсивнее сдвиги в объективных условиях развития здравоохранения, запросах и потребностях, которые оно призвано удовлетворять, тем настоятельнее необходимость в реформировании самой отрасли. В настоящее время системные изменения здравоохранения, влияющие на его институциональные основы, в большей степени определяются изменением только субъекта деятельности системы – реорганизацией управления, деятельности отдельных элементов и связей между ними, изменения ресурсного обеспечения, что, не позволяет достигнуть совершенствования системы. Фрагментарные изменения системы здравоохранения приводят к тому, что она приобретает на современном этапе развития признаки «не системы».

2. Препятствием для полной реализации социальных функций системы здравоохранения являются противоречия в ее деятельности. Поиски причин того, почему в российском обществе оказываются столь устойчивыми неэффективные социальные институты, а заимствование чужеродных социальных институтов не дает ощутимого успеха, приводит к формированию нескольких объяснительных моделей. Препятствием на пути эффективности здравоохранения выступают неформальные отношения в системе здравоохранения, стратегии поведения субъектов системы здравоохранения, специфическая система ценностей по отношению к здоровью, как со стороны населения, так и профессионального сообщества.

3. Социальный институт здравоохранения отличается от иных социальных институтов относительной устойчивостью своих целей и ограниченной возможностью субъектов корректировать институциональные цели в зависимости от своих потребностей. Здравоохранение, как социальный институт, не способно быстро и адекватно реагировать на изменения потребностей и запросов населения и создавать условия, структуры и стимулы, ведущие к более эффективному решению возникающих проблем. Недоучет социальных составляющих деятельности системы здравоохранения приводит к торможению процессов развития системы здравоохранения.

4. Современные учреждения здравоохранения не пользуются доверием со стороны потребителя, населения. С точки зрения населения, единственной значимой функцией основного круга медицинских учреждений выступает не лечение или обследование, но

формальное признание временной нетрудоспособности. Это обстоятельство крайне негативно влияет на социальный статус системы здравоохранения, препятствует ее реформированию.

5. Показателем социальных изменений современного российского здравоохранения является трансформация социальной роли врача и степени доверия пациентов к системе здравоохранения. В качестве одного из основных препятствий развития системы здравоохранения выявлена низкая степень доверия населения к ней. Падение этого уровня вызвано снижением эффективности, доступности и качества медицинской помощи. Государственный сектор российского здравоохранения остается для большинства россиян безальтернативным источником получения медицинской помощи.

6. Современное состояние системы здравоохранения формирует высокий уровень протестных настроений и социальной профессиональной девиации медицинских работников, препятствует их консолидации для решения проблем взаимодействия с государством и обществом. В структуре мотивов профессиональной деятельности врачей начинают доминировать прагматические установки, усиливающие коммерциализацию медицины, порождающие «теневые» практики, что заметным образом изменяет характер отношений в системе «врач – пациент».

7. Институциональные риски системы здравоохранения формируются на мезоуровне (лечебно-профилактические учреждения). На этом уровне воспроизводится конфликт между потребительскими и исполнительскими (профессиональными) ожиданиями. Степень реализации потребительских ожиданий характеризует «степень отзывчивости» системы здравоохранения на запросы населения в сфере здравоохранения. Неудовлетворенность потребительских ожиданий является результатом кризиса институционального доверия. В ходе попыток компенсировать риски системы здравоохранения, связанные с низким доверием и несовпадением ожиданий со стороны населения, происходит подмена целей. Вместо достижения фундаментальной цели – повышения уровня общественного здоровья, происходит достижение формальных параметров, обеспечивающих функционирование системы здравоохранения в автономном режиме.

8. Прежние нормы и ценности в сфере охраны здоровья в результате социальных трансформаций перестают быть эффективными и значимыми. Сложилась ситуация в массовом и индивидуальном отношении двойственная позиция к здоровью. Для подавляющего большинства населения, здоровье является одной из базовых ценностей, в то же время для того же большинства свойственно рискованное поведение по отношению к нему.

9. Врачи по своим морально-этическим нормам не являются однородной социальной группой. Набор социальных норм во врачебном сообществе достаточно вариативен. Процесс трансляции врачебного сообщества осуществляется не системно, а носит стихийный характер.

10. Для современной системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении шансов на здоровье между отдельными гражданами и социальными группами. Причиной этому являются социальные барьеры в доступе к медицинской помощи, в информированности взрослого населения, в уровне дохода. Это порождает высокий уровень депривации по отношению ко всей системе здравоохранения, причем, не только у людей с низким уровнем медицинского обеспечения, но и высокостатусных потребителей. Здравоохранение, обеспечивая членам общества, социальным группам возможность удовлетворять свои потребности в сохранении и укреплении здоровья, тем самым, может стабилизировать социальные отношения, вносить согласованность, интегрированность в действия членов общества.

11. Альтернативным вариантом функционирования здравоохранения на современном этапе может быть региональная модель селективной медико-социальной поддержки, которая имеет свою специфику и основывается на учете социальной дифференциации населения, сосредоточении общественных ресурсов на помощи нуждающимся в ней на равноправной основе, предотвращении социального иждивенчества, индивидуализации медико-социального обслуживания, а также функционирования системы с учетом местной специфики региона.

Достоверность результатов исследования обеспечивается: выбором исходных методологических принципов, широкой теоретической и эмпирической базой исследования, репрезентативностью выборки при проведении эмпирических исследований, обширной апробацией материалов и результатов исследования; определяются: теоретическим анализом проблематики; комплексным применением теоретических разработок социологии и эмпирических методов репрезентативного исследования; многоуровневым сопоставлением статистических и эмпирических социологических данных – как авторских, так и полученных другими отечественными и зарубежными учеными.

Теоретическая значимость исследования состоит в разработке теоретико-методологических основ социологического анализа системы здравоохранения в условиях социальных изменений, организации и ценностно-нормативных оснований его функционирования, а также в разработке и апробации инструментального комплекса социологических средств изучения социальных изменений здравоохранения в современном российском обществе. Социологическое осмысление здравоохранения как социальной системы, социального института с использованием концепции социального пространства развивает научное знание в таких разделах, как социология социальных изменений, социология социального пространства, социология управления, социология культуры, социология медицины.

Теоретико-методологические, методические и эмпирические результаты могут представлять интерес для исследователей, изучающих проблемы современного российского общества, социального управления, социальной работы, социальной медицины.

Практическая значимость исследования связана с возможностью использования его результатов в процессе разработки концептуальных основ развития российского здравоохранения, корректировки проводимых в нем реформ, оптимизации деятельности и

процесса управления региональной системой здравоохранения, создания программ профессиональной подготовки медицинских и социальных работников.

Материалы диссертационной работы могут найти применение при подготовке и чтении лекционных курсов и спецкурсов социологического, социально-медицинского, социально-психологического, управленческого, политологического характера, таких как «Основы социального государства», «Современные концепции социального государства», «Социальное страхование в современной России», «Основы социальной медицины», «Содержание и методика социально-медицинской работы», «Социальная политика».

Апробация исследования. Основные идеи диссертации нашли отражение в докладах и выступлениях на региональных, российских и международных конференциях, а также методологических семинарах. Наиболее значимые из них: Межрегиональная научно-практическая конференция «Дальний Восток на рубеже тысячелетий: социально-экономические и политико-правовые проблемы» (Хабаровск, 2000); межрегиональная научно-практическая конференция «Социальная политика в Дальневосточном регионе России» (Хабаровск, 2001); международная научно-практическая конференция «Перспективы развития российских регионов: Дальний Восток и Забайкалье до 2010 года» (Хабаровск, 2001); межвузовская научно-практическая конференция «Проблемы реформирования экономики Дальнего Востока: теория и практика» (Хабаровск, 2001); Международная научно-практическая конференция «Азиатско-тихоокеанский регион в глобальной политике, экономике и культуре XXI века» (Хабаровск, 2002); Четвертая международная научная конференция творческой молодежи «Научно-техническое и экономическое сотрудничество стран АТР в XXI» (Хабаровск, 2005); Межрегиональная научно-практическая конференция «Современное студенчество: надежды и разочарования» (Хабаровск, 2005); Пятая Всероссийская научно-практическая конференция «Особенности роста и развития региональных социально-экономических систем» (Пенза – 2009); научно-практическая конференция «Четвертые Ковалевские чтения» (С.-Петербург, 2009); XI Международная научно-практическая конференция «Государственное управление: Российская Федерация в современном мире» (Москва, 2013).

Внедрение основных идей и теоретических положений осуществлялось в процессе чтения лекционных курсов для студентов. Материалы диссертации были обсуждены на заседаниях кафедры социологии, политологии и регионоведения и кафедры социальной работы и психологии Тихоокеанского государственного университета. Авторские исследования прошли апробацию и получили положительные отзывы на международных, всероссийских, региональных научно-практических конференциях, симпозиумах, семинарах в 2002-2013 гг. По теме диссертационного исследования опубликовано 39 печатных работы общим объемом 27,72 п.л., в том числе монография, брошюры, учебные пособия. Опубликовано 15 научных статей в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов докторских диссертаций.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, пяти глав, включающих 14 параграфов, заключения, библиографического списка и приложений. Работа изложена на 379

страницах, включает 37 таблиц и 11 рисунков, библиографический список состоит из 408 источников.

Глава I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Теоретические и методические основы исследования системы здравоохранения

Радикальное реформирование общественной системы России, расширенное воздействие на нее глобальных мировых процессов вызвало трансформацию социально-экономической, социально-политической и духовно-культурной сфер страны. Стремительно нарастающее ускорение одних и торможение других социальных процессов приводит к нарастанию их хаотизации. В этой ситуации утрачивают свое диагностическое значение традиционные методы социологии и актуализируется проблема выработки новой методологии и технологии оценки ускоренно изменяющейся социальной действительности как в обществе в целом, так и в конкретных социальных системах.

Особую остроту приобретает проблема организации, развития и устойчивости социальных систем, удовлетворяющих наиболее важные жизненные потребности общества.

Исторически в России сложилось так, что здоровье не представляло ни экономическую, ни социальную ценность и не имело стоимостного выражения. Если в экономических отношениях основой стимуляции труда или какой-либо другой деятельности является оплата труда, то механизмов, стимулирующих индивида, группу или общество на сохранение, поддержание и укрепление здоровья в целом до сих пор нет.

Самостоятельная и очень значимая тема для современного здравоохранения – его понимание как системы. В начале XXI столетия системность здравоохранения, как одной из важнейших сфер жизнеобеспечения и социальной человеческой деятельности, не подвергается сомнению. Сто лет назад сама постановка вопроса о системе здравоохранения была просто невозможна, а социально-системный подход к здравоохранению, а уж тем более системные преобразования здравоохранения считались безумством.²⁹

²⁹ Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 335 с.

Становление системности в здравоохранении претерпевало определенные трудности. В процессе своего развития человеческое общество создавало и усложняло систему мероприятий, направленных на охрану и улучшение здоровья отдельного человека и общества в целом. Накопленные медицинские знания использовались для создания общественной и индивидуальной профилактики заболеваний, а также их лечения. Анализировались и сопоставлялись закономерности развития здравоохранения, факторы, обуславливающие здоровье и болезнь, условия эффективности медицинских мероприятий.

Выделяют несколько этапов осознания принципа системности и системного подхода в медицине и здравоохранении. В докладе «ВОЗ-2000» по поколениям реформ в здравоохранении разделена только вторая половина XX столетия. При этом первое поколение реформ (1940-60-е гг.) связывается с «формированием национальных систем здравоохранения, а также с расширением социального страхования», второе поколение (1970 - 1980-е гг.) - с развитием первичной медико-санитарной помощи, Алма-Атинской конференцией 1978 г. и стратегией достижения «Здоровье для всех к 2000 г.» и, наконец, третье поколение реформ - 1990-х гг. - с «переходом от коммунистической к рыночной экономике в ряде стран центральной Европы, бывшем СССР, Китае, заменой общественных систем здравоохранения комбинацией страхования и прямых платежей «из кармана граждан, уменьшением надежд на правительства и возрастанием роли страховщиков, контролирующих доступ и связи между пациентами и врачами».

Такая периодизация представляется недостаточной и упрощенной, ибо, во-первых, коренные изменения в здравоохранении многих стран происходили на протяжении всего XX столетия, а во-вторых, потому что принципы системного развития и реформирования здравоохранения осознавались и вырабатывались международным сообществом лишь постепенно, в процессе растущего взаимодействия разных стран со своими системами здравоохранения, обсуждения общих проблем и выявления общих закономерностей и интересов.

Понимание системности здравоохранения часто определяется иерархией целей и задач, которая устанавливается в системе здравоохранения, и способами, которыми она предполагается достигаться. Цели и задачи реализуются функционированием системы здравоохранения, которое в свою очередь выражается в предоставлении услуг, формировании ресурсов, финансировании.

Исходя из широкого понимания, система здравоохранения должна включать меры любого характера, способствующие обеспечению здоровья населения. Согласно определению ВОЗ, система здравоохранения включает все «виды деятельности, главная цель которых состоит в

продвижении, восстановлении и поддержании здоровья»³⁰. Некоторые виды деятельности не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья населения, но оказывают на него достаточно сильное косвенное влияние. Такие виды деятельности как образование, обеспечение жильем и работой, для системы здравоохранения являются привнесенными извне и способны увеличить потребности в медицинских услугах, изменить структуру услуг, вызвать проявления неравенства в доступе в систему здравоохранения. Именно такой широкий подход важен в современных условиях, когда все большее внимание уделяется функционированию системы здравоохранения и ее отзывчивости на нужды и потребности населения.

Системный подход к социальным объектам позволяет увидеть их сложность и многообразие, обеспечить их упорядоченность и управляемость, а также дает возможность проанализировать – в какой мере системный взгляд распознает «реальные», «объективные» структуры или их проявления.³¹

В последнее время принципы системного исследования привлекают к себе все более пристальное внимание. Системный подход является эвристически ценным для изучения отдельных систем и для постижения их всеобщей связи. Системный подход представляет собой абстракцию при анализе любых объектов социального мира. Социальные объекты в рамках системного подхода по их происхождению и сущности проявления, с одной стороны, представления упорядочивающие сознание – с другой, объективные, характерные организационные формы социальной реальности – с третьей.

В понятийном арсенале социологии, равным образом, как и в других науках, часто используется понятие «система». Как известно, современное системное мышление было рождено в 40-е гг. прошлого века в рамках биологических наук и поэтому первоначально приняло форму биологических аналогий. К 70-м гг. XX века системный подход сложился как общефилософская и методологическая рефлексия общей теории систем. Повышение исследовательского интереса в изучении различных систем (технических, биологических, социальных) потребовало пересмотра и уточнения смысла базовых понятий «система» в различных отраслях науки. В настоящее время среди современных методов познания системный подход занимает одно из ведущих мест.³²

Не подлежит сомнению, что успешное применение системного подхода при решении конкретных научных задач зависит в первую очередь от его методологической разработки. «Тенденция исследовать системы как нечто целое, а не конгломерат частей соответствует

30 The World Health Report. WHO. Health Systems: Improving Performance. 2000. p.5

31 Сивиринов Б. С. Социальные системы и социальная перспектива: (строение и динамика). Новосибирск: Наука, 2000. 94 с.

32 Газенко О. Г. Фундаментальные науки – медицине. М.: Слово, 2003. 175 с.

тенденции современной науки не изолировать исследуемые явления в узко изолированном контексте, а изучать, прежде всего взаимодействие...»³³.

Уточнение и определение специфических системных понятий является одной из важнейших задач системного подхода. Это, прежде всего, относится к понятию «система». Достаточно много работ посвящено исследованиям теории систем, но единого подхода к определению «система» до сих пор не достигнуто. Каждый исследователь системных проблем опирается на свое понимание определения «система» как основоположники системного подхода (Р. Л. Акофф, Ф. Берталанфи, А. Холл и Р. Фейджи, Ф. О. Эмери³⁴), так и современные исследователи (Бибикина Л.А., М. А. Шляйферт, Л. М. Чистов).³⁵

В процессе своего эволюционирования системы все более развиваются, преобразовываются и усложняются. В такой ситуации системный подход становится все более востребованным и необходимым, чем более сложные типы систем подлежат исследованию. В. С. Тюхтин исходит из того, что «познание того или иного объекта как системы должно включать в себя «... следующие основные моменты: а) определение структур и организации системы; б) знание структур позволяет определить собственные (внутренние) интегральные свойства системы; в) определение функций системы; г) определение генезиса системы».³⁶

В современной исследовательской практике во всех областях научного знания, понятие системы имеет очень широкое применение. Системный подход возможно применять как к сложным, так и простым системам. Необходимо отметить, что само понятие «система» является абстракцией, которая отражает объективно присущие предметам и явлениям «системные» качества и свойства, т. е. свойства, которые не имеет ни одна из частей системы и невыводимые из свойств частей их взаимосвязи и взаимодействия. Под системой понимается «множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность – единство».³⁷ «Элементом» системы является объект (часть системы) с однозначно определенными известными свойствами, который выполняет определенную специфическую функцию и не подлежит дальнейшему разбиению, является как бы неделимым с точки зрения процесса функционирования системы.

Согласно теории систем, система – это «совокупность конкретных объектов (компонентов, элементов), существование или деятельность которых взаимосвязаны или взаимообусловлены в силу достаточно определенных обстоятельств».

33 Малиновский А. А. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология. М.: Эдиториал, УРСС, 2000. С. 446.

34 Акофф Р. Л. О целеустремленных системах / Р. Л. Акофф, Ф. О. Эмери. М., 1974. 271 с.; Берталанфи Ф. Общая теория систем: Критический обзор // Исследования по общей теории систем. М.: Прогресс, 1969. С. 23–82; Холл А. Д. Определение понятия системы / А.Д. Холл, Р. Е. Фейджи. М.: Прогресс, 1969. С. 252-282;

35 Бибикина Л. А. Системная медицина: путь от проблем к решению / Л. А. Бибикина, С. В. Ярилов. СПб.: НИИ химии СПбГУ, 2000. 154 с.; Чистов Л.М. Эффективное управление социально-экономическими системами. СПб.: ТОО ТК «Петрополис», 1998. 475 с.; Шляйферт М. А. Управление равновесием социально-экономических систем и процессов. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 1997. 197 с.

36 Тюхтин В. С. Принцип системности в познании процессов развития. М. : Б. и., 1986. 142 с.

37 Советский энциклопедический словарь. М., 1983. С. 1209.

Относительная самостоятельность системы образующих ее элементов находит подтверждение в работах Н. Винера: «Мир представляет собой некий организм, закрепленный не настолько жестко, чтобы незначительное изменение в какой-либо его части сразу же лишало его присущих ему особенностей, и не настолько свободный, чтобы всякое событие могло произойти столь же легко и просто как и любое другое».³⁸

В настоящее время существует более десятка определений понятия системы. В. И. Садовский определяет систему как «упорядоченное определенным образом множество элементов, взаимосвязанных между собой и образующих некоторое целостное единство».³⁹

В определении А. А. Малиновского намечается импульс к динамике систем, обусловленный характером внутрисистемных отношений: «...при связи элементов происходит неравномерное взаимодействие субэлементов, приводящее к новым соотношениям в системе, которые сказываются как новые качественные особенности данной системы в целом». Это положение представляется не определением, а указанием на один из возможных аспектов развития систем.⁴⁰

А. Рапопорт рассматривает систему как совокупность элементов и отношений между ними. «Система – это не просто совокупность единиц, когда каждая единица управляется законами причинной связи, действующей на нее, а совокупность отношений между этими единицами».⁴¹

Определение системы Б. М. Кедровым созвучно определению В. Н. Садовского, но здесь уже имеют место указания на инструментарий для изучения системы. «Назовем системой определенную совокупность элементов, находящихся в определенной взаимосвязи, которая придает данной совокупности целостный характер. Системным анализом назовем такой способ рассмотрения данной нам системы, при котором состояние, свойства и особенности ее могут быть выведены из состояния, свойств и особенностей ее элементов и закона связи между ними, причем элементы и закон связи считаются известными».⁴²

Никлас Луман утверждает что системы – это «чистые конструкции нашего сознания», что систем как таковых, нет, а есть отдельные предметы, отобранные и объединенные нашим сознанием в системы, и с другой стороны, что социальные системы – это абсолютно объективные явления, противостоящие нашему сознанию». Н. Луман указывает, что традиционная позиция связана с обращением к «конкретным» системам, т.е. реальным объектам «как системам».⁴³

38 Винер Н. Я. Я – математик. М., 1967. 314 с.

39 Садовский В. И. Системный подход в современной науке. М.: Прогресс, Традиция, 2004. 561 с.

40 Малиновский А. А. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология. М.: Эдиториал, УРСС, 2000. 446 с.

41 Рапопорт А. Математические аспекты абстрактного анализа систем // Исследования по общей теории систем. М., 1969. С. 88.

42 Кедров Б. М. Структура и развитие научного знания. Системный подход к методологии науки. М.: ВНИИ систем. исслед., 1982. 260 с.

43 Луман Н. Социальные системы. Очерк общей теории. СПб: Наука, 2007. 641 с.

Целый ряд авторов (А. В. Игнатъева, М. М. Максимцов, В. И. Мухин, Н. Г. Веселова ⁴⁴) отождествляют понятие «система» и «организация». Понятие «организация» характеризует форму, структуру, некую последовательность и иерархичность, в то время как система, наряду с указанными параметрами несет на себе сущностную, смысловую нагрузку, и формирует подходы позволяющие изучать организацию как социальный институт.

В. И. Мухин предлагает следующее понятие: «система – множество составляющих единство элементов, связей и взаимодействий между ними и внешней средой, образующие присущую данной системе целостность, качественную определенность и целенаправленность, а так же иерархически структурированная множеством функций, определяющих действия». Это понятие, на наш взгляд, охватывает не только структурные составляющие системы, но и ее бытие. Исходя из вышесказанного можно утверждать, что система - гносеологически сложное понятие, подтверждаемое множеством мнений с точки зрения ее определения.

Поскольку в самом определении системы имеется много точек зрения, и нет сколько-нибудь удовлетворительного упорядочивания систем, которое показало бы закономерность повышения организованности объектов, подлежащих изучению – от самых простых систем и до самых сложных, мы будем исходить из нескольких положений, на которых будет базироваться весь последующий анализ:

- системы начинаются там, где некое множество элементов оказывается так или иначе упорядоченными, образуя определенное целое, свойства которого не сводятся к свойствам составляющих его элементов;

- самым высоким типом системы является такой, которому присущи: сложная иерархическая организация; внутреннее и внешнее функционирование; саморегуляции на основе обратной связи; способность изменять свои состояния, сохраняя качественную определенность; историческая динамика, выражающаяся в закономерном процессе формирования, эволюционирования и гибели данной системы, так как подобные системы имеют биологическую и социальную природу;

- методология системного исследования должна быть разработана с учетом всего диапазона системных объектов, включая самые сложные типы. Это означает, что исторический аспект исследования не только не может быть выведен за пределы системного подхода, но и не может быть лишь формально признанным его необходимым аспектом;

- поведение отдельных элементов и подсистем в наиболее существенных проявлениях определяется функционированием системы, в которую они входят, и ее «правилам игры»;

44 Мухин В. И. Исследование систем управления. М.: Экзамен, 2006. 477 с.

- поведение самой системы может демонстрировать разнообразные, в том числе непредсказуемые, невыводимые из свойств отдельных ее элементов проявления.⁴⁵

Для того, чтобы объект рассматривать как системный, необходимы определенные условия. Следовательно, необходимо определить критерии или выявить условия необходимые для рассмотрения объекта как системы. Таковыми являются принципы определения объектов как системы:

во-первых, - объект, называемый системой, должен иметь определенные общие признаки с другими системами, хотя бы и находящимися в разных с ним областях. Общие признаки включают:

- унифицированные принципы строения систем, как бы они не различались по своим размерностям, формам существования и жизнедеятельности, то есть независимо от типологии системы;

- единые принципы развития, изменение количественно-качественного состояния формы и структуры, перехода из одного состояния в другое, структурных преобразований;

во-вторых, - объект, рассматриваемый как системный, должен иметь отличительные, присущие только ему признаки, разграничивающие его от всех других, как систем, так и объектов. В наиболее обобщенном виде эти признаки проявляются в:

- в спонтанности развития исследуемого объекта, наличии у него собственных закономерностей и особенностей существования и развития;

- в определенной автономности его от других объектов, проявляющейся в достаточной самостоятельности поведения и принятия решений.

Таким образом, специфика системного объекта проявляется в соединении в одном целом двух противоположностей – общего и особенного.

Каждая система имеет три основных параметра – структуру, функцию и историю. (Р. Жерар). Таким образом, системный объект и особенно сложную систему необходимо исследовать в трех плоскостях - предметной, функциональной и исторической, поскольку они оказываются необходимыми и достаточными для системного подхода.

Предметный аспект системного исследования основан на структурном анализе системы и предполагает решение двух взаимосвязанных задач: во-первых, выяснения того, из каких элементов (компонентов, подсистем) состоит изучаемая система, и, во-вторых, определение того, как эти элементы между собой связаны. В этом случае мы используем структурный анализ системы.⁴⁶

⁴⁵ Мухин В. И. Исследование систем управления. М.: Экзамен, 2006. 477 с.

⁴⁶ Ванеева Г.А. Гармонизация социальных отношений в региональном социуме: диссертацияканд. соц. наук: 22.00.04. Саранск, 1999. 175 с.

То или иное конкретное организационное воплощение выступает в виде структуры. При этом под структурой понимается совокупность элементов и связей между этими элементами, определяющих внутреннее строение и организацию объекта как целостной системы. При исследовании системы структура используется как способ описания организации, т.е. как некая абстракция, создаваемая исследователем. Вместе с тем структуризация объекта исследования (декомпозиция на элементы и связи) определяется внутренними свойствами системы, и, следовательно, с помощью структуры отражается реальная организация объекта в необходимом аспекте. Следует отметить, что структура динамична по своей природе и отражает эволюцию системы во времени и пространстве. Это важно учитывать при исследовании внутренней и внешней среды структур участвующих в охране здоровья населения, анализе взаимосвязей составляющих их компонентов в статике и динамике.

Сложная система (биологическая или социальная) требует ее рассмотрения с позиции статики и динамики. Статический анализ, отвлеченный от реального существования системы позволяет описать состав и строение данной системы, смоделировав при этом идеальный тип системы. Анализ системы в динамике представляет возможность исследовать возникновение, становление, развитие, эволюционирование, функционирование, смерть или разрушение системы. Если статическое исследование системы представляет ее временно отвлеченной от динамизма, что позволяет охватить и описать весь состав и структуру системы, смоделировать оптимальные модели ее функционирования, то динамика рассматривает систему в момент ее действительного существования и функционирования. Изучение состава данной системы в контексте системного исследования не может ограничиваться рассмотрением содержащихся в ней элементов – такую задачу успешно решал и традиционный аналитический подход. Что же касается подхода системного, то поскольку он исходит из представления об изучаемой системе как о целостности, постольку вычленение элементов и подсистем, образующих эту целостность, должно представлять их как необходимые и достаточные для самого существования данной системы. Лишь при этом условии мы сможем выделить органически присущие элементы системы от случайно привнесенных извне. Определение необходимости и достаточности составляющих систему элементов открывает путь к изучению ее внутренней организации. Для этого нужно исходить не из эмпирического выделения каких-то обнаруживаемых в изучаемой системе элементов, а из представления об этой системе как о целом.

Исследуемую систему так же следует относить как часть некоей метасистемы, в которую она вписана и в которой функционирует. Только так можно понять закономерности возникновения, существования и назначения данной системы. Идя от целого к частям системы есть основания выявлять их необходимость и достаточность, обусловленную отношением каждой из них к целому и к друг другу. Анализ системы тесно связан со структурным анализом.

Структуралистский подход, согласно которому отличительным признаком системы являлась связь между элементами, нашел отражение в работах основоположников системных исследований Л. фон Берталанфи, И. В. Блауберга, В. Н. Садовского, Э. Г. Юдина, А. И. Умова, А. Д. Урсула.⁴⁷

Элементно-структурный анализ позволяет получить знание о системе и перейти к изучению ее жизнедеятельности, т.е. к анализу функционирования. При таком подходе, систему следует рассматривать во взаимодействии со средой. «Простейшей живой системой является клетка. Наиболее высокоорганизованную и целостную (интегрированную) систему представляет собой отдельная особь. Сами особи объединяются между собой в системы, называемые населением, или популяцией. Популяции разных видов объединяются в систему, называемую биоценозом».⁴⁸ Подобный способ организации характерен и для социальных систем.

Функциональный аспект системного анализа раскрывает «механизм внутреннего функционирования системы, способы взаимодействия ее элементов, окружающую систему среду, взаимодействие с которой составляет внешнее функционирование системы».⁴⁹

Внутреннее функционирование системы исследуется в его обусловленности, элементным составом и ее структурой, а с другой ее внешней функцией, которая по П. К. Анохину, определяет характер взаимодействия всех элементов системы.⁵⁰

Внешнее функционирование системы имеет двусторонний характер. Его можно представить в кибернетических понятиях о прямой и обратной связи системы со средой, а можно описать как взаимодействие среды и находящейся в ней системы, которая избирательно воспринимает и перерабатывает эти воздействия в соответствии со своей внутренней природой. В свою очередь активно воздействует на среду. Поэтому анализ внешнего функционирования системы предполагает изучение ее адаптивной и одновременно адаптирующей активностей.

Исторический подход в исследовании системы представляет возможность изучить систему в момент ее возникновения, формирования и развития на разных этапах. Прогностический аспект исследования позволяет представить дальнейшую судьбу ее существования, ожидаемое поведение, социальный эффект ее дальнейшей деятельности. Генезис системы выявляет наиболее оптимальные формы ее существования.

Как существует множество понятий системы, так и предлагается множество их классификаций. Самая известная классификация систем была проведена С. Биром. В качестве

47 Берталанфи Ф. Общая теория систем. Исследования по общей теории систем. М.: Прогресс, 1969. С. 23-82; Блауберг И. В., Становление и сущность системного подхода / И. В. Блауберг, Э. Г. Юдин. М., 1973. С. 121-122; Садовский В. Н. Системный подход и общая теория систем: Основные проблемы и перспективы развития. // Системные исследования. М. 1980. 223 с.; Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность. М.: Эдиториал УРСС, 1997. 444 с.

48 Шмальгаузен И. И. Кибернетические вопросы биологии. Новосибирск, 1968. 168 с.

49 Винер Н. Я. Я – математик. М., 1967. 314 с.

50 Анохин П. К. Теория функциональной системы // Успехи физиологических наук. 1970. Т.1. № 1. С. 72-84.

основания для классификации он использовал два критерия: степень сложности и степень детерминированности. По первому критерию различаются системы простые, сложные и очень сложные; по второму – строго детерминированные (жесткие) и вероятно детерминированные (мягкие). Основным признаком жесткой системы является рестрибутивность.

Жесткая система в большей степени подвержена риску деформации и даже разрушения в силу необходимости не только принимать внешние воздействия и скорее их отражать, но и внутри системы затрачиваются усилия на поддержание жесткой внутренней структурно-функциональной направленности. Инновации в любом виде и форме для жесткой системы следует рассматривать как возбудитель нестабильности, а не как фактор развития. Жесткость системы определяет ее стремление к статическому сохранению данности, уже имеющегося состояния, и если воздействие будет мощнее сил противостояния, то система разрушается. Гибкие подвижные системы, являются исходными для возникновения систем иного типа. Следовательно, если ставится цель построение социальной системы иного типа, необходимо искать модели не жестких, а подвижных, гибких систем.⁵¹

Существует классификационное деление систем на основе соотношения и развития, темпов и характера изменений и взаимодействий в системе координат – «система – внешняя среда», предложенной К. Боулдингом, а именно, деление на открытые и закрытые системы.

По уровням иерархии в порядке возрастания их сложности К. Боулдинг выделяет восемь классов систем:

- 1) простые статические (уровень структурных схем);
- 2) простые динамические системы (уровень «часового механизма»);
- 3) простые кибернетические системы (замкнутые системы с механизмом саморегулирования);
- 4) открытые самосохраняющиеся системы (уровень границы между живыми и неживыми системами);
- 5) генетические системы (уровень живых растений);
- 6) системы на уровне сложности животных (уровень со специализированными приемниками информации);
- 7) системы на уровне сложности человека (уровень человека как биосоциальной системы);
- 8) социальные организации (системы на уровне сложности общества).

Взаимодействие с внешней средой обуславливает существование системы. Системы структурно ориентированные на окружающую среду не могли бы существовать без нее. Они формируются и сохраняются благодаря созданию и сохранению дифференциации со стороны

⁵¹ Костко Н. А. Социальное управление развитием региона. Тюмень: ТГИМЭУП, 2003. 284 с.

внешней среды и используют свои границы для регулирования этой дифференциации. В этом смысле сохранение границ есть сохранение самой системы.

Следует подчеркнуть, что устойчивые системы формируются только при одновременном процессе внутренней и внешней соотнесенности. Без целенаправленного внешнего поддержания система будет нефункциональной или распадется.

Следующий момент, характеризующий условия существования системы, - это ее внутренняя дифференциация как способ и условие дальнейшего существования. Н. Луман называет это не более как повторением системообразования, но уже внутри системы. В данном случае системы усложняются и внутри них происходит еще один процесс, процесс «иерархизации», когда возникают подсистемы, способные создавать свои подсистемы в качестве средства самосохранения в окружающей среде.⁵² Такая иерархизация обеспечивает жизнеспособность системы.⁵³

Для определения такого сложного понятия как система, необходимы изучение и анализ свойств, присущих системе. Свойства системы (целостность, иерархичность, функциональность, негентропийность, целенаправленность, управляемость, предсказуемость, обусловленность, устойчивость, модулируемость) присущи в той или иной мере любой системе и будут рассмотрены применительно к системе здравоохранения. Однако в различной социальной среде значение отдельных свойств системы и условия их взаимодействия будут различными. Динамичность современных социальных процессов, неизбежно вызывает к жизни новые системные свойства, которые в прежних условиях не были востребованы.

Как объект исследования системы охраны здоровья (системы здравоохранения), рассматриваются авторами с различных точек зрения, в зависимости от поставленных целей. Многими исследователями признается, что системы охраны здоровья это сложные, динамические, социальные системы. Для социальной системы присущ ряд признаков и свойств, наиболее важными из которых являются цель, социальная иерархия и управление – механизм, упорядочивающий взаимодействие системы, как внутри, так и внешне.

При исследовании какого-либо явления или процесса мы часто сталкиваемся с проблемой их четкого определения. В литературе (социологической, правовой, медицинской и др.) термины здравоохранение, охрана здоровья, общественное здравоохранение употребляются широко. Все они обозначают близкие, но все-таки отличающиеся понятия по содержанию. До сих пор в обществе, да и среди исследователей нет достаточно ясного понимания некоторых из них. Отсутствие единых дефиниций для научного исследования систем охраны здоровья сказывается на трудностях обоснования того или иного явления, процесса, формирования

⁵² Луман Н. Социальные системы. Очерк общей теории. СПб: Наука, 2007. 641 с.

⁵³ Сивирин Б. С. Социальные системы и социальная перспектива: (строение и динамика). Новосибирск: Наука, 2000. 94 с.

дефиниций отдельных структур, рассмотрения функций и процессов управления системами охраны здоровья. Системный подход позволяет исследовать систему как нечто целое, уточнить смысл и сформулировать определения всей совокупности специфических системных понятий.

Системы охраны здоровья начали формироваться с выделением первых целителей в древней общине. В средние века врачевание стало ученой профессией, сочетающей элементы познания здоровья и болезней, искусство лечения, а затем предупреждения эпидемий. Регулирования медицинской деятельности в тот период практически не было. В последние три столетия медицина развивалась на базе естествознания. Ее успехи в XVIII и XIX столетиях способствовала развитию науки и практики врачевания, диагностике, лечению и предупреждению болезней.

В XX столетии медицина и здравоохранение подошли к новой системной фазе, вызванной ростом социальной значимости здоровья, заболеваемости и смертности населения. Все это вызывало необходимость некоего надзора власти и общества за соблюдением справедливости и добросовестности в общественных взаимоотношениях в этой сфере жизни, необходимостью определенных гарантий в обеспечении прав сохранения здоровья. И хотя до сих пор понятия «медицина» и «здравоохранение» широко употребляются почти как синонимы, они не тождественны. Постепенно жизнь сделала необходимым разграничение этих понятий. Медицина (медицинская деятельность) остается наукой и искусством распознавания, лечения и, по возможности, предупреждения болезней. Здравоохранение стало означать социальную систему, обеспечивающую доступность этих мер для всех или максимально большого числа людей, охрану и улучшение здоровья каждого человека и всего населения в целом.⁵⁴

Среди исследователей распространено мнение, что научное определение – едва ли не половина решения исследовательской задачи. По всей вероятности это и являлось в значительной степени причиной того, что до сих пор как нет четкого определения «здоровья, общественного здоровья», так и нет единого определения «здравоохранения, общественного здравоохранения». Такое положение затрудняет определение и решение исследовательских задач в изучении систем охраны здоровья, анализе проблем развития и управления в них. Определимся с содержанием понятий «охрана здоровья, система здравоохранения, общественная система здравоохранения» и рассмотрим сущность и признаки систем охраны здоровья.

Несмотря на простоту этих положений, официальное научное определение понятий «здоровье», «система охраны здоровья», «здравоохранение» долгое время вызывало сомнения и противоречия.

⁵⁴ Томен Надал Камал Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга :автореферат дис....канд. экон. наук: 08.00.05. Ростов-на -Дону. 2011. 26 с.

Само понятие «охрана здоровья» складывается из множества различных параметров и показателей, так как охрана здоровья представляет собой сложную систему, которая имеет, разнообразные формы проявления результатов своей деятельности в инфраструктуре социума.

Система охраны здоровья на общественном уровне связана с реализацией соответствующих мер по обеспечению жилищно-бытовых условий, безвредных и безопасных условий труда, охраны окружающей природной среды, социально-экономических условий для оздоровительных мероприятий, занятий физкультурой, спортом полноценного питания. Система охраны здоровья зависит от множества элементов общественной жизни, но нельзя упускать из вида и систему здравоохранения, которая имеет свои возможности в поддержании и укреплении общественного здоровья. При тех ресурсах, которые выделяются системе здравоохранения, при существующей ее организации и хозяйственном механизме значительно можно повысить эффективность системы охраны здоровья.⁵⁵

Имеют место мнения, что система охраны здоровья это надуманная система, существующая скорее виртуально, чем в реальной действительности, поскольку не имеет своей структуры, т.е. набора соответствующих учреждений. Вместе с тем, система охраны здоровья является функциональной системой и фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Поэтому в ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены отдельно, что подтверждает конституционно их не идентичность. Исходя из этого, отождествление системы охраны здоровья с существующей системой здравоохранения, неверно, поскольку массовый оздоровительный и индивидуальный подходы между собой принципиально отличаются.⁵⁶

Само сочетание слов «здоровье» и «охрана» в международную культуру было предложено Советской Россией. При создании Всемирной организации здравоохранения на других языках в ее названии были употреблены слова health (англ.) и sante (франц.), то есть буквально «здоровье», а существовавшие в зарубежных странах государственные службы именовались по-разному (Health service и Sante publique), да и характер и объем возлагающихся на них задач был различным.⁵⁷

В США было распространено определение С. Е. Винслоу, по которому Public Health – это «искусство и наука предупреждения болезней, продления жизни и повышения физической и душевной эффективности путем осуществления организованных общественных усилий». Опираясь на это определение, Комитет экспертов ВОЗ по администрации общественного

55 Верзилин Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации. СПб. : Изд-во СПбГУФ, 2004. 175 с.

56 Павлова Е. А. Медико-экономическое обоснование совершенствования системы социальной защиты населения экологонеблагополучных территорий Архангельской области: автореферат дис.....канд. мед. наук: 14.00.52, 03.00.16. Архангельск, 2006. 22 с.

57 Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 335 с.

здоровья заявил, что «общественное здоровье – это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения умственного и физического здоровья и эффективной деятельности людей с помощью предпринимаемых обществом организованных усилий по оздоровлению окружающей среды, борьбы с инфекциями, обучения людей личной гигиене, организации врачебной деятельности и медицинской помощи для ранней диагностики и профилактики заболеваний, а также развития социальных механизмов с целью обеспечения каждому человеку уровня жизни, необходимого для поддержания здоровья при такой организации обеспечения этих благ, когда каждый гражданин получает возможность реализовать свое неотъемлемое право на здоровую и продолжительную жизнь».

В последующие годы словосочетание «система здравоохранения» настойчиво вносилось в документы и решения ВОЗ. Оно было отражено в резолюции ВОЗ «Об основных принципах развития здравоохранения», а затем в Пятой общей Программе ВОЗ, где сказано, что «общественное здравоохранение рассматривается ныне не только как комплекс чисто медицинских мер, а как важный компонент социально-экономических систем, объединяющих все экономические, социальные, политические, профилактические, лечебные и другие меры, которые человеческое общество в любой стране и на любой стадии своего развития использует для охраны и постоянного улучшения здоровья каждого человека и всего общества в целом».

Постепенно понятие «система здравоохранения» нашло свое признание, хотя до сих пор в Европе во многих странах службы общественного здоровья действуют отдельно от лечебных учреждений. На современном этапе во многих странах растет понимание того, что эти два сектора в интересах каждого из них должны действовать совместно.

В советском энциклопедическом словаре сказано, что «здравоохранение это система государственных и общественных мероприятий по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней».⁵⁸ В источниках советского периода можно также найти понятие здравоохранения как «сфера, крупная отрасль социальной сферы, отрасль народного хозяйства».⁵⁹ Множество трактовок этого термина подтверждает отсутствие единства в его понимании. Так под общественным здравоохранением понимается система обеспечения охраны и улучшения здоровья граждан, включающая профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, осуществляемые под контролем общества и с использованием общественных ресурсов.

Под системой здравоохранения понимается совокупность взаимодействующих органов управления, подведомственных им организаций, а также субъектов, осуществляющих частную медицинскую и фармацевтическую деятельность.

⁵⁸ Советский энциклопедический словарь. М., 1983. С. 1209

⁵⁹ Чазов Е. И. Проблемы перестройки здравоохранения // Советское здравоохранение. 1987. № 6. С. 3.

Таким образом, различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом:

- все виды деятельности, главная цель которых в продвижении здоровья;
- меры, непосредственно направленные на обеспечение медицинских услуг;
- более широкие меры, нацеленные на поддержание здоровья (охрана окружающей среды);
- некоторые виды деятельности и услуги, которые не имеют первоначальной задачи обеспечения здоровья (жилье, образование).

Системный подход позволяет исследовать систему как нечто целое. При системном подходе используются принципы тождественности и уникальности, выделяя в исследуемой системе свойства, которые имеются у любой системы и определенные свойства, которые присущи только этой системе, и которые необходимо учитывать при ее формировании и функционировании. Системный подход к здравоохранению позволяет четко представить зависимость индивидуального и общественного здоровья не только от состояния науки, профилактики, лечения и реабилитации – этих основных функций системы здравоохранения, но и от участия всех звеньев общественного и государственного механизма, всех систем и подсистем общества в его формировании, охране и улучшении.⁶⁰

Итак, продолжая дальнейшее логическое исследование системы необходимо установить, системообразующие факторы, базисные элементы, иерархию и возможно ли эту систему рассмотреть с позиции системного подхода, как социальную систему и социальный институт.⁶¹

Традиционно в системе здравоохранения выделяли шесть базовых элементов: медицинский работник, медицинский аппарат, койка, медикаменты, материально-техническая база, бюджет. Каждому элементу дано универсальное определение. Так, под определением медицинский работник подразумеваются не только лица с медицинским образованием, но и научные работники, технические работники, участвующие в функционировании этой сферы. Исходя из принципа философии, что каждое изучаемое явление, предмет, система характеризуются не только качественно и количественно, но структурно и функционально, каждый базовый элемент должен иметь эти четыре характеристики.⁶²

Так, медицинские работники, как элементы системы, характеризуются: количественно - на 10 тыс. населения или абсолютным количеством; профессиональным качеством – наличие категории, ученой степени, ученого звания; структурно - профилем врачебных должностей;

60 Томен Наддал Камал Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга :автореферат дис.....канд. экон. наук: 08.00.05. – Ростов-на -Дону. 2011. 26 с.

61 Чеченин Г. И. Системный подход и системный анализ в здравоохранении и медицине в условиях их реформирования. Новокузнецк: КМН ВЦ, 2002. 147 с.

62 Ярменчук А. Д. Теория искусства управления. Общие проблемы. Киев, 1991. Ч. 1. 176 с.

функционально - функции врачебной должности. Базисный элементный состав формирует первый уровень системы.

Базисные элементы системы здравоохранения создают организационную структуру – кабинеты, отделения, лаборатории, подразделения. Первичные организационные структуры также можно охарактеризовать по качественным, количественным, структурным и функциональным признакам. Таким образом, формируется второй уровень системы.

Чем выше уровень системы, тем он более усложняется. Третий уровень представляет собой уровень сложных организационных систем – учреждения, организации, заведения, предприятия.

Четвертый уровень подразумевает более сложные организационные структуры – системы (подсистемы) – системы учреждений, систему заведений, систему предприятий в пределах региона или профиля.

Для управления этими структурами, т.е. для обеспечения процесса управления, выделяются должностные лица. Для управления системой сложных организационных структур создаются специальные органы управления (секторы, отделы управления, департаменты, министерства), что составляет пятый уровень системы. В этом уровне четко представлена иерархия управления, следовательно, этот уровень можно определить как управляющую систему или субъект управления. По отношению к пятому уровню, все четыре системы (подсистемы), расположенные ниже определяются как управляемая система или объект управления. Система здравоохранения, как никакая другая система, характеризуется очень большим составом структурных элементов и включает в себя:

- государственные организации здравоохранения, учредителями которых являются федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, другие федеральные органы исполнительной власти, имеющие медицинские службы или медицинские структуры для оказания медицинской помощи;

- муниципальные организации здравоохранения, учредителями которых являются органы местного самоуправления;

- частные организации здравоохранения, владеющие имуществом на правах частной собственности;

- органы управления здравоохранением, которые в пределах своей компетенции осуществляют реализацию государственной политики в области здравоохранения.

Структуризация системы здравоохранения отчетливо просматривается и в ее отраслевом характере. Она включает отрасли:

- лечебно-профилактическую (амбулаторно-поликлинические больницы и диспансеры и др.);

- медицинскую помощь женщинам и детям;
- санитарно-противоэпидемическую службу;
- медицинскую и фармацевтическую промышленность, аптечные учреждения и предприятия;
- медицинское образование и медицинскую науку – высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения;
- санаторно-курортные учреждения;
- патологоанатомическую, судебно-медицинскую и судебно-психологическую экспертизы;
- обязательное медицинское страхование (ОМС).

Чрезвычайная сложность структуризации в здравоохранении обусловлена следующими ее характерными особенностями:

- персональная ориентация медицинской деятельности на конкретных людей, нуждающихся в улучшении здоровья, что придает этой деятельности выраженный адресный характер;
- проявление деятельности по охране здоровья в виде единых, не поддающихся разделению материальных и нематериальных услуг, сочетание физических, медикаментозных, психологических форм лечения, воздействия на больных;
- трудность непосредственного качественного измерения результатов врачебной деятельности, выражения их в натуральных и стоимостных показателях;
- необходимость постоянного совмещения диагностической, лечебной, профилактической деятельности;
- непрерывно увеличивающееся разнообразие видов и форм медицинской деятельности, услуг здравоохранения;
- сложное переплетение платных, бесплатных, смешанных видов оказания медицинской помощи и разных способов финансирования здравоохранения;
- отсутствие непосредственной, явной связи между локальными результатами медицинской деятельности и затратами на получение результатов;
- сильная зависимость здоровья от факторов, не имеющих непосредственного отношения к медицине;
- значительное влияние самолечения на здоровье;
- высокая роль морально-этических факторов во взаимоотношениях лечебного персонала и пациентов.

С понятием структуры органически связано понятие иерархичности. Многоуровневая организация системы отражается в ее иерархической структуре, которая является основной

характеристикой объекта как системы. Иерархичность системы обозначает, что каждый ее компонент может в свою очередь, рассматриваться как система, а сама исследуемая система представляет собой лишь один из компонентов более широкой сложной системы. Иерархичность системы здравоохранения возможно рассмотреть на разных уровнях организации: государственном, субъектов Федерации и муниципальном.

Государственная система здравоохранения и ее службы подчиняются администрации Минздравсоцразвития РФ и его органов. В центральную систему входят соответствующие управления, департаменты и отделы медицинской помощи населению. Органы управления руководят непосредственно федеральными службами здравоохранения, контролируют деятельность муниципальных региональных медицинских органов и учреждений.

В субъектах федерации – регионах - в составе органов и учреждений исполнительной власти имеются соответствующие администрации (министерства, управления, комитеты) осуществляющие руководство подведомственными медицинскими учреждениями и предприятиями. Минздравсоцразвития на федеральном уровне и органы управления субъектов Федерации осуществляют контроль за деятельностью медицинских учреждений, находящихся в юрисдикции муниципальных местных властей. Такова «вертикаль» управления и контроля органов и учреждений здравоохранения, что обуславливает иерархию системы.

Для обеспечения функциональности системы, все элементы непрерывно взаимодействуют между собой. Функциональное назначение каждого элемента определяет согласованность их взаимодействия. Структура системы обусловлена непрерывным согласованным функционированием элементов. Система существует до тех пор, пока функционирует и выполняет свои функции. Социальные процессы, непрерывно происходящие во всех сферах общественной жизни вызывают изменение некоторых функций, как во всей системе, так и в ее элементах. Таким образом, изменения в системе могут порождать новые функции и трансформировать уже действующие функции, а в некоторых случаях вызывать прекращение их действия.

Несмотря на то, что система здравоохранения является очень сложной, (в силу неразрывных связей со всеми сферами общественной жизни, и динамичной, в силу быстрой изменчивости этих сфер, а также динамики самой медицинской науки и практики), однако ее принципиальная схема на общенациональном, или ином уровне, может быть представлена в следующем упрощенном виде: цель – задачи – функции.

Цель российской системы здравоохранения - охрана и улучшение здоровья каждого человека и всего населения в целом.

Основными задачами здравоохранения являются:

а) развитие научных медицинских исследований как, единственной возможной основы для осуществления комплексных мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья;

б) индивидуальная и общественная профилактика заболеваний, улучшение здоровья населения, оздоровление окружающей среды как важнейшего фактора, влияющего на здоровье;

в) обеспечение доступных всему населению возможностей ранней диагностики и квалифицированного лечения в случае заболеваний или травм, включая реабилитацию и восстановление трудоспособности.

В качестве основных функций здравоохранения выделяют - науку, профилактику, лечение, кадры, ресурсы и управление.⁶³

Функционально-структурный анализ системы здравоохранения с учетом административно-территориальных аспектов показывает, что на каждой территории (государство, регион, провинция, город и т.п.) всегда имеется в той или иной мере упорядоченная сеть медико-санитарных органов и учреждений. Практически в любой стране можно выделить несколько основных типов медицинских учреждений, в том числе научно-исследовательские учреждения (институты, лаборатории, группы), высшие и средние медицинские учебные заведения, санитарно-противоэпидемические учреждения, лечебно-профилактические стационарные и амбулаторные учреждения, аптечные, технические, ремонтные и другие службы и организации. И наконец, на каждой территории имеется орган или органы управления здравоохранения, которые должны сочетать территориальную подчиненность соответствующим местным органам государственной власти и отраслевую функциональную подчиненность и подконтрольность вышестоящему органу здравоохранения.⁶⁴

Все эти учреждения здравоохранения на данной территории независимо от формы собственности, подчиненности и степени централизации ориентируют свои функции на нужды населения данной территории и, в то же время, они должны координировать цели и задачи всей общенациональной системы здравоохранения, действуя в соответствии с ее основными принципами и стандартами. При этом каждое учреждение входит своими функциями или своими результатами в разные иерархии функциональных подсистем здравоохранения.⁶⁵

В зону деятельности здравоохранения входят не только здравоохранительная деятельность, но и: медико-санитарная, лечебно-профилактическая деятельность и производство тех материально-вещественных субстанций, средств, которые необходимы для поддержания здоровья. Таким образом, здравоохранительная деятельность системы

63 Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М. 2008. 335 с.

64 Томен Наддал Камал Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга: автореферат дис.....канд. экон. наук: 08.00.05. Ростов-на -Дону. 2011. 26 с.

65 Верзилин Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации. СПб.: Изд-во СПбГУФ, 2004. 175 с.

обусловлена функционированием экономических, социальных, и медицинских систем. Функциональная роль и значение социальных и медицинских систем, их специализация, формы и способы функционирования по-разному проявляются на федеральном, региональном, муниципальном уровнях в зависимости от конкретных организационно-правовых форм организации систем.

Система здравоохранения включает медицинские, социальные и экономические системы. Медико-социальные системы включают в себя совокупность подотраслей, служб и видов медицинской, социальной и экономической деятельности, занятых производством и обеспечением потребления социальных и медицинских услуг, товаров медицинского и социального назначения, призванных удовлетворить потребности населения в полноценном наборе мероприятий по сохранению, укреплению и воспроизводству здоровья. Медицинские системы включают амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, специализированные лечебные и лечебно-диагностические центры, санитарно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и проектные институты, санаторно-курортные организации, учреждения по производству и продаже фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения, а также организации, координирующие деятельность вышеназванных учреждений. Социально-экономические системы, непосредственно связанные с охраной, укреплением и воспроизводством здоровья населения функционируют в целях создания условий для достижения социального и экономического прогресса государства и общества в области формирования здорового образа жизни, обеспечения воспроизводства трудового и личностного потенциала нации, решения текущих задач, обеспечения нормальной жизнедеятельности общества в целом, отдельных социальных групп и слоев населения.

Система управления здравоохранением представляет собой набор региональных, муниципальных и иных управленческих органов, ресурсов, участвующих в процессе управленческих решений, взаимодействующих между собой, взаимодополняющих друг друга и ориентированных на достижение поставленной цели. Обратная связь в системе – это своего рода контролер, осведомитель, регулировщик системы управления. При анализе системы здравоохранения под входом понимаются те показатели, которые определяют цели, потребности и ресурсы системы, а выходные (показатели) переменные – реализация целей, удовлетворение потребностей, обеспеченность ресурсами и их использование. Входными данными могут выступать ретроспективные данные о деятельности структурных элементов, характеризующие объемы оказанных услуг, их стоимость, материально-техническую оснащенность, кадровую обеспеченность, объемы финансирования. Таким образом, на входе управляющей системы находятся проблемы, а на выходе - решения по их устранению.

Проблемы, возникающие в системе, решаются с помощью имеющихся в распоряжении средств, структурных элементов (учреждений) и действующих нормативных актов. В результате поступающих входных потоков и действующих нормативов система меняет свое «состояние», принимает различные организационные решения по изменению структуры, взаимоотношений между элементами, изменению нормативных актов, чтобы добиться результативных выходных показателей. Выходные показатели должны отражать уровни и направленность взаимодействия всех элементных составляющих системы и отражать общие и частные характеристики управленческого воздействия.

Таким образом, здравоохранение – система, обеспечивающая доступность мер распознавания и предупреждения болезней для максимально большого числа людей. Это функциональная система, обеспечивающая жизнедеятельность населения в конкретном месте проживания по критерию здоровья.

Система здравоохранения характеризуется сложной структуризацией и иерархичностью. Структуризация системы здравоохранения ярко выражена на отраслевом уровне. На учрежденческом уровне для современной системы здравоохранения характерны слабые связи и на этом уровне обнаруживаются тенденции приобретения здравоохранением не системных характеристик.

На современную систему здравоохранения объективно воздействуют факторы, которые могут вызвать проблемы в развитии здравоохранения как системы:

- ловушки роста финансирования – вариант финансирования здравоохранения, изначально оказывается затратным и ведет к необходимости увеличения средств;

- рост неравенства в обществе на уровне здоровья – является серьезным препятствием для экономического роста.

1.2 Институциональный анализ системы здравоохранения

Согласно квалификации, по своей природе системы бывают трех видов: биологические, технические и социальные. По всей вероятности, классификация систем, как все классификации, правила, нормы и нормативы в обществе, это условность. Однако эта условность позволяет как ученым, так и практикам более детально подходить к их изучению, познанию общего и особенного в этих системах.

Особое внимание отводится социальной системе, которая может быть рассмотрена как классификационный уровень сложной системы. Любые общественные системы имеют, наряду с характерными для любой системы признаками, не менее значимые социальные признаки, придающие системе, так называемую социальную окраску. Именно социальный компонент, человеческий фактор, отличает социальную систему от других социальных систем.⁶⁶ Обратимся к определению социальной системы, данному Н. Луманом. «Под социальной системой следует понимать смысловую взаимосвязь социальных действий, которые ориентируются друг на друга и отграничивают себя от окружающей среды не принадлежащих им действий».⁶⁷

По мнению Ф. Знанецкого – социальные системы «являются человеческим продуктом, их существование немислимо без способа их представления, или значения, которое они имеют для человеческих индивидов и коллективов». Таким образом, для Ф. Знанецкого социальная система – это, прежде всего идеальный объект человеческого сознания. «Социальная система – это упорядоченность в определенном отношении взаимодействующих индивидов, вещей, процессов, образующая интегративные качества, не свойственные составляющим ее компонентам».⁶⁸ Наличие человека – это родовая, сущностная и доминантная характеристика социальной системы, отличающая ее от других сложных систем.

Т. Парсонс рассматривая социальную систему и систему личности, уточняет, что, как и всякие другие системы, они обладают одновременно, принципами взаимодействия и независимости. Главное, по его мнению, это «уяснение сложных способов, с помощью которых то и другое взаимосвязано и взаимодействует». Т. Парсонс указывает на то, что и у социальной системы, и у системы личности есть «одинаковые структурные компоненты», и рассматривает эти две системы, как «две дифференцированные пары, которые основаны на разных потребностях». Социальные системы по Т. Парсонсу «основаны на потребностях, связанных с взаимодействием множества лиц».⁶⁹

Согласно В. Парето существование социальной системы в данное время и в данном месте определяется следующим: во-первых, это внешние природные условия, почва, климат, флора и фауна и т.д.; во-вторых, это условия, внешние по отношению к данному обществу в данное время, неприродного характера. К ним относятся воздействия на общество других обществ и воздействия последствий, предшествующих состояний этого же общества; в-третьих, это внутренние элементы системы, среди которых основными являются «осадки» или выражаемые ими «чувства», «производные», тенденции, интересы, способность к рассуждению, к наблюдению, состояние знаний и т.д.». К внутренним факторам влияния на состояние и

66 Гринберг Р. С. Теория и методология исследования социальных проблем / Р.С. Гринберг, Т.В. Чубарова. М.: Наука, 2005. 189 с.

67 Луман Н. Социальные системы. Очерк общей теории. СПб : Наука, 2007. с. 641.

68 Знанецкий Ф. Исходные данные социологии. Из. кн.: Американская социологическая мысль. М.: Изд-во МГУ, 1994. 496 с.

69 Парсонс Т. О социальных системах. М. : Академический Проект, 2002. 832 с.

развития социальной системы относится весь комплекс структурно-функциональных составляющих элементов системы.⁷⁰

Как и всякая другая система, социальная система имеет как общие, так и особенные признаки. Общие признаки любой социальной системы: конкретная общая цель всей совокупности элементов; подчинение задач (и соответственно функций) каждого элемента общей цели (миссии) системы; осознание каждым элементом своих задач и понимание общей цели; выполнение каждым элементом своих функций, вытекающих из поставленной задачи; конкретные отношения между элементами системы; наличие органа управления; обязательная обратная связь.

К особенным признакам социальных систем относятся: открытость; сложность; способность к самовоспроизводству, саморегулированию, самоорганизации и самоуправлению; способность и стремление к целеобразованию, т.е. формированию целей внутри системы; адаптивность, способность противостоять энтропийным (разрушающим систему) тенденциям, «вызовам» внешней среды; вариативность отдельных элементов, параметров системы и стохастичность ее поведения в целом; многовариативность развития в тех или иных социально-экономических ситуациях; наличие социальной памяти; полиструктурность и многофункциональность; возможность одновременного существования (протекания) разновалентных (векторов разной направленности) тенденций и процессов (организации и дезорганизации; интеграции и дезинтеграции; стабилизации и дестабилизации).⁷¹

Основываясь на перечне признаков рассмотренных выше, можно утверждать что система в своем функционировании имеет направленность на постоянство своей жизнеспособности, ее устойчивость и вечность. Но история свидетельствует о постоянном изменении жизнеустройства, смене одной исторической формации другой. То есть, всякая социальная система помимо развивающих признаков несет в себе и свое отрицание, вопрос в том, каково оно и как его отследить, и не дать перерасти этому отрицанию в тенденцию на уничтожение.⁷²

Различают следующие виды социальных систем:

- социальные группы (основу структуры составляют социальные отношения);
- социальные институты (основу структуры составляют институциональные связи);
- системы социального контроля (основу структуры составляют связи и отношения социального контроля);
- социальные организации (основу структуры составляют организационно-управленческие отношения субординации и координации). При этом каждая

⁷⁰ Луман Н. Социальные системы. Очерк общей теории. СПб : Наука, 2007. 641 с.

⁷¹ Верзилин Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации. СПб.:Изд-во СПбГУЭФ, 2004. 175 с.

⁷² Костко Н. А. Социальное управление развитием региона. - Тюмень: ТГИМЭУП, 2003. 284 с.

социальная система может быть рассмотрена в любой видовой форме, в этом проявляется особенность социальных систем, «их полиструктурность и полифункциональность».⁷³

Социальные системы не имеют начала в принятом понимании этого слова, а то, что мы обозначаем началом, - размыто, аморфно, не определено, гипотетично и уже имеет историю. Социальные системы ведут себя как системы без трения, и их особенностью является способность к постоянному наращиванию динамики инноваций.

Процесс образования социальной системы невозможен без определенных условий, из которых едва ли, не самым главным является связь между элементами множества. Исходными условиями для образования системы, по мнению Дж. Мида, является «коммуникации», Ю. Хабермаса - «коммуникативные действия», Э. Дюркгейма - «интеракции». Вторым условием является то, что социальная система имеет свой внутренний механизм саморегулирования (т.е в системе формируются свои собственные нормы и правила). В основе социальной системы мы находим совокупность норм и ценностей, которые обуславливают поведение элементов в системе.⁷⁴

По мнению функционалистов - люди, следуют нормам и «интериоризируют» ценности, заключенные в норме. То есть внешние ценности становятся внутренними. В связи с этим Дж. Хоманс ставит вопрос: как это происходит, каков внутренний механизм данного процесса.⁷⁵ При ответе ссылается на идеи Малиновского о подчинениях нормам и получении за это вознаграждения.⁷⁶

Возможно, это обусловлено тем, что норма предстает как ориентир, как инструмент действия, сформированный на основании реалий, тенденций и закономерностей развития общества. Принятие нормы не есть акт отказа от свободы, это есть упорядочный шаг к ней. «Норма есть императивное выражение ценности, система правил ее достижения и реализации».

Для понимания особенностей социальной эволюции, перехода от одного состояния к другому необходимо выделить наиболее характерные черты социальных систем:

- они предельно субъективны;
- существуют в картинах мира;
- распределены или ресурсно локализованы в пространстве и во времени;
- иерархически-эгрессивно структурны;
- принципы организации социумов отличаются от принципов организации всех других объектов природы;
- фазовое пространство их изменений определяется свойствами ментальных факторов;

⁷³ Сетров М. И. Принципы организации социальных систем. Киев-Одесса: Выща школа, 1988. 247 с.

⁷⁴ Современная социальная теория: Бурдьё, Гидденс, Хабермас. Новосибирск : Изд-во Новосиб. у-та, 1995. 119 с.

⁷⁵ Костко Н. А. Социальное управление развитием региона Тюмень. Тюмень: ТГИМЭУП, 2003. 284 с.

⁷⁶ Малиновский А. А. Механизмы формирования целостности систем // Системные исследования. Ежегодник 1973. М., 1973. С. 53-55.

- ментальные факторы определяются особенностями предыстории и инерционны, т.е. программированы прошлым опытом; способны совершать иррациональные действия;
- управленческая деятельность отягощена дополнительными целями;
- социальная система осознает себя выделенной из природы и выполняющей роль «наблюдателя» и «преобразователя» природы;
- социальные системы – самореферентные системы;
- социальные системы способны отражать действительность и строить теории, описывающие мир.

Следующий момент, характеризующий условия существования системы, - это ее внутренняя дифференциация как способ и условие дальнейшего существования. Н. Луман называет это не более как повторением системообразования, но уже внутри системы. В данном случае системы усложняются и внутри них происходит еще один процесс, процесс «иерархизации», когда возникают подсистемы, способные создавать свои подсистемы в качестве средства самосохранения в окружающей среде.⁷⁷ Такая иерархизация обеспечивает жизнеспособность системы.⁷⁸

Для полного и исчерпывающего познания социальных систем можно отыскивать универсальные, общие свойства для более простых систем, а также свойства присущие системам разной природы. А для определения такого сложного понятия как система, необходимы изучение и анализ свойств, присущих системе.

На современном этапе развития большое значение приобретают такие свойства, как целенаправленность, самоорганизация, устойчивость. В современных условиях роль этих свойств приобретает существенное и определяющее значение, поскольку для выживания, адаптации и развития любая социальная система, организации должны быть способны к самостоятельному, рациональному и целенаправленному социальному процессу или изменениям. Та или иная совокупность значимых для данных условий свойств меняет саму сущность системы.

Здравоохранение квалифицируется как общественная, социальная функция государства, общества и его представителей, учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных и частных, религиозных, филантропических и других) в том числе и медицинских, по охране здоровья и определяется системой социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом.

⁷⁷ Луман Н. Социальные системы. Очерк общей теории. СПб: Наука, 2007. 641 с.

⁷⁸ Сивирин Б. С. Социальные системы и социальная перспектива: (строение и динамика). Новосибирск: Наука, 2000. 94 с.

В диссертационной работе здравоохранение понимается как сложная социальная система, которая характеризуется множеством взаимосвязей между составляющими ее элементами и в то же время сама является частью более сложной системы.

Если система здравоохранения относится к разряду социальных систем, то она подчинена влиянию основных социально-экономических законов и принципов, которым подвергнуты аналогичные системы, и на нее действуют системообразующие факторы, как внешние, так и внутренние.⁷⁹

К внешним факторам, воздействующим на систему здравоохранения можно отнести политику, идеологию, тенденции, потребности и интересы (индивида, группы, общества), структуру и функции социального организма (общества). К внутренним факторам мы отнесем состояние самих организационных, функциональных структур и процесса управления внутри самой системы здравоохранения. А. Н. Аверьянов в работе «Системность познания мира», в качестве системообразующих рассматривает человеческий, технический и организационный факторы. Таким образом, присутствие человека в системе характеризует ее как социальную, а деятельность системы направлена на человека и факторы, складывающиеся в процессе социального взаимодействия.⁸⁰

Существование системы начинается с ее создания. То или иное конкретное организационное воплощение выступает в виде структуры. При этом под структурой понимается совокупность элементов и связей между этими элементами, определяющих внутреннее строение и организацию объекта как целостной системы. Вместе с тем, структуризация объекта исследования определяется внутренними свойствами системы, и, следовательно, с помощью структуры отражается реальная организация объекта в необходимом аспекте. Структура динамична по своей природе и отражает эволюцию системы во времени и пространстве. Это важно учитывать при исследовании внутренней и внешней среды структур, участвующих в охране здоровья населения. Здравоохранение по своей структуре и характеру функционирования относится к сложным, открытым, динамическим социальным системам.⁸¹

Система коммуникаций обуславливает процессуальные отношения в здравоохранении, которые представляют собой систему официальных отношений, определенных законами, указами, предписаниями, инструкциями, правилами, распоряжениями, нормативами.

Таким образом, система здравоохранения – открытая сложная социальная система, представляющая собой совокупность подсистем, гармонично взаимодействующих между собой в сфере охраны здоровья посредством выполнения определенного комплекса услуг и работ,

79 Ярменчук А. Д. Теория искусства управления. Общие проблемы. Киев, 1991. Ч. 1. 176 с.

80 Аверьянов А. Н. Системное познание мира: методологические проблемы. М. Политиздат, 1985. 263 с.

81 Князева М. С. Особенности социального управления в системе здравоохранения. ВАГС, 2007. № 11. С.102-114.

востребованных населением и для достижения главного результата системы – сохранений и укрепления здоровья населения.

Изучение социальной системы здравоохранения в современном российском обществе требует уточнения теоретико-методологических оснований изучения социального института здравоохранения. Заметное место в этом занимает институциональная теория, рассматривающая общество как систему социальных институтов.

Социальная система в историческом процессе проходит через переходные состояния своего развития, которые характеризуются неупорядоченностью, разбалансированностью и в результате социальных преобразований приходит к балансу социальных институтов и типов социального взаимодействия. Одним из условий устойчивого и стабильного развития общества, является функционирование в нем разнообразных по содержанию и направленности социальных институтов.⁸²

Современное здравоохранение, как любой социальный институт, характеризуется наличием цели своей деятельности, определенным набором функций, обеспечивающих реализацию цели, набором социальных статусов субъектов системы здравоохранения, характерных для данного института. В процессе развития система здравоохранения трансформировалась, организовывалась, усложнялась и на современном этапе представляет собой отдельный социальный институт, который оказывает влияние, как на отдельного индивида, так и на общество в целом.

Деятельность системы здравоохранения в качестве социального института организует жизнь общества в сфере охраны и укрепления здоровья, обеспечивает устойчивые связи и отношения в организации и оказании медицинской помощи населению, развитие медицинской науки и современных медицинских технологий.

Здравоохранение как социальный институт подвержен постоянному давлению со стороны социальной и природной среды. Научные и технологические достижения изменяют параметры здравоохранения, создавая тем самым все новые и новые нагрузки и факторы риска для его существования. На систему здравоохранения и службы социальной помощи влияет рост численности населения в мире, и, в частности, рост численности пожилых людей, инвалидов, людей имеющих нарушения в состоянии здоровья. Так, по прогнозам, к 2015 году люди старше 60 лет будут составлять 20 % населения. Если ежегодный прирост населения составляет в среднем 1,5 %, в то же время рост пожилого населения составляет более 2,7 %. Увеличение доли людей пенсионного возраста в структуре общества, состояние их здоровья влияют на

82 Файзуллин Т. Ф. Методологические основы исследования институционализации социально-экономических явлений // Вестник Башкирского ун-та. Уфа. 2007. № 4. С. 166-169.

возможности здравоохранения, так как именно эта социальная группа является одной из основных потребителей услуг здравоохранения.

Трансформация структуры заболеваний, перемещение так называемых «болезней цивилизации» на лидирующие позиции, развитие медицинских технологий и альтернативных практик в медицине способствуют изменению практики организации и приоритетных направлений развития системы медицинской помощи.

Здравоохранение как социальный институт решает одновременно ряд задач, входящих в сферу компетенций других институциональных структур. Так воспроизводство населения происходит под контролем со стороны специальных служб здравоохранения (службы родовспоможения), функционирование экономической сферы общества обеспечивается трудовыми ресурсами, трудоспособность которых поддерживается сферой здравоохранения.

Отметим, что институциональный подход к здравоохранению даже в теоретическом плане представлен в литературе далеко не в полной мере. Об этом свидетельствуют приведенные и рассмотренные выше дефиниции здравоохранения, которые не учитывают его институциональный характер. Крайне ограничен круг публикаций по данной проблематике и отечественных исследователей, многие из которых априори используют категорию «социальный институт».

Социальный институт здравоохранения – это целеориентированная и ценностноопределенная социальная структура, организующая социально значимую деятельность людей. Внешние он представлен совокупностью людей и групп, учреждений, располагающих средствами для реализации общественно значимой функции – охраны, поддержания и развития индивидуального и общественного здоровья.

Социальный институт здравоохранения можно рассматривать как относительно устойчивое, организованное взаимодействие социальных групп и индивидов, направленное на удовлетворение их реальных потребностей и прав, связанных с сохранением и поддержанием здоровья и воспроизводством, как самих индивидов, так и общества в целом.

Одним из первых, кто уделил значительное внимание организации и институционализации общественной жизни был Г. Спенсер. Им и была введена в науку категория «социальный институт». В рамках своей «организмической теории» человеческого общества он выделил три основных типа институтов: продолжающие род (брак и семья); распределительные (экономический); регулирующие (религия, политические организации). Данная типология основывалась у Г. Спенсера на выделении главной функции, присущей всем социальным институтам, - функции регулирования социальных процессов и явлений с целью сохранения их стабильности и поддержания равновесия между ними. В дальнейшем Т. Веблен, М. Орну, Ж. Ренар, Р Хейлброннер, А. Грачи основали относительно самостоятельное

направление – институционализм и трактовали социальные институты как группы людей, объединенных какой-либо идеей, чувством солидарности для выполнения определенных функций. Каждый социальный институт, входящий в определенную социальную структуру, организуется во имя выполнения той или иной социальной функции, которая в свою очередь, зависит от характера социальной сферы, которую он обслуживает.⁸³

Французский исследователь М. Орну различал два вида институтов: институт, состоящий из вещей, которые соответствуют системам и правилам поведения, и институты, объединяющие личности в социальные группы. Сами институты, согласно М. Орну, складываются из трех элементов: организующей идеи, организованного управления, взаимодействия участников институтов вокруг идеи. Этот подход в том или ином варианте сохранился до сегодняшнего времени. По мнению У. Самнера, институт состоит из концепции и структуры. Структура – это рамки или условия, или, определенная совокупность функций, установленная в целях установления порядка в определенных условиях. Концепция находит свое выражение в фактах и действиях, направленных на реализацию интересов и потребностей людей в обществе.⁸⁴

Согласно Т. Парсонсу, социальные институты – это образцы стандартизованных ожиданий, которые управляют поведением индивидов и социальными отношениями. Именно необходимостью в организации и регуляции социальных действий людей объясняется появление в социальном пространстве институтов разного рода. Образующая каркас социального института система ролей и статусов выступает важным условием удовлетворения определенных социальных потребностей, но стержень социального института составляет его ценностно-нормативная система, которая выполняет функцию поддержания значимых институциональных образцов индивидуального и коллективного поведения.

Парсоновская теория социальных систем имеет еще одно методологически важное допущение, способствующее пониманию современного здравоохранения как явления макросоциологического уровня. Любой социальный институт имеет четыре основные функциональные потребности обозначаемых AGIL: 1) адаптация – потребность установления отношений с окружающей средой посредством использования ее ресурсов; 2) целеполаганием – постановка целей перед системой; 3) интеграция – поддержание внутреннего порядка; 4) скрытое состояние или поддержание образца – формирование достаточной мотивации для выполнения задач. Реализация социальным институтом этих потребностей «разворачивается» в его взаимодействии с другими социальными институтами общества.

Институциональный аспект проявляет себя в социальном действии и взаимодействии личности. В работе «О структуре социального действия» Т. Парсонсом дана схема единичного

⁸³ Спенсер Г. Основания социологии Герберта Спенсера. Т. 1, 1877. 497 с.

⁸⁴ Sumner W.Q. Folkways. Boston. 1906, P. 53-54

социального акта (действия), которую составляют следующие компоненты: агент, или действующий; цель, или субъективное видение результата действия; ситуация действия, включающая в себя: 1) средства, т.е. ситуации, которые действующий может контролировать, и 2) условия, находящиеся вне его контроля; нормативную ориентацию, ограничивающую выбор целей и средств, соответствующих данной ситуации. На этом основании социальный институт можно представить как социокультурную систему, объединяющую культурную и социальные подсистемы. Возникающие в социальной системе связи и отношения направляются и регулируются релевантными конкретному социальному институту культурными образцами.⁸⁵

По мнению Т. Парсонса, любая социальная система имеет наличное физическое основание, в качестве которого выступают индивиды. Эти индивиды выполняют определенные функции (роли), в процессе взаимодействий «организуются и соединяются, чтобы образовать коллективы, а последние, в свою очередь, управляются в соответствии с все более и более высокими порядками обобщенных институционализированных норм. На вершине системы находится общество, как целостная система, организованная в виде единого политического коллектива и институционализирующаяся на основе единой более или менее интегрированной системы ценностей».⁸⁶

Т. Парсонс раскрывает значение различных институциональных норм как эффективных средств интеграции людей в общественную систему и подчинения их этой целостности с целью поддержания ее равновесия и ее самосохранения. В данном структурно-функциональном варианте какие-либо революционные изменения или высокий уровень динамизма общественной жизни противопоставляются устойчивости и целостности социальной системы, а формализация отношений и действий людей – их развитию.

Рассмотрение институционализации как процесса и как структуры вполне целесообразно. В первом случае речь идет об использовании определенных норм и ценностей во взаимодействиях людей (они должны адаптироваться друг к другу и действовать более эффективно), а во втором случае – о координации и субординации элементов общества, представляющего собой систему институтов.

В марксистском направлении, посвященном проблематике социального института сложилось два основных подхода к определению «социальный институт». В рамках первого подхода, который условно можно назвать расширительным, содержание социального института представлено совокупностью разноуровневых и разнопорядковых компонентов - субъекты деятельности, предмет деятельности, средства и результаты, функции данного явления в обществе. Очевидна природа такого расширительного понимания социального института - уже

85 Парсонс Т.О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2000. 234 с.

86 Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998. 226 с.

процесс институционализации, как бы превращает отдельные отрасли общественной деятельности в соответствующие социальные институты.

Второй подход характеризуется тем, что его представители выделяют какой-либо основной компонент или существенное свойство, конституирующее данное явление как социальный институт. В рамках этого подхода социальный институт определяется как:

- организованная группа людей, форма социальности;
- функционально единая система учреждений;
- сложное образование общественного организма, содержание которого составляют общественные отношения, формы деятельности людей;
- стабильное социальное образование и т.д.

Разные исследователи, определяя социальный институт, стремятся из множества социальных образований выделить субъект – носитель определенных функций или социальный «субстрат», обладающий набором специфических функций, что позволяет более четко и адекватно зафиксировать параметры содержания данного явления в жизни общества.

Разнообразие определений понятия «социальный институт» подтверждает вывод Н. Г. Кобыляцкого о том, что в современной науке нет единого общепринятого определения социального института. Каждая школа или научное направление по-своему трактуют сущность, функции, типологию социальных институтов.⁸⁷

На наш взгляд это связано с тем, что существует общее для всех подходов к определению – ограниченность анализа социальных институтов феноменологическим уровнем, т.е. характеристикой его внешних проявлений или признаков. По существу, вне поля зрения исследователей остаются внутренняя структура, специфика содержания данного образования.

Анализируя состояние и тенденции развития институционального подхода в мировой и отечественной науке, С.Г. Кирдина отмечает два наиболее заметных момента. Во-первых, это расширение дисциплинарных границ использование понятия «институт». Возникнув как теоретический конструкт, описывающий процесс регуляции отношений в правовой сфере, данное понятие в настоящее время достаточно часто и плодотворно используется социологией и экономической теорией, антропологией и политологией, социальной психологией и культурологией. Во-вторых, универсальность понятия неизбежно приводит к расширению его объема и содержания.⁸⁸ Так, широкая трактовка понятия «институт» связана с его интерпретацией как «правила игры» в обществе, которые организуют взаимоотношения между

⁸⁷ Кобыляцкий Н. Г. Социология управления: методология и история. Ставрополь, 2004. 130 с.

⁸⁸ Кирдина С. Г. Институциональные матрицы: макросоциологическая объяснительная гипотеза // Социс. 2001. № 2. С. 13-23.

людьми и структурируют стимулы обмена во всех сферах – политике, социальной сфере и экономике.⁸⁹

Возникновению, становлению, развитию и функционированию социальных институтов присущи определенные закономерности и наличие нескольких предпосылок. Первой из них является имеющаяся социальная потребность и наличие условий ее реализации. Вторая предпосылка может быть рассмотрена как совокупность норм, правил, идеалов, ценностных ориентиров, образцов поведения, ролевых ожиданий, других социокультурных факторов, внедренных в индивидуальное и общественное сознание. Третьей предпосылкой является организационное оформление социального института.

Возникновение институциональных социальных связей, или собственно становление социального института характеризуется наличием ряда признаков:

- особого типа регламентации социальной деятельности;
- четкого распределения функций, прав и обязанностей участников институционального взаимодействия;
- обезличенности требований к тому, кто включается в деятельность института, деперсонализация обязанностей и прав;
- разделения труда и профессионализация выполнения функций;
- существованием специальных органов и учреждений, в рамках которых организуется деятельность того или иного института, осуществляется управление и контроль деятельности.

Развитие социальных институтов идет двумя путями:

- через совершенствование структуры и функций, дифференциацию и специализацию установившихся внутри связей;
- через необходимую переориентацию внешних связей, присущих социальным институтам и определяющих их статус в обществе.

Динамика функционирования социальных институтов закономерно предполагает, что время от времени происходит явление, которое можно определить как дисфункцию социального института – нарушение его взаимодействий с социальной средой, в качестве которой выступает общество или сообщество. Чаще всего это происходит в эпоху перемен.

А. Л. Пиддэ отмечает, что деятельность социального института определяется:

- набором специфических социальных норм и предписаний, регулирующих соответствующие типы поведения;
- интеграцией его в социально-политическую, идеологическую и ценностную структуры общества, что позволяет узаконить формально-правовую основу деятельности того или иного

⁸⁹ Тимченко Н. С. Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: Проблемы и пути их решения. Барнаул, 2007. 175 с.

института, осуществлять социальный контроль над институциональными типами действий; наличием материальных средств и условий, обеспечивающих успешное выполнение нормативных предписаний и осуществление социального контроля.⁹⁰

В связи с этим социальные институты могут быть охарактеризованы с точки зрения как внешней, формальной (материальной) их структуры, так и внутренней, т.е. позиции содержательного анализа их деятельности. Необходимо отметить, что в социальном институте здравоохранения, как ни в каком ином, аспекты деятельности получают преимущественное развитие. Деятельность системы здравоохранения характеризуется особым типом направленности на различных уровнях организации (федеральном, региональном, муниципальном) и отличается от других типов организации наличием определенных и установленных институциональных целей.

Социальный институт обеспечивает возможность членам общества, социальных групп удовлетворять свои потребности, стабилизирует политические, экономические и социальные отношения, вносит согласованность, интегрированность в действия членов общества.

Социальный институт здравоохранения отличается от иных социальных институтов относительной устойчивостью своих целей и ограниченной возможностью субъектов корректировать институциональные цели в зависимости от своих потребностей.

Таким образом, социальный институт здравоохранения - это относительно устойчивое, организованное, целенаправленное взаимодействие индивидов, посредством которого организуется общественная жизнь в сфере охраны здоровья, направленное на удовлетворение потребностей в сохранении, укреплении и поддержании здоровья, как самих индивидов, так и общества в целом, обеспечивающее устойчивость связей и отношений на определенном этапе общественного развития.

Понятию социального института отводится центральное место в системно-структурном анализе социально-экономических явлений, оно подразумевает возможность обобщения абстрагированных и многообразных действий людей, наиболее существенных типов деятельности и социально-экономических отношений путем соотнесения их с фундаментальными целями и потребностями социальной системы. В этом смысле социальный институт может быть определен как ведущий компонент социальной структуры общества, интегрирующий и координирующий множество индивидуальных действий людей, упорядочивающих социальные отношения в отдельных сферах общественной жизни.

Социальный институт – это не только совокупность лиц, учреждений, снабженных определенными материальными средствами и осуществляющих конкретную общественную функцию. Успешное функционирование связано с наличием в рамках соответствующего социального института целостной системы стандартов поведения, обязательных для

⁹⁰ Пиддэ А. Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России : автореферат дис. ... доктора экономических наук : 08.00.05 / Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ. Москва, 2003. 44 с.

осуществления функции данного института. С содержательной стороны социальный институт – это набор целесообразно ориентированных стандартов поведения конкретных лиц в типичных ситуациях. Эти стандарты поведения должны быть урегулированы не только нормативно, но и социально. Они закрепляются нормами права и иными социальными нормами. В ходе социальной практики возникают определенные нормы социальной активности, причем правовые и социальные нормы, регулирующие эту деятельность, концентрируются, группируются в определенную систему, обеспечивающую данный вид социальной деятельности. Такой системой и служит социальный институт.

Выделяют ряд функций, присущих всем социальным институтам:

- функция закрепления и воспроизводства определенной совокупности общественных отношений;

- регулятивная функция;

- транслирующая функция;

- коммуникативная функция.

Функция закрепления и воспроизводства определенной совокупности общественных отношений – одна из важнейших функций социальных институтов. Действующий социальный институт постоянно воссоздает условия для воспроизводства присущих ему общественных отношений. Без подобного закрепления, регулируемого различного рода нормативными предписаниями, общественные отношения не могли бы быть устойчивыми и определенными, а были бы обречены «на флуктуации, грозящие распадом». В то же время, являясь формой закрепления общественных отношений, социальные институты, раз возникнув, приобретают самостоятельную логику развития, оказывают обратное влияние на общественные отношения, их породившие, вследствие чего, могут выступать, в том числе и фактором, препятствующим прогрессу.

Регулятивная функция связана с тем, что в процессе деятельности социальных институтов обеспечивается регулирование взаимоотношений между членами общества посредством выработки институтами норм и социального контроля за их соблюдением в процессе их использования. Данная функция, постоянно упоминающаяся в научной литературе, предопределяет, что социальные институты рассматриваются как элементы системы социального контроля. Социальный контроль понимается как признанное обществом и осуществляемое его основными социальными институтами «организованное воздействие на поведение членов общества в целях решения тех или иных социальных задач». Социальный контроль можно рассматривать, как форму управления социальными процессами и поведением членов общества.

Регулирующее воздействие социальных институтов направлено на сохранение других общественных подсистем, общества в целом. Считается, что регулятивная функция социальных институтов является главной в ряду других, так как остальные функции прямо обусловлены ее действием. Так, координируя и направляя деятельность людей, т.е. поддерживая полезные действия и препятствуя нежелательным, социальные институты способствуют сохранению, как своей целостности, так и целостности и стабильности всего общества. Социальные институты обеспечивая упорядочивание, закрепление и развитие общественных отношений, служат средством передачи социальной наследственности. Наличие регулятивной функции во многом обеспечивает специфику социального института как общественного явления.

Первейшей социальной потребностью общества является накопление и передача социального опыта. Общество не могло бы развиваться, если бы не владело механизмом его передачи.носителем социального опыта, прежде всего, является предметный мир, созданный человеком.

Не вызывает сомнения, что социальные институты являются носителями «социальной наследственности», транслируют общественные отношения и деятельность. Трансляция осуществляется как во времени (от поколения к поколению), так и в пространстве (подключение к институциональному взаимодействию групп людей, до поры не включенных в орбиту деятельности социального института).

Однако транслирующая функция достаточно противоречива. С одной стороны воспроизведение общественных отношений социальными институтами способствует предохранению как их самих, так и общества от флуктуаций и деструкции. С другой стороны социальные институты, обеспечивая преемственность и непрерывность развития того или иного социального образования, могут противодействовать появлению и закреплению новых явлений общественной жизни, новых общественных отношений. Это касается и системы здравоохранения, в которой последствия институционализации особо проявляются и закрепляются социальным опытом нескольких поколений. Переход от одного состояния системы здравоохранения к другому осуществляет ее поступательное развитие. Но история свидетельствует что развитие той или иной системы может идти и не линейно, а через противоречия и противоборства.

Социальному институту присуща коммуникативная функция. Речь идет, прежде всего, о передаче информации, создающихся и действующих условиях для общения как отдельных человеческих индивидов, так социальных групп, общностей, человеческой популяции в целом. Передача информации осуществляется как в направлении от института к личности, так и от личности к институту. В первом случае личность получает возможность приобщения ко всем достижениям данного социального института, минуя долгий путь, проделанный

предшественниками; во втором – социальный институт публикует и распространяет по своим информационным каналам, делает достоянием всех информацию, значимую для всей общности. Институты во многом предопределяют характер передаваемой информации, создают повод и основные способы ее передачи. Каждый социальный институт имеет специфику коммуникационной функции, существенно различаются по своим коммуникативным возможностям. Однако стремительное развитие информационных технологий в современном мире, переход на качественно новый уровень информационного общения способствует выравниванию информационных возможностей социальных институтов. Так, коммуникативную функцию здравоохранения можно проследить по истории развития и функционирования отечественной системы. Принципы земской медицины находили отображение как в советском здравоохранении (участковый принцип организации амбулаторно-поликлинической медицинской помощи), так и в современной системе здравоохранения (программа «Земский доктор»).

Несмотря на то, что социальные институты характеризуются рядом индивидуальных признаков, по некоторым критериям их можно классифицировать на определенные типы. Типологию социальных институтов предлагают многие авторы. Э. Дюркгейм делит социальные институты на религиозные, моральные, юридические и экономические. Представители «институциональной школы» построили свою классификацию на основе дифференциации функций социальных институтов, как социальных подсистем, играющих свои роли в целостной социальной системе. Социальные институты различаются по сферам общественной жизни.⁹¹

Существующие в мире системы здравоохранения по целому ряду признаков попадают под определение социального института.

Здравоохранение, как любой социальный институт, характеризуется наличием цели своей деятельности, конкретными функциями, обеспечивающими достижение такой цели, набором социальных статусов и ролей, типичных для данного института. Здравоохранение обеспечивает возможность членам общества и социальным группам удовлетворять свои потребности, стабилизирует социальные отношения, вносит согласованность, интегрированность в действия членов общества.

Здравоохранение, в отличие от других социетальных институтов, ориентировано на воспроизводство и поддержание здоровья человека и общества. Начиная с истории возникновения и развития человеческой цивилизации, охрана здоровья людей, как специальная помощь в преодолении болезней в любом обществе, является значимой общественной задачей. Сначала ее реализацию брали на себя шаманы, колдуны, знахари, которые, используя природные ресурсы осуществляли тонкие психологические манипуляции, стремились одолеть

91 Гофман, А. Б.: Э. Дюркгейм: Социология, ее предмет, метод, предназначение. М.: Канон, 1995. 349 с.

болезненное состояние человека и возратить ему силы для продолжения активного существования. Специально организованная помощь больному человеку оформлялась как специфический вид социальной деятельности еще задолго до того, когда произошла массовая профессионализация медицинской и врачебной деятельности.

В функционировании социального института находят отражение не только формальные правила и нормы (целенаправленно установленные и специально контролируемые), но и весь спектр альтернативных регуляторов поведения субъектов, включая моральные, религиозные нормы, обыденные представления, культурные ценности. В связи с этим, следует отметить еще одно качество, отличающее собственно социологическое видение социального института от иных версий его определения. Социальный институт опирается в своем функционировании на комплексе устойчивых норм, следовательно, и на систему разнообразных социальных практик. Сочетание формальной и неформальной составляющих социального института придает глубину анализу процесса функционирования социального института, а их соотношение определяет перспективы развития социального института в период кардинальной смены его ценностно-нормативных ориентиров.

Специфика социологической трактовки социального института заключается в том, что в определении обязательно присутствуют ссылки на социальные практики субъектов и лежащие в основе этих практик культурные программы: социальный институт представляет собой «регулярно повторяющиеся в течении длительного времени социальные практики, санкционируемые и поддерживаемые с помощью социальных норм и имеющие важное значение в структуре общества».⁹²

В отличие от экономического взгляда на изучаемый объект, институциональный подход в социологии включает в сферу внимания не только сами «правила игры», но и руководствующиеся ими социальные субъекты, как отдельные личности, так и социальные группы формального (организации) и неформального характера. Обязательной характеристикой социальных практик является устойчивость и массовость социальных действий и взаимодействий, создающих своеобразный «скелет» общественного устройства.

Институциональный анализ внешних функций здравоохранения, с точки зрения социального целого, неосуществим без изучения его внутренней структуры (присущих ему видов деятельности, социальных ролей и статусов). Это дает возможность установить отклонения, дисфункции в его деятельности, проявившиеся в современных условиях российского общества. Использование методологии институционального анализа, на наш взгляд, дает возможность конкретизировать планирование, необходимое для разработки

⁹² Тимченко Н. С. Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: Проблемы и пути их решения. Барнаул, 2007. 175 с.

практических рекомендаций по оптимизации деятельности общенациональной системы здравоохранения, его политических, экономических и социальных функций и структуры.

Так, А. Л. Пиддэ отмечает, что институциональный анализ применим только в случаях, когда социальный институт функционирует или находится в стадии формирования или трансформации. Процесс формирования различных типов социальной деятельности в качестве социальных институтов определяется как институционализация.

Важнейшими предпосылками этого процесса, по мнению А.Л. Пиддэ, являются:

- возникновение определенных общественных потребностей в новых типах социальной деятельности, при определенных социально-экономических и политических условиях;
- развитие необходимых организационных структур, связанных с ними социальных норм и регуляторов поведения;
- интернализации индивидами новых социальных норм и ценностей, формирование на их основе системы потребностей личности, ценностных ориентаций и ожиданий.

Процесс институционализации завершается интеграцией нового вида социальной деятельности в существующую структуру социальных, экономических и других отношений. Благодаря этому формируется определенный набор формальных и неформальных санкций, с помощью которых осуществляется социальный контроль соответствующих типов поведения.⁹³

Очевидно, что в современной России, в условиях, когда общество ставит перед собой иные, чем прежде цели, возникают определенные общественные потребности в новых типах социальной деятельности. Это в полной мере также относится и к здравоохранению.

Основными причинами изменений прежних институциональных основ могут быть: недостатки системы управления здравоохранением, ухудшение показателей здоровья населения и нарастание социальной напряженности, связанной с неудовлетворенностью населения организацией и качеством медицинской помощи. Подобные преобразования достигаются путем реформирования. Выбор пути реформирования, а равно и изменение прежних институциональных основ предполагает, прежде всего, создание и развитие новых, необходимых для функционирования избранной модели социальных, политических, экономических и организационных структур. Немаловажное условие в эффективности процессов реформирования отводится состоянию законодательной базы. Так, законодательная база, регулирующая отношения в сфере здравоохранения формировалась продолжительный период времени и до настоящего времени требует значительных правовых поправок и изменений. Тем не менее, в настоящее время законодательно определены организационные структуры системы здравоохранения, как социального института, основанного на принципах

⁹³ Пиддэ А. Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России : автореферат дис. ... доктора экономических наук : 08.00.05. Москва, 2003. 44 с.

медицинского страхования. Существуют и законодательные регуляторы поведения участников, как в системе здравоохранения, так и страхового процесса: Конституция РФ, Гражданский Кодекс РФ, Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ведомственные нормативные акты. Вместе с тем, говорить о том, что полностью сформировались политические, экономические и социальные структуры, а тем более социальные нормы, исчерпывающе регулирующие и обеспечивающие деятельность социального института здравоохранения преждевременно.

Анализ достигнутых в процессе реформирования российского общества результатов приводит исследователей к неутешительному выводу о том, что не всегда преобразование социального института по рецепту, уже доказавшему свою эффективность в другой социальной среде, приводит к повышению его качества. «Наблюдения показывают что, попадая в российскую среду, любые формальные институты сразу же прорастают неформальными отношениями и личными связями. Дело обстоит так, как если бы они подвергались мутации и в результате становились неспособными выполнять свое предназначение – служить общезначимым «правилам игры».⁹⁴

Поиски причин того, почему в российском обществе оказываются столь устойчивыми неэффективные социальные институты, а перенесение на российскую почву чужеродных институтов не дает ощутимого успеха, приводит к формированию нескольких объяснительных моделей. Препятствием на пути успешности процесса выступает, во-первых, российская бюрократия, как особая культура властных отношений, во-вторых, специфическая система социальных ценностей (неформальные нормы), выступающих как некая альтернатива политико-правовым (формальным нормы) и установлениям государства.

Для современной системы здравоохранения процессы заимствования социальных институтов без их глубинной и серьезной адаптации к специфике российского общества в конечном итоге привели к тому, что при соблюдении формы содержание создаваемых институтов радикальным образом отличается от аналогичных институтов стран - доноров, что позволяет говорить об институциональном псевдоморфизме. Появление «антиинститутов» М. В. Сухарев объясняет формированием «правил игры, противоречащих смыслу игры». Внутренние противоречия в институциональной среде искажают сам смысл института и неотвратимо ведут к утрате социальными субъектами доверия к нему.⁹⁵ Аналогичная позиция отражена в концепции «институциональной ловушки» В. М. Полтеровича. Серьезное

⁹⁴ Капелюшников Р. И. Институциональная природа переходных экономик: российский опыт // Кто куда стремиться вести Россию?. М.: МВШСЭН, 2001. 382 с.

⁹⁵ Сухарев М. В. Социальные институты. URL: <http://www.anima-volga.ru/>

изменение присущей социальному институту ценностно-нормативной основы ведет не только к блокировке его развития, любых институциональных изменений, но и атрофии, перерождению института, превращая его в итоге в катализатор процесса разрушения системы, в рамках которой существует институт.⁹⁶

Направление реформирования здравоохранения как фон трансформации его ролевой структуры оценивается субъектами медико-социальной системы весьма неоднозначно. Переориентация на рыночные отношения идет вразрез с традиционными ценностями медицинской профессии. Еще до революции на X Пироговского съезде врачей видный деятель российской медицины А.И. Шингарев в докладе «Общественная медицина в будущем демократическом строе России» указывал, что плата за лечение – это налог на несчастье, барьер для современной медицины и причина эпидемий.

Инициирование «новых» социальных практик «сверху», например медицинского страхования как это имело место в 90-е годы XX века, нарушило естественный ход процесса институционализации, суть которой заключается в формировании общественной потребности в соответствии с изменившимися социальными условиями, создании подчиненных задач реализации этих потребностей организационных структур, формировании связанных с ними ценностных стандартов и социальных норм – регуляторов поведения человека и социальных групп. Поэтому в отношении той же самой страховой медицины у россиян создалось стойкое ощущение ее невостребованности, представление о том, что внедрение страховой медицины породило новые организационные структуры и группы функционеров, но не сказалось на качестве и доступности медицинской помощи. Реформирование социального института здравоохранения связано с изменением его формальной ценностно-нормативной системы. Ее трансформация создает новые ценностно-смысловые нормативы и ориентиры деятельности индивидуальных и коллективных субъектов. Пределы трансформации социального института здравоохранения и его социальной культуры обусловлены национально-культурной спецификой общества.

Таким образом, здравоохранение обладает рядом признаков, позволяющих отнести его к социальным институтам, поскольку его основными элементами являются люди, их нормы и связи, т.е. здравоохранение можно рассматривать как относительно устойчивое, организованное, целенаправленное взаимодействие социальных групп и индивидов, посредством которого организуется одна из сфер общественной жизни, связанной с сохранением и воспроизводством здоровья индивидов, и общества в целом.

Деятельность системы здравоохранения в качестве социального института организует жизнь общества в сфере охраны здоровья, обеспечивает устойчивые связи и отношения в организации и оказании медицинской помощи. Как социальный институт здравоохранение

96 Полтерович В. М. Институциональные ловушки: есть ли выход?// ОНС. 2004. № 3. С. 5-6.

подвергается постоянному давлению со стороны социальной и природной среды, что существенно изменяет ее параметры. Социальный институт здравоохранения характеризуется особым типом направленности на различных уровнях организации и регулярностью повторяемости социальных практик в течении длительного времени.

1.3 Социальное пространство здравоохранения - проблема определения границ понятия

События, связанные с процессами социальной трансформации в основных социальных институтах российского общества, остро ставят вопрос об утверждении нового стиля научно-теоретической деятельности, основанного на анализе реальных событий происходящих в жизни. Ведущими характеристиками жизни современных обществ являются, стремительное ускорение одних социальных процессов и обновление других, что делает их чрезвычайно динамичными изменяющимися системами, стимулируя радикальные изменения социальных связей и форм человеческих отношений.⁹⁷ Процессы социальных изменений общественной жизни конструируют новые формы социальных пространств, которые требуют научного анализа совершенствования и изменения социальных институтов, стиля жизни, норм и взаимодействий. Общественная жизнь, на каком бы она уровне развития не была, соответствующим образом пространственно организована. Общество не может нормально функционировать, не скоординировав свою деятельность, которая протекает в других пространствах, с точки зрения пространственных связей и отношений.

Пространство должно быть организовано таким образом, чтобы люди, проживающие на данной территории, имели гарантированные условия и возможности для удовлетворения своих потребностей. Поэтому социальные процессы первичны по отношению к социальному пространству и соответственно формируют его структуру. Изменения пространственных структур обусловлены сдвигами в социальной структуре общества.

Проблема выделения социального пространства сравнительно недавно стала предметом социологической рефлексии. Социальные процессы заставляют социологов анализировать продуцированные ими социальные пространства. Сегодня конструирование новых социальных пространств диктуется не только научными интересами, но и практическими задачами

97 Левин И. А. Перспективы развития системы здравоохранения России. М.: Медпрактика, 2007. 207 с.

совершенствования систем управления, развития, прогнозирования. Исходя из того, что социология представляет собой социальную топологию, социальный мир можно изобразить в форме многомерного пространства, построенного по принципам дифференциации и распределения. В гуманитарном знании и социологии понятий пространства обнаруживается богатое содержание методологической, гносеологической и прогностической функций этих категорий. Социологическая интерпретация фундаментальных общенаучных категорий пространства приобретает сегодня практический смысл.

Категории пространства занимают важнейшее место в концептуальном аппарате современной социологии. Уже у Э. Дюркгейма, одним из первых в науке использующего категорию пространства в анализе социальных феноменов, она наполняется глубоким социальным смыслом. Центральным является определение пространства как способа соединения социальных явлений. Таким образом, главное в категории – истолкование пространства как символического, представляющего собой каркас структуры социальных взаимодействий. Вместе с тем любое взаимодействие подразумевает различие его участников, следовательно, установление между ними различий, которые всегда могут быть интерпретированы как неравенства. Метафора пространства позволяет описать весь конгломерат отношений, действительно конфигурирующих общество. Интенсивное развитие общества вызывает возникновение новых социальных практик и преобразование имеющихся. Это и обуславливает приобретение категорией пространства нового предметного смысла.⁹⁸

Э. Дюркгейм в «Элементарных формах религиозной жизни» говорит, что представления о пространстве, порождаемые в социальной группе, следуют из ее собственных характеристик. Социальная организация – это модель, которая копируется в пространственной организации. Э. Дюркгейм объясняет механизм организации социального пространства таким образом: составляющее общество индивиды и вещи распределены между различными группами, классифицированы относительно друг друга и эта классификация должна быть известна членам общества. Сознательная самоорганизация, классификация общества сообщается пространству, которое оно занимает. В рамках субстанциональной традиции социальное пространство понимается как размещение тел участников взаимодействия: место, порядок социальных диспозиций, структура для рефлексии, основание для конструирования и моделирования.⁹⁹

Чтобы предотвратить столкновения, каждой группе должна быть предоставлена определенная часть пространства. Таким образом, пространство должно быть разделено, а соответственно и классифицировано.

⁹⁸ Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М.: Канон, 1996. 432 с.

⁹⁹ Дюркгейм Э. Элементарные формы религиозной жизни. М.: Канон, 1996. 402 с.

Согласно Дюркгейму, принципы общественной классификации переносятся на организацию пространства, причем общество своим авторитетом навязывает это представление как само собой разумеющееся. По Дюркгейму, для членов общества, пространственное устройство является очевидностью и они относятся к порядку размещений и общему видению пространства не сознательно, а так же, как к нормам, действующим в обществе.

Идея о пространственных проекциях социальных форм, принадлежит Зиммелю, которая впоследствии развивалась многими социологическими школами, в том числе и П. Бурдьё. В своих работах («Социология пространства», «Социальная граница», «Социология ощущений», «Чужой») Зиммель анализирует пространственные измерения социального взаимодействия, формы социальной дистанции, социальной, физической и психологической дифференциации.¹⁰⁰ Зиммель направляя внимание на пространственные измерения социального взаимодействия выделяет четыре типические пространственные формы, возникающие из социальных:

- структурированное пространство в соответствии с принципами политической и экономической организации;
- локальное пространство, возникающее из отношений доминирования;
- фиксированное пространство, как выражение социальных связей (т.е. социальные единицы, локализованные в таких пространственных формах как семья, клуб, профсоюз, дом);
- пустое пространство, как выражение нейтральности.

Развитие социальных форм организовано в соответствии с чисто рациональными принципами (целерациональность), в какой-то степени переключая наше внимание, отвлекая от проблем пространственной локализации. Такое свойство пространство обретает на стадии развития партикуляристской (принцип сходства, родства) к современной (денежная экономика) технике организации и доминирования, где зрелая денежная экономика влечет прогрессивную эмансипацию пространства. Так, техники коммуникации (телеграф) приводят к преодолению пространственных различий. А в качестве современного примера для системы здравоохранения в преодолении пространственных различий может выступать телемедицина.

Пространственные формы, согласно Зиммелю, включают пять основных качественных характеристик пространства:

- каждая часть пространства обладает исключительностью, или уникальностью, то есть каждая часть пространства уникальна и немислима в множественном числе. Пространство, занимаемое некоторой социальной группой, оказывается основанием единства пространства;
- каждая часть пространства обладает границами. Пространство обладает тем свойством, что оно может быть поделено на части, в тех или иных целях. Иными словами оно может обрамляться границами. Зиммель специально приводит аналогию с рамкой для картины, ибо

¹⁰⁰ Зиммель Г. Социология пространств. Избранное : в 2 т. М. 1996. Т.2. 184 с.

фрейминг имеет такое же большое значение для социальных групп, как и для произведений искусства. Пространственное заключение в рамки влияет на конструирование социального опыта. Общество и формы социальности обладают четко демаркированным экзистенциальным пространством, причем экстенсивность пространства совпадает с интенсивностью социальных взаимосвязей. Границы придают социальному пространству характеристики устойчивой структуры и являются необходимым условием, в известном смысле его продуцируя. Организация пространства выступает базовым условием социализации. В процессе социализации человек усваивает социальные границы, которые будучи репрезентированы во времени и пространстве, являются семантическими, в этом проявляется двойственный, смысловой и пространственно-временной характер границ. Границы являются одним из условий социально-пространственной идентификации, определяют социальные и физические дистанции между интегрированными целостностями социальных групп;

- фиксирование социальных форм в пространстве. Возможность фиксации или локализации социальной интеракции в пространстве. Здесь имеются четыре возможности: континуум от полной локальной связи до ситуации полной свободы; фиксирование социальной формы в некоем фокусе, как например это происходит в экономических транзакциях; сведение вместе элементов, которые иначе были бы разрознены; индивидуализация места.

- пространственная близость и дистанция. Все социальные интеракции возможно проранжировать на шкале близости или удаленности. Существует отвлеченность и безразличие по отношению к тем, кто пространственно близок, так же как и тем, кто пространственно удален. То есть, то, что наиболее дистанцировано, имеет тенденцию к сближению, и наоборот, формирующее «холодные» и часто отчужденные, беспристрастные отношения наиболее близких друг к другу индивидов;

- движение пространства и возможность изменения места. Группы и индивиды могут перемещать свои пространственные детерминанты.¹⁰¹

Таким образом, неизбежность классифицированного размещения, как ее трактует Дюркгейм, может быть истолкована и как исключительность пространства, по Зиммелю. Согласно Зиммелю пространство может: 1) однозначно классифицировано как пространство группы или общности; 2) рассматриваться как пространство взаимодействия и взаимовлияния; 3) быть пространством не только размещения, но и перемещения; 4) являться пространством сосуществования социальных групп.

М. Вебер утверждал, что обращение научной теории к социологическому осмыслению категорий пространства может стать шагом на пути к тому, чтобы выбор мировоззренческих позиций был разумным.

¹⁰¹ Зиммель Г. Социология пространств. Избранное : в 2 т. М. 1996. т.2. 184 с.

Анализ пространства различных сфер реальности сделал возможным раскрытие этих категорий средствами научного анализа в структуре отечественной социологии, философской онтологии, в гуманитарном, естественнонаучном и эстетическом знании.

П. Сорокин интерпретировал социальное пространство в контексте социальной стратификации, социальной мобильности и социокультурной динамики, подчеркивая, что эти процессы отражают определенное положение индивидов, либо групп или изменение этого положения в системе координат, с помощью которых оно обозначается. Внимание сконцентрировано на социальных группах, находящихся в определенных отношениях друг к другу, каждая из них занимает свое положение в более широкой общности, которая выступает в качестве социального пространства для данной группы.¹⁰²

Рассматривая социальное пространство логично проанализировать его структурные характеристики: положение человека в обществе, его социальные связи, привычки, стереотипы поведения. Структура социального пространства проявляется в самых разнообразных контекстах как пространственная оппозиция обитаемого пространства, функционирующего как некая спонтанная метафора социального пространства. В иерархически организованном обществе не существует пространства, которое не было бы иерархизировано и не выражало бы иерархии и социальные дистанции в более или менее деформированном и замаскированном виде.¹⁰³

Изначальная структура и организованность социального пространства предопределены совокупностью социально приобретенных и транслируемых из поколения в поколение значимых образцов групповой жизни, представленных ценностями, институтами и системами ориентации и контроля (нормами, правилами поведения, обычаями, нравами, законами, привычками). А Шюц утверждает, что каждый человек, рожденный и воспитанный в группе, принимает стандартизованную схему социального паттерна, вручаемого ему в качестве бесспорного руководства для ситуаций в социальном мире.¹⁰⁴

Пространство является одним из главных капиталов, обладание которым выступает как социально значимая статусная характеристика. Пространство имеет свои символические и семантические значения, которые, с одной стороны, общеизвестные, с другой, меняются по мере развития этих значений и мере их значимости изменяется в зависимости от изменений самой системы. Освоение пространства – это участие в его структурировании, главным элементом которой является построение социальных взаимодействий, предполагающее использование

102 Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. М.: Полтгиздат, 1992. 543 с.

103 Бурдые П. Социальное пространство и генезис классов .М.: Socio – Logos, 1993. 326 с.

104 Шюц А. Смысловая структура повседневного мира: очерк по феноменологической социологии. М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. 336 с.

коммуникативных, знаковых, смысловых социокодов, уже действующих при открытии жизненного мира.

Пространство разделяется на реальное и идеальное. Если реальное пространство отсылается к материальным феноменам (здания, мебель и др.), то идеальное пространство это различные стили и формы организации. Иногда происходит смешение реального и идеального пространства (тюрьма которая материальна, функциональна и идеологична).

Пространство не может оставаться нейтральным, оно устанавливает социальные различия, определяет и предопределяет поведение, обуславливает представления, обеспечивает основания для конструирования и распространения идеологии. Оно является механизмом, через который достигается распределение, определяет социальные отношения, является механизмом, посредством которого реализуется и осмысливается закон. В этом контексте необходимо рассмотреть одну из характеристик социального пространства - гетерогенность. Гетерогенность – это горизонтальная дифференциация, подчеркивающая разнородность социальных групп и категорий, не сравнимых по иерархическому принципу. Необходимо отметить, что высокий уровень гетерогенности в социальном целом, является причиной его дифференциации, проведения границ на основе номинальных параметров и основанием для усиления поддержания его целостности. Наличие горизонтальной дифференциации может оказывать на ранговые показатели существенное влияние, что отрицательно сказывается на взаимоотношениях людей.

Конструирование социального пространства может осуществляться по следующим направлениям:

- неравномерное распределение социальных отношений в пространстве и времени;
- неравномерное распределение между агентами участвующих в одних и тех же отношениях;
- неравномерное распределение символических капиталов между агентами, что создаёт дистанции и границы в конструировании социальных взаимодействий.

Особое место в понимании пространства принимают социальные дистанции. Отношения близости и дальности в физическом пространстве и в социальном пространстве выступают как отношения сходства и различия. Жизненная среда создает неравные возможности для участия во всех видах деятельности, реализации потребностей и интересов личности, в доступности или в ограничении возможностей реализации потребностей.

Социальную дистанцию следует понимать как дистанцию между классами, социальными группами, личностями в социальной структуре общества, в системе общественных отношений, т.е как социально-пространственное разделение, дифференциацию, которая не тождественна социальным различиям, но связана с ними. Такая интерпретация социальной дистанции

фиксирует лишь некоторые моменты сложной природы отношений между соответствующими элементами социальной системы. Использование понятия социальной дистанции делает возможным понимание и объяснение многих социальных процессов и социальных типов («доминирование и подчинение», «*аристократ и буржуа*»). Очевидно, что понятия дистанции и границ важны в любом социологическом исследовании пространства. Все взаимодействия завязаны на измерении отношений «вверху» и «внизу», «снаружи» и «внутри».

Социальное пространство может быть выражено как социальный порядок. Порядок выражается в согласовании всех элементов какой-либо системы и подчинение этого состояния какому-либо доминирующему требованию, ценностному приоритетному ориентиру. Порядок можно рассматривать не только как согласование, но и соотносимость элементов системы, что предполагает наделение этих элементов сходными качественными признаками. Любой элемент связан с другими функциональными, организационными, логическими линиями, где выявлены общие критерии их оценки со стороны человека, присваивающего то или иное пространство. Порядок предполагает наличие фильтрационных механизмов, обеспечивающих стабильность функционирования данной системы. Хаотичное состояние любого процесса проявляется следующими признаками: нарушение функциональной зависимости одних элементов от других; дестабилизация деятельности организаций; лишение человека чувств комфортности в социальном пространстве.

В качестве одного из признаков социального пространства выступает социальная соразмерность, причем формы ее проявления могут быть самыми различными. Социальная соразмерность имеет место во всех областях общественного развития. Она выражается в определенной пропорциональности и соответствии между разными структурными подразделениями как по горизонтали, так по вертикали. К конкретным проявлениям соразмерности можно отнести такие процессы в обществе, как концентрация и деконцентрация, разделение социальных функций между центром и периферией общества.

Эффективное использование пространства может, согласно М. Фуко, исключить ошибки в распределении. Более эффективно использовать пространство позволяют коммуникации. С точки зрения системной теории коммуникация является основополагающей структурной единицей организации социума.

Повседневное социальное пространство формирует определенные образцы поведения, взаимодействия с другими людьми, конструируя представления субъекта о социальном пространстве, его структуре и собственно месте субъекта в этой структуре. Социализация и культурная идентификация субъекта осуществляется в процессе его непрерывного взаимодействия с окружающей средой, которая является носителем и пространственным репрезентантом социокультурных норм и ценностей общества. Социальный аспект

пространственных позиций индивида является определяющим, социально-структурные смыслы структурируют любую ситуацию, воплощаясь в пространственно-временных феноменах, составляющих повседневную экзистенцию индивида.

Проблематика социологии пространства тесно связана с идеями социологии П. Бурдьё, которые в свою очередь, выводят на то, что пространство, в котором мы обитаем и которое мы познаем, является социально сконструированным, оно есть проекция социального пространства, социальная структура в которого, находится в объективированном состоянии, в воплощенит прошлых и нынешних социальных отношений.

По Бурдьё социальное пространство всегда присутствует в физическом пространстве, где концентрируются высшие позиции всех полей, а большая часть агентов, занимает эти доминирующие позиции. По этому поводу Бурдьё размышляет о формах и уровнях присвоения или освоения социального пространства. Обладание физическим пространством или его оккупация, может стать способом сохранения разного рода дистанций и ограничения от нежелательного вторжения.

Развивая идею социальной дистанции, Бурдьё утверждает, что ничто так не далеко «друг от друга и так невыносимо», как социально далекие друг другу люди, которые оказались рядом в физическом пространстве. Мысль Бурдьё о том, что, одно из преимуществ, которое дает власть над пространством – возможность установить физическую дистанцию от вещей и людей, стесняющих или дискредитирующих, например, через навязывание столкновений, переживаемых как скученность, как социально неприемлемая манера жить или быть, или через захват воспринимаемого пространства как представления, которые обозначаются негативно и оцениваются как вмешательство или агрессия. В принципе место обитания, как социально квалифицированное место, предоставляет усредненные шансы для присвоения агентам различных материальных и культурных благ и услуг, имеющихся в распоряжении в данный момент.

В связи с этими рассуждениями Бурдьё приводит частный пример семей, которые ощущают себя или являются на самом деле «не на месте» в предоставленном им пространстве согласно правилу, по которому «подвергаешься опасности всякий раз, когда проникаешь в пространство, не выполняя тех условий, которое пространство негласно предъявляет своим обитателям». На основе этого возникает эффект гетто, т.е активное исключение пространством нежелательных для него лиц (эффект клеймения). В системе здравоохранения это может иметь наибольшее проявления. Так, инвалидность или наличие социально значимого заболевания, является наложением на человека, так называемой, социальной стигмы. Любое пространство негласно предъявляет своим обитателям, условия и требования. Если, проникая в пространство

его обитатель не выполняет требуемых правил, то он подвергает себя определенному риску, или исключению из этого пространства.

Каждый определенный тип социальной практики привязан к одной из пространственных форм. Мельчайшим пространственным элементом является личностное поле индивида, которое носит комплексный характер и порождается разными типами практик: экономическими, культурными, политическими, в которые вовлечен данный индивид. Поле играет роль потенциала противодействия индивида давлению того или иного социального поля, является основой его личной автономии.

Социальное пространство - есть пространство статусных различий, ролевых экспектаций, форм социальной идентификации, институционализации социального взаимодействия. Усложнение системы интеракций и стратификации конкретизирует социальность. Взаимодействия людей, их положение друг относительно друга, типизируются выделяющимися из тотальной целостности социального правовым, политическим, этническим, экономическим, коммуникационным пространствами.

Социальное пространство это поле интеракций, конституируемое статусными позициями. Это есть пространство взаимодействий и статусных позиций, причем взаимодействия позиционируют агентов в свою очередь, предопределяясь статусом последних. Понятие «роль» объединяет смыслы, связанные с интерпретациями социальности как взаимодействия. Взаимодействие не произвольно, подчиняясь логике сценариев, нормам, неявным предписаниям. На уровне взаимодействий формируется система позиций (позиционная система). Позиционная система не только обладает способностью к изменению, но и не извечна, формируясь и будучи изначально сформирована системами спонтанных интеракций.

Социальное пространство понимается здесь уже, чем в системе категорий, принимаемой вслед за Бурдье рядом авторов, в которой оно, вместе с *Habitus*, служит инструментализации конструирования оппозиции смыслов, репрезентирующих социальное целое.

Социальное пространство многомерно, и может иметь множество плоскостей. Каждая плоскость – особая социальная структура, состоящая из нескольких статусных позиций: социально-правовой структуры, властно-административной структуры, социально-классовой структуры, социально-половой структуры, социально-пространственной структуры. В самом общем виде в нем можно выделить горизонтальное и вертикальное измерение или, как писал П. Сорокин, вертикальный или горизонтальный параметры социальной вселенной. Поэтому наиболее уместным измерением социального пространства и степени иерархизации в нем может быть социальная стратификация. Социальная стратификация – это дифференциация некой данной совокупности людей в иерархическом ранге. Она находит выражение в существовании высших и низших слоев. Ее основа и сущность – в неравномерном

распределении прав и привилегий, ответственности и обязанности, наличии и отсутствии социальных ценностей, власти и влияния среди членов того или иного сообщества. Поскольку есть метафора пространства, то ее атрибутом является метафора дистанции, то есть удаленности статусных позиций друг от друга.¹⁰⁵

Единицей социального пространства является статусная позиция, то есть место в социальном пространстве, наделенное определенным статусом. Позиция может быть как индивидуальной, так и групповой. Социальный статус – это совокупность прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых нормативных форм поведения. Статус формируется с помощью закона, административных актов, обычаев, морали, религии, общественного мнения. Статусные позиции бывают индивидуальными и групповыми. Групповые позиции бывают разных масштабов и степени сложности (студенческая группа, вуз, город, область). Отношения индивидуальных и групповых статусных позиций, а также групповых позиций разного уровня следуют закономерностям системы. Социальная группа – это более или менее обособленная часть социального пространства, состоящая из того или иного качества индивидуальных и групповых статусных позиций, каждая из которых состоит из ролей, включающих в себя набор социальных норм. Каждый индивид одновременно занимает несколько статусных позиций. Социальная роль – это динамический аспект статусной позиции, которая представляет собой целый комплекс ролей, это набор норм (правовых, административных, моральных, обычаев), определяющих одно из отношений данной статусной позиции.

В любом социальном пространстве присутствуют социальные неравенства. Социальное неравенство – это любые различия в месте в социальном пространстве. Иерархическая структура социального пространства накладывает отпечаток и на прочие пространства, например, физическое. Структура социального пространства по П. Бурдьё проявляется в самых разнообразных контекстах как пространственные оппозиции обитаемого (или присвоенного) пространства, как некая спонтанная метафора социального пространства. В иерархизированном обществе не существует пространства, которое не было иерархизированно и не выражало бы иерархии.

Проблема состоит не в неравном распределении способностей, а в неравном распределении власти в социальной структуре. Это первооснова всех остальных проявлений социального неравенства (риска для жизни и здоровья). Поэтому вопрос о причинах

¹⁰⁵ Сорокин П. А. Система социологии. Социальная аналитика: Учение о строении простейшего (родового) социального явления. М.: Наука, 1993. Т.1. 441 с.

социальной стратификации – это вопрос о причинах неравного распределения власти в любом социальном пространстве.

Структура социального пространства объективизируется в знаках, в качестве которых выступает уровень жизни, объем осуществляемой власти, отпечатки типичной социальной деятельности. Так по таким знакам, как стиль жизни, образ жизни, уровень жизни и характер потребления, можно судить о наличии материальных ресурсов социального пространства.

Есть два подхода к пониманию социального пространства: субстанциальный и структуралистский. В рамках субстанциального подхода общественные процессы и институты – это «реальные, живые действующие силы, которые, определяя собою индивида, тем самым ясно доказывают, что они не зависят от него, по крайней мере тогда, когда он входит в качестве элемента в те комбинации, результатом которых они являются. По мере того как эти силы формируются, они налагают свою власть на индивида». В рамках второго, структуралистского подхода, социальное пространство не существует без индивидов. В интерпретации П. Бурдьё социальное пространство – ансамбль невидимых связей, что формируют пространство позиций, внешних по отношению друг к другу, определенных одни через другие, по их близости, соседству дистанций между ними, а также относительной позиции: сверху, снизу, между или посередине. Социальные отношения возникают в результате взаимодействия индивидов и их групп. Однако отношения и взаимодействующие индивиды при всей их взаимосвязанности не тождественны друг другу.

Здравоохранение как форма социального пространства исследуется в связи с социальным неравенством и социальной стратификацией, социальной дистанцией, здоровьем как одним из важнейших человеческих ресурсов, жизнеобеспечением. Поскольку в социальном пространстве сосуществуют социальные события, процессы и отношения, то на уровне социально-экономических отношений для социальной группы и индивида, должно иметь место некое пространство сохранения, воспроизводства и поддержания физического духовного и социального здоровья, обеспечения жизнедеятельности человека. Таким местом или социальной нишей выступает система здравоохранения.

Концептуальные изменения в системе здравоохранения требуют, не только институционального видения, а и использования его пространственно-временной картины. Пространственное видение системы здравоохранения исходит из взаимозависимости ее целей и ресурсов и необходимости уточнения статуса в системе социальных взаимодействий. В качестве коррекции процессов социального изменения в системе здравоохранения выступают социальные программы.

Система здравоохранения, неразрывно связана с организацией социальной защиты населения. Функционирование системы здравоохранения как социального образования

основано на принципах сформулированных в Концепции развития здравоохранения. Наиболее важными принципами системы здравоохранения являются:

- сочетание регионального, отечественного опыта и тенденций социального развития европейского и международного здравоохранения;

- реализация прав человека, равенство прав на поддержку независимо от социального положения, национальности, места жительства и религиозных убеждений, происхождения;

- научность: принятие инновационных решений в системе здравоохранения, оценка эффективности услуг, внедрение программ и проектов, которые опираются на научный анализ сущности проблем здравоохранения и независимую экспертизу;

- социальное партнерство: осуществление мероприятий здравоохранения во взаимодействии органов государственной власти и местного самоуправления, государственными службами и учреждениями;

- социальная ответственность – система здравоохранения исходит из признания ответственности каждого за свое здоровье, принципа самостоятельности и автономности принятия решения в отношении своего здоровья. Социальная политика государства в сфере здравоохранения призвана содействовать всем и каждому в выборе форм и поиска возможностей социальной поддержки;

- преемственность и стабильность мер системы здравоохранения, сохранение достигнутых гарантий и их дальнейшее развитие и совершенствование;

- системный подход к системе здравоохранения, предполагающей индивидуальный подход, осуществление программ;

- междисциплинарность и межведомственность: здравоохранение направлено на организацию мероприятий различных специалистов, координацию деятельности всех служб и взаимодействие с учреждениями образования, негосударственными организациями в целях полного удовлетворения потребностей и защиты прав;

- специализация и дифференцированный подход: предоставление гарантий по поддержанию социально-приемлемого уровня жизни для социально уязвимых категорий населения, программы кризис-интервенции (профилактика и реабилитация), активизации ресурсной системы, профилактика и коррекция негативных явлений в системе, распространение позитивного опыта.

В основных принципах концепции здравоохранения подтверждается пространственность здравоохранения, уникальность системы, соотносительность элементов системы здравоохранения как пространственного образования и возможность конструирования различных видов деятельности.

Пространственный подход исследования здравоохранения нацелен на изучение символического порядка пространства, отношений власти и дистанций, неравенства как в системе здравоохранения, так и в здоровье населения.

Отвечая на вопрос, что такое здравоохранение, мы по сути, очерчиваем границы этой категории, метафорически представляя ее как пространство социальных отношений между государством, рынком и гражданами – отношений, оформленных в виде институтов и практик. В этом смысле пространство здравоохранения может рассматриваться по аналогии с физическим – в границах государства, региона, административно-территориальной единицы или в каких-либо других географических параметрах. Этот подход можно увидеть в сравнительных исследованиях здоровья и смертности, доступности социальных услуг, реформировании и модернизации здравоохранения, развития человеческого потенциала, миграции, которые представляют яркую картину территориально выраженного неравенства. Национальные системы здравоохранения как пространственные образования, имеют пространственные границы и отличаются друг от друга организационными принципами, эффективностью деятельности, тем социальным эффектом, которые они способны произвести в обществе. Очерчивая границы здравоохранения мы можем выделить социальные поля государственного, регионального и муниципального здравоохранения. В историческом контексте границы отечественного здравоохранения можно определить, рассматривая приказную, земскую медицину, государственную (модель Семашко), бюджетно-страховую и страховую.

В широком смысле здравоохранение может рассматриваться как интеграция механизмов и способов, посредством которых правительство и власть влияют на жизнь населения, и способствует поддержанию социального равновесия и стабильности.

В узком смысле здравоохранение рассматривается в контексте социального администрирования и относится к институционализированному комплексу мер, представляемых социальным государством населению в аспектах занятости и социальной защиты, здравоохранения, образования. Острота проблем современного российского здравоохранения во многом связана многозначностью и полифункциональностью здоровья в жизнедеятельности социальных субъектов и все более возрастающей ролью института здравоохранения. Таким образом, пространственные границы исследования проблемы здравоохранения значительно расширяются.

Для исследования современной системы здравоохранения важно сопоставление зарубежных подходов организации, переопределения ситуации на новой основе формирования социальной реальности, информатизации, новой концепции и доктрины здравоохранения, с включением в диалог всех заинтересованных социальных институтов, технологии социальной

экспертизы, решения конкретных социальных проблем с учетом актуально складывающейся в стране социально-экономической ситуации.

Смыслы, вкладываемые П. Бурдые в используемое им понятие пространства сводились к интерпретациям неравенства, истолковывая социальное пространство как пространство социальных различий, интерпретируемого в качестве ключевого конструирующего общество фактора. Пространственные переменные в этом случае выступают основой стратификации, обуславливая уровень благосостояния и доступности ресурсов вместе с другими более привычными маркерами класса, гендера, возраста и других статусов. Процессы углубления или смягчения неравенства, в том числе и в результате действий тех или иных акторов, рассматриваются как специальные, то есть различающиеся по их эффектам для индивидов и групп, проживающих на тех или иных территориях.¹⁰⁶

В системе здравоохранения неравенство можно рассматривать в отношении здоровья, в распределении ресурсов здравоохранения и в отношении доступа к службам здравоохранения. Социальное неравенство касается систематических различий в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. В любой стране наблюдаются различия в состоянии здоровья населения. Распространенность плохого состояния здоровья варьируется в различных возрастных группах с тенденцией ухудшения здоровья у более пожилых по сравнению с молодыми из-за естественных процессов старения, хронизации болезненных состояний и накоплением заболеванием с возрастом.¹⁰⁷

В жизни каждого человека определенную роль играет шанс и удача по избеганию того или иного инфекционного заболевания или исключения фактора риска, который мог бы существенно усугубить здоровье данного индивида. Такое же положение касается социальных групп (территориальных, этнических) в отношении общественного здоровья. Так, продолжительность предстоящей жизни в отдельных регионах Российской Федерации существенно отличается в силу воздействия климатических, географических и экологических факторов. Не всегда бедность и неблагополучие вызывают неравенство в здоровье (болезнь). Так, группой экспертов Всемирной организации здравоохранения доказано, что сахарный диабет- это болезнь экономически благополучных групп населения.

Социальное неравенство в здоровье обусловлено тремя отличительными особенностями: моделью различий в здоровье, социальной обусловленностью состояния здоровья и социальным устройством.

106 Бурдые П. Клиническая социология поля науки // Социоанализ П. Бурдые. М.: Институт экспериментальной социологии. СПб.: Алетейя, 2001. С. 107-138.

107 Девятая общая программа работы. Всемирная организация здравоохранения. М. : Медицина, 1995. 89 с.

Первая особенность состоит в том, что модель демонстрирует устойчивое положение в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. Систематическая модель различий в здоровье не имеет случайного характера. В модели наблюдаются зависимость ухудшения социального положения и увеличения заболеваемости и смертности. Так, в период кризисных 90-х годов XX века в России отмечались высокий уровень заболеваемости и сверхсмертности среди трудоспособных групп населения. Эта модель различий в здоровье универсальна, хотя масштабы и распространенность варьируют от страны к стране.

Вторая особенность состоит в том, что различия в состоянии здоровья в большей степени порождены социальными процессами, и не являются биологически обусловленными. Статистические данные свидетельствуют, что смертность детей из бедных семей, превышает смертность детей из благополучных семей, вне зависимости от социально-экономической ситуации в той или иной стране. Таким образом, социально-экономическое состояние страны порождает эту несправедливость и различия среди групп населения в одной и той же стране. Изменить сложившуюся ситуацию возможно, путем изменения социального положения наиболее уязвимых групп населения - детей из бедных семей.

Третья особенность заключается в том, что социальное неравенство относится к типу различий, которые, по общему мнению, являются неприемлемыми, так как они порождаются и поддерживаются «несправедливым социальным устройством». Эта несправедливость в большей мере связана с правами человека. Считается несправедливым, что у детей из некоторых социально-экономических групп меньше шансов выжить, чем у других. У них есть право на жизнь, но возможности реализовать это право - нет. Несправедливость социального устройства может выражаться в модели организации здравоохранения.

Здоровье среди ценностей занимает одно из первых мест. Достижение наивысшего уровня здоровья является важной целью, как для отдельного человека, так и для общества. Здоровье является уникальным ресурсом для достижения других целей. Обществу важно распределить ресурсы здравоохранения справедливо, чтобы доступ к ним был обеспечен каждому для достижения наивысшего уровня здоровья. Таким образом, состояние системы здравоохранения, ее финансирование и организация, а также степень доступности для различных социально-экономических групп населения будут прямо или косвенно влиять на социальное неравенство по отношению к здоровью.

Доступ к службам здравоохранения является наиболее детерминированным социальным неравенством в отношении здоровья. Доступ к эффективной медико-санитарной помощи позволяет предотвратить развитие болезни, уменьшить страдания от переносимой болезни, укрепить здоровье. Высокая стоимость медицинских услуг приводит к тому, что наиболее нуждающиеся в ней группы населения, из-за низкого дохода имеют наименьший доступ к

медицинской помощи. Tudor Hart сформулировал «Обратный закон здравоохранения», который гласит: «Доступность качественной медицинской помощи изменяется в обратной зависимости от потребности в ней обслуживаемого населения».¹⁰⁸ Размещение служб здравоохранения и качество оказываемой ими помощи были гораздо хуже в более бедных городах, где жили шахтеры, чем в процветающих городах, где показатели заболеваемости были гораздо ниже.¹⁰⁹

Значимыми в доступности медицинской помощи являются экономическая доступность и уровень лояльности самой системы здравоохранения. Отсутствие финансовых средств на лечение не дает надежды на жизнь, тем людям, которые страдают онкологическими или орфанными заболеваниями. Отсутствие медицинской страховки снижает возможность доступа к медицинской помощи.

Вопросы равенства в охране здоровья можно рассматривать как значимый социальный критерий в социальном пространстве здравоохранения. Различия в состоянии охраны здоровья отличаются в социально-политических системах, в различных социальных группах населения, между различными географическими областями внутри одной и той же страны. Так, группы населения, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении имеют меньшие шансы на выживание (уровень младенческой смертности в городе и деревне, продолжительность жизни человека интеллектуального труда и физического), испытывают большее бремя недугов и заболеваний по сравнению с другими группами, находящимися в более благоприятных условиях, имеют более худшее состояние психического здоровья и показатели физического здоровья (низкая масса тела, низкий рост у детей). Некоторые группы населения (престарелые, малоимущие, сельские жители) имеющие особые потребности в охране здоровья, имеют доступ только к первичной медико-санитарной помощи и ограничены в доступе к необходимому спектру медико-санитарных услуг.¹¹⁰

Доступ к средствам массовой информации повышает осведомленность и заинтересованность в решении проблем здравоохранения и утверждения поведения, благоприятствующего здоровью. Тем не менее, влияние средств массовой информации на просвещение и укрепление здоровья, следовательно, на само здоровье зависит также от таких факторов, как содержание социальных программ направленных на поддержание и улучшение здоровья и продолжительность их воздействия на население. Важным социальным критерием, можно рассматривать, изменение отношения населения к самой системе здравоохранения, рост или снижение доверия к ней особенно у молодого и пожилого населения.

108 Иенсен Е. Э. Обратный закон здравоохранения Харта: о распределении ресурсов для здравоохранения // Теория и методы в социальных науках. М., 2004. С. 183 - 205.

109 Hart J. T. The Inverse Health Care Law// The Lancet. 22. February. 1971. 112 p.

110 Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. URL: <http://www.demockope.ru/weekly/2005/0209/print.php/>

Немаловажным критерием можно рассматривать нарушение традиционной структуры социальной солидарности и поддержки. Ломка семейных уз и прочие изменения в структуре семьи ухудшили состояние здоровья как членов семьи, так и отобразились на состоянии здоровья общества в целом (алкоголизация, наркотизация, ВИЧ-инфицирование, гепатиты). Эти негативные социальные проявления увеличивают смертность молодых и взрослых. Соответственно, увеличивается число одиноких детей и престарелых, которые уже не могут рассчитывать на поддержку трудоспособных членов своей семьи.

Еще одним важным социальным критерием неравенства является доступ к безопасному питанию и водоснабжению. Водоснабжение из рек и употребление речной воды в качестве питьевой, оказывает сильное негативное воздействие, на здоровье населения, увеличивая риск распространения инфекционных, паразитарных и онкологических заболеваний, и других негативных влияний.

Воздействие стресса во всех его проявлениях увеличивает бремя на состояние здоровья населения психических недугов, рост числа травм от дорожно-транспортных происшествий и на производстве, и как следствие инвалидизации населения. Инвалидность имеет многочисленные социальные и экономические последствия, которые редко осознаются общественностью, и еще меньше работниками здравоохранения.

Важным фактором, влияющим на доступность к медицинской помощи, а соответственно влияющий на здоровье населения является нарушение перераспределение ресурсов здравоохранения в самой системе – это избыток врачей в городской местности и недостаток в сельской, множество специалистов узких специальностей.¹¹¹

Доступности медицинской помощи с точки зрения культуры (деонтологии и профессиональной этики) в системе здравоохранения, рассматривается с позиций приемлемости и уважения. Маргинальные группы, бездомные, рабочие мигранты не могут преодолеть барьеры в получении медицинской помощи. Таким группам не всегда могут быть обеспечены уважение и достойное обслуживание. Языковые барьеры, национальные традиции могут являться препятствием в получении медицинской помощи. Помимо языковых барьеров существует барьер профессиональный, когда оказывающие помощь медицинские работники используют медицинские термины, не позволяющие пациенту осознать степень своего заболевания, возможные и доступные способы лечения, последствия заболевания.

Различия могут наблюдаться как на этапах лечения, так и в результатах лечения между различными социально-экономическими группами. Доказано, что выздоровление после перенесенных операций, у более бедных пациентов идет гораздо медленнее, чем у более состоятельных. Неблагоприятные социально-экономических условиях жизни бедных пациентов негативно влияют на процессы выздоровления, их продолжительность и результативность.

Иерархичность пространства российского здравоохранения можно рассматривать с позиции интегративных тенденций медицинской системы.

Социальное пространство здравоохранения характеризуется многомерностью позиций. Теория полей Бурдьё построена посредством теоретической экстраполяции экономических

¹¹¹ Девятая общая программа работы. Всемирная организация здравоохранения. М. : Медицина, 1995. 89 с.

понятий на неэкономические области. Конструирование поля требует вычленения всех возможных проявлений системы социальных отношений: практических, символических, идеологических и др. Являясь продуктом социологического конструирования, поле не существует в реальности, но оно основано на социально-исторических фактах. Таким образом, система здравоохранения укладывается в научном понимании в теорию полей.

Поле здравоохранения представляет собой поле сил, воздействующее на всех вступающих в это поле, в зависимости от занимаемой позиции. Рассматривая социальное поле, как многомерное пространство позиций, следует признать, что позиция данного агента в социальном пространстве определяется по его позиции в различных полях, т.е. в распределении власти в каждом отдельном поле. Каждому полю соответствует особый вид капитала, имеющий хождение в данном поле как власть. В здравоохранении профессиональный (символический) капитал представляет власть как над медицинской услугой, так над механизмом, стремящимся утвердить производство определенной категории благ или услуг. Так, некоторые медицинские услуги привычные и понятные большинству членов общества не оспариваются и принимаются как необходимые. Другие, такие как косметологические медицинские услуг, или трансплантологические, несущие в себе мощные этические нагрузки осуждаются обществом, но признаются профессиональным сообществом врачей, как необходимые и вызванные современными потребностями общества.

Каждое поле обладает своей структурой, которая характеризуется структурой распределения капитала и власти, обладание которыми приносит специфические выгоды в поле. Структура поля здравоохранения закрепляет выдающееся место врача в самой системе здравоохранения, в поликлинике, больнице. Таким образом, структура поля здравоохранения еще больше подтверждает неравенство возможностей агентов в данном поле по доступу или присвоению тех или иных благ. Структура поля иерархически организует позиции между молодыми врачами и уже имеющими стаж, между медицинскими кадрами высшего и среднего звена, между управленцами и исполнителями.

Профессия врача одна из наиболее кодифицированных. При вхождении в профессию выпускник медицинского вуза дает клятву врача, обременен необходимостью прохождения интернатуры или ординатуры для осуществления возможности вступления в поле, сертифицированием своих профессиональных знаний позволяющих заниматься теми или иными видами медицинской деятельности, должен постоянно совершенствовать свой образовательный уровень. Однако, эта профессия не всегда способна полностью удовлетворить все потребности агента (прокормить). В то же время большинство агентов поля здравоохранения привлекает в большей степени символический капитал и символические выгоды. В качестве символического капитала Бурдьё рассматривает – признание, престиж, уважение. Следует упомянуть и о специфической власти врача, которую подробно анализирует Т. Парсонс.¹¹²

Чтобы максимизировать символическую прибыль, получить ценность своей позиции в поле здравоохранения, врачи прибегают к практической стратегии определяя свою

¹¹² Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998. 226 с.

профессиональную идентичность. Они позволяют использовать имя своей профессии, более широко, занимающей более высокие позиции, т.е. охватывая не специальность, а целый профессиональный класс. В системе здравоохранения как в социальном поле агенты всегда имеют выбор между несколькими названиями, тем самым могут играть на неизвестности или неопределенности по отношению к другим агентам, находящимся в поле здравоохранения. Например, терапевт может номинироваться как «врач» или «доктор».

Социальные траектории каждого поля, их форма и направления, зависят от «состояния системы», т.е. конкретного набора возможностей, предоставляемых полю в некоторый момент времени. Социальная траектория – это серия позиций, последовательно занимаемых группой агентов в последовательных пространствах. Анализируя социальную траекторию поля здравоохранения уместно остановиться на анализе предоставляемых возможностей системе в первую очередь, полем политики, во вторую, самим полем здравоохранения. Понятие социальной траектории позволяет учесть такие важные для изменений параметры, как скорость, последовательность и важность изменений. Так, возможности медицины позволяют использовать современные медицинские технологии в территориально удаленных территориях, и тем самым обеспечивать высокоспециализированной медицинской помощью нуждающихся в ней. Социальные траектории способны вывести систему из состояния дисфункциональности, путем приобретения новых для данной системы качеств. Это возможно посредством реформ, которые ведут к формированию новых форм организации и функционирования. Для любой реформы важно сформулировать, что конкретно не устраивает в системе, подлежащей реформированию, и как ее можно изменить в заданном направлении.

Таким образом, концепция социального пространства и поля позволяет проанализировать современную систему здравоохранения в многоаспектности проявления в социальной жизни. Пространственный подход исследования здравоохранения дал возможность рассмотреть символический порядок пространства здравоохранения, социальные дистанции, выявить социальные неравенства в системе здравоохранения, в здоровье населения, а также в социальных взаимодействиях в системе здравоохранения.

Пространство устанавливает социальные различия, определяет поведение, обуславливает представления, конструирует и распространяет идеологию, реализует и осмысливает закон.

Организованность социального пространства предопределена совокупностью приобретенных и транслируемых значимых образцов общественной жизни. Каждый человек рожденный в социальном пространстве принимает стандартизованную схему социального паттерна. Социальное пространство формирует определенные образцы поведения, конструирует представления субъекта и группы о их месте в данном пространстве.

Социальное пространство определяет социальные связи, привычки, стереотипы поведения, позволяет обнаружить и описать социальные дистанции, а также их деформации.

Глава II. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Концепции и основные теоретические подходы исследования системы здравоохранения (социологический аспект)

Важную часть методологии исследования составляет сравнительный анализ теорий, концепций, моделей систем здравоохранения, медицинских систем, здоровья и болезни. Для систематизации знаний, относящихся к оценке функционирования систем здравоохранения и общественного здоровья, мы выбрали метод, заключающийся в изучении обобщающих, информативных магистральных объектов исследования – теорий и концепций.

Перспективы исследования здравоохранения в свете методологии теоретических концепций приобретают все большую значимость. На наш взгляд, теории и концепции выполняют некую прогностическую функцию, что имеет значение при формировании оптимальной модели здравоохранения и его концепции, построении моделей социального пространства здравоохранения, анализа поведения субъектов системы, разработке мер, направленных на оптимизацию воздействия социальных условий на поведенческие установки в обществе. Знания основных закономерностей развития и функционирования здравоохранения позволят воплотить основную цель системы здравоохранения - это сохранение и укрепление здоровья человека и общества.¹¹³

Исследуемые теории и концепции можно разделить на следующие группы:

- теории народонаселения и здравоохранения. К ним относятся мальтузианство, неомальтузианство, теория «оптимума населения», расизм, патернализм, евгеника, органическая теория Г. Спенсера, социальная экология, теория «болезней цивилизации и социальной дезадаптации», теория факторов, теория порочного круга. Эта группа включает теории, которые сопряжены с такими понятиями, как сущность демографических явлений, политики здравоохранения, развития общественного здравоохранения;

- теории медицины, которые включают: теорию стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье, фрейдизм, неогиппократизм, биотипологию и др. Эта группа объединяет

113 Щепин О. П. Медицина и общество. М.: Медицина, 1983. 391 с.

теории о сущности патологических процессов, медико-биологических и социально-психологических состояний.

При исследовании здоровья, теоретическая часть медицины представляет фундаментальные знания физиологии, патофизиологии, анатомии, патологической анатомии, химии, биологии и других наук. Фундаментальные медицинские теории и концепции охватывают, прежде всего, внутренние процессы, происходящие в организме при взаимодействии с внешними факторами. При этом нормативная, организационная и социальные стороны медицины и здравоохранения оставались вне поля зрения исследователей.¹¹⁴

Знания социологии, ставшие основой теорий и концепций народонаселения и здравоохранения, позволили «приподнять занавес» и дать ответ на вопрос «от чего зависит здоровье», т.е. непосредственно раскрыть причины и факторы нездоровья и соответственно наметить пути формирования здоровья. Еще в 16 веке Ф. Бэкон отметил приоритет сохранения и укрепления здоровья: «...первая обязанность медицины – сохранять здоровье, вторая – лечение болезней, а третья – продление жизни».¹¹⁵

Задолго до возникновения каких-либо научных теорий, английский мыслитель сумел четко отграничить задачи сохранения здоровья от задач лечения болезней и продления жизни, ясно показав, что они принципиально отличаются.¹¹⁶

Для нас наибольший исследовательский интерес представляют общетеоретические концепции, которые не утратили своей актуальности и до сегодняшнего дня продолжают развиваться. К ним относятся: теории болезней цивилизации и социальной дезадаптации, теории конвергенции общественных систем, теории факторов, теория порочного круга нищеты и болезней.

Обращение к этим теориям позволяет выйти за пределы системы здравоохранения и оценить роль и влияние разных факторов или социальных систем на систему здравоохранения, состояние здоровья населения и его обусловленность.

Постулат о болезнях и вырождении членов общества как прямом результате увеличения его численности выше критической отметки нашел отражение в теории географического детерминизма Т. Мальтуса, а в последующем неомальтузианцев.¹¹⁷

В широкое научное рассмотрение этот круг проблем ввели В. И. Вернадский, Ле Руа и Тейяр де Шарден. Положения этой теории представляют интерес в контексте исследования проблем ресурсного состояния отрасли здравоохранения с целью обеспечения потребности в услугах здравоохранения определенных социальных групп. На систему здравоохранения и

¹¹⁴ Лисицин Ю. П. Теория медицины XX века. М.: Медицина, 1999. 171 с.

¹¹⁵ Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. М., 1971. Т.1. С.264.

¹¹⁶ Корольков А. Диалектика и теория медицины. Ленинград, 1979. 100 с.

¹¹⁷ Мальтус Т. Р. Опыт о законе народонаселения. Петрозаводск, «Петроком», 1993. 136 с.

службы социальной помощи влияет рост численности населения в мире, и, в частности, рост численности пожилых людей. Так, по прогнозам, к 2015 году люди старше 60 лет будут составлять 20 % населения. Если ежегодный прирост населения составляет в среднем 1,5 %, в то же время рост пожилого населения составляет более 2,7 %. Увеличение доли людей пенсионного возраста в структуре общества, состояние их здоровья влияют на возможности здравоохранения, так как именно эта социальная группа является одной из основных потребителей услуг здравоохранения.

Ряд теорий – теория этологии (К. Лоренц, Н. Тинберген, Н. Фриш), человеческой экологии (Р. Парк, Э. Бюргесс), социобиологии (Э. О. Уилсон) – переносят законы биологических сообществ на общественную жизнь в вопросе о причинах и характере заболеваний. Так, К. Лоренц выделяет основные тенденции, отличающие индустриальное общество от традиционного и делающих его неустойчивым и противоестественным для жизни человека. К ним относятся: перенаселение, опустошение жизненного пространства, высокий темп жизни, навязанный всеобщей конкуренцией, возрастание нетерпимости к дискомфорту, генетическое вырождение. Лоренц указывает на то, что человек, приспособленный эволюцией для выживания в небольшом коллективе, в условиях мегаполиса не может сдерживать свою природную агрессивность. В качестве примеров двух крайностей приводится гостеприимность людей, живущих вдали от городов и взрывоопасную нервозность концлагерей, где неосторожный взгляд может привести к драке. Концентрация людей в городах обычно сопряжена с уничтожением природы, что приводит к эстетической и этической деградации общества. Аэрофотоснимок города К. Лоренц внешне сравнивает с гистологической картиной раковой клетки, что свидетельствует об утрате разнообразия в обеих системах.¹¹⁸ Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что важную роль в сообществе играет благоприятное социальное окружение.

Одной из наиболее общих и распространенных современных теорий и концепций является теория «болезней цивилизации и социальной дезадаптации». Чаще всего цивилизация трактуется как степень, уровень технического, культурного, научного развития общества. Но для нас представляет интерес не само понятие цивилизации, а механизмы ее влияния на здоровье общества. Здесь следует рассматривать недостатки цивилизации, которые влияют на здоровье.

Одним из первых теоретических обобщений влияния цивилизации на здоровье населения, является исследование, проведенное Э. Гюаном и А. Дюссером и представленное в книге «Болезни нашего общества».¹¹⁹ Авторы рассматривают и обосновывают общий механизм

¹¹⁸ Lorenz K. On aggression. N.Y.: Bantam Books, 1967. 306 p. 2- 10.

¹¹⁹ Huan E., Dussert A Les maladies de notre societe. – Paris. 1961; Решетников А. В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. 2003. № 1. С 12 17.

возникновения и развития современной патологии в цивилизованном обществе. По мере формирования современной цивилизации все сильнее нарушались, срывались реакции приспособления к природным и особенно социальным факторам. Такие срывы находили проявление в массовых нарушениях здоровья. Особенно сильно нарушалось приспособление к социальным условиям, срывались привычные механизмы адаптации и приводили к, так называемой, «обратной социальной инадаптации», которая все чаще проявлялась массовыми нарушениями здоровья. Социальная дезадаптация приводит к устранению здоровых и сохранением больных членов общества. Таким образом, процесс социальной дезадаптации создает механизм приспособления для больных.

О перенапряжениях, срывах адаптации указывал и О. Тоффлер. По его мнению, развитие цивилизации достигло непомерно высоких темпов развития. Социальная адаптация, также находится на пределе. Но развитие цивилизации остановить невозможно, как не пагубно бы оно влияло на здоровье. Если это развитие остановить, то неизбежен крах адаптации, ее срыв, которая вызовет массовые заболевания, депрессию, шок. В результате срыва адаптации возникает массовая враждебность, депрессия, тревога, акты насилия и другие проявления социальной дезадаптации. Как и другие приверженцы теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации» О. Тоффлер, не видит радикальных средств для устранения негативных влияний цивилизации на здоровье населения и в своих прогнозах О. Тоффлер достаточно пессимистичен.¹²⁰ В то же время, теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации» имеют перспективы дальнейшего развития, так как на основе их положений возможен социологический анализ эволюции роли здравоохранения в обществе.

Основные положения теории «болезней цивилизации» нашли отражение в работах современного исследователя И. Зигреста. Он сфокусировал свое внимание на взаимосвязи доходов индивида, социальной интеграции и социальной атмосферы на работе. По мнению И. Зигреста, неодинаковое распределение ресурсов ведет к тому, что у представителей отдельных социально-профессиональных групп чаще отмечаются социальные срывы, которые приводят к ухудшению здоровья и, вследствие этого, к росту смертности. При этом И. Зигрест отмечает, что низкий уровень социальной интеграции, взаимной поддержки связывается с высокой частотой и степенью дезадаптации.

Теории социальной обусловленности здоровья и социобиологические концепции исследуют несомненную взаимосвязь здоровья с социальными факторами. Переломные периоды жизни общества подтверждают зависимость основных медико-демографических явлений, показателей смертности, заболеваемости от социально-экономических, политических и других внешнесредовых факторов. Доказательство преимущественно социальной

120 Тоффлер О. Третья волна. Москва, 1999. 795 с.

обусловленности здоровья легло в основу концепции, идентифицирующей внешнесредовые факторы.

Факторы риска для здоровья влияют как непосредственно, так и опосредовано. На основе многочисленных исследований и оценок были установлены, так называемые большие факторы. В свое время Г. Селье назвал их стрессорами. Сюда относят, прежде всего, внешнесредовые влияния – социальные, природные.¹²¹

Примерно до середины XX века большинство исследователей полагали, что большая часть заболеваний зависит от «внутренних факторов»: наследственности, ослабления защитных сил организма и других, — хотя уже к началу века складывалось убеждение о превалирующем значении внешнесредовых факторов. Оно базировалось на доктрине единства организма и внешней среды. Еще И. М. Сеченов говорил, что в понятие «организм» входит и внешняя среда, влияющая на него. Однако не было строго научных доказательств этого, подтвержденных статистически, не было и четких теорий, идентифицирующих и классифицирующих внешнесредовые факторы, не было концепций, объединяющих и дифференцирующих их. Такая концепция была сформирована лишь в 60 — 70-х годах прошлого столетия, после того как завоевала «права гражданства» эпидемиология неэпидемических (как правило, хронических) заболеваний с ее представлениями о факторах риска для здоровья.

Важнейшим положением концепции стало доказательство преимущественно социальной обусловленности здоровья. Оно повседневно подтверждается зависимостью основных медико-демографических явлений, показателей смертности, заболеваемости, инвалидности и др., от социально-экономических, политических и других внешнесредовых факторов. Это особенно наглядно в переломные периоды жизни общества. За примерами далеко ходить не нужно. Достаточно сослаться на кризис общественного здоровья в России в 90-е годы прошлого столетия, состояния демографической ситуации, наступивших на фоне резких, негативных социально-экономических и политических изменений.

Однако одно дело констатировать перемены в общественном здоровье в связи с социально-политической ситуацией, другое — дать им научно обоснованную оценку. Прежде всего, перед исследователями встала задача: из конгломерата условий и факторов, среди которых живет человек и общество, и из разнообразных характеристик субъективных проявлений жизни, поведения выделить те, от которых непосредственно зависит здоровье. Решению этой задачи помогли эпидемиологические, социологические, социально-гигиенические, психологические, математико-статистические методы. Уже первые, так называемые эпидемиологические исследования хронических заболеваний (сердечно-сосудистых, психических и др.) 50 — 60-х годов прошлого века, поддержанные ВОЗ

121 Selye H. The Stress of Life. — N.Y.: McGraw-Hill, 1956. 2

и освещенные в ее публикациях (серия технических докладов), позволили из тысяч изучаемых факторов, влияющих на показатели здоровья больших групп населения (популяционные исследования), выделить и статистически определить «вес» или силу влияния отдельных воздействий и их сочетаний, комплексов.

Довольно долго определяли, что такое «фактор риска». Проблема не столь проста, так как на здоровье человека действует буквально все, что его окружает и что находится в его внутренней среде — физической и психической. Проблема осложнялась и тем, что у каждого человека, помимо групповых, популяционных, имеются и индивидуальные факторы риска, а всё учесть очень непросто. Кроме того, сложно дифференцировать причины болезней и факторы риска.

В практических целях термин «факторы риска» следует употреблять прагматически, т.е. тогда, когда данный фактор действительно является предикатором риска. На основе примерно такой позиции, определяющей факторы риска, как способствующие возникновению и развитию болезни и направляющие воздействие среды, была создана теория о факторах риска для здоровья. Она установила на основе многочисленных исследований и оценок концепцию так называемых больших факторов риска — воздействий, способствующих возникновению и течению заболеваний. Сюда относятся, прежде всего, внешнесредовые влияния — социальные или природные, которые имеют место при многих хронических заболеваниях.¹²²

В их числе (в порядке убывания силы воздействия) обычно определяют первичные большие факторы: курение, алкоголизм, несбалансированное питание, гиподинамию, психоэмоциональный стресс, избыточную массу тела; и вторичные большие факторы — уже возникшие заболевания, существенно оказывающие влияние на состояние общественного здоровья (диабет, ревматизм, артериальная гипертензия, избыточный вес, иммунодефицит, аллергия).

Эти и другие факторы риска гораздо сильнее действуют среди более уязвимых групп населения — групп риска, которые сами по себе, по своему социальному, психологическому, экономическому, наследственно-биологическому статусу в большей степени подвержены неблагоприятным патогенным влияниям.

Концепция факторов риска помогла решению основного вопроса медицины — от чего (кого) непосредственно зависит здоровье. Но характер факторов риска и их природа не были определены. Как нетрудно заметить, большая часть их, особенно способствующие возникновению хронических заболеваний, относится к субъективным, зависящим от поведения человека. Все, так называемые, вредные привычки, в известной мере даже некоторые вторичные факторы риска, например, неблагоприятные условия жизни (материальные,

122 Seye H. The Stress of Life. — N.Y.: McGraw-Hill, 1956. — P.2.

демографические, культурные — образование и др.), которые во многом определяют, направляют поведение человека, также зависят от него самого.

На основе многолетних исследований (Ю. П. Лисицын, О. В. Гранина и др.), была установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семьи) в возникновении патологии и сохранении здоровья. На этом основании, предложена формула факторов здоровья, взятая из классической эпидемиологии инфекционных эпидемических заболеваний, но существенно измененная. Здоровье формируется «цепочкой» объектов: среда — поведение — человек (вместо среда — возбудитель — человек). Так был выявлен главный фактор риска (он же — фактор здоровья), особенно для понимания хронических неэпидемических болезней, — поведение человека. Этот фактор субъективен, так как действует в конкретных социальных и природных условиях.¹²³

Именно с поведением человека связаны те «патогенные ситуации», которые, по замечанию Г. Селье, и определяют ныне современную хроническую патологию.¹²⁴

Подобного рода выводы и продолжающиеся комплексные исследования, стали базой более широких концептуальных обобщений, которые вылились в так называемую формулу, или модель обусловленности здоровья.¹²⁵ Этому обобщению помогла теоретическая дискуссия в научной и общей прессе 50 — 70-х годов прошлого столетия об образе жизни как социологической категории, характеризующей социально-экономические и психологические явления в разных обществах. После продолжительной дискуссии социологов, политологов, экономистов образ жизни был большинством исследователей признан как характерный для данного исторического периода, наиболее типичный способ деятельности или активности человека, группы людей, который нельзя сводить — а это нередко происходило — к жизнедеятельности организма, т.е только к биологическому понятию.

Такой же оценки заслуживает расчет вышеприведенной «формулы» (модели) обусловленности здоровья с главенствующей ролью факторов образа жизни как сферы непосредственного влияния и определения значения внешнесредовых и наследственных факторов, как экзогенных по происхождению, общий «вес» которых составляет не менее 40 %. Такого рода расчеты имеют прямое отношение к формированию и проведению социальной политики в области охраны и укрепления здоровья. Они указывают (и это подтверждено на практике во многих странах), что стратегическим направлением охраны и улучшения здоровья в современный период господства хронической патологии и неэпидемического ее типа является социально-профилактическая и природоохранная, экологически грамотная политика. В основе

123 Лисицын Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья». В кн. : Общественные науки и здравоохранение. М.: Медицина, 1992. С. 416–435.

124 Selye H. The Stress of Life. — N.Y.: McGraw-Hill, 1956. 2

125 Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. 224 с.

ее лежит формирование здорового образа жизни, защита природы, внешней среды. Такая политика возможна лишь на основе усилий и организованных действий всех структур общества и государства, включая органы и учреждения здравоохранения. Уже первые правительственные и международные программы охраны и укрепления здоровья на основе ослабления, искоренения и профилактики факторов риска (прежде всего больших), т.е. элементов формирования здорового образа жизни и оздоровления окружающей среды дали впечатляющие результаты. Так, например, 20-летняя кампания в ряде стран на основе так называемой кооперативной программы ВОЗ по профилактике неэпидемических заболеваний при поддержке правительственных, общественных организаций, направленная на преодоление и профилактику некоторых больших факторов риска (курения, избыточного веса, гиподинамии, артериальной гипертензии, алкоголизма, избыточного потребления животных жиров, соли, сахара), привела к сокращению в ряде стран, где эта программа проводилась (Япония, США, Канада, Великобритания, Франция, Германия, ряд регионов России и др.), на 20 — 30 % общей смертности, на 30 — 40 % смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и другим положительным результатам.

Теория факторов риска, обусловленности здоровья по приведенной выше формуле, или модели, практический опыт позволили выдвинуть и приступить к реализации концепции конструирования, создания здоровья (promotion of health), состоящей из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска, которая, как отмечалось, используется довольно широко и дала ощутимые результаты, и фазы создания здоровья, его формирования (собственно promotion). Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний, более того – развития, укрепления здоровья здоровых людей.

Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, привели к выводу о том, что образ жизни субъективный фактор общества, по основным видам активности. Образ жизни составляет 50-55 % всех обуславливающих факторов, экологическая среда влияет на здоровье в 20-25 %, генетические факторы – 15-20 %, а здравоохранение – 8-10 %.

В непосредственной связи с концепцией факторов риска проявляется осознание роли окружающей среды. Проблема состояния окружающей среды приобретает растущее социально-экономическое и политическое значение, и, все больше находит отражение в философии экологического кризиса: возрастающего техногенного загрязнения окружающей среды, одного из важных механизмов дезадаптации общества. С этих позиций, нами рассмотрены теории социальной экологии.

Так, Э. Роджерс и Р. Макензи пытаются трактовать важнейшие теоретические проблемы медицины и здравоохранения с позиций социальной экологии. Они находят социобиологические, природные, экологические основы таких процессов и явлений, оказывающих воздействие на здоровье (заболеваемость, смертность, инвалидность, структуру здоровья, здорового и нездорового образа жизни), как: географические - климат, топография местности, естественные ресурсы; экономические и технические – природа и организация промышленности в определенной местности, профессиональное распределение; культурные, включающие, «кроме искусства, моральные заповеди и запреты»; политические и административные меры – установление тарифов, налоги, иммиграционные законы, правила пользования общественными институтами.¹²⁶

Э. Роджерс, кроме того, к числу экологических факторов и процессов, влияющих на здоровье, относит «неспособность личного или социального приспособления: развод, оставление семьи, алкоголизм, наркомания, преступления и правонарушения, незаконнорожденность, психические заболевания; дефекты общественной организации: безработица, крайности нищеты и богатства, плохое правительство и коррупция, чрезмерные предрассудки, отсутствие таких, жизненно необходимых общественных услуг, как здравоохранение, образование и пр.». Таким образом, социальные экологи в отличие от приверженцев теории факторов, стремятся выделить ведущие звенья социальных процессов.¹²⁷

Теория «порочного круга нищеты и болезней», была выдвинута английским деятелем общественного здравоохранения К. Уинслоу и объясняет состояние здоровья причинными зависимостями между всеми факторами общественной системы и состоянием здоровья населения.¹²⁸

Общее положение этой социологической теории о «круговой причинной зависимости между всеми факторами общественной системы», таково: условия и факторы нищеты ведут к низкому уровню здоровья, недостаточности здравоохранения, которые в свою очередь индуцируют слабость экономики и нищету. Круг замыкается и называется порочным кругом — *circulus vitiosus*. Для доказательства этой схемы проводился анализ множества факторов, указывающих на неразвитость экономики, промышленности, сельского хозяйства, безработица населения, низкие доходы, безработицу, необеспеченность населения питанием, бытовыми условиями, девиантное поведение, вредные привычки и многое другое. Из этой предпосылки взаимовлияния многочисленных факторов делается вывод, что достаточно повлиять на любой фактор и порочный круг будет разорван.

¹²⁶ Rogeers E. M. Diffusion of Innovations. – 3 rd Ed. – N.Y., 1983. – P. 2

¹²⁷ Лисицин Ю. П. Теория медицины XX века. М.: Медицина, 1999. 171 с.

¹²⁸ Уинслоу К. Цена здоровья. 1951. 54 с.

Если основываться на положениях теории «порочного круга нищеты и болезней», то всеобщая иммунизация должна сразу же позитивно повлиять на экономику, ликвидировать нищету. То есть, стоит устранить любой «элемент» нищеты или болезни (необеспеченность жильем, недостаточное питание, отсутствие санитарно-гигиенических условий, необеспеченность водоснабжением, неграмотность, доступность медицинских услуг и др.), как будет разорван «порочный круг», проблемы нищеты и здоровья начнут успешно решаться.

По существу, эту теорию можно присовокупить к теориям факторов риска для здоровья. Однако, в теории порочного круга нищеты и болезней недостает анализа причинно-следственного определения и оценки ведущих «звеньев», ведущих факторов, какими являются нездоровый образ жизни и его составляющие, экологические условия, а в арсенале экономических факторов нищеты — экономические закономерности, процессы производства и распределения и т.п.

Для современных исследователей эта теория представляет интерес, так как, в социальной политике в области здравоохранения одними из наиболее важных являются вопросы распределения ресурсов и социального неравенства. Характер расслоения общества и доступа к здоровью и здравоохранению существенно отличается в разных странах, но положение больных и бедных в любой общественной системе всегда остается социально уязвимым.

С идеями социальной дезадаптации выступал Р. Дюбо (R. Dubout). Основными причинами возникновения социальной дезадаптации, Р. Дюбо видит искусственно созданную человеком среду с ее непривычными ритмами, психоэмоциональными стрессами, шумами, что усиливает процессы дезадаптации. Для выхода из состояния социальной дезадаптации, Р. Дюбо предлагает целую систему профилактических мер. Профилактика по предложению Р. Дюбо должна начинаться «с улавливания и мониторинга вредных факторов окружающей среды», в том числе и не столь заметных, незначительных, но продолжительно действующих негативно на человека. Возможность приспособиться, позволяет человеку успешно переносить воздействие некоторых факторов, которые первоначально для него были неприятными и травмирующими. Но существует группа факторов, к которым человек никогда не сможет приспособиться. К таким агрессивным факторам Р. Дюбо относит алкоголизм, наркоманию, стрессы и гиподинамию. По мнению Р. Дюбо воздействие таких факторов необходимо исключить из жизни человека.¹²⁹

Концепция Г. Тейлора обосновывает обреченность человечества на вырождение и вымирание вследствие нарастающей урбанизации. В замкнутых условиях современного города нарастает стрессорное состояние. Состояние массового дистресса обуславливает сокращение

129 Решетников А. В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. 2003. № 1. С. 12 - 18.

рождаемости, депопуляцию, возрастающую смертность и другие негативные медико-демографические явления.

Несмотря на большое количество приверженцев теории «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации, она не может охватить все аспекты адаптации, дезадаптации, однако перспективы развития она имеет, за счет вскрытия закономерностей, связанных с объяснением самих процессов адаптации.

Для большего понимания роли и вклада в разработку современных теорий концепций и моделей рассмотрим представления отдельных авторов на проблемы здравоохранения и общественного здоровья.

Т. Парсонс рассматривал здоровье, прежде всего, как ценный социальный товар, как важный ресурс для индивидуальных достижений и спокойного функционирования общества. Плохое состояние здоровья не всегда определено, и является социальным по происхождению, что и пытался доказать Т. Парсонс, утверждая, что в болезни иногда присутствует мотивированность пациента. Врача и пациента Т. Парсонс рассматривал как ячейку социального взаимодействия в социальной сфере, как взаимоотношения в медико-социальной группе общества.

Болезнь, согласно Т. Парсонсу, должна рассматриваться как проблема социального контроля. Считая каждое отклонение от нормы разрушительным для интеграции общества, он рассматривает болезнь как один из видов отклоняющегося поведения. Особенность болезни как социальной девиантности Т. Парсонс видит в том, что больной связан с группой здоровых людей (семья больного, работники здравоохранения), а не с другими людьми с отклоняющимся поведением. Основная социальная структура формируется в результате зависимости больного от здоровых людей, а не в результате зависимости больных друг от друга. Его идея о том, что болезнь разрушительна для общества, основывается на представлении об обществе как сумме взаимосвязанных ролей, которые составляют целое. Таким образом, болезнь как условие, которое мешает членам общества выполнять свои обычные роли, отрицательно сказывается на общем функционировании общества. Другие члены общества, отвлекаемые от своих обычных ролей необходимостью помогать больному, также не приносят должной пользы обществу. Таким образом, возникает необходимость создания механизмов для минимизации вреда, наносимого болезнью, и для выделения в особую группу больных от здоровых. Врачи автоматически становятся агентами социального контроля. Профессиональное образование, знания и опыт являются одним из источников профессиональной власти, с помощью которой профессионалы могут повлиять на своих клиентов. В этом смысле, между профессионалами и клиентами создается стратификация и отношения, в которых профессионалы занимают высшую позицию, а клиенты подчиненную.

Плохое состояние здоровья рассматривается Т. Парсонсом с точки зрения функционирования общества в целом, т.е. болезнь следует представлять как социальное явление. В своей книге Т. Парсонс «Система современных обществ» утверждает, что «слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей».¹³⁰

В работах Е. Фрейдсона (E. Freidson) поставлен вопрос «об отношении классовой системы к медицинскому разделению труда». Е. Фрейдсон показал, что движение потребителей за установление общественного контроля над региональными службами здравоохранения является эмпирическим выражением конфликта, который в основном возникает благодаря растущему недовольству пациентов доминирующим положением врача по отношению к пациенту. В круг проблем, рассматриваемых Е. Фрейдсоном, входят такие вопросы, как процесс профессионализации, соотношение автономии и управляемости в медицине; роль государства как силы, регулирующие это соотношение сверху; такое явление как «империализм профессии»; механизмы социального контроля над деятельностью врачей, как со стороны администрации лечебных учреждений, так и со стороны государственных органов здравоохранения, страховых медицинских организаций.

Е. Фрейдсон утверждает, что медицина – социальный институт, а врач как его представитель, является мало контролируемым или неконтролируемым. Это утверждение не случайно, зарубежную общественность беспокоит такое явление, как «империализм медицинской профессии», выражающейся в том, что врачи могут злоупотреблять своими знаниями в ущерб пациентам.

Е. Фрейдсон рассматривает претензии на «высокую этику» служения клиенту и «беспристрастности профессионала», как оправдывающие автономию профессии, являются просто средствами защиты привилегированного положения врача. Профессия не имеет форм регулирования, способных гарантировать обществу обслуживание высокого качества вне зависимости от экономического и социального статуса пациента.

Е. Фрейдсон полагает, что общество должно лишить медицину так же, как и другие профессии, столь привилегированного статуса, а основное положение в системе здравоохранения должна занимать частная практика. Это позволит пациенту выбирать врачей по своему усмотрению. Однако на самом деле это совсем не так, поскольку малообеспеченные пациенты не в состоянии пользоваться услугами высокооплачиваемых врачей, практически большинство населения не имеет возможности выбирать врачей.¹³¹

¹³⁰ Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998. 226 с.

¹³¹ Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. – N.Y., 1970. p. 34-36.

В причине возникновения болезней Д. Мечани (D. Mechanic) рассматривает институциональные факторы, а не социальные проблемы. Семейная жизнь, профессиональная деятельность, образовательные институты чаще являются источником большого стресса.¹³²

Современная биомедицинская модель основывается на представлении о существовании инвариантных биологических структур, процессов и функций. Для нас биомедицинская модель представляет интерес, так как проводит жесткую границу между социальным и биологическим. Эта модель, как и любая другая, в скрытой форме отражает и воспроизводит те медико-социальные идеи, которые являются актуальными для общества в данное время. Ее реализация в практике вовлекает в свою сферу и социальные ценности. Следовательно, ее также необходимо рассматривать с медицинской и социальной точек зрения. Для нас биомедицинская модель представляет интерес с точки зрения выработки мероприятий по возможному устранению негативного влияния социальных факторов.

Биомедицинская модель основное внимание уделяет биологическим изменениям в организме и недооценивает, взаимосвязь между материальным положением людей и их заболеваемостью. Таким образом, биомедицинская модель не учитывает социальное неравенство в состоянии здоровья. Уже неоднократно демонстрировалась, что здоровье и болезнь социально обусловлены. Состояние здоровья зависит от воздействия факторов, не относящихся к биологии, и этому имеются убедительные свидетельства. Модели смертности и заболеваемости или «шансы на жизнь» у индивида связаны и имеют различия в зависимости от пола, возраста, материального положения, образования и др.

Отражение в биомедицинской модели биологического и социального аспектов здоровья и болезни являются центральным методологическим пунктом в оценке любых моделей болезней и здоровья. Социальная детерминация болезней людей не означает, что биологическая сущность человеческой патологии исчезает. Если то или иное явление протекает в человеческом обществе, и если общество оказывает на него опосредованное воздействие, то оно должно быть отнесено в разряд социальных. Болезнь как основной объект исследования является социально обусловленной. Поэтому система медицинских представлений, зависит от общества, которое их формирует.

Решение о том, что считается легитимным медицинским знанием и практикой, принимаются через социальные процессы происходящие в системе здравоохранения. Именно эти процессы, инициированные медико-социальными структурами, обеспечивают сохранение доминирующего положения биомедицинской модели. В условиях резкого подорожания содержания традиционной медицины у населения резко сократились возможности управлять своим здоровьем вне рамок официальной медицинской помощи. Утрата веры у большого числа

132 Решетников А. В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. № 1. 2003. С 12.

людей в традиционную медицину заставляет их обращаться за помощью к представителям какой-либо альтернативной медицины.

Наибольший интерес для нашего исследования представляет теория конвергенции общественных систем, здоровья населения и здравоохранения.

Эта теория имеет отношение ко многим концепциям и, особенно к теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации». Она доказывает возможность и целесообразность создания единого общества – единой общей цивилизации с ее подсистемами – здравоохранением, просвещением, производством на основе сглаживания различий общественных систем.¹³³

Теория конвергенции получила широкое концептуальное распространение, проникла в теоретические обобщения в области общественного здоровья и здравоохранения, демографии, экологии. Идеи конвергенции близки по содержанию к экономическим реформам, так как создаются общественные системы здравоохранения, «конвергирующие» (сближающие) позитивный опыт других стран в вопросах здравоохранения и возможны для использования при создании наиболее оптимальной структуры здравоохранения, идущей по пути модернизации. Опыт развития национальных систем здравоохранения различных стран демонстрирует, что «чистых» моделей функционирования здравоохранения не существует, можно говорить только о преимуществе тех или иных принципов построения национальных моделей здравоохранения. Так называемая, частная система здравоохранения США, до 56 % финансируется за счет государственного бюджета страны. События последнего экономического кризиса, захватившего все сферы общественной жизни, в том числе и здравоохранение, подтверждают необходимость сближения различных формы общественных систем здравоохранения для выбора наиболее позитивных и устойчивых. Теория конвергенции дает богатые сведения, которые дополняют и развивают концепцию формирования и устранения факторов риска для здоровья и демографических явлений, формирования здорового и нездорового образа жизни, экологической обстановки. Происходящие реформы в здравоохранении многих стран мира близки к идеям конвергенции, создаются различные формы общественных систем здравоохранения, вбирающие в себя позитивные механизмы и структуры страховой медицины, государственных, правительственных бюджетных служб, частной медицины, служб здравоохранения общественных организаций.

Представители теории конвергенции считают, что постепенный, накопительный и социальный характер изменений принесёт всеобщее улучшение и выравнивание условий социальной жизни для различных групп населения, а также условий человеческого существования.

133 Ярменчук А. Д. Теория искусства управления. Общие проблемы. Киев, 1991. Ч 1. 176 с.

Положения концепции продолжающейся конвергенции общественных систем имеют подтверждение, откуда происходит доказательство общности законов формирования общественного здоровья и различных моделей функционирования здравоохранения, в разных странах.

Внешнее разнообразие всех освещенных теорий и концепций с оригинальностью представлений действительно нового, никак не предполагает их экзотичности в системе взглядов. Теории по своей сути ассимилируют, плавно перетекают по мере накопления новых знаний в более широкие представления, что расширяет концептуальное поле и рождает представление новое, но ассимилирующее и взаимодействующее с уже известными. Однако, продолжительный период времени исследования системы здравоохранения страдали от недостатка последовательности. На основе осмысления старых накопленных и новых фактов, в результате сопоставления исторического опыта и анализа общих теорий и концепций сформировалась единая общая системная теория здравоохранения. Однако системная теория здравоохранения не может исчерпываться рассмотренными выше теориями и концепциями. Синтезируя все имеющиеся знания, можно будет построить принципиально новую единую системную теорию здравоохранения и разработать различные варианты концепций необходимых для практического обеспечения и воплощения цели здравоохранения - укрепления и развития здоровья общества. Одной из таких концепций может быть социальная концепция здравоохранения, которая основывается на позиции социальной роли государства и его социально-экономической политики в области охраны и укрепления здоровья населения. Социальная концепция здравоохранения предопределяет преимущественно общественно-государственный характер не только на федеральном, но и на региональном и местном уровнях, а также поддержку уровня здоровья усилиями самого человека и общества. Именно из таких принципов исходит социальный характер здравоохранения его и стратегическое направление деятельности.

2.2 Социальные факторы, детерминирующие социальные взаимодействия субъектов системы здравоохранения в формировании здоровья

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет приоритеты в области здравоохранения. В Уставе ВОЗ закреплена конечная цель Организации – достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья.¹³⁴

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека. Высокий уровень здоровья позволит населению вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни.¹³⁵

Оттавская хартия укрепления здоровья сформулировала комплексную стратегию здоровья, включающую пять аспектов: общественная политика, способствующая укреплению здоровья; благоприятная для здоровья окружающая среда; личные навыки и умения; участие населения и переориентация служб здравоохранения.

Идея этих положений состоит в том, чтобы создать структуры и механизмы, которые позволили бы использовать населению все свои потенциальные возможности в отношении здоровья.

В наиболее полном понимании современная концепция здоровья воплощена в Европейской стратегии здоровья для всех, в которой сделан упор на ключевых областях: образ жизни и здоровье; факторы риска влияющие на здоровье и окружающая среда; переориентация системы здравоохранения; мобилизация политической, управленческой и технологической поддержки с целью осуществления необходимых изменений. В каждом программном документе ключевыми терминами являются «здоровье, права, политика», но в последнем появляется термин «факторы риска, влияющие на здоровье».

В России исторически сложилось так, что здоровье не представляло собой ни экономическую, ни социальную ценность и не имело стоимостного выражения. Если в экономических отношениях основой стимуляции труда или какой-либо другой деятельности является оплата труда, то механизмов стимулирующих индивида, группу или общество в целом в сохранении и укреплении здоровья, до сих пор нет. Традиционно в России здоровье рассматривается как конкретный инструмент, являющийся немаловажным фактором обеспечения роста социальных, экономических показателей для государства.¹³⁶

Но в условиях быстрой трансформации общественной жизни, здоровье приобретает более весомое значение как средство для достижения намеченных целей, успеха, как для отдельного индивида, так и для групп, общности, общества, а факторы, обуславливающие здоровье или ухудшающие его, выдвигаются на передний план.

¹³⁴ Устав Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1991. С.5.

¹³⁵ Девятая общая программа работы (на период 1996-2001гг). Всемирная организация здравоохранения. М.: Медицина, 1995. 89 с.

¹³⁶ Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. 224 с.

Понятие «здоровье» изначально имеет позитивную содержательную оценку. Но как ни парадоксально, используемые методы позволяют оценить не само состояния здоровья, а состояние нездоровья. Основываясь на оценках этих показателей, следует признать, чем сильнее выражено нездоровье населения, тем хуже его здоровье, так как сами показатели оценивают негативные изменения, происходящие в здоровье населения.

Происходящие изменения в общественной жизни требуют пересмотра и уточнения, как самого понятия здоровья, способов его оценки, так и причин влияющих на его состояние. И особое значение здесь приобретает качественная оценка здоровья, на основе социальных детерминант его обуславливающих.

Категория «здоровье» в истории гуманитарных наук рассматривается в индивидуальном и общественном понимании.¹³⁷

В настоящее время известно множество различных определений термина здоровья, но большинство этих определений касаются индивидуального здоровья. Исчерпывающих определений в науке как общественного, так и индивидуального здоровья до сих пор не наработано. Более того, последние формулировки ВОЗ расширяют проблемные поля, в частности, указанием на важность составляющих здоровье (социальных и духовных).

В формулировке, предложенной Всемирной организацией здравоохранения «здоровье» определяется через «благополучие», которое в свою очередь также нуждается в уточнении понятия. Здоровье представлено как нечто идеальное, которое трудно оценить и недостижимо на практике.

Д. Карстер комментируя соображения, которыми руководствовалась ВОЗ, давая подобное истолкование, говорит: «Здесь имеется в виду то идеальное состояние, которым мало кто из нас может похвастаться, но ВОЗ намеренно выбрала такое определение, считая своей конечной целью добиться состояния полного благополучия для всех людей».

Все имеющиеся определения в большей степени касаются индивидуального здоровья, и попытки применить эти формулировки для определения общественного здоровья не давали успеха, так как понятия индивидуального и общественного здоровья относятся к разным смысловым категориям.¹³⁸

Венедиктов Д. Д. рассматривает общественное здоровье «как интегрированное отражение совокупности индивидуальных уровней и динамики здоровья членов общества, которое с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения высокого уровня

137 Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 152-153; Иванова А.Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты. М., ИСПИ РАН, 1996. 42 с; Максимова Т. Н. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. М.: PerSe. 228 с.

138 Лисицин Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья». В кн.: Общественные науки и здравоохранение. М.: Медицина, 1992. С. 416- 435.

здоровья, а с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества, как социального организма»¹³⁹.

Казначеев В.П. определяет общественное здоровье «как процесс социально-исторического развития социально-природной, антропо-экологической жизнеспособности населения в ряду поколений».¹⁴⁰

Гаспарян С.А. рассматривает общественное здоровье как «социально-политическую категорию, характеризующуюся статистическими показателями воспроизводства населения, его физического и духовного развития, сохранностью потенциала и активности жизни популяции».

Эти дефиниции при всей глубине значительно разнятся в своем определении, не имеют основы для построения количественных критериев измерения здоровья населения, качественной характеристики, не имеют соответствующих унифицированных измерителей, и не поддаются социально-экономической оценке.

Одной из существующих при разработке общепризнанного определения понятия здоровья является трудность, связанная с огромным количеством факторов физической, химической, биологической и другой природы, находящихся в сложной взаимосвязи и взаимозависимости. Кроме того, здоровье находится в теснейшей зависимости от социально-экономических условий.¹⁴¹

Отсутствие методологического и понятийного аппаратов исследования проблемы здоровья, является камнем преткновения в достижении результативности многих исследований. Неоднозначность толкования «общественное здоровье», является основной причиной несводимости результатов проводимых исследований, разночтения полученных результатов, трудностью анализа процессов, определяющих общественное здоровье, но самое важное, трудностью формирования собственно здоровья населения. Несмотря на ряд проблем, связанных с формулировкой определения «здоровье» есть общее, что их объединяет:

- здоровье характеризуется как состояние;
- здоровье обусловлено, в первую очередь, социальными факторами;
- степень здоровья необходимо оценивать как количественно, так и качественно.

Имеющиеся методы, показатели и индексы, характеризующие и оценивающие общественное здоровье, в большинстве констатируют состояние здоровья населения в числовых величинах.¹⁴²

139 Венедиктов, Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения / Д.Д. Венедиктов. М., 2008. 335 с.

140 Казначеев В. П. Здоровье нации, просвещение, образование. М., 1996. С. 46.

141 Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество. М.: Канон-пресс-Ц, 2001. 507 с.; Случевский И. И. // НТР, здоровье, здравоохранение / Под ред. А.Ф. Серенко, О.А. Александрова. М., 1984. С. 134 – 148.

142 Маслова О. М. Качественная и количественная социология: методология и методы. М.: 1995. № 5-6; Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). М.: Медицина, 2002. 976 с.

Общий показатель смертности, наиболее часто используемый в статистических исследованиях, по своему содержанию является усредненным показателем по неоднородным группам населения. Различные возрастные группы существенно отличаются по интенсивности естественных процессов в них, и этот факт не позволяет провести обоснованные сопоставления общих показателей.

Метод стандартизированных показателей смертности, в качестве стандарта использует повозрастную численность населения в стандартной популяции. Но выбор стандартного населения является произвольным и при сравнении различных территорий выбор другого стандарта может привести к значительным изменениям в исследовании.¹⁴³

Оценка состояния здоровья населения проводится и по продолжительности жизни без инвалидности, продолжительности здоровой жизни, т.е. жизни неограниченной болезнью. Так, методы потенциальной демографии, предложенные Э. Фильрозе, позволяют комплексно оценить суммарный ущерб населению, обусловленного преждевременной и предотвратимой смертностью, а также оценить потери от преждевременной смертности в календарном году. Показатель потерь потенциальной жизни населения, разработанный С.П. Ермаковым, оценивает реальные потери общества от преждевременной смертности. А.Д. Соломонов предлагает методологию обобщенных демографических индексов с когортным подходом, которая основана на обобщенном индексе (когортный относительный потенциал) и выражает количество человеко-лет трудовой деятельности, потерянных населением вследствие заболеваемости.¹⁴⁴

Гаспарян С.А. использовал для измерения здоровья иерархическую совокупность индексов, включающую три уровня. К первому уровню относятся: потенциал жизни населения территории, общие потери жизни от различных причин смерти, по ограниченной рождаемости, потери активной жизни обусловленной инвалидностью. Ко второму и третьему уровню относятся обобщенные индексы: коэффициент сохранности потенциальной жизни и коэффициент сохранности активной жизни. Среднеарифметическое этих двух коэффициентов С.А. Гаспарян предложил расценивать как общий индекс здоровья населения.

Савченко Н. Е. и Попов М. П. предложили рассчитывать критерий здоровья населения по данным заболеваемости, болезненности и смертности в виде «функциональных потерь». Функциональные потери они рассматривали с позиции трех аспектов: экономического, оборонного и социального. Окончательная оценка здоровья населения сводилась к расчету потерь общества от наличия заболеваний. Только в этом методе встречаем подходы к

¹⁴³ Венецкий И. Г. Вероятностные методы в демографии. М.: Финансы и статистика. 1981. 223 с.

¹⁴⁴ Соломонов А.Д. и др. Региональный анализ влияния социально-экономических факторов и уровня развития здравоохранения на показатели здоровья населения. М.: 1984. С.58-59.

социальной оценке здоровья населения, но также с использованием «негативных» показателей здоровья.

Борохов Д.Е. предлагает оценивать здоровье населения через индексы потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности.

Основой модели индекса статуса здоровья, является представление здоровья индивида как непрерывно изменяющейся совокупности так называемого «мгновенного здоровья». Состояние здоровья в этой концепции разделяется на уровни: уровень здоровья, изменение здоровья, здоровье населения. Модели индексов статуса здоровья сопоставляются с большинством моделей индексов здоровья населения. Но отсутствие необходимой статистики для наполнения моделей индекса статуса фактическими данными не позволяет проводить регулярные расчеты и использование индекса для каких-либо оценок.¹⁴⁵

Наиболее популярным в последнее время является индекс, предложенный экспертами Мирового Банка для оценки эффективности инвестиций в здравоохранении. Глобальное бремя болезней количественно определяет потери населения в здоровой жизни из-за болезни, последствий травм и инвалидности. Расчеты глобального бремени болезней основываются на ряде предположений, некоторые из которых требуют уточнений относительно этических норм и социальных предпочтений. К таким можно отнести – относительная ценность года здоровой жизни, прожитого в разном возрасте, степени предпочтения по отношению к человеческой жизни и здоровью и др. Так наибольшие потери, связанные с преждевременной смертностью, происходят в результате смертей молодых и взрослых, следовательно, потери происходят среди трудоспособного населения. Таким образом, здесь имеет место экономическая оценка, но не состояния здоровья населения, а эффективности вмешательств извне в здравоохранение.

Достоинством рассмотренных методов, критериев, индексов и подходов оценки состояния здоровья населения, является то, что они наряду с негативными характеристиками используют и позитивные (характеристика здоровья благополучной жизни), в некоторые из них используют как экономическую, так и социальную оценки здоровья, но общепринятого критерия позволяющего судить о состоянии здоровья на основе этих показателей, не существует. Ко всему прочему, предложенные методы и подходы разработаны на основании разрозненных определений понятия общественного здоровья, характеризуются ограниченностью статистических сведений и позволяют проводить временные сопоставления и сравнения, не позволяют выявить причины, влияющие на здоровье при его изменении и не характеризуют здоровье качественно.

¹⁴⁵ Соломонов А. Д. Региональный анализ влияния социально-экономических факторов и уровня развития здравоохранения на показатели здоровья населения. М.: 1984. С.58-59.

В различных документах ВОЗ неоднократно указывалось, что здоровье населения представляет собой социальное качество. Для оценки общественного здоровья ВОЗ были рекомендованы следующие показатели: отчисление валового национального продукта на здравоохранение; доступность первичной медико-социальной помощи, охват населения медицинской помощью; уровень иммунизации населения; степень обследования беременных квалифицированным персоналом; состояние питания детей; уровень детской смертности; средняя продолжительность предстоящей жизни; гигиеническая грамотность населения. Все перечисленное обуславливает здоровье населения, но современное состояние здоровья населения демонстрирует, что предпринимаемые действия сохранения и укрепления здоровья населения не дают ожидаемых результатов. Соответственно возникает вопрос: не требуется ли более глубокого анализа существующих проблем здоровья населения и его обусловленности?

Вопрос о более глубоком изучении факторов определяющих здоровье поднимался и в программах ВОЗ.¹⁴⁶ Так, Девятой общей программой работы ВОЗ рекомендуется уделять гораздо большее внимание изучению факторов, определяющих здоровье. Это касается согласованных действий по решению всех вопросов, касающихся детерминант здоровья (низкого уровня образования, нищеты, гендерного неравенства, рискованного поведения, и нездоровой окружающей среды). В Программе отмечается, что в настоящее время происходит процесс все большего осознания того, насколько огромен вклад здоровья в экономическую деятельность. Чрезмерная концентрация усилий на аспектах экономического развития может привести к неблагоприятным социальным последствиям для здоровья населения. Процесс экономического развития может усугубить уязвимость положения некоторых социальных групп. Рост материального благосостояния страны отнюдь не гарантирует улучшение состояния здоровья, поскольку распределение ресурсов среди членов общества зависит от множества случайных факторов. Таким образом, рост малоимущих людей, обездоленных групп можно рассматривать как критерий ухудшения (еще не произошедшего) здоровья населения.

Вопросы равенства в охране здоровья можно рассматривать как социальный критерий. Различия в состоянии охраны здоровья отличаются в социально-политических системах, в различных социальных группах населения, между различными географическими областями внутри одной и той же страны.¹⁴⁷

Так, группы населения, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении имеют меньшие шансы на выживание (уровень младенческой смертности в городе и деревне, продолжительность жизни человека интеллектуального труда и физического), испытывают большее бремя недугов и заболеваний по сравнению с другими, имеют более

¹⁴⁶ Девятая общая программа работы (на период 1996-2001гг.). Всемирная организация здравоохранения. - М.: Медицина, 1995. - 89с.

¹⁴⁷ Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0209/print.php/>

худшее состояние психического здоровья и показатели физического здоровья (низкая масса тела, низкий рост у детей). Некоторые группы населения (престарелые, малоимущие, сельские жители) имеющие особые потребности в охране здоровья, имеют доступ только к первичной медико-санитарной помощи и ограничены в доступе к необходимому спектру медико-санитарных услуг, а тем более к высокотехнологичным.

Экспертами ВОЗ выделяются несколько критериев обуславливающих различия в состоянии здоровья. Одним из таких критериев, можно рассматривать, изменение отношения населения к самой системе здравоохранения, особенно у совсем молодого и пожилого населения.

Немало важным критерием, можно рассматривать нарушение традиционной структуры социальной солидарности и поддержки. Ломка семейных уз и прочие изменения в структуре семьи ухудшили состояние здоровья отдельных членов семьи, и отобразились на состоянии здоровья общества в целом (алкоголизация, наркотизация, ВИЧ-инфицирование, гепатиты). Эти негативные социальные проявления увеличивают смертность молодых и взрослых. Соответственно, увеличивается число одиноких детей и престарелых, которые уже не могут рассчитывать на поддержку трудоспособных членов своей семьи.

Воздействие стресса во всех его проявлениях увеличивает бремя на состояние здоровья населения психических недугов, растет число травм от дорожно-транспортных происшествий и на производстве, и как их следствие рост инвалидизации молодого населения. Инвалидность имеет многочисленные социальные и экономические последствия, которые редко осознаются общественностью, но еще меньше работниками здравоохранения.

К факторам, имеющим негативное воздействие на здоровье населения, можно отнести нарушение перераспределение ресурсов здравоохранения в самой системе здравоохранения – избыток врачей в городской местности и недостаток в сельской, множество специалистов узких специальностей.

Таков неполный перечень критериев и факторов, влияющих на здоровье рассмотренных в Девятой рабочей программе ВОЗ. Он может быть сокращен или расширен в зависимости от территории проживания населения, географических, климатических условий, половозрастного состава населения, региональных особенностей и уровня развития системы здравоохранения территории. Складывается впечатление, что при таком многообразии и многочисленности факторов влияющих на здоровье населения, достичь здоровье высокого уровня не представляется возможным.

В Большой советской энциклопедии наличие многофакторной обусловленности здоровья было представлено в следующем виде: «Однозначного критерия, по которому можно было бы судить о состоянии здоровья жителей той или иной страны, практически не существует».¹⁴⁸

Следовательно, возникает необходимость выбора наиболее информативных социальных детерминант обуславливающих здоровье населения или его ухудшающих.

Вопрос детерминированности болезни и здоровья достаточно основательно изучен медицинской наукой, и в частности социальной гигиеной. Ю.П. Лисицын, основоположник модели обусловленности здоровья, утверждает: «Здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы. Одной из серьезных проблем изучения факторов влияющих на здоровье является большое их множество и трудности их изучения». В модели обусловленности здоровья Ю.П. Лисицына все факторы влияющие на здоровье разбиты на четыре группы (образ жизни, внешняя среда, генетические факторы, деятельность служб здравоохранения), рассчитана доля их влияния на здоровья.

Петленко В.П. дополняет модель обусловленности здоровья схемой зависимостей здоровья от окружающей среды, и предлагает социальные элементы среды рассматривать как социальные факторы.

Ларионова И.С. предлагает на основе «социально-философского взгляда на множество факторов сгруппировать их по степени всеобщности в три основные подсистемы, соответствующие сферам жизнедеятельности общества – материально-производственные, социально-политические и духовные, Выделение отдельных подсистем факторов здоровья весьма условно».¹⁴⁹

Дальнейшее изложение своих взглядов на многофакторность здоровья И.С. Ларионова подтверждает мыслью об условности выделения «подсистем факторов здоровья». В первую группу материально-производственных факторов И.С. Ларионова включила систему здравоохранения, финансовую поддержку государством медицинских исследований, развитие фармакологии и др. Вторая группа представлена социально-политическими факторами. В третьей группе объединены духовные факторы, под которыми автор рассматривает место и роль здоровья в системе ценностей общества. Основной формой духовного воздействия на здоровье И.С. Ларионова считает стресс и средства массовой информации. Несмотря на условную систематизацию факторов здоровья И.С. Ларионова утверждает, что «хотя бы относительная систематизация факторов необходима, ибо при таком подходе... можно на достаточном уровне проникнуть в глубь исследуемого явления, исследовать причины его динамики и определить тенденции изменений».

¹⁴⁸ Большая советская энциклопедия / Гл. ред. А.М. Прохоров. - М., 1972. Т.9. С. 442.

¹⁴⁹ Ларионова И. С. Здоровье как витальная ценность. М., 2004. 190 с.

Методология научного исследования здоровья как процесса жизнедеятельности с позиции социальных факторов здоровья, предпринята Н.М. Мартыновой.¹⁵⁰ Систему социальных факторов Н.М. Мартынова рассматривает в двух группах. Первая группа – «Условия и способы удовлетворения естественных потребностей» и вторая группа «Условия и способы социальных потребностей». Автор отмечает что «представлена предварительная система социальных факторов, которая может помочь упорядочить уже имеющийся обширный эмпирический материал социологических, медицинских, психологических, экологических, биологических исследований на единой методологической основе – теории реальной жизнедеятельности».

Проблема обусловленности здоровья рассмотрена И.Н. Гуревич.¹⁵¹ Автор выделяет три группы факторов. В первую вошли макросоциальные факторы (социально-демографические: пол, семейное положение, возраст), факторы социальной структуры (социально-экономический статус, профессия, образование, доход), и культурные факторы (влияние социальных структур, процессов и институтов на здоровье). Вторая группа объединила влияние значения семейного положения и работы на здоровье. Наибольший интерес представляет третья группа, в которой представлены взаимосвязи социальных перемен с уровнем и распространенностью заболеваний. И. Н. Гуревич предпринята попытка построения интегрированных методик и комплексных показателей общественного здоровья с учетом всех действующих на него факторов (в рамках социологического подхода).

Предложенная Л. С. Шиловой модель анализа факторов общественного здоровья, включает в себя изучение шести групп факторов: социально-экономических, социально-демографических, социально-психологических, экологических, генетических, уровня развития здравоохранения.

Казначеев, В.П. анализируя факторы, способствующие формированию здоровья, выделяет две группы. К первой группе он относит генетические, демографические, социально-экологические условия, ко второй группе – «социальные организации», определяемые как институт культуры или просвещения.

Таким образом, анализ подходов к рассмотрению обусловленности здоровья, предлагаемые разными авторами, дает основание утверждать, что все они практически единодушны в признании социальных факторов, выступающих с одной стороны регулятором здоровья населения, и с другой стороны подвергающихся регуляторному воздействию внешней среды. Следовательно, социальные факторы здоровья – это совокупность причин и условий, которые детерминируют состояние здоровья населения и имеют социальную природу. Социальные факторы здоровья динамичны, управляемы, обладают обратной связью.¹⁵²

¹⁵⁰ Мартынова Н. М. Социальные факторы здоровья человека (философский анализ): дис. ... канд. философ. наук. М., 1988. 175 с.

¹⁵¹ Гуревич И. Н. Социально-психологические факторы здоровья. URL: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/33.html/>

¹⁵² Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. URL : <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0209/print.php/>

Так как факторы, влияющие на здоровье населения находятся в тесном взаимодействии и взаимозависимости, необходимо в группе приоритетных факторов определить зависимости влияния их друг на друга и степень влияния социальных факторов на здоровье населения.¹⁵³

Но не достаточно выделить проблему обусловленности и многофакторности здоровья, систематизировать огромное число многообразных воздействий, влияющих на него, необходимо выделить приоритетные факторы и условия, влияющие на здоровье населения, а учреждениям системы здравоохранения необходимо обозначить спектр факторов определяющих здоровье населения – социальных детерминант.

Спектр социальных детерминант может быть разнообразным, но в процессе обобщения исследований проводимых различными авторами, литературных источников нам представляются наиболее приоритетными следующие: государственная социальная политика в сфере здоровья населения; демографическая политика государства; уровень законодательного обеспечения в сфере здоровья населения; состояние и доступность системы охраны здоровья для различных социальных групп.

Таким образом, для изучения проблемы здоровья населения и его детерминированности, создания методологических основ для исследования общественного здоровья и социальных факторов здоровья необходимо:

- сформулировать наиболее полно отражающую содержание дефиницию «здоровье»;
- выявить в многофакторной детерминации здоровья населения социальные составляющие;
- установить взаимосвязи и взаимозависимости между детерминантами;
- выделить четкие критерии их группировки и систематизации;
- определить приоритетность социальных детерминант;
- сконструировать модель обусловленности здоровья населения для данной территории.

Работы Т Парсонса помогли увязать социологический подход к проблемам здоровья и болезни. Плохое состояние здоровья рассматривается с точки зрения функционирования общества в целом, т.е. болезнь следует представлять как социальное явление, а не как физическую сущность или характеристику индивидов. В своей книге «Социальные системы» («The Social System») утверждает, что «слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей». Однако в последующем Т. Парсонс отделил концепцию здоровья от состояния отдельного организма, и определил здоровье как «символическую циркулирующую среду, регулирующую деятельность человека и другие жизненные процессы»

¹⁵³ Комиссия по социальным детерминантам здоровья. URL :http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/

Т Парсонс рассматривал здоровье, прежде всего как ценный социальный товар, как важный ресурс для индивидуальных достижений и спокойного функционирования общества. Плохое состояние здоровья не всегда определено и является социальным по происхождению, это пытался доказать Т. Парсонс, утверждая, что в болезни иногда присутствует мотивированность. У. Герхард (*Gerhardt U.*) утверждал, что даже инфекционные болезни и несчастные случаи, могут содержать мотивационный аспект, поскольку человек может сознательно или неосознанно подвергать себя риску.

Болезнь, согласно Т. Парсонсу, должна рассматриваться как проблема социального контроля. Роли, которые отдельные личности должны занимать в современном обществе, часто связаны с большим напряжением. Т. Парсонс основное внимание уделяет социальным напряжениям, которые возникают в профессиональных системах, однако подобные напряжения (конфликты) могут возникать и на разных уровнях институциональной системы.

Особенность болезни как социальной девиантности Т. Парсонс видит в том, что больной связан с группой здоровых людей (семья больного, работники здравоохранения), а не с другими людьми с отклоняющимся поведением. Основная социальная структура формируется в результате зависимости больного от здоровых людей, а не в результате зависимости больных друг от друга. Врачи автоматически становятся агентами социального контроля. Профессиональное образование, знания и опыт являются одним из источников профессиональной власти с помощью которой профессионалы могут повлиять на своих клиентов.

В этом смысле отсутствие системных профессиональных знаний между профессионалами и клиентами создает стратификацию и отношения, в которых профессионалы занимают высшую позицию, а клиенты подчиненную.

Существуют мнения, что профессиональная саморегуляция, недостаточно эффективно функционирует в медицине и здравоохранении, и социальный контроль за врачами должен осуществляться извне, помимо профессиональных стандартов, что и было положено в основу при введении ОМС в России.

Важным условием для понимания особенностей функционирования здравоохранения является изучение истинных механизмов, движущих отраслью. Очевидно, что здравоохранение обретает и сохраняет свою динамику, базируясь на современных потребностях в здоровье как общества в целом, так и его компонентов.

В связи с этим категория «потребность» в качестве главного ориентира развития системы здравоохранения, предположительно, позволит обнаружить новые инструменты отраслевой деятельности, направляемые на совершенствование здравоохранения.

Удовлетворение потребностей людей в услугах системы здравоохранения характеризуется не только степенью, но формами и способами их удовлетворения. Внешние условия, детерминанты, формируют потребности людей, а потребности, именуемые доминантами, определяют поведение населения в сфере потребления социальных и медицинских услуг.

Детерминанты, с одной стороны, относятся непосредственно к самому потребителю медицинских услуг. Это половозрастная структура населения, социальная принадлежность и особенности профессионального здоровья. С другой стороны детерминанты характеризуют внешние условия жизни. Это природно-климатические и национально-этнические особенности, характер поселения (мегаполис, горд, село и т.д.) наличие и доступность медицинских и социальных услуг. Представленное перечисление не является исчерпывающим.

Детерминанты оказывают решающее воздействие на объем, характер и структуру потребностей в медицинских и социальных услугах. Потребности обусловлены качеством общественного здоровья населения, связанного с социальными условиями жизни.

Действия факторов, формирующих потребности в медицинских и социальных услугах нельзя абсолютизировать, они влияют кумулятивно, иногда погашая, а часто усиливая друг друга. Иными словами, возникает многомерность исследуемых процессов, то есть ситуация, в которой для объяснения того или иного феномена приходится привлекать одновременно большое число взаимосвязанных «объясняющих» переменных и учитывать природу существующих между ними внутренних взаимосвязей.

В исследовании и конструировании структуры потребностей в услугах, предоставляемых населению социальными и медицинскими системами, выделились два подхода, один из которых можно именовать нормативным, а другой статистико-генетическим, или поведенческим.

Первый подход сводится к априорной концепции потребностей, базирующееся на постулатах физиологии, психологии, гигиены и т. д. Существующий нормативный подход в значительной мере основан на экспертизе. Например, руководствуясь требованиями физиологии, гигиены и др. с учетом складывающихся тенденций в фактическом уровне развития медицинских и социальных систем, эксперты создают нормы государственных гарантий в расчете на индивидуального потребителя. Затем, используя эти нормы, а также цены и тарифы на услуги, конструируются территориальные программы обязательного медицинского страхования как выражение комплекса минимальных потребностей в медицинской и медико-социальной помощи.

Основу второго подхода составляет постулат, что человек – это социальный феномен, что он функционирует как член общества, поэтому очевидно, что его потребности определяются не только биологической природой, а связаны с комплексом социально-экономических факторов.

Принципиальное значение в данном случае имеет учет различных аспектов социальных условий жизни людей, поэтому, задача выявления потребностей в медико-социальных услугах переходит из области естественных в область социально-экономических наук.

Как мы уже говорили, следует различать потребности в здоровье и потребности в здравоохранении. И потребности в здоровье, и потребности в здравоохранении могут быть классифицированы по субъектному признаку на индивидуальные и общественные. Если потребность в здоровье не имеет явных противоречий в движении на разных уровнях субъектности, то потребности в здравоохранении содержательно разнятся у различных субъектов. Так, общество в лице государства формирует ее, скорее, как потребность в страховании здоровья, а у индивидуального субъекта (пациента) она возникает как потребность в непосредственном получении медицинской помощи.

По порядку удовлетворения потребности в здоровье и здравоохранении могут классифицироваться на эластичные и неэластичные. Эластичность потребности в здоровье и здравоохранении зависит от множества факторов, таких как индивидуальная ценность здоровья, издержки удовлетворения потребности. Если издержки доступа к системе здравоохранения перевешивают получаемые выгоды, к медицинской помощи можно не прибегать, осуществляя самолечение или вовсе обходясь без нее. Внезапно возникшее тяжелое заболевание требует в первую очередь удовлетворения острой потребности в здоровье и здравоохранении, в то время как угроза возникновения серьезного заболевания лишь в отдаленной перспективе может существенно увеличить эластичность, выводя в разряд более значимых иные потребности.

Потребность, как в здоровье, так и в здравоохранении по типу удовлетворения могут, характеризоваться как насыщаемая или ненасыщаемая, причем насыщаемость может различаться в количественном и качественном отношении. Обеспечение потребителей дешевыми лекарственными препаратами в достаточном количестве может насытить потребность в здравоохранении лишь по данному признаку, но с точки зрения качественных характеристик многие воспроизведенные лекарственные препараты уступают оригинальным в эффективности и безопасности. Смещение акцентов в лекарственном обеспечении в сторону количественных либо качественных признаков не позволяет насытить потребность в здравоохранении и здоровье, в полной мере можно даже указать на ступенчатость в развитии насыщаемости.

Поскольку по степени принципиального удовлетворения потребности могут быть классифицированы на полностью удовлетворенные, частично удовлетворенные и неудовлетворенные, постольку полнота удовлетворения потребности в здоровье может существенно зависеть от возможностей системы здравоохранения. Даже при полном

удовлетворении потребности в здоровье в данный временной период может быть лишь частично удовлетворена потребность в здравоохранении (в частности, в профилактических и противоэпидемических мероприятиях).

По временным параметрам потребления потребности могут подразделяться на дискретно, периодически и непрерывно удовлетворяемые. Сезонность аллергических заболеваний обуславливает периодичность удовлетворения потребности в здоровье и здравоохранении, осуществленная вакцинация позволяет в дальнейшем непрерывно удовлетворять потребность в защите от определенных инфекционных заболеваний, а потребность в акушерской помощи может удовлетворяться дискретно по мере возникновения необходимости в ней.

Одна из задач системы здравоохранения — выяснение потребностей конкретного пациента в сохранении или развитии своего здоровья и предложение медицинских программ согласно его представлениям (потребностям). Вероятно, следует признать, что нет такого понятия, как «непослушный пациент», а лишь имеется подверженная изучению индивидуальность — норм поведения и потребностей у различных пациентов. Однако без глубоких социологических и статистических исследований возможно лишь с известной долей условности сформулировать количественную детализацию потребности в здравоохранении в силу наложения различных по характеристикам движения потребностей при одновременном предъявлении.

Функционирование системы здравоохранения номинально характеризуется взаимосвязанной деятельностью ее субъектов, классически локализующихся на трех экономических уровнях (микро-, мезо- и макроуровень), что предполагает соответствующую дифференциацию потребностей отрасли и одновременно ставит проблему однозначности формирования потребностей, подлежащих удовлетворению на каждом из указанных уровней.

При этом потребность в здоровье, определяемая как единая базисная потребность отрасли, соответственно должна быть сформирована на всех уровнях. Для того чтобы понять, насколько это так, попытаемся рассмотреть последовательность формирования потребностей на всех уровнях системы здравоохранения.

На макроэкономическом уровне здравоохранения сосредоточены высшие органы управления отраслью (министерство), мезоэкономический уровень представлен структурами управления и медицинскими учреждениями региональных и муниципальных образований, а основным действующим звеном микроэкономического уровня являются домашние хозяйства. Следует отметить, что домашние хозяйства представляют собой как самостоятельный отраслевой субъект, наделенный комплексом присущих ему характеристик, так и собственно микроэкономический уровень.

Изучение потребностей здравоохранения, формирующихся на всех экономических уровнях, следует начать с исследования потребностей домашних хозяйств (населения), на которые номинально ориентирована деятельность всей отрасли. Наличие базисной потребности человека в здоровье очевидно и теоретически должно облегчать процесс удовлетворения этой потребности, являющийся целью производственной деятельности отрасли. Вместе с тем здоровье представляется нематериализованной потребностью, так как здоровье само по себе не имеет связей с бюджетным началом и не обременено ресурсной поддержкой. Указанные особенности здоровья собственно и лежат в основе возникновения индуцированных потребностей, приобретающих конкретный вид товаров и услуг, предположительно способных удовлетворить первичную потребность, т. е. здоровье материализуется опосредованно, через вторичные потребности человека. Кроме того, любая потребность остается таковой до момента ее полного удовлетворения, что справедливо ставит вопрос о возможности полностью удовлетворить потребность в здоровье. Рассматривая здоровье как состояние физического, психического и социального благополучия человека, можно констатировать вполне определенную зависимость этого состояния от множества воздействующих на него экзогенных и эндогенных факторов. Следовательно, возможность полного удовлетворения потребности в здоровье зависит от возможности установления контроля над всеми факторами, способными хоть как-то на него влиять. Кроме того, здоровье, представляя состояние, факторозависимое, способно изменяться во времени, а следовательно, полностью удовлетворенная потребность в здоровье даже если и существует, то только в определенных временных рамках. Стремление человека расширить эти рамки проявляется в потребности постоянного (временного) поддержания здоровья на определенном уровне, что порождает иные (новые) потребности. При этом следует отметить, что представления о поддержании здоровья формируются у субъектов индивидуально и могут носить неравнозначный характер, что во многом определяется социально-культурными, демографическими, экономическими и другими особенностями и условиями функционирования субъекта. Дифференциация индуцированных потребностей, направленных на поддержание здоровья у различных слоев населения, очевидна, однако не стоит абсолютизировать эти различия. Например, потребности в поддержании здоровья у богатых людей традиционно многочисленнее потребностей малоимущих слоев населения, однако материальные блага не всегда определяют количество потребностей. Человек, имеющий много денег, но бедный культурно, может ограничиться гораздо меньшим количеством потребностей в поддержании здоровья, нежели человек высокой социальной культуры. Однако, несмотря на различия в представлениях субъектов о процессах и технологиях поддержания здоровья, необходимость его поддержания, т. е. сама потребность, является общепризнанной. Таким образом, формируется структура потребностей человека, направленных на

удовлетворение базисной потребности, когда следующие по порядку потребности выступают инструментом для удовлетворения потребностей предыдущего порядка. В качестве индуцированных потребностью человека в здоровье могут выступать потребности в конкретных действиях (физические упражнения, закаливания, соблюдение режимов труда и отдыха), товарах и услугах медицинского назначения, на удовлетворение которых и ориентирована производственная деятельность, локализованная на следующем уровне функционирования системы здравоохранения — мезоэкономическом. При этом очевидно, что существует некоторая взаимная связь между существованием базисной потребности домашних хозяйств и деятельностью других субъектов здравоохранения: потребность человека в здоровье должна стимулировать здравоохранительную деятельность субъектов, которая в свою очередь предопределяет степень удовлетворения этой потребности.

Существуют, по меньшей мере, три группы причин изменения потребностей общества в способах функционирования системы здравоохранения:

- причины, связанные с недостатками существующей системой управления здравоохранением: функционирование здравоохранения по единым для всей страны нормативам, без учета реальной потребности населения в различных видах медицинской помощи; оценка деятельности медицинских учреждений по валовым показателям без учета интересов охраны здоровья конкретного человека, его потребностей и запросов; жестко централизованная система управления и финансирования, предопределяющая низкую эффективность использования ограниченных ресурсов, несбалансированность структуры оказания медицинской помощи; происходящее, в условиях дефицита средств в отрасли, смещение оказания медицинской помощи в сторону дорогостоящих ее видов; отсутствие мотивации труда медицинских работников, что являлось главной причиной низкого качества медицинской помощи и экономических потерь в обществе.

- причины, связанные с объективным ухудшением показателей здоровья населения России, которые сводятся к следующему: естественная убыль населения за счет снижения рождаемости и роста смертности; уменьшение средней продолжительности жизни; различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин.

- причины, обусловленные нарастанием социальной напряженности, связанной с неудовлетворенностью населения организацией и качеством медицинской помощи. По данным социологических опросов ВЦИОМ до 40 % респондентов не удовлетворены медицинской помощью, ее качеством, отсутствием выбора врача, очередями для стационарного лечения и при посещении поликлиник, лекарственным обеспечением, низкой культурой оказания медицинской помощи, абсолютной незащищенностью в случае оказания медицинской помощи низкого качества.

Принципиальное значение для функционирования системы здравоохранения имеет тот факт, насколько совершенно законодательство, регулирующее обеспечение граждан медицинской помощью. Социальная направленность действующей Конституции, норм гражданского права, специального законодательства, регулирующего отношения по оказанию медицинской помощи, подвергается в современной России большим сомнениям, а зачастую и резкой критике. Вместе с тем при более тщательном анализе существующей законодательной базы, можно прийти к выводу, что в стране сформирована правовая основа функционирования здравоохранения.

Проблема заключается в том, что распространенный в России правовой нигилизм, да и простое незнание законов и тем более их ненадлежащее исполнение не только гражданами, но и органами власти и управления всех уровней сталкивает общество и отдельных его представителей с, казалось бы, неразрешимыми проблемами. Поэтому социально-экономические последствия практического применения существующих законов требуют более детального анализа не только самой законодательной базы, но и процесса ее формирования, как важнейших факторов институциональных изменений в современной России.

Происходящее в настоящее время в обществе политические, социально-экономические преобразования вступают в противоречия с существующей нормативно-правовой базой, обеспечивающей правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения. Существует объективная необходимость создания правовых основ, обеспечивающих оказание населению медицинской помощи.

Остановимся на некоторых конституционных основах правового регулирования отношений по обеспечению граждан медицинской помощью.

Определяя экономические основы жизни общества, ст. 8 Конституции РФ предусматривает свободу конкуренции, признание и равную защиту государственной, муниципальной и частной собственности, что является конституционной основой для создания и нормального функционирования государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, здоровую конкуренцию и свободу выбора при оказании медицинской помощи, что создает реальную основу для повышения ее качества. В ст. 11 определена роль органов местного самоуправления, что является основой функционирования муниципальной системы здравоохранения.

Разграничения предметов ведения между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Федерации, определенные в ст. 71 Конституции РФ, касаются, в том числе и здравоохранения.

Кроме названных, в Конституции РФ содержатся иные важнейшие положения, составляющие основу правового регулирования отношений по оказанию медицинской помощи. Речь идет о статье 41, которая закрепляет право каждого человека на охрану здоровья: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Из этого положения Конституции можно сделать следующие выводы: не вся медицинская помощь в Российской Федерации в настоящее время оказывается бесплатно; конституционно закреплено медицинское страхование, в том числе и обязательное медицинское страхование.

Конституция не только провозглашает право на охрану здоровья, но и гарантирует его реализацию с помощью закрепления следующей системы конкретных мер, принимаемых государством: «В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию».

Вопрос о конституционной основе правового регулирования отношений по оказанию гражданам медицинской помощи не является лишь теоретическим. Понимание роли Конституции в правовом регулировании всех сфер жизни общества, в том числе и здравоохранении, имеет практическое значение в плане применения норм права, как самой Конституции, так и текущего законодательства.

В соответствии со ст. 15 Конституции она обладает высшей юридической силой. Ей должны соответствовать все нормы текущего законодательства, независимо от того, приняты ли они до или после ее принятия. При противоречии норм права Конституции, они не применяются.

Значимую роль Конституции РФ в правовом регулировании оказания медицинской помощи, можно подтвердить следующей цитатой: «В жизни нередко возникают вопросы, непосредственно не урегулированные текущим законодательством, но требующие решения. При возникновении подобных ситуаций следует учитывать, что Конституция является законом прямого действия, а поэтому при отсутствии в текущем законодательстве ответа на возникшую ситуацию и при наличии необходимой правовой базы в Конституции РФ следует прямо ссылаться на нормы конституции».

Продолжительный период времени значительной число законопроектов касающихся вопросов организации, финансирования, взаимодействия субъектов системы здравоохранения находились и находятся до сих пор на рассмотрении. В современных условиях развития

правовых отношений растет потребность в четкой правовой регламентации медицинской деятельности.

Принятие Федерального закона от 08.05. 2010 № 83 – ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 21.11.2011 г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» расширило правовую базу системы здравоохранения. В законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» несмотря на большое число положительных новелл, содержит ряд положений, способных вызвать сложности в его толковании и применении.

Так в ст. 22 Закона закреплено право пациента на информацию о состоянии здоровья, в том числе на ознакомление с медицинской документацией. Однако, процесс осуществления ознакомления с медицинской документацией не ясен. Согласно статье закона пациент имеет право на получение оригиналов медицинских карт. Но медицинская карта, документ, с которым непосредственно работает медицинское учреждение и отсутствие карты может создать сложности в работе учреждения. Медицинские учреждения ограничивают права пациентов в получении медицинской документации отказом. В случае невыдачи оригинала карты медицинская организация может быть привлечена к административной ответственности.

Следует отметить, что в законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» норма о выдаче медицинской документации содержит еще одно противоречие. Медицинская документация по требованию гражданина выдается в случае, если она не затрагивает интересы третьей стороны. Третьей стороной можно рассматривать медицинского работника. Медицинский работник вносит в документацию соответствующие записи о результатах осмотра пациента, результатах обследования, назначениях. Качество ведение документации может рассматриваться как один из видов дефектов оказания медицинской помощи. Таким образом, законом не предусмотрено, но практикой разработано, соблюдение медицинским персоналом порядка и правил заполнения медицинской документации.

Так, в медицинской документации должны иметь место:

- конкретные рекомендации пациенту по лечению;
- фиксирование всех нарушений допущенных пациентом в процессе лечения;
- отражение динамики состояния пациента, детальная информация обо всех стадиях лечения.

Современный этап развития российского общества, связанный с модернизацией здравоохранения обусловил иные подходы к так называемым «нетоварным»,

неимущественным, как считалось раньше, сторонам жизни. Полагалось, что такие социальные блага, как медицинская помощь, не имеют экономической оценки и поэтому могут регулироваться нормами гражданского права. Не признавалось и само понятие экономических отношений в здравоохранении. Однако реалии жизни диктуют совершенно иные правила существования. Именно институционализация здравоохранения диктует в настоящее время необходимость перевода отношений по оказанию населению медицинской помощи из сферы социальной в сферу социально-экономическую, и, как следствие этого, использования механизма гражданско-правового регулирования этих отношений.

Гражданское законодательство относится к исключительной компетенции Российской Федерации, поэтому субъекты РФ могут принимать собственные законодательные акты об охране здоровья, не содержащие норм гражданского права. Применительно к отношениям по оказанию медицинской помощи круг гражданско-правовых норм и отношений (ст. 1, пп. 1, 2, ст. 2 ГК РФ) должен включать в себя, во-первых, отношения собственности в различных системах здравоохранения; во-вторых, имущественно-договорные отношения, основанные на юридическом равенстве экономически самостоятельных участников гражданского оборота. В частности, это договоры между медицинскими учреждениями и пациентами по возмездному оказанию медицинских услуг; договоры между страхователями и страховыми медицинскими организациями (СМО) как по добровольному, так и по обязательному страхованию; между Территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и СМО; договоры между ТФОМС и СМО с одной стороны и лечебными учреждениями с другой стороны, связанные с вопросами финансирования. При заключении и исполнении договоров, связанных с оказанием медицинской помощи, следует учитывать общие правила о сделках: об условиях их действительности, о требованиях к их форме, о последствиях совершения сделок, противоречащих уставной деятельности юридических лиц (медицинских учреждений), о порядке и последствиях признания их недействительными. В-третьих, это вопросы ответственности всех участников отношений по оказанию медицинской помощи, причем не только за неисполнением или ненадлежащее исполнение своих договорных обязательств, но и за причинение вреда здоровью пациента и за причинение убытков нерациональным использованием медицинских ресурсов. В настоящее время практически все отношения, связанные с реализацией права на охрану здоровья, могут быть предметом судебной защиты.

Прежде всего, речь идет об обжаловании в суд любых решений, действий, а также бездействия органов и должностных лиц всей системы здравоохранения. Но каким бы совершенным ни был Гражданский Кодекс, без специального законодательства не обойтись по следующей причине – специальный закон призван детально регулировать ту или иную группу общественных отношений. Современное российское законодательство по здравоохранению

представлено 3х-уровневой системой и состоит из федерального законодательства, законодательства субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов муниципальных образований.

На федеральном уровне формируется Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, федеральные целевые программы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

На федеральном уровне устанавливаются тарифы страховых взносов на обязательное медицинское страхование граждан в РФ.

Федеральные органы обеспечивают государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории Российской Федерации, организуют санитарную охрану территории государства от завоза и распространения инфекционных заболеваний.

Федеральный центр утверждает стандарты в области здравоохранения, контролирует их соблюдение, определяет порядок лицензирования отдельных видов деятельности в области здравоохранения, организует государственное статистическое наблюдение в области здравоохранения, осуществляет госконтроль производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинских изделий, а также контроль в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

За федеральным уровнем также закреплена координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

К полномочиям органов государственной власти относится развитие и совершенствование системы обязательного медицинского страхования, охрана семьи, материнства, отцовства и детства, реализация мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

Органы государственной власти субъектов РФ реализуют государственную политику и обеспечивают исполнение федерального законодательства в области здравоохранения, в пределах своих полномочий принимают законы и иные нормативные правовые акты субъектов РФ в области здравоохранения.

Отметим, что многие из актов регионального законодательства, особенно общих, повторяют содержание и структуру аналогичных федеральных законов, но только в ряде случаев в них учитывается региональная специфика.

На уровне субъектов РФ утверждаются: территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, территориальные программы обязательного медицинского страхования; региональные целевые программы в области здравоохранения. В пределах своих полномочий субъекты РФ обязаны обеспечивать

реализацию федеральных целевых программ в области здравоохранения на соответствующей территории.

Субъекты РФ устанавливают структуру, порядок организации и деятельности органов управления государственной системы здравоохранения субъектов РФ, развивают сеть организаций здравоохранения субъекта РФ, их материально-техническое обеспечение и контролируют соблюдение стандартов медицинской помощи в этих организациях. На уровне субъекта Федерации координируется деятельность органов государственной власти субъектов РФ, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в области охраны здоровья граждан, охраны семьи, материнства, отцовства и детства.

Субъекты РФ уполномочены утверждать нормативы финансирования, определять долю расходов на здравоохранение при формировании бюджетов субъектов РФ, устанавливать меры социальной поддержки для граждан на оказание медицинской помощи и лекарственное обеспечение, а также дополнительные виды и нормы доплат для работников здравоохранения, устанавливать порядок распределения лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых за счет бюджетов субъектов РФ.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесены формирование бюджета для оказания специализированной медицинской помощи кожно-венерологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, обязательного медицинского страхования неработающего населения, оказание специализированной санитарно-авиационной скорой медицинской помощи..

В субъектах РФ обеспечивается ведение государственного статистического наблюдения в здравоохранении, разрабатываются в пределах компетенции правила оказания медицинской помощи гражданам с учетом особенностей субъекта РФ и порядок деятельности медицинских организаций на его территории, развивается сеть организаций здравоохранения с учетом особенностей расселения жителей субъекта РФ.

Субъекты РФ обеспечивают оказание медицинской помощи гражданам при чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и ликвидации их последствий.

Вместе с тем ряд, вопросов правового регулирования и координации в предметах совместного ведения в сфере здравоохранения, остались не урегулированы. Так, норма об утверждении Программы государственных гарантий органами государственной власти была закреплена еще «Основами законодательства об охране здоровья граждан». Анализ базовой программы государственных гарантий, ежегодно утверждаемой в субъектах Федерации законодательными собраниями, а на Федеральном уровне Правительством Российской

Федерации, свидетельствует об ограничении объемов и видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, что противоречит Конституции РФ. Нормативы потребления бесплатной медицинской помощи установлены в самом общем виде. В среднем на 1 человека в год может приходиться 9,198 посещений врача в поликлинике; 2,813 койко-дней в стационаре; 0,318 вызовов скорой медицинской помощи и 0,577 дней в стационар-замещающих подразделениях медицинских организаций. Федеральные нормативы, являясь по существу среднероссийскими показателями не учитывают особенности демографического состава, специфику населения, проживающего в конкретном, а не в абстрактном регионе. Кроме того, нормативы финансовых затрат на единицу объема потребления медицинской помощи никак не связаны со стандартами ее оказания и приняты разграничением полномочий. Отсюда возникает неизбежный конфликт объявленными государственными гарантиями и ограниченными ресурсами в регионах.

Все вышеизложенное свидетельствует об отсутствии системного подхода при решении вопросов правового регулирования по предметам совместного ведения и существования системных организационных и правовых проблем в сфере здравоохранения.

Необходимо заметить, что в законопроекте ФЗ «О здравоохранении в Российской Федерации», находящимся на рассмотрении ГД ФС РФ с 1999 года и призванным устранить разобщенность и раздробленность государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, упорядочить организационно-правовые отношения государственного и регионального здравоохранения, указанная проблема практически решена. Этот законопроект являлся бы основополагающим в вопросах институционализации здравоохранения как социального института.

Глава III. МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ТРАНСФОРМАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Принципы построения и механизмы трансформации государственной системы здравоохранения

Мировое сообщество постоянно анализирует существующие системы здравоохранения. Правительства многих стран мира рассматривают вопросы приемлемости применяемых ими подходов к финансированию, организации и оказанию медицинской помощи. Все более серьезной мировой проблемой в области здравоохранения становится растущая стоимость медицинского обслуживания. Повышению общих расходов на здравоохранение способствуют такие факторы, как старение населения, сопровождающееся повышением уровней хронической заболеваемости и инвалидности, появление все новых видов лечения и технологий, а также растущие ожидания населения от системы здравоохранения.

В большинстве европейских стран для решения этой проблемы был предпринят целый ряд мер.¹⁵⁴

Организационные механизмы, которые первоначально были созданы для повышения справедливости в вопросах охраны здоровья, доступности медицинской помощи, в конечном итоге, для улучшения состояния здоровья населения, во все большей степени ограничиваются из-за соображений сдерживания расходов. В Западной Европе успешный контроль расходов на макросистемном уровне осуществляется с 80-х годов, в 90-х годах уступил место дополнительным усилиям по сдерживанию роста расходов на микроучрежденческом уровне. В странах СНГ система сдерживания расходов, основанная на централизованном выделении бюджетных средств на нужды здравоохранения по остаточному принципу, была заменена усилиями, направленными на финансирование здравоохранения в переходный экономический период, и, кроме того, эти страны стали также выражать озабоченность недостаточно эффективным использованием являющихся и без того недостаточными ресурсов на микроучрежденческом уровне. В основе большинства обсуждений политики здравоохранения лежало столкновение между моральным императивом поддержания солидарности и социального благополучия здравоохранения, с одной стороны, и таким финансовым императивом, как необходимость сдерживать расходы – с другой. Шел поиск ответов на два существенных вопроса. Должно ли сдерживание расходов обязательно влиять отрицательно на солидарность, определяемую параметрами состояния здоровья и справедливости в отношении доступа к медицинскому обслуживанию, как это считают некоторые работники

¹⁵⁴ Петросян С. Л. Основные системы здравоохранения зарубежных стран. Воронеж: Воронеж гос. тех у-т, 2007. 431 с.

здравоохранения? С другой стороны, является ли повышением эффективности – в том числе экономической – увеличение и использование недостаточных ресурсов сектора здравоохранения столь существенным условием поддержания и сохранения солидарности, как полагают некоторые экономисты.¹⁵⁵

Глубина этих дебатов нашла свое отражение в том, что даже определение ключевых мероприятий в секторе здравоохранения стали туманными и неточными. Термин «децентрализация» применяется для характеристики широкого ряда самых различных организационных изменений. Такой термин, как «качество медицинской помощи», стал использоваться для описания широкого диапазона зачастую несравнимых мероприятий. Однако, самым дезориентирующим моментом является то, что такие термины, как например, «управляемое медицинское обслуживание», стали путать с концепциями, определяющими роль рынка в финансировании служб здравоохранения – такими, например, как «управляемая конкуренция» или «регулируемая конкуренция». Эта терминологическая неразбериха может расцениваться как один из показателей наблюдающихся сейчас постоянных изменений политики и состояния неопределенности в системе здравоохранения.

Наблюдается значительная непоследовательность в использовании такого термина как «реформа». Несмотря на широкое использование этого понятия, до сих пор не имеется повсеместно принятого определения того, что же такое реформа здравоохранения. Разные организаторы здравоохранения и аналитики вкладывают в это понятие самое различное содержание. Для целей исследования ВОЗ, посвященного реформам здравоохранения, понятие реформа здравоохранения определяется как целенаправленный, динамичный и устойчивый процесс, который приводит к структурным систематическим изменениям.

Следует также отметить, что реформирование здравоохранения уже по сути своей является как нормативным, так и экономическим и организационным видом деятельности.

Последствия обсуждений вопросов реформирования политики здравоохранения наблюдаются в настоящее время во всех странах Европы и США. Многие страны Западной Европы пересматривают свои системы здравоохранения в поисках альтернативных стратегий финансирования и предоставления медицинских услуг более эффективным и справедливым образом. Так в ряде случаев, страны приняли комплексные программы реформирования здравоохранения (Великобритания и Германия).

В других странах были внедрены ограниченные стратегии проведения реформ, направленных на решение конкретных проблем в области здравоохранения. В Восточной Европе реформы стали проводиться под влиянием политических изменений после распада

¹⁵⁵ A cross-national comparison and taxonomy of DEA - based hospital efficiency studies / O' Neill Lalal // Socio-econom. planning sciences. – Oxford etc., 2008.- Vol. 12. - N 3. - p.158 – 189.

бывшей советской системы. Некоторые модели и идеи реформирования пересекли национальные границы.¹⁵⁶

На формулирование стратегии развития здравоохранения влияют два типа внешних факторов – сложившиеся ценности и макроэкономические факторы.

В странах, где на общества сильное влияние оказали радикальные и ориентированные на рынок концепции 80-х годов, медицинское обслуживание во все возрастающей степени рассматривается как товар, который можно покупать и продавать на открытом рынке. Эта концепция делает акцент на эффективность, которую рыночные стимулы могут привнести в систему предоставления медицинских услуг, а также на тот вклад, который, как считается, эти стимулы вносят в сдерживание будущего роста расходов на здравоохранение. Отметим, что «концепция, в соответствии с которой медицинские услуги рассматриваются как рыночный товар, не была принята ни в одной европейской стране».¹⁵⁷

Вторым, не менее мощным фактором, влияющим на выбор стратегии здравоохранения, является структура и состояние национальной экономики в целом. В Западной Европе макроэкономическая политика во все большей степени отражает глубокую озабоченность относительно конкурентоспособности каждой отдельной страны в период регионализации и глобализации промышленного производства и торговли.

Еще одним фактором, оказывающим влияние на макроэкономическую политику государств – членов Европейского союза, являются критерии для вхождения в европейский монетарный союз, принятые в Маастрихте. Оба эти фактора привели к тому, что определяющие экономическую политику лица стали призывать к резкому снижению расходов на общественный сектор, особенно на службы социального обеспечения, в том числе и на здравоохранение. Объяснением резкого снижения государственных ассигнований на нужды сектора здравоохранения в странах СНГ может служить уменьшение ВВП, которое является отражением происходящих изменений в экономике.

Успешность функционирования национальных систем здравоохранения зависит от множества факторов (таблица 3.1). Немаловажным условием является выбранная модель организации и финансирования здравоохранения.¹⁵⁸

Таблица 3.1 Классификация систем здравоохранения

Система здравоохранения (по способу организации)	Система здравоохранения (по методу финансирования)
Частное медицинское страхование – финансируется	Рыночная система здравоохранения в

¹⁵⁶ Хижный Э. Государственная защита граждан в странах Западной Европы. М., 2006. 272 с

¹⁵⁷ Полтерович В. М. Современное состояние теории экономических реформ // Пространственная экономика. 2008. № 2. С.42.

¹⁵⁸ Петросян С. Л. Основные системы здравоохранения зарубежных стран. Воронеж, 2007. 431 с.

работодателем или самим гражданином, услуги оказываются частными организациями (США)	рамках рыночной экономики (США)
Социальное медицинское страхование – страховые взносы на основе дохода, услуги оказываются организациями частного и государственного сектора (страны Европы)	Смешанная система здравоохранения в рамках рыночной экономики (развитые страны)
Бюджетная медицина – финансируется за счет налогов, услуги оказываются в основном государственными учреждениями (Великобритания)	Государственная система здравоохранения в условиях рыночной экономики (Великобритания)

Источники : Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН, 2008.

Опыт большинства стран показывает, что глубокие социально-экономические и политические преобразования обнажают ряд социальных проблем, требующих преобразований (реформирования) в отрасли, пересмотра структуры управления и финансирования.¹⁵⁹

Таблица 3.2 Пределы развития систем здравоохранения

Системы здравоохранения	Пределы развития
Рыночная	Ограниченность доступа по финансовым причинам. Высокозатратная.
Смешанная	Баланс между составными элементами все время нарушается
Государственная	Неравенство воспроизводится в общих условиях рынка, снижая выравнивающий результат системы здравоохранения

Особенно в условиях кризиса национальная модель демонстрирует устойчивость системы здравоохранения к происходящим переменам. Так, реформирование в системе здравоохранения, во многих странах, позволило расширить финансовые возможности отрасли, обеспечить дополнительный сервис медицинских услуг, обеспечить функционирование отрасли.

В каждой стране существуют специфические организационные формы оказания медицинской помощи, которые являются ключевыми показателями нормативных ценностей общества (таблица 3.2). В здравоохранении применяется особый механизм хозяйствования, который базируется на природе медицинской услуги, являющейся сущностью и основой формирования всей системы. Он диктуется дихотомией двух начал: экономической эффективностью и социальной справедливостью. Социальная справедливость в здравоохранении проявляется, прежде всего, во всеобщей доступности медицинских услуг. Она

¹⁵⁹ Пат Т., Хартер Д. Пять элементов благополучия: Инструменты повышения качества жизни. – М.: Альпина Паблишер, 2001.

может быть обеспечена путем введения системы общественного здравоохранения, основанного на принципе общественной солидарности. В некоторых обществах лечебно-профилактические услуги, предоставляемые в рамках этой системы, рассматриваются, главным образом, как общественное благо, от пользования которым в выигрыше остаются все граждане. Другой ценностью аналогичного характера является принцип общественной солидарности, в соответствии с которым, основное бремя покрытия расходов на медицинское обслуживание намеренно перекладывается с пожилых, бедных и больных людей на молодых, богатых и здоровых, с тем, чтобы обеспечить предоставление необходимой медицинской помощи всем членам общества.¹⁶⁰ Однако в тех обществах, на которые оказали сильное влияние радикальные и ориентированные на рынок концепции, медицинские услуги во все возрастающей степени рассматриваются как покупаемый и продаваемый товар. Эта концепция делает акцент на эффективность, которую рыночные стимулы могут привнести в систему предоставления медицинских услуг, а также на вклад, вносимый этими стимулами в сдерживании будущего роста расходов на здравоохранение. Тем не менее, концепция, в соответствии с которой медицинские услуги рассматриваются как рыночный товар, не была принята ни одной европейской страной, хотя и обсуждалась. Действительно, гуманистический характер здравоохранения сформировался в человеческом сообществе на самых ранних этапах становления цивилизации и не может строиться на экономических законах, присущих более поздним экономическим формациям. Это противоречит законам исторического развития человечества еще и потому, что специфика здравоохранения не позволяет ставить его огульно в один ряд с другими сферами национального хозяйства, подчиняющимся законам рынка.

Таким образом, в конце прошлого века правительства многих европейских стран, а также США и Канады приступили к пересмотру структуры управления в системах здравоохранения.¹⁶¹

Основными направлениями реформирования национального здравоохранения является в большинстве стран курс на децентрализацию и делегирование некоторых государственных функций региональным и муниципальным органам власти и некоторых функций частному сектору. В некоторых случаях принимались решение более широкого использования стимулов рыночного характера, оставляя за государственными структурами функции управления. Организация функционирования планового рынка такого типа сыграла важную роль в реформе здравоохранения в Великобритании, Испании, Италии, Финляндии Швеции, а также в различных странах Центральной и Восточной Европы.¹⁶²

160 Григорьева Н. С. К вопросу о понимании современной европейской социальной политики: От минимальных стандартов к социальному качеству: Научный доклад // Проблемы современного государственного управления в России. М. : Научный эксперт, 2007. Вып 7.

161 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее: чем когда-либо. ВОЗ, 2008. Режим доступа:

162 Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 335 с.

В конце прошлого столетия в организации здравоохранения большинства стран мира накопилось множество проблем. К ним относятся проблемы, связанные с ухудшением состояния здоровья, качества оказываемой медицинской помощи и проблемы, обусловленные тем, каким образом страны финансируют свои службы здравоохранения и организуют медицинское обслуживание. Понятие «ухудшение состояния здоровья» характеризуется ростом числа выявленных заболеваний, дней нетрудоспособности по болезни, численностью инвалидов в общей массе граждан. Однако это явление представляется вполне закономерным, так как во всем мире растет средняя продолжительность жизни. С одной стороны, старость несет с собой не только болезни, которые уже имели место, но и новые. Можно предположить, что дальнейший прогресс в медицине позволит сохранять жизнь, в современном понимании, безнадежно больным людям и будет вести к дальнейшему росту средней продолжительности жизни. Однако это потребует еще большего объема медицинской помощи и, как следствие, роста затрат на ее обеспечение. Поэтому диссонанс между состоянием здоровья населения и объемом и качеством медпомощи создает проблему, требующую своего разрешения путем внесения каких-либо изменений в организацию здравоохранения. Поэтому многие правительства различных стран мира проводят в настоящее время анализ своих систем здравоохранения, а также приемлемости используемых ими подходов к организации, финансированию и оказанию медицинской помощи в целях поддержания и восстановления здоровья своих граждан.¹⁶³

Меры, принимаемые странами Европейского региона для обеспечения безопасности и надлежащего качества медицинских услуг, весьма различны, так как функционирующие сегодня системы здравоохранения не были созданы сразу в их современной форме,

Таблица 3.3 Объем ВВП и ожидаемая продолжительность жизни

Страна	ВВП на душу населения доллары США	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, годы	Расходы на медицинское обслуживание на душу населения, доллары США
Россия	6744	67	743
Австралия	21292	77	2392
Австрия	22135	77	2546
Бельгия	22217	77	2602
Болгария	4989	71	705
Великобритания	19533	77	2120
Венгрия	9326	70	909
Германия	21336	76	3015
Дания	23147	75	2078

163 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее. Чем когда-либо. ВОЗ. 2008.

Италия	20254	78	2736
Канада	22743	78	2437
Мексика	7184	72	-
Нидерланды	21041	78	2621
Норвегия	25481	78	2737
Польша	6887	70	855
Румыния	6597	70	285
США	27840	76	3154
Турция	6001	67	311
Финляндия	19604	76	2116
Франция	20396	78	4467
Швейцария	24943	78	2863
Швеция	19942	79	2308
Япония	23987	80	3647

Источник: OECD Health Data. 2010.

постепенно развивались и менялись в течение длительного времени в соответствии с национальными требованиями и возможностями.¹⁶⁴

Для того чтобы составить более четкое представление о преимуществах и недостатках различных систем организации и экономики здравоохранения необходимо изучить и проанализировать системы, функционирующие в различных странах мира, и сопоставить их с точки зрения эффективности и соблюдения принципов социальной справедливости в оказании медицинской помощи. При всех различиях, существующих между системами здравоохранения, людям приходится платить за свое здоровье, что происходит либо путем взимания специальных налогов, либо оплатой различного рода страховых полисов, либо оплатой непосредственно из своего семейного бюджета.

В различных странах мира объем затрат на здравоохранение сильно варьирует и для того, чтобы охарактеризовать уровень развития системы здравоохранения страны, его соотносят с валовым внутренним продуктом (ВВП).¹⁶⁵ Гарантированный объем услуг напрямую зависит от уровня расходов на здравоохранение. Поэтому одной из задач любого правительства является обеспечение тем или иным способом определенной доли ВВП, расходуемой на здравоохранение (таблица 3.3). Однако прямая взаимозависимость данных показателей не выявлена и вряд ли существует.

Таблица 3.4 Показатели здравоохранения по отдельно развитым странам

	США	Канада	Великобритания	Германия	Франция	Россия
Общие расходы на здравоохранение,% ВВП	15,3	10,0	8,2	10,6	11,0	5,3
Доля госрасходов, в общих расходах на здравоохранение,%	45,8	70,4	87,3	76,9	79,7	63,2
Доля частных расходов в общих расходах	54,2	29,6	12,7	23,1	20,3	36,8

¹⁶⁴ Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы. ВОЗ – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2010. С.22

¹⁶⁵ Зурке М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития в странах Восточной Европы и Центральной Азии. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. XXX- 27. 247 с.

на здравоохранение, %						
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	78	81	80	80	81	66
Ожидаемые годы здоровой жизни при рождении, лет	70	73	72	73	73	60
Смертность взрослого населения в возрасте 15-60 лет на 1 тыс. населения	108	72	89	80	89	312
Заболеваемость активным туберкулезом, на 100 тыс. населения	3,0	4,0	12	5,0	11,0	125

Таким образом, влияние финансового наполнения системы здравоохранения не всегда приносит улучшение значений показателей социального благополучия, таких как рост продолжительности жизни, снижение заболеваемости и т. д. (таблица 3.4).¹⁶⁶

Чтобы составить представление об организации здравоохранения, необходимо в первую очередь охарактеризовать механизм финансирования системы здравоохранения (принцип сбора средств для финансирования медицинской помощи).

Одним из наиболее характерных источников финансирования здравоохранения является государственный бюджет. В таком случае формируется государственная система здравоохранения, которая финансируется из общих налоговых поступлений и гарантирует медицинскую помощь всем категориям населения. При этом основная часть лечебных учреждений принадлежит государству, управление осуществляется центральными и местными органами власти.

Подобный принцип положен в основу создания систем здравоохранения в странах Запада, где существуют государственная система здравоохранения (Великобритания, Италия, Ирландия, Норвегия, Швеция, Дания, Испании, Португалия, Бразилия) и система здравоохранения, основанная на страховании здоровья с той или иной долей участия государства в финансировании и управлении системой страховой медицины: (Франция, Германия, Нидерланды, Бельгия, Австрия), а также Япония.¹⁶⁷ Несмотря на определенную ориентацию в финансировании здравоохранения, нельзя утверждать о наличии «чистой» модели системы здравоохранения. В странах Западной Европы государственное здравоохранение либо менее жестко ограничивало, либо совсем не ограничивало возможности для параллельного существования частного предпринимательства в здравоохранении. Государственная система здравоохранения финансируется из общих налоговых поступлений в государственный бюджет и охватывает все категории населения. Все или основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление и планирование осуществляется центральными и местными органами власти. Государственная система финансирования здравоохранения обеспечивает доступность медицинской помощи для всех

¹⁶⁶ Мировая статистика здравоохранения 2010. ВОЗ. ВОЗ: продолжительность жизни в Европе увеличилась // RG RU. Российская Газета [сетевое издание]. URL: <http://www.rg.ru/2013/03/14/zdorovie-voz-site-anons.html> дата посещения: 25.02.2013].

¹⁶⁷ Кучеренко В. З Социальное страхование в системе социальной защиты населения европейских стран // Главврач. 2007. № 3. С. 97–107.

категорий населения. Государственные субсидии (бюджетные поступления) в систему здравоохранения осуществляются в виде государственных трансфертов. С их помощью государство добивается оптимизации индивидуального потребления, в то время как при государственных закупках происходит перераспределение ресурсов от частного потребления товаров и услуг к общественному потреблению.

В Великобритании, Италии, Швеции и Канаде бюджет правительства является важным источником средств для службы здравоохранения, редко бывает, чтобы на их долю приходилось меньше 60 % от общих расходов этого сектора, а иногда этот показатель достигает 90 %.¹⁶⁸

Из государственного бюджета Великобритании покрывается почти 90 % расходов на медицинское обслуживание, в Швеции – 91 %, в Италии – 87 %, в Канаде – 76 %.¹⁶⁹

Однако наличие единственного, крупного источника финансирования порождает ряд серьезных проблем. Так, проблема нехватки ассигнований на здравоохранение проявляется в Великобритании намного острее, чем в других странах. Ресурсный дефицит сказывался в наличии больших очередей на госпитализацию.

Таким образом, система «социализированной медицины», как сейчас ее называют, гарантирует, на первый взгляд, равный доступ всем гражданам к необходимой по объему и качеству медицинской помощи. Однако государству приходится вмешиваться в процесс потребления медицинских услуг посредством введения механизма нормирования. При всеобщей доступности медицинских услуг некоторые группы населения имеют преимущественное положение по отношению к другим. Так жители процветающих в экономическом отношении регионов имеют преимущества, поскольку большая часть врачей предпочитает также практиковать в этих регионах. Несомненно, что лица с высоким уровнем дохода находятся в более выгодном положении, так как могут избежать ожидания в очереди, воспользовавшись услугами частного страхования, оплачивая медицинские услуги собственных средств.

Наиболее показательной страной с системой бюджетного финансирования является Великобритания. В службу здравоохранения Великобритании входят медицинские учреждения. Из бюджета страны оплачивается также целая сеть частных медицинских учреждений и институтов, контролируемых государством.

Система здравоохранения в Великобритании возглавляется Национальной службой здравоохранения (НСЗ), которая была создана в конце 40-х годов прошлого столетия. Создание этой службы было обусловлено несколькими факторами: во-первых, после войны в стране отмечался национальный подъем, объединивший нацию по многим вопросам, во-вторых,

¹⁶⁸ Мировая статистика здравоохранения. 2010. ВОЗ.

¹⁶⁹ Скворцова Е. С. Национальная система здравоохранения в Италии // Здравоохранение РФ. 1987. № 4. С.42-44.

участие Великобритании в войне потребовало быстрого восстановления от последствий войны, как военнотружущих, так и гражданского населения, что могло быть достигнуто за счет максимально возможного финансирования и централизации медицинской помощи. Опыт войны потребовал от британского правительства радикального пересмотра системы оказания медицинской помощи. Перспектива развития британского здравоохранения ориентированного на социальную солидарность была поддержана широкими слоями британского общества.¹⁷⁰

Современная система здравоохранения Великобритании связана с именем У. Бевериджа, который в еще в 1942 году в своем докладе парламенту Великобритании заложил основы современной системы социального обеспечения Великобритании. В докладе была обоснована необходимость создания Национальной системы здравоохранения (НСЗ), гарантирующей населению бесплатное медицинское обслуживание, основанное на принципах справедливости и доступности. Существующая система здравоохранения, основанная на частном и добровольческом секторах, не способна была обеспечить оказание услуг всем нуждающимся. Национализация здравоохранения Великобритании в тот период времени была шагом на пути модернизации.¹⁷¹ Национальная система здравоохранения неоднократно подвергалась реформированию, которое было обусловлено:

- наличием сильной идеологической линии – политические партии имели выраженную позицию изменений по вопросам организации здравоохранения;

- соблюдением цикла принятия управленческих решений: сначала готовился документ, в котором содержится оценка состояния системы на данный момент, проводится его обсуждение с участием заинтересованных сторон, выявляются проблемы и пути их решения, определяются приоритеты; принятием закона и определением даты вступления его в силу (таблица 3.5).

Таблица 3.5 Изменение модели Национальной службы здравоохранения в Великобритании

Параметры	Модель 1948 г.	Новая модель
Ценности	Бесплатная помощь при наличии потребности	Бесплатная помощь при наличии потребности
Расходы	Определяются ежегодно	Планируются на 3-5 лет
Национальные стандарты	Отсутствуют	Национальный институт клинического совершенствования
Оказание услуг	Монополия государства	Множество организаций (государственные, частные, некоммерческие)
Кадры	Жесткие профессиональные разграничения	Современные гибкие профессионалы, работающие в интересах пациента
Пациенты	Не имеют выбора услуг	Выбор услуг, врача, места лечения
Система	сверху вниз (централизация)	Акцент на первичную медицинскую помощь
Доступность	Длительное время ожидания приема врача	Предварительная запись

¹⁷⁰ Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Опыт реформы здравоохранения в Великобритании // Медицинская газета. 1997. 4 апреля.

¹⁷¹ Lister J. The NHS after 60/ For patients or for profits L.: Middlex University Press, 2008

Источник: NHS Plan. 2004. Григорьева Н.С.; Реформы российского здравоохранения: варианты развития. 2008. Чубарова Т.В.

Для обеспечения действия закона создаются ряд условий: еще на этапе разработки закона все заинтересованные стороны понимают, что закон необходим именно для решения проблемы, а не для фиксации механизмов; создание институтов для анализа и оценки внедряемых новых технологий и клинических практик в системе здравоохранения.

До 2008 года Национальная служба здравоохранения Великобритании претерпела не менее пяти преобразований на организационном уровне.

Современная Национальная служба здравоохранения включает в себя стратегические органы здравоохранения, трасты первичного медицинского обслуживания, врачей общей практики.

Наряду с национальной службой здравоохранения, существует и частный сектор, который незначителен в общей практике, но имеет большой вес на уровне оказания вторичной медицинской помощи. Врачи общей практики работают по контракту с отделами семейной медицины в рамках национальной службы здравоохранения. В настоящее время частная медицина в Англии обслуживает около 9 % пациентов страны. Для больниц существуют ограничения на получение частных средств. В то же время по некоторым оценкам, одна из лучших больниц в Великобритании Royal Marsden получает 25 % своего дохода от частных пациентов.

Почти все население Великобритании охватывается существующей системой здравоохранения. Предоставляемые медицинские услуги являются доступными и, в основном, бесплатными, за исключением некоторых случаев частичной оплаты самими пациентами зубоврачебной помощи и некоторых лекарств.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения осуществляет контроль за распределением бюджета, формирование которого осуществляется на 90 % за счет налоговых поступлений, 6 % взносов населения и около 4 % поступлений за счет платных видов медицинской помощи.¹⁷²

Управление здравоохранением представляет собой специальный правительственный департамент, которому подчинены региональные комитеты здравоохранения. Эти комитеты планируют деятельность здравоохранения, подбирают медицинские кадры, управляют фондами.

Распределение финансов происходит сверху вниз по управленческой вертикали – сначала в региональные службы, затем в округа, города и конечном итоге, - в медицинские учреждения. Доля расходов на здравоохранение составляет 7,5 % ВВП. Несмотря на это, НСЗ по-прежнему сталкивается с серьезными финансовыми затруднениями. В 2006 г. дефицит бюджета составил,

172 Martin D. Billions Squandered as NHS Fails to Deliver // Daily Mail. September 12. - 2007.

по официальным данным, до 700 млн. фунтов, а по оценкам независимых экспертов – до 1 млрд.¹⁷³ Для преодоления недофинансирования отрасли бюджет НСЗ постоянно увеличивается. Так по прогнозам, для поддержания нынешнего уровня медицинских услуг к 2025 г., по некоторым оценкам, бюджет НСЗ придется увеличивать втрое. Зависимость здравоохранения от бюджетного финансирования ограничивает возможности медицинских учреждений в приобретении современной лечебно-диагностической аппаратуры, внедрения новейших медицинских технологий и заставляет искать по возможности экономически более приемлемые формы медицинского обслуживания населения. Централизованная система организации и финансирования здравоохранения является, в известном смысле, консервативной и неспособной быстро реагировать на изменения потребностей медицинского обеспечения населения. Возрастающий спрос на качественное медицинское обслуживание, рост санитарной культуры населения, сопровождающийся повышением внимания к своему здоровью, выдвигает целый ряд серьезных требований к системе здравоохранения. Это вынудило страну пойти на эксперимент с внедрением страховой медицины и частных медицинских услуг.

Британское общество по-прежнему разделяет основные цели и этические принципы, которые были заложены в НСЗ при ее создании. Британцы гордятся своей системой и настороженно воспринимают любые предложения о ее реформировании по другим образцам. Так, сокращение числа больниц и количества коек, обернулось большими очередями на госпитализацию даже экстренных больных. По некоторым оценкам, онкологическим больным приходится ожидать начала лечения до восьми месяцев.¹⁷⁴ Задержка в предоставлении лечения является существенным риском для здоровья пациентов. Сокращение заработной платы, а соответственно рабочей недели для терапевтов, обернулось недоступностью медицинской помощи для пациентов в вечернее время и в выходные дни. Для выхода из этого кризисного состояния государственная медицина позволила арендовать частным медикам хирургические отделения, палаты этих отделений, операционные. Страховые же денежные средства вливались в государственную медицину, и здравоохранение приняло бюджетно-страховую форму, оставаясь государственным. Вместе с тем, национальная служба здравоохранения Великобритании является одной из наиболее доступных по сравнению с аналогичными службами других экономически развитых государств Европы.

Реорганизации в системе финансирования здравоохранения, ставят своей целью повышение эффективности и усиления внимания к профилактической медицине. Для этих целей специальными фондами были организованы трастовые больницы и общие врачебные практики на территориях с численностью обслуживаемого населения более 8 тыс. чел. Такие

173 Klein R. The Troubled Transformation of Britain's National Health Service // *New England Journal of Medicine*. - 2006. - № 355 - P. 409-415.

174 Goodman John C. Health Care in a Free Society: Rebutting the Myths of National Health Insurance // *Cato Policy Analysis*. January 27. - 2005. - № 532.

общие врачебные практики могли предоставить дополнительные услуги на контрактной основе, что включало, прежде всего, расширение диапазона диагностических процедур, а также консультации различных специалистов.

Исследования общественного мнения в Великобритании показали, что 60 % населения выступает за сочетание государственной и частной медицины при главенствующем положении государственного здравоохранения; 37 % - за сохранение только государственной медицины и 3 % - за наличие в стране частной медицины.¹⁷⁵

Таким образом, Национальная служба здравоохранения Великобритании стоит на рубеже новых реформ. Идеи новых реформ – необходимость лучше учитывать интересы пациентов и оказывать услуги, отвечающие потребностям и ожиданиям населения, повышение их качества. В свете предстоящих реформ необходимо:

- совершенствование государственного управления услугами НСЗ;
- усиление общественного воздействия на принятие решений;
- либерализация оказания услуг в НСЗ;
- усиление общественного здравоохранения;
- реформирование первичного звена НСЗ.

Внутри системы НСЗ произойдут существенные изменения. Так, полномочия по покупке услуг будут переданы врачам общей практики. Стратегические органы здравоохранения и трасты первичной медицинской помощи будут ликвидированы. Врачи общей практики объединятся в группы для покупки услуг (врачей специалистов, иных услуг) для пациентов.

Частному сектору здравоохранения предоставляются большие возможности в конкуренции с государственными медицинскими учреждениями. Больницам будет предоставлена большая финансовая и оперативная автономия, путем ликвидации различных регулирующих инстанций.

Таким образом, предстоящие преобразования позволят принимающим решения по поводу распределения бюджета, быть также и его держателем и нести ответственность за предпринимаемые действия, переходом системы здравоохранения основанной на бюрократических началах, к системе, основанной на результате, расширение возможностей пациентов при выборе врача и больницы.

Шведская система здравоохранения является общественно финансируемой национальной системой. Более 90 % всех ее расходов покрывается общественными источниками финансирования. Индивидуальные платежи граждан составляют около 3 % всех расходов на здравоохранение. Шведская система здравоохранения включает в себя три уровня: национальный, региональный, муниципальный. Центральное правительство в лице

175 Григорьева Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества // Мир перемен. 2008. №1. С. 82-95.

Министерства здравоохранения и социального обеспечения является ответственным за развитие системы здравоохранения страны. Децентрализация - основная концепция развития организации и управления этой системы. Кроме некоторых вопросов национальной политики развития здравоохранения, законодательства и надзора, ответственность за здравоохранение лежит на региональных и местных правительствах.

Процесс вертикальной децентрализации управления в системе здравоохранения регулировался законами о здравоохранении. В соответствии с этими законами ответственность, за финансирование и оказание всех медицинских услуг была передана от центрального уровня региональному. Кроме этого, данные законы определяли принципы планирования и развития региональных систем здравоохранения: планирование должно основываться на потребностях населения в услугах здравоохранения и включать в себя планирование услуг, оказываемых как государственными, так и частными производителями.

Законами регулировалась ответственность за финансирование и оказание долгосрочной медицинской помощи определенным группам населения (престарелым, инвалидам и психическим больным) от региональных властей муниципальным. При этом большая часть расходов на здравоохранение покрывается взимаемыми на региональном уровне налогами (75 % всех расходов на здравоохранение).

Процесс децентрализации управления был осуществлен до уровня медицинского учреждения. Несмотря на то, что в Швеции большинство производителей медицинских услуг являются государственными и находятся в собственности региональных властей, они обладают самостоятельностью в принятии решений по оперативному управлению. Совет больницы может самостоятельно выбирать методы и формы управления больницей в рамках взятых перед региональными властями обязательств по предоставлению медицинской помощи. Приватизация медицинских учреждений в целом по стране не получила широкого распространения, хотя некоторые регионы приватизировали достаточно большое количество учреждений.

В результате процесса децентрализации за различными административными уровнями были закреплены следующие обязательства в сфере развития системы здравоохранения.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения определяет политику развития здравоохранения, подготавливает законопроекты необходимые для функционирования здравоохранения, распределяет находящиеся в его распоряжении финансовые ресурсы, контролирует деятельность региональных советов. Министерство отвечает за проводимые научные исследования в области здравоохранения, а также за основную часть обучения и подготовки кадров для отрасли. Правительство по предложению Министерства здравоохранения и социального обеспечения устанавливает некоторые

ограничения уровней региональных и муниципальных налогов, предназначенных на финансирование здравоохранения, а кроме того, устанавливает ставки взносов на социальное страхование. Одна из основных задач Министерства — обеспечивать эффективное функционирование системы здравоохранения в соответствии с поставленными целями.

Министерство здравоохранения и социального обеспечения часть своих функций передало самостоятельным государственным и негосударственным организациям. Основной задачей этих организаций является обеспечение управления и реализация решений правительства в определенных сферах здравоохранения.

Национальный совет по здравоохранению и благосостоянию является агентством при центральном правительстве и выполняет контролируемую функцию. Важнейшими задачами Совета являются оценка оказанных услуг с целью установления соответствия критериям, определенным центральным правительством, и контроль качества медицинской помощи посредством проведения лицензирования медицинского персонала.

Национальный совет по медицинской дисциплине решает вопросы о возможности применения дисциплинарных мер в случаях жалоб пациентов.

Анализ деятельности системы здравоохранения проводится институтом развития услуг в системе здравоохранения. Основными направлениями работы данного института являются совершенствование системы планирования развития системы здравоохранения, как на национальном, так и региональном уровнях и разработка мероприятий по повышению эффективности функционирования системы. Институт является совместной собственностью центрального правительства и регионального совета.

Центральное правительство устанавливает некоторые нормативы в сфере здравоохранения, выполнение которых является обязательным для региональных и муниципальных властей: схема оплаты пациентами медикаментов, возмещаемой за счет средств национальной системы социального страхования; максимальный размер индивидуальных доплат граждан за медицинские услуги; стоимость одного койко-дня в региональной больнице.

В целях координации деятельности региональных и муниципальных органов власти на национальном уровне созданы Федерация Региональных Советов и Ассоциации местных властей.

Региональные советы в соответствии с законом о здравоохранении ответственны за систему оказания медицинской помощи, в сферу компетенции региональных властей входят также вопросы регулирования рынка частных медицинских услуг путем выдачи разрешений на открытие частного учреждения и утверждение системы оплаты его услуг за счет общественных средств.

Для более оптимальной деятельности в сфере здравоохранения, каждый регион делится на несколько территорий, каждой из которых делегируется ответственность за состояние здоровья населения в этом районе. Каждая территория обслуживает население численностью более 1 млн. человек.

Такое территориальное деление регионов было вызвано объективными причинами. Так, одной из причин послужило желание развить кооперацию между регионами в сфере предоставления высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи. По соглашению между регионами на уровне шести территорий были организованы высокоспециализированные стационары.

В сфере здравоохранения муниципалитеты ответственны за предоставление медико-социальной помощи престарелым: содержание общественных домов сестринского ухода и предоставление помощи на дому; предоставление медико-социальной помощи инвалидам; предоставление долгосрочной психиатрической помощи посредством совершенствования условий проживания психически больных людей, обеспечения медико-социальной поддержки и нахождения возможных вариантов трудоустройства для незанятых трудоспособных граждан. Муниципалитеты не подчинены региональным советам. Поэтому, передача ответственности за сохранение и улучшение состояния здоровья населения различным уровням управления не всегда была адекватно поддержана передачей необходимых финансовых ресурсов.

Национальная служба Испании жестко лицензирована.¹⁷⁶ Все вопросы, касающиеся здравоохранения, переданы автономным территориям, а вся служба управления здравоохранением сформировалась из центральной администрации и региональных органов здравоохранения на уровне автономных территорий. Национальная служба здоровья регламентируется Законом о здравоохранении. Закон о здравоохранении регулирует и определяет ряд приоритетных направлений, среди которых следует отметить следующие:

- расширение властных функций на местах по оказанию медицинской помощи;
- обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи, которая уже охватывает почти все население;
- смену источников финансирования здравоохранения (замена отчислений по линии социального обеспечения финансированием за счет общих налогов).

Изначально ресурсы социального обеспечения предназначены только для малоимущих и бездомных граждан. Испанская система здравоохранения финансируется на 80 % из общих налогов и на 20 % - из фондов социального обеспечения. Поскольку финансирование в настоящее время децентрализовано, то примерно половина бюджета расходуется на уровне

176 Htrmandez Quevedo C. Health Inequalities in the Decntralized Spanish Health Care System // Eurohealth. 2007. Vol. 13. N 3.

региона. Территориальные границы предоставления услуг здравоохранения выстроили четкую зависимость между постоянным местом проживания и правом на получение медицинской помощи.¹⁷⁷ Более трети всех расходов падает на частный сектор.

На государственную систему страхования Испании отводится примерно три четверти всего финансирования здравоохранения, при этом на общественный сектор приходится большая часть поликлинической сети и большая часть госпитальных коек. Для группы населения с высокими доходами (6 %) наряду с общественным здравоохранением, существуют и частный сектор.

В отличие от британской или французской моделей в Испании центры первичной медицинской помощи объединяют офис врача, административные службы и службы ухода за больными и престарелыми. В большинстве городов имеется разделение на районы (численностью примерно 200 тыс. чел.). Каждый такой район имеет определенное количество центров, в которых работают врачи общей практики, педиатры и несколько медицинских сестер. Врачи общей практики работают и в общественной системе здравоохранения, и в частном секторе. Для системы здравоохранения Испании характерно отсутствие общей системы координации на различных уровнях медицинского обеспечения.¹⁷⁸

Принципы реформ в системе здравоохранения Бразилии были сформулированы на 8-й национальной конференции по здравоохранению. К ним относятся: обеспечение равного доступа к медицинским услугам; создание системы здравоохранения, охватывающей вопросы профилактики, формирования здорового образа жизни и лечения заболеваний; политическая и административная децентрализация управления; передача ответственности за предоставление медицинских услуг с федерального на муниципальный уровень.

Наряду с децентрализацией управления в здравоохранении предусматривается децентрализация и в налоговой сфере: сдвиг основных налоговых поступлений с федерального уровня на региональный и муниципальный уровни. Специально созданный бюджет социального обеспечения, расходуется на финансирование здравоохранения и социальной помощи, выплату пособий по безработице. В Бразилии законодательно установлено, что на здравоохранение должно тратиться 30 % этого бюджета.

В Бразилии общественные расходы на здравоохранение составляют 74 % общих расходов на здравоохранение. Большинство стационарных услуг, предоставляемых в рамках финансирования единой системы здравоохранения (ЕСЗ), оказываются частными больницами (80 % больниц, работающих в рамках ЕСЗ, являются частными). В

¹⁷⁷ A comparison of the health status and health care utilization patters between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survery. C Hernandez Quevedo, Jimenez Rubio. September 2008. P. 8.

¹⁷⁸ Health for all, all in health. European Experiences and Strategies Against Social Exclusion of Immigrant People by Health care services. International migration and health care policy in Spain. Josep M. Comelles Bardaji Ruiz. Laura Mascarellas, Xavier Allue. - P. 99-104

амбулаторно-поликлиническом звене наблюдается обратная тенденция — 75 % амбулаторно-поликлинических учреждений являются государственными.

Для координации деятельности органов управления здравоохранением различных уровней создана Трехсторонняя комиссия, состоящая из равного количества представителей Министерства здравоохранения, Национального совета секретариатов штатов по здравоохранению, Национального совета муниципальных секретариатов по здравоохранению.. Основная функция этой комиссии — подготовка политики и стратегии развития и функционирования ЕСЗ.

Национальный совет по здравоохранению является общественной организацией с политической ответственностью, постоянной консультативной структурой.

Финансовое управление здравоохранением на федеральном уровне осуществляется Национальным фондом здравоохранения, которым руководит Министерство здравоохранения, и который находится под надзором Национального совета по здравоохранению.

На региональном уровне структура управления здравоохранением повторяет федеральную структуру. В силу того, что процесс децентрализации управления в здравоохранении в основном предусматривал передачу большинства функций от федерального уровня непосредственно к муниципальному уровню, роль регионов осталась весьма ограниченной и недостаточно четко определенной.

На местном уровне, в соответствии с концепцией реформ бразильской системы здравоохранения и регулирующими процесс децентрализации «Специальными операционными нормами», практически вся ответственность за управление системой здравоохранения последовательно передается на уровень муниципалитетов.

Одной из основных сложностей процесса децентрализации управления в здравоохранении Бразилии являлась культурная, экономическая и политическая неоднородность регионов и муниципалитетов. Существуют большие различия как между штатами, так и между муниципалитетами в рамках одного штата. Отличительной чертой процесса децентрализации управления в системе здравоохранения стало то, что он в значительно большей степени, чем в других странах, опирается на процесс переговоров, создание специфических структур для их проведения и на необходимость достижения согласованности. Это зачастую замедляет процесс децентрализации, не позволяет найти единообразные формы организации и управления региональными и муниципальными системами здравоохранения.

Система здравоохранения Китая сформировалась в конце 70-х годов XX века и представляла собой своеобразную систему, обслуживающую все население. Государство, следуя путем всеобщей мобилизации в области санитарного просвещения и обучения основам гигиены, создавая структуру национальной системы здравоохранения, состоящую из

городского и объединенного сельского здравоохранения, смогло обеспечить все население недорогими и действенными услугами системы здравоохранения.¹⁷⁹

«Китайская модель» - позволила обеспечить базовые потребности в сфере здравоохранения и удерживать быстрый и поступательный рост уровня состояния здоровья населения, на которое расходовалось 3 % от ВВП.

В Китае расходы государства на здравоохранение состоят из ряда компонентов, включая фонды здравоохранения, инвестиции в строительство, фонды государственного здравоохранения, расходы на высшее медицинское образование.

С начала реформ государственная политика все больше ориентируется на рыночные принципы. Если до начала реформ подавляющее большинство городских жителей имели доступ к государственной системе здравоохранения, то в ходе преобразований эти возможности были существенно ограничены (таблица 3.6).

Таблица 3.6 **Виды медицинского обеспечения в Китае (в %)**

Показатель	1995 г.	1999 г.	2002 г.
Национальное медицинское обеспечение	55,86	49,13	21,28
Коммерческое страхование	11,14	12,18	30,24
Услуги оплачиваемые население	33,00	38,69	48,48
Число опрошенных	19713	11600	19714

Источник : Chuliang L. Jingji zhuangui yu buquedingxing:weiguan shijiao // Economic Transition and Uncertainty// Economic Resear Materialis. 2004. № 9

Поскольку здравоохранение стало в основном регулироваться рынком, число людей оказавшихся вне сферы медицинского обслуживания возросло, постольку лечение для большинства жителей Китая было трансформировано в услугу, доступную для тех, кто способен ее оплатить.

Таким образом, государственная система здравоохранения, характеризуется вариативностью своего функционирования и высокой степенью доступности для большинства граждан страны.

3.2. Современное состояние и тенденции развития страховой системы здравоохранения

¹⁷⁹ Айгуо Лу Переходный период в экономике Китая и состояние здоровья нации // Управление здравоохранением. 2008. № 3 (22) .С. 63-80.

Второй путь развития здравоохранения – страховая медицина. По этому пути идет большинство стран Западной Европы – Франция, Нидерланды, Германия, Бельгия, Австрия, а также Япония, Канада и США. В государствах, где национальная система здравоохранения построена по принципу страховой медицины, в управлении здравоохранением принимают участие государственные органы власти, финансирование же осуществляется из целевых взносов работодателей, личных средств работающих и, как правило, бюджетных ассигнований из общих или целевых поступлений.

Медицинское страхование – это система, предусматривающая передачу и накопление денежных средств в виде страховых взносов в страховых компаниях. Последние при наступлении страхового случая (заболевания) производят компенсацию расходов учреждению или лицу, оказавшему медицинскую помощь. Это – смешанный источник финансирования, так как взносы поступают от работающих, работодателей и правительства. Медицинское страхование осуществляется как государственное или социальное страхование. Оно предусматривает обязательные (принудительные) взносы, производимые предпринимателями и официально работающими людьми.

Медицинское страхование охватывает отдельных граждан или группы через третью сторону, действующую в частном секторе экономики. Размер страховых взносов устанавливается с учетом расчета стоимости лечения заболеваний и пользования медицинскими услугами. К частному страхованию прибегают, как правило, люди, которые часто обращаются в медицинские учреждения. Это ведет к повышению расходов и снижению прибыли страховых компаний, высоким страховым взносам для граждан. Поэтому, правительства стремятся регулировать рынки медицинского страхования. Удельный вес взносов работодателей и работающего персонала в странах с такой системой здравоохранения составляет от 4 % до 20 % общего объема средств, расходуемых на здравоохранение. Доля участия государственного сектора в финансировании здравоохранения в этих странах различается и, например, в Финляндии и Исландии она составляет более половины. Обязательным (базовым) страхованием здоровья охвачено почти все население стран с такой системой организации здравоохранения. Частное (добровольное) страхование выступает в роли дополняющего звена к обязательному страхованию здоровья. Система страхования в этих странах управляется государственными органами власти, но в отличие от государственных систем финансируется посредством целевых взносов предпринимателей и работников.

Основанная на медицинском страховании система здравоохранения Канады представляет собой промежуточную форму между государственным (бюджетным) здравоохранением и

частным медицинским бизнесом и, как считают многие специалисты, относят к одной из лучших. В то же время, если говорить о преимущественном характере системы здравоохранения Канады, ее следует рассматривать как бюджетно-страховую, большая часть финансовых средств поступает из государственного бюджета, остальные – средства социального страхования.

Федеральное законодательство о здравоохранении гарантирует канадцам право получать любой вид медицинских услуг, независимо от уровня и финансирования программ медицинской помощи. В дополнение к федеральному законодательству, каждая провинция имеет право принимать собственные законы. Одной из важнейших функций Министерства здравоохранения Канады является контроль за соблюдением национальных принципов формирования региональных программ медицинского страхования. Основным инструментом влияния федеральных органов управления здравоохранением на региональные является система федеральных трансфертов, предназначенных для финансирования систем здравоохранения регионов. Система федеральных трансфертов изменялась в зависимости от целей, которые ставило перед собой федеральное правительство. Руководство Национальной медицинской программой осуществляют Министерство здравоохранения и государственные органы каждой из десяти провинций и двух территорий. Ответственность за организацию медицинского обслуживания населения возложена на провинции. В целом им предоставлена широкая самостоятельность в выборе методов организации и способов улучшения медицинского обслуживания.

Позитивными чертами канадского варианта системы здравоохранения, называемыми также принципами медицинского страхования и оформленными законодательно (закон о здравоохранении Канады), прежде всего, являются универсальность, комплексность и доступность.

Универсальность (всеобщность) гарантирует распространение медицинского страхования на всех жителей страны в равной степени.

Комплексность подразумевает распространение страхования на подавляющее число медицинских услуг, включая больничное обслуживание и определенные процедуры.

Доступность обеспечивает предоставление медицинских услуг застрахованным на одинаковых условиях без дополнительных оплат при получении медицинской помощи. Согласно принципу доступности расходы на лечение могут быть перенесены с одной провинции на другую.

Система здравоохранения Канады является общественно финансируемой системой, большая часть расходов на здравоохранение (69 %) финансируется из бюджетов различных уровней. При этом прямые федеральные расходы на здравоохранение, связанные с

выполнением основных возложенных на Министерство здравоохранения функций, составляют 4 % общих расходов, федеральные трансферты — 18 %, расходы регионов — 46 %, расходы муниципалитетов — 1 %. Доля частных расходов на здравоохранение составляет 31 % в общих расходах на здравоохранение.

Здравоохранение Канады финансируется из фонда федерального правительства и провинциальных фондов. Доля федерального правительства в финансировании национального здравоохранения составляет в среднем около 40 %, а провинций – 60 %. В применении к конкретной провинции доля финансирования здравоохранения зависит от численности населения и его повозрастного состава. Финансовая политика строится на принципах выравнивания стандартов медицинской помощи по всем провинциям и территориям страны. Власти провинций имеют право определять размер и принципы формирования своих фондов в зависимости от местных условий. При необходимости территориальные фонды могут привлекать дополнительные источники финансирования и за счет этого расширять гарантируемые виды медицинской помощи. Территориальные фонды формируются за счет налоговых поступлений в бюджет провинций, из которых более $\frac{1}{3}$ составляет подоходный и $\frac{2}{3}$ косвенный налоги. На нужды здравоохранения тратится $\frac{1}{3}$ территориального бюджета. Таким образом при сохранении общей стратегии руководства со стороны федеральных властей наблюдается сочетание уровней центрального и местного финансирования, что способствует выравниванию условий предоставления медицинской помощи на разных территориях. В соответствии с Конституцией, к компетенции федерального правительства в сфере здравоохранения относятся следующие вопросы: разработка политики и стратегии развития здравоохранения; обеспечение равного доступа населения к медицинским услугам посредством предоставления федеральных трансфертов; предоставление медицинской помощи отдельным группам населения (ветеранам войн, коренным народностям, проживающим в резервациях, военнослужащим, заключенным федеральных тюрем и членам федеральной конной полиции); развитие научных исследований в сфере здравоохранения и их финансирование; регулирование рынка частных медицинских услуг. В Канаде частные производители медицинских услуг, работающие в рамках общественного финансирования, не имеют права оказывать платные услуги.

К ведению региональных органов власти в сфере здравоохранения относятся: управление, организация и финансирование оказания медицинской помощи проживающим на территории региона гражданам; лицензирование медицинского персонала и планирование потребности в медицинском персонале; проведение мероприятий по общественному здравоохранению. Региональные правительства должны планировать, финансировать и производить оценку

уровня медицинского обслуживания, а также быть ответственными за управление и предоставление услуг здравоохранения жителям регионов.

Каждый регион планирует, организует и финансирует предоставление медицинских услуг на основе проводимой им оценки потребностей населения в услугах. Необходимым условием для получения федеральной поддержки является соответствие таких стратегий национальным принципам, установленным в законе о здравоохранении Канады.

В компетенцию региональных правительств входит перераспределение бюджетных средств с использованием различных критериев муниципалитетам, которые, в свою очередь самостоятельно управляют местной системой оказания медицинской помощи.

Помимо вышеназванных стран с хорошо развитой системой обязательного медицинского страхования в мире существуют и другие страны, имеющие опыт в данной сфере.

Система здравоохранения в Дании основана на принципе децентрализации. Хотя во главе этой системы и стоит Министерство здравоохранения, но оно разрабатывает стратегию и нормативные документы на основе планов развития здравоохранения в территориях (муниципалитетах), которые являются ответственными за вопросы планирования и управления учреждениями здравоохранения.

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет различного рода налогов (региональные, местные и пр.), что составляет около 85 % всей суммы, и на 15 % - за счет самих пациентов.

Вследствие различий в уровне благосостояния отдельных регионов в Дании существует специально разработанная централизованная система субсидий, позволяющая, пополнять местные ресурсы и выравнивать социальные различия в медицинском обслуживании жителей. Так, регионы с большим количеством пожилых людей и другими факторами, оказывающими негативное влияние на показатели состояния здоровья, получают дополнительные ассигнования от правительства. Особо следует отметить, что расходы на здравоохранение составляют значительную часть региональных бюджетов.

Существующая система обязательного страхования здоровья, охватывает почти все население. Страхование осуществляется по двум схемам. Первая схема страхования, которой пользуется почти 95 % населения, предусматривает для пациентов свободный от оплаты доступ к врачу общей практики, а по его направлению – консультацию специалиста или лечение в больнице. Отсутствие оплаты привлекает пациентов, но накладывает и определенные ограничения в плане четкой регламентации объема услуг, времени приема, очередности при консультации или поступления в больницу.

Вторая схема страхования дает возможность для консультации любого врача общей практики или специалиста в любое время без ограничений, но при этом пациент оплачивает 50

% стоимости услуг. Обслуживание на больничном уровне одинаково для обеих схем и пациенты за этот вид услуг не платят. Плата за лекарства также одинакова для пациентов, застрахованных по обеим схемам, и составляет 50- 75 % стоимости различных групп лекарств. Частичная оплата существует также при оказании зубоврачебной и офтальмологической помощи.

В Италии нет единой системы медицинского страхования. Почти 92 % населения застраховано в различных страховых кассах, каждая из которых оказывает медицинскую помощь той или иной категории населения. Наиболее крупной страховой компанией является национальный институт страхования, который охватывает почти половину населения страны. Государство оказывает финансовую помощь страховой медицине только при обнаружении в ней дефицита средств.¹⁸⁰

Управление здравоохранением Италии осуществляется министерством здравоохранения, которое главным образом является контролирующим органом. Министерство здравоохранения в провинциях представлено советами здравоохранения, которые обладают консультативными функциями.

Внебольничное обслуживание населения в Италии осуществляют частнопрактикующие врачи, которые заключают договорные соглашения на деятельность с органами социального и медицинского страхования.

В Колумбии только 20 % охвачено медицинским страхованием, однако на эту часть населения расходуется 60 % средств, которыми располагает сектор здравоохранения.

В Австрии централизованное управление, выработка стратегии и тактики здравоохранения, а также разработка законопроектов, касающихся охраны здоровья, лежат на федеральном Министерстве здравоохранения, спорта и защиты прав потребителя. Между центральными и местными органами здравоохранения существует определенное распределение функций. Это касается финансовых вопросов и непосредственного управления охраной здоровья на местах – эти функции переданы местным органам здравоохранения. Местные органы здравоохранения совместно с местными властями обязаны проводить в жизнь директивы, разработанные центральным руководством в рамках общей национальной стратегии охраны здоровья. В составе местных органов здравоохранения существуют отделы по материнству и детству, школьному здравоохранению, общему контролю и т.д. В Австрии медицинское обеспечение населения достигается в основном общим социальным страхованием граждан. Лечение больных проводится в центрах здравоохранения с их медицинскими учреждениями.

180 Скворцова Е. С. Национальная система здравоохранения в Италии // Здравоохранение РФ.1987. № 4. С.42 - 44.

Кроме этого значительное место в здравоохранении страны занимают частные врачи и больницы. Помимо социального страхования в Австрии имеется и (обособленное) страхование государственных служащих и пенсионеров, работников торговли и работников лесного и сельского хозяйства. Страховая медицина охватывает около 60 % населения. Все остальное население пользуется услугами частной медицины. Страховые взносы трудящихся составляют: 4,5 % от зарплаты для чиновников, 4,8 % – для конторских работников, 7,2 % – для рабочих. Пенсионеры выделяют на страховую медицину 2,5 % пенсии.

Органом управления здравоохранения в Австрии является федеральное министерство здравоохранения и охраны окружающей среды, которое занимается всеми проблемами здравоохранения государства, осуществляет руководство органами здравоохранения. На низшей ступени управления, на уровне общины - находится врач, который занимается лечебными функциями и одновременно является консультантом мэра общины по медицинским вопросам.

В ряде стран, наряду с обязательным медицинским страхованием, существует добровольное страхование, которое осуществляют частные страховые компании. Но наиболее выражены они в Австрии. В этих странах профессия врача исключительно престижна. Это в значительной мере позволяет медицине обходиться за счет страхования граждан и за счет частной практики врачей. В этих странах в управлении здравоохранением и финансировании его государство играет минимальную роль. Основную роль в этих странах играет страховая и частная медицина.

В Бельгии здравоохранение основано на обязательном медицинском страховании. Но оно обеспечивает 95 % стоимости амбулаторного обслуживания и только 75 % стационарного лечения. Всю остальную медицинскую помощь оказывают частнопрактикующие врачи, которые имеют собственные больницы. Стоимость медицинских услуг в этой стране ежегодно растет. Поэтому пациент, хотя он застрахован, вынужден часть стоимости лечения оплачивать самостоятельно.

Здравоохранением управляет министерство здравоохранения. Государство финансирует здравоохранение только на лечение малоимущего населения, которое составляет около 5 % населения страны. Министерство здравоохранения занимается в основном инспектированием санитарного и эпидемиологического состояния. Все другие функции децентрализованы, переданы другим министерствам. Так министерство труда и занятости, кроме своих прямых функций, занимается вопросами профессиональных заболеваний и профессиональной гигиены, министерство социального обеспечения ведает медицинским страхованием.

Здравоохранение Германии практически вне государственного регулирования и вмешательства. Федеральное правительство Германии играет незначительную роль в

здравоохранении, поскольку основные властные и управленческие функции (например, по больничной помощи) переданы федеральным штатам, однако законодательство о поликлинической помощи все же относится к федеральному правительству. Фактическое отсутствие жесткой централизации делает систему здравоохранения Германии весьма многообразной и приводит к повышению роли различных частных, полуофициальных и государственных организаций. На федеральном уровне за законодательство в области здравоохранения несет ответственность Министерство здравоохранения и Министерство труда и социальных дел.

Определение ресурсов, предназначенных для здравоохранения, находятся в компетенции местных властей. В пределах страховой схемы осуществляется общая плата медицинской и зубоветеринарной помощи, лекарств и предметов санитарии, госпитальной помощи и в определенных случаях, помощи на дому. Кроме того, финансовая и медицинская помощь оказывается во время беременности и родов.

Расходы на здравоохранение покрываются из разных источников: из налогов (12 %), страховых взносов работающих – 27 %, страховых взносов и прямых выплат работодателей – 15 %, а также частных страховых взносов 7 %. Около 9 % расходов на здравоохранение оплачиваются самими пациентами.¹⁸¹

Социальное страхование включает четыре составляющие: пенсионное страхование, страхование на случай болезни, страхование от несчастного случая и страхование по безработице.

Примерно 90 % населения защищены системой социального страхования, которое осуществляется, в основном, за счет взносов застрахованных и работодателей (больничное, пенсионное и страхование по безработице). Страхование от несчастного случая финансируется исключительно из взносов работодателей. Отдельные виды страхования получают государственные дотации. Размер взносов определяется тарифом взносов и базой их исчисления. Органами (держателями) социального страхования являются правоспособные объединения с самоуправлением, подлежащие правовому надзору со стороны государства.¹⁸²

Преимущественно в стране действует страховая медицина, но она своеобразна и представлена, во-первых, страховыми кассами предприятий, где рабочие и служащие, застрахованные на предприятии, находятся в наиболее выгодном положении, поскольку затраты на них в административном порядке целиком несет фирма. Основная часть населения страхуется в специальных больничных кассах. Незначительная часть населения состоит в

181 Гайдар Е. Т. Образованные и здоровые. Как менялась организация систем финансирования образования и здравоохранения в Германии // Вестник Европы. 2004. № 11. С. 28.

182 Katz E.M. Pharmaceutical Spending and German Reunification : Parity Comes Quickly to Berlin // Health Care Financing Review. Spring. 1994. - Pp. 141-156.

кассах обязательного медицинского страхования. Второй особенностью медицинского страхования Германии, является свобода выбора кассы медицинского страхования, особенно при увольнении с предприятия.

В Германии существует и частная медицина, действуют врачи частной практики. Лечение у частнопрактикующих врачей обходится населению дороже.

Больничное страхование в Германии по сложившейся традиции делится на региональные больничные кассы, больничные кассы предприятий и профессиональных объединений. Кассы различных видов образуют земельные и федеральные союзы.

Пациенты больничных страховых касс проходят лечение в близлежащих больницах на общих основаниях. Все расходы касса берет на себя. Пациенты частного врача в случае необходимости стационарного лечения вынуждены подыскивать себе клинику сами.

Таким образом, если кто-то желает выбрать место страхования не в кассе своего предприятия, не в больничной кассе и не в кассе обязательного медицинского страхования, то он может выбрать одну из дополнительных касс, но только в течение 2-х месяцев со дня ухода с работы со своего предприятия. Взносы в дополнительные страховые кассы не превышают 12,3 % от заработка. Самый высокий взнос в страховую кассу Германии пока не превышает 16,5 % от заработной платы.

Швейцарское здравоохранение финансируется за счет федеральных, кантональных и муниципальных правительств (25 %), общественных страховых фондов (43 %) и частных фондов страхования (32 %). Взносы по социальному страхованию обычно не зависят от доходов, являются строго индивидуальными и дифференцируются в зависимости от возраста и пола. Тарифы на медицинские услуги определяются на переговорах между профессиональными медицинскими организациями и представителями фондов на уровне кантонов.

Здравоохранение в Швейцарии основано на финансовом обеспечении касс взаимопомощи. Ежемесячные взносы работающих в такого рода страховых компаниях стали составлять около 5 % заработка. Государство оказывает на страховую медицину регулирующее влияние. Оно помогает страховым компаниям дополнительным финансированием. В этой небольшой, с высоким уровнем жизни стране функционирует около 200 страховых медицинских компаний. В стране около 90 % населения охвачено системой социального страхования, которая обеспечивается 195 страховыми фондами. Примерно 30 % населения застраховано дополнительно и в частных страховых компаниях. По закону о социальном страховании, определяющему структуру страхования здоровья, оно не является обязательным на федеральном уровне, поскольку эти вопросы находятся в ведении кантонов.

В Швейцарии нет специального органа управления здравоохранением. Швейцарская конфедерация состоит из самостоятельных губерний (кантонов). В каждом кантоне службу

здравоохранения координирует департамент внутренних дел, которому подчинены местные страховые медицинские компании. В департаменте функционирует специальная служба здравоохранения, во главе которой стоит кантональный врач. Такой своеобразный местный орган здравоохранения формируется общиной, а деятельность службы здравоохранения обеспечивается небольшим числом чиновников, медицинских и фармацевтических специалистов. Между кантонами имеются значительные различия в финансировании здравоохранения.

Характерно, что в Швейцарии в основном преобладает добровольное медицинское страхование и только некоторых кантонах местные власти допустили обязательное медицинское страхование. Так, только в 5 из 26 кантонов социальное страхование обязательно для всего населения, в то время как в других – обязательное страхование предусмотрено только для некоторых конкретных групп (пожилые, группы с малыми доходами и т.д.). Некоторые кантоны вообще предлагают социальное страхование только на добровольной основе.

В Швейцарии все страховые компании, независимо от формы собственности, объединены в единую систему страхования здоровья. Существующая между компаниями конкуренция, сдерживается государством путем регулирования и сдерживания цен на медицинские услуги.

Правительство не имеет большого влияния в области оказания как первичной, так и вторичной (больничной) помощи. Имеются также частные больницы. Пациенты имеют свободный выбор врача общей практики (специалиста) или поликлинического обслуживания при больнице, а также свободный выбор больницы в пределах своего кантона.

В базовые услуги по страхованию включаются, например, поликлиническое обслуживание, дополнительные услуги (если они прописаны врачом), выписка лекарств по специальному списку, лабораторные исследования, пребывание в больнице и пребывание в центрах реабилитации или на курортах. При дополнительном частном страховании больного в услуги по страхованию может входить лечение в частной больнице (или частных палатах общественной больницы), выбор врача и т.д.

Центральное правительство Швейцарии так же участвует в дополнительном финансировании страховых компаний, и величина субсидий зависит от возможностей бюджета, рефинансирование осуществляют и бюджеты кантональных властей. Следовательно, здравоохранение Швейцарии, в значительной мере является бюджетно-страховым, а не чисто страховым. Задача страховых компаний заключается в том, чтобы сдерживать рост стоимости услуг, медикаментов и улучшать качество лечения. Если при этом возникают разногласия между больницей, и компанией, то урегулированием разногласий, занимается государство. Деятельность страховых касс, медучреждений и властей основана на тарифных справочниках, в которых тщательно детализированы все виды услуг с учетом сверхурочной работы врача, его

работы в субботные, воскресные и праздничные дни. В справочниках определены и стоимости хирургических вмешательств, использования аппаратуры и оборудования. Так, если используется дорогостоящее устройство, то деньги вносятся кантональными властями. Но нередко при этом могут браться под залог недвижимости пациентов. За дополнительные услуги, которые не отражены в соглашении сторон, пациент платит сам.

Здравоохранение Японии в целом основано на обязательном медицинском страховании, которое обеспечивает всему населению страны медицинскую помощь при свободном выборе медицинского учреждения и врача.

Обязательное медицинское страхование в Японии окончательно сформировалось в 60-е годы прошлого столетия. Причем обязательное медицинское страхование носит государственный характер, обеспечивая социальные гарантии граждан со стороны государства в области охраны здоровья. При этом страхователями населения, работающего на крупных предприятиях, являются работодатели. В бюджете такого предприятия накапливается специальный фонд для медицинского обеспечения работающих граждан. Для всех других категорий населения, в том числе для лиц свободных профессий, страхователем является само государство.

На предприятиях в среднем на здравоохранение затрачивается около 8 % от фонда оплаты труда. Медицинское страхование не освобождает работающего от участия в оплате медицинских услуг. При обращении за медицинской помощью работающему японцу приходится оплачивать 10 % от всей его стоимости лечения из собственных доходов.

Страховщиками для крупных предприятий и хозяйств, являются ассоциации по медицинскому страхованию. Для остальной части населения страховщиком выступает само государство (правительство) в виде специального ведомства - управления социального страхования, имеющего свои структуры на местах.

Медицинские страховые ассоциации - это самостоятельные юридические лица, не преследующие получение прибыли и существующие только на зарплату, отчисляемую от суммы страховых взносов в размере 3 %. Кроме чисто лечебного дела, эти ассоциации обеспечивают проведение профилактических осмотров, гигиеническую пропаганду и др.

Всю работу ассоциаций, контроль, упорядочивание всех расходов по медицине обеспечивает служба Федерального фонда оплаты по социальному медицинскому страхованию. Главная задача фонда - сбор финансовых средств страховщиков, оплата счетов больниц и поликлиник и контроль за качеством медицинской помощи.

Тарифы на медицинские услуги ежегодно пересматриваются и устанавливаются министерством здравоохранения Японии. В этом непосредственно участвуют и медицинская страховая компания и ассоциации медработников. Осуществляется жесткий контроль за ходом

всех процессов по накоплению и расходованию средств. Если выявляются нарушения в соблюдении тарифов, условий договоров, медицинской этики, органы власти вправе лишать врача и медицинское учреждение их статуса. Для этого Минздрав Японии и соответствующие органы управления на местах имеют департаменты медицинского страхования, которые осуществляют целостный контроль в регионах и по всей стране. Они же определяют объем медицинских услуг в рамках программы медицинского страхования. Таким образом, в Японии успешно функционирует в медицине не рынок, а государственная система обязательного медицинского страхования.¹⁸³

Конституция Финляндии не содержит законоположений о здоровье, однако считается, что общество обязано заботиться об организации медицинского обслуживания. Политика в области здравоохранения определялась принципами, изложенными в программе ВОЗ о достижении здоровья для всех к 2000 г.

Руководство делами здравоохранения сосредоточено в Министерстве социального обеспечения и здравоохранения, в составе которого имеется Главное медицинское управление. В штате данной структуры около 200 человек. При Главном медицинском управлении функционирует централизованная информационная система с банком данных о каждом случае госпитализации. Автоматизированная обработка позволяет оперативно получать на центральном и региональном уровнях информацию о деятельности каждой больницы.

Исторически в стране сложилась развитая система местного самоуправления. Первичное звено административно-территориального деления — коммуна, которой с помощью общественных комиссий по просвещению, здравоохранению, социальному обеспечению и др. управляет совет. Коммуна взимает с населения местные (муниципальные) налоги и отвечает за организацию первичного медицинского и социального обслуживания населения при совместном с государством финансовом обеспечении. Деятельность коммун регулируется и контролируется центральными и региональными органами государственного управления. Советы средних и больших по численности коммун назначают комиссии по здравоохранению. Малонаселенные коммуны имеют право, а иногда и обязанность, объединяться для организации медицинского обслуживания и совместного содержания больниц. В настоящее время все центральные областные больницы в стране, оказывающие специализированную лечебную помощь, в том числе и университетские больницы, а также примерно половина центров здоровья управляются объединениями коммун. Каждая коммуна суверенно осуществляет на своей территории исполнительную власть и самостоятельно финансирует собственную

183 Хирои Й. Здравоохранение и азиатская модель благосостояния (опыт Японии) // Современное здравоохранение: возможности и пределы настоящего. М.: МГУ, 2008.

деятельность, а государственная администрация инструктивно определяет направление общего развития и оказывает финансовую поддержку проведению согласованных мероприятий.

Продолжительный период времени 90 % ресурсов здравоохранения Финляндии использовались на оказание специализированного лечения, лишь 10 % средств направлялись на финансирование первичного звена медицинского обслуживания, что было явно недостаточно. Закон «О народном здравоохранении» в качестве приоритетов политики здравоохранения выдвинул задачи развития внебольничной лечебно-профилактической помощи и достижения равенства в региональном и социальном распределении ресурсов.

Законом был введен порядок обязательного планирования на местах и распределения государственной доли участия в расходах на организацию медицинского обслуживания. Государственным планом определяются общие функциональные цели здравоохранения, его развитие и распределение ресурсов. Государственные ресурсы целенаправленно концентрируются для решения приоритетных задач — профилактической работы и укрепления здоровья населения, удовлетворения нужд здравоохранения.

Коммуны и их объединения ежегодно разрабатывают перспективные планы программ мероприятий на местах. Составление таких планов обязательно для каждого центра здоровья и для всех больниц, в финансировании которых участвует государство. Затем центральные больницы координируют эти планы в пределах своей зоны, а губернские управления сопоставляют планы коммун с государственными и ведомственными инструкциями и утверждают их.

По существующему законодательству центр здоровья, как правило, создается для территории, где проживает около 10 тыс. человек. В большинстве центров здоровья занято 4 врача.

На долю центров здоровья приходится около 75 % врачебных контактов первичного медицинского обслуживания. Остальные 25 % приходятся на долю частнопрактикующих врачей, субсидируемых системой социального страхования. Для получения медицинской помощи пациент по своему желанию обращается в центр здоровья или к частнопрактикующему врачу.

Во Франции сложилась система здравоохранения смешанного типа, соединившая в себе разнообразные организационные принципы. Система финансируется за счет взносов медицинского страхования, но при этом предусматривает жесткий контроль государственного управления. В ней действуют государственные и частные фонды медицинского страхования, совместно финансирующие одни и те же лечебные, профилактические, реабилитационные

услуги, которые оказывают одни и те же производители и поставщики, одним и тем же группам населения.¹⁸⁴

Система финансируется из общественных источников, предоставляет свободный выбор врача и неограниченный доступ к медицинским услугам, а врачам - свободу профессиональной деятельности. Смешанный характер французской системы здравоохранения отражает баланс между социальной справедливостью, свободой и экономической эффективностью, но порождает структурные трудности, которые вызывают необходимость реформирования системы здравоохранения (таблица 3.7).

Во Франции расходы на здравоохранение опережают экономический рост, поскольку в стране увеличиваются продолжительность жизни населения и доля лиц пожилого возраста. Так, с 1990 по 2003 г. расходы на здравоохранение возросли с 82 млрд евро до 157 млрд евро, а в среднем на человека с 1453 до 2580 евро. Доля расходов на здравоохранение от ВВП в 2003 г. составила 10,4 %.

**Таблица 3.7 Распределение отчислений работодателей и работников
(исходя из полной заработной платы)**

Общий процент отчислений	Здравоохранение инвалидность, солидарная справедливость	
	Работодатель	Работник
20,95	13,1	0,75

Источник: URSSAF, 2008

Система здравоохранения Франции, признанная ВОЗ одной из самых успешных в плане лечения, находится в кризисном состоянии. Высокая квалификация врачей специалистов все более не вписывается в расплывчатую структуру здравоохранения, в которой очень трудно понять, кто что делает, и кто за что платит. Кризису подвержены в первую очередь стационарные медицинские учреждения.¹⁸⁵

Для преодоления кризисной ситуации, в 2003 году была предпринята попытка объединения деятельности стационаров в виде программного документа – регионального стратегического плана. Реализация плана предполагала соблюдение принципов системности, комплексности и оперативности. Под принципом системности подразумевалась связь регионального плана с региональной политикой; под комплексностью – виды инвестиций; под оперативностью - осуществление мероприятий в выбранные сроки. Претворение регионального плана возложено на региональный уровень. Но успешная реализация программ различного уровня невозможна без прямого участия государства. Так, за государством оставались функции

184 Грищенко Р. В. О мерах по совершенствованию распределения медицинского персонала во Франции // Здравоохранение. 2007. №6. С. 77–78.

185 Муравьева Н.А. Современное здравоохранения Франция: реформы продолжаются // Управление здравоохранением. 2009. № 1. С. 44-45.

определения основных направлений деятельности, распределение кредитов по регионам, контроль за реализацией плана, методологическая помощь. Кроме этого, государство для регионов осуществляет следующие виды поддержек:

- за счет государственных инвестиций;
- за счет инновационных подходов к реализации плана;
- за счет тарификационной деятельности.

Тарификационная деятельность включает в себя две системы:

- система общих дотаций;
- система фиксированной и заранее обусловленной тарификации.

Эти две системы плохо сопоставимы, трудно совмещаются и тем самым тормозят необходимое взаимодействие между региональными элементами здравоохранения. Тарификация деятельности по двум системам порождает неравенство для населения в получении стационарной и специализированной помощи.

Такое положение в системе здравоохранения Франции вызвало необходимость реформирования французским правительством способов финансирования больничного сектора, с целью повышения эффективности государственной медицинской помощи и обеспечения справедливости в оказании стационарной помощи.¹⁸⁶

Для улучшения эффективности и продуктивности здравоохранения при оказании амбулаторной и специализированной помощи с 2004 года во Франции действует программа «предпочтительный врач». По этой программе врач общей практики обеспечивает пациенту оказание первичной медицинской помощи, а в случае необходимости направляет пациента к врачам-специалистам.

Таким образом, действующая современная модель здравоохранения Франции в результате реформирования позволит реально определить объемы предоставления медицинской помощи исходя из потребностей, обеспечить справедливость в доступности медицинской помощи, но вместе с тем, могут изменить ситуацию в сторону ухудшения в доступности специализированной медицинской помощи.

В системе здравоохранения Нидерландов отмечаются три уровня административного управления: государственный, провинциальный и муниципальный. Министерство здравоохранения отвечает за общую стратегию в области охраны здоровья населения, финансовые вопросы. В ведении провинций находятся организация больничной помощи и сестринского ухода, муниципалитеты ответственны за общественное здравоохранение на уровне общины.

¹⁸⁶ French Health Care Is Badly Run // BBC News. August 8. 2006

Система первичной помощи включает в себя врачей общей практики, участковых сестер, физиотерапевтов, акушеров, фармацевтов, социальных работников и помощь на дому. Первичная помощь в большинстве случаев осуществляется на основе свободного доступа, но для того, чтобы получить консультацию специалиста или больничную помощь (второй уровень), требуется направление от врача общей практики. Общественная профилактика болезней на базовом уровне включает: иммунизацию, школьное здравоохранение, охрану материнства и детства, санитарное просвещение

Система страхования в Нидерландах осуществляется в соответствии с двумя схемами. Обязательное страхование распространяется на служащих с доходом ниже определенного уровня, пожилых пенсионеров и лиц с социальными льготами. Обязательная форма страхования в конце прошлого века охватывала 70 % всего населения, к настоящему времени – примерно 60 %. Соответственно около 40 % населения составляют клиенты частного страхования здоровья. Рассматриваются планы по созданию единой системы страхования здоровья, охватывающей все население, которая финансировалась бы на 85 % за счет налоговых поступлений, а на 15 % - частным образом.

Фонды страхования на случай болезни, финансирующие общественное здравоохранение, являются неправительственными организациями и работают, в основном, на региональном уровне. Половина взносов оплачивается работающими, оставшаяся половина – работодателями. Частное страхование финансируется за счет коммерческих и некоммерческих страховых компаний. Страховые взносы зависят от возраста, объема услуг, условий и т.д.

Таким образом, в системах здравоохранения преимущественно страхового характера, полномочия и ответственность за укрепление, сохранение здоровья населения возложены на региональный уровень.

3.3. Организация и функционирования частной системы здравоохранения

В одном из последних интервью Арнольд Шварценеггер, на вопрос о состоянии здоровья ответил: «Важно не здоровье, а наличие медицинской страховки». На протяжении столетия американские президенты и парламентарии изыскивают способы по обеспечению американских граждан универсальными медицинскими пособиями. Попытки создания всеобъемлющей системы медицинского страхования неоднократно проваливались. Стоимость медицинских услуг росла невиданными темпами.

Организация здравоохранения США обладает двумя важными особенностями. Основная форма предоставления медицинских услуг населению - частное медицинское страхование. В стране отсутствует общенациональная система здравоохранения. Каждый штат решает вопросы охраны здоровья населения самостоятельно, за счет своих бюджетов. Средства федерального бюджета идут на финансирование программ «Медикэр» и «Медикейд». Частное медицинское страхование двух видов - индивидуальное и групповое.

Так, в 2008 году один из шести долларов истраченных в стране шел, на оплату медицинских услуг. При таком росте, к 2025 году уже каждый четвертый доллар американской экономики будет истрачен на медицинские услуги. Совокупные расходы на здравоохранение поглощают 14 % среднего дохода семьи, что составляет до 16 771 долл. Высокая стоимость медицинских услуг, а, соответственно, и медицинской страховки создают ситуацию невозможности воспользоваться медицинским страхованием 46 млн. американцев. Таким образом, в социальной сфере США действуют мощные факторы, вызывающие социальную недостаточность.¹⁸⁷

Проблема реформирования здравоохранения США встала на повестку дня с 60-х годов прошлого столетия. Более 80% практикующих врачей в США были врачами общей практики. Уже в момент конструирования системы медицинского обеспечения, остались в стороне вопросы всеобщего доступа к медицинской помощи, нерешенные объективные социально-экономические задачи. К 70-м годам прошлого столетия только 1 из 5 частнопрактикующих врачей имели специальность врача общей практики. Из этой категории врачей 45% имели возраст старше 55 лет, и перспективы заменить их более молодыми специалистами не было. К концу 90-х годов объективные причины кризисных явлений в здравоохранении продолжали существовать и оказывали негативное воздействие на социально-экономическое и социально-политическое развитие общества. Американское здравоохранение, отличаясь от других высоким качеством медицинского обслуживания, становилось все более фрагментарным, депersonализованным и дорогостоящим, и, как следствие, оказывалось доступным не для всех. Пациентам стало трудно определить к какому специалисту следует обратиться. Многие общины США в этот период потеряли своих врачей общей практики. Особенно пострадали сельские и беднейшие городские районы, поскольку высококвалифицированные специалисты предпочитали работать в более благополучных районах. Необходимость реформирования здравоохранения осознавалось как населением, так и парламентариями. Доклад Конгрессу США «Доступ к медицинскому обеспечению и длительному пребыванию в больнице для всех американцев» представлял собой попытку «Комиссии Пеппера» выработать вариант реформы системы здравоохранения. Комиссия

187 Шведова Н. А. Реформы здравоохранения США : от плана Клинтона до действий Обамы // Управление здравоохранением . 2010. № 1. С.

исходила из того, что в цивилизованном обществе ни один его член не должен быть лишен необходимого лечения в случае заболевания из-за финансовых барьеров. Медицинское страхование должно быть обязательным. Провозглашена индивидуальная ответственность американского гражданина за то, чтобы иметь медицинскую страховку, включающую минимальные медицинские услуги. Комиссия предложила универсальный доступ к медицинскому обеспечению, который бы осуществлялся на принципах стимулирования рыночных сил и широкого вовлечения частного сектора. В дополнение к существующему частному медицинскому страхованию по месту работы, индивидуальному частному страхованию предлагалось ввести «Программу Федерального государственного медицинского страхования». Предложенная программа могла бы обеспечить пакетом минимальных медицинских пособий американцев, не имеющих медицинского страховки. Для повышения качества и эффективности обслуживания Комиссия рекомендовала разработать федеральные стандарты медицинских услуг. Реформа была нацелена на обеспечение доступа к медицинской помощи всех американцев. Проведенный в 1986 году Советом по медицинскому образованию анализ тенденций в подготовке врачебного персонала и выработке рекомендаций по определению потребностей в нем, показал, что, несмотря на большой рост числа врачей, тенденция специализации грозит привести к удорожанию служб первичной помощи, поскольку они обеспечиваются специалистами узкой специализации. Непрофессионализм в оказании первичной медицинской помощи неизбежно приводит к низкому качеству оказания, и, соответственно, к неудовлетворенности населения. Основываясь на данном анализе, Ассоциация медицинских колледжей выработала принципиальную позицию, заключающуюся в том, что большинство студентов должны готовиться к карьере «общих» специалистов в области семейной медицины.

В 1993 г. вновь встал вопрос о реорганизации системы медицинского обеспечения. Численный рост врачей частной практики к 90-м годам приостановился, и лишь 11,4 % врачей в США были зарегистрированы в качестве семейных врачей. Из-за нехватки врачей общей практики специалисты и «узкие специалисты» вынуждены были оказывать всеобъемлющую помощь своим пациентам, будучи не подготовленными к этому профессионально. Был выдвинут лозунг «безотлагательно предоставить каждому американцу или американке медицинское обеспечение, которого человек никогда не лишится». Медицинская страховка по месту работы с одной стороны была благом, с другой, несчастием в случае потери работы. В свете грядущих преобразований предлагалось гарантировать медицинское обеспечение для каждого гражданина Америки. Предложения предусматривали существенное улучшение системы доставки медицинских услуг.

Гарантия медицинского обеспечения должна осуществляться посредством национальной федеральной программы, финансируемой за счет поступлений от федерального, штатного налогов, а также обязательных взносов работодателей и работников. Предложенный план реформирования не нашел своей реализации, так как посягал на интересы крупных групп участников медицинского страхового бизнеса.

Следующий план реформирования был более размыт, а в качестве главного принципа было выдвинуто положение «Страхование должно стать доступным для тех, кто в текущий момент испытывает затруднения в приобретении полисов». Все последующие попытки реформировать американское медицинское обеспечение приобретали форму «незначительного косметического ремонта», принимаемые меры были недостаточны, а проблемы оставались практически теми же. Реформирование здравоохранения США приобретало затяжной характер.

Около 63% американцев в 2008 году выражали недовольство существующими пенсионной системой и системой здравоохранения. Почти за пятнадцать лет реформирования здравоохранения количество американцев, не имеющих медицинского страхования сократилось лишь на 1 млн. и составило 45 млн. по сравнению с 1993 годом.

Современное реформирование медицинского обеспечения США преследует следующие цели:

- обеспечение доступного и всеохватывающего медицинского страхования;
- модернизация системы здравоохранения и контроль над растущими расходами;
- профилактический контроль и поддержка государственного здравоохранения в предупреждении заболеваний и защите от природных и техногенных катастроф.

Цели американской медицины согласуются с основополагающими принципами семейной медицины:

- непрерывность помощи. Этот принцип предполагает заботу врача о пациенте от момента зачатия до момента смерти, когда врач должен оказать помощь в достойном принятии смерти. Понятие непрерывности включает посещения на дому, сестринский уход, профилактику заболеваний;

- всеобъемлющий подход. Технологичность медицины позволяет врачу анализировать факторы (наследственные, психосоциальные, материальные, культурные), способствующие возникновению болезни. Выявление факторов позволяет врачу принимать верное клиническое решение и обоснованное лечебное воздействие на пациента;

- неразделимые проблемы. Семейный врач имеет дело с пациентами, которые не отобраны по какому-либо критерию;

- высокое качество. Семейный врач разрабатывает рабочую гипотезу диагноза, принимает во внимание природу заболевания и все его проявления.

Для американского здравоохранения, как и для многих национальных систем здравоохранения характерны большие достижения в медицинских технологиях, что приводит к значительному росту медицинских услуг.¹⁸⁸ Многочисленными исследованиями, проведенными в США, доказано, что в практике семейного врача около 25 патологических состояний по качеству и сложности помощи, сопоставимы с качеством помощи узких специалистов (неосложненная беременность, перинатальная помощь, сердечная недостаточность, ишемические атаки, критические состояния и др.), а это значительно удешевляет стоимость медицинской услуги.¹⁸⁹

Таблица 3.8 Расходы на здравоохранение США

Наименование	2000г.	2006г.	2007г.
Общие расходы на здравоохранение, % ВВП	13,4	15,3	15,7
Общие государственные расходы на здравоохранение, % от общих расходов на здравоохранение	43,2	45,8	45,5
Частные расходы на здравоохранение, % от общих расходов на здравоохранение	56,5	54,2	54,5
Общие государственные расходы на здравоохранение, % от общих государственных расходов	17,1	19,3	19,5
Расходы системы социального обеспечения на здравоохранения, % от общих государственных расходов на здравоохранение	33,5	28,7	27,9
Оплачиваемые наличными расходы, % от частных расходов на здравоохранение	25,5	23,5	22,6
Частное медицинское страхование, % от частных расходов здравоохранение	60,3	66,4	63,5
Общие расходы на здравоохранение на душу населения (долл)	4703	6719	7285
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения (долл)	2032	3076	3317

Источник : Мировая статистика здравоохранения, 2010. ВОЗ.

По затратам на нужды здравоохранения США в 2009 г. занимали первое место в мире (17,4% ВВП). Потребление медицинских услуг на душу населения в 2009 г. в среднем составило 7960 долл. США, что в 2 раза больше чем в развитых европейских странах, в таких как, Франция, Германия и Великобритания. По уровню медицинских услуг США занимают 37-е место в мире, по общему уровню здоровья - 72-е, а по продолжительности жизни населения находится на 50-м месте со средним показателем 78,11 года (таблица 3.8).

До сих пор США остаются практически единственной развитой страной, в которой не существует универсальной системы здравоохранения. По официальным данным до 51 млн. американцев в 2010 г не имели медицинской страховки. Примерно 25 млн. американцев имеют частичное медицинское страхование, т. е их полис не покрывает всех необходимых нужд. Для этих граждан США ограничен доступ к профилактическим мероприятиям, они не имеют

¹⁸⁸ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. – М.: Экономика, 2012. с.

¹⁸⁹ Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2011. № 6. С. 62.

возможности получить квалифицированную медицинскую помощь в случае обострения хронических заболеваний и травмах. Медицинские расходы, по данным исследований проведенных в Гарвардском университете, привели в 2008 году 62% случаев банкротств, по сравнению с предыдущим годом.¹⁹⁰

В США в настоящее время сохранилась децентрализованная система частного страхования, т.е. более 80 % американцев покупают полисы медицинского страхования различных частных страховых компаний, расходуя на это более 10 % чистого дохода семьи. В США отдается приоритет критерию эффективности медицинских услуг, исходя из принципа утверждения потребительского суверенитета на свободном рынке медицинских услуг. Здесь существует преимущественно платная система здравоохранения в соответствии с заключенными коллективными договорами между предпринимателями и профсоюзами. При платной системе страхования на рынке медицинских услуг основное место занимают частные страховые компании, у которых подавляющее большинство американцев покупают полисы. Представленные в таблице показатели одни из худших, по сравнению с такими же показателями в других развитых странах (таблица 3.9).

Таблица 3.9 Показатели здравоохранения США

Показатель	США	Среднее значение показателя ОЭСР
Практикующие врачи	2,4 на 1000 населения	3,1 на 1000 населения
Консультации	3,8 на душу населения	6,8 на 1000 населения
Количество койко-мест в стационарах	2,7 на 1000 населения	3,8 на 1000 населения
Средняя продолжительность проведения интенсивной терапии	5,5 дн.	6,5 дн.

Источник: OECD Health Data, 2009.

По оценкам экспертов вследствие недостаточного обслуживания в США ежегодно преждевременно умирает 100 тыс американцев. Главной причиной кризиса современного здравоохранения США является отсутствие необходимого доступа к качественным медицинским услугам.

Американская страховая система считает некорректным, когда здоровые лица поддерживают своими страховыми взносами лиц с высоким риском заболевания или больных. Поэтому медицинское обслуживание лиц с низким доходом и лиц пожилого возраста осуществляется в рамках общественных программ Медикейд и Медикере.

Государство в национальной системе здравоохранения США играет следующую роль: организует массовые обследования состояния здоровья населения, разрабатывает политику и стандарты в области здравоохранения, занимается вопросами законодательства в

¹⁹⁰ Schoen C. et. Al. Toward Higher – Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences in Seven Countries, 2007// Health Affairs. October 31. 2007

здравоохранении, осуществляет поддержку научных исследований в области медицины и здравоохранения, финансирует оказание медицинской помощи по программам Медикер и Медикейд, охватывающим пожилых людей и лиц с низкими доходами, оказывает поддержку ресурсам и техническую помощь здравоохранению штатов и на местном уровне. Эти функции осуществляются путем регулирования взаимоотношений между штатами в области здравоохранения и проведения политики между штатами в области здравоохранения и проведения политики в области общего благосостояния населения США, в частности, путем разработки проблемно-ориентированных программ.

Национальная система здравоохранения США включает: Центры по борьбе с болезнями, Национальные институты здоровья, Администрацию в области продовольствия и лекарственных препаратов, Администрацию в области ресурсов и служб здравоохранения, Администрацию по психическому здоровью и борьбе с алкоголизмом и наркоманией, а также Агентство по токсическим веществам и регистрам болезней. Центры по борьбе с болезнями являются главной государственной структурой в области организации массовых осмотров состояния здоровья населения и оказания технической поддержки для этих целей штатам и местному здравоохранению. Национальные институты здоровья совместно с центрами по борьбе с болезнями занимаются сбором, анализом и хранением информации о состоянии здоровья населения страны, а также являются центральной структурой, организующей и поддерживающей научные исследования в области медицины и здравоохранения. Агентство по токсическим веществам и регистрам болезней акцентирует свою деятельность на предотвращение болезней, связанных с влиянием факторов окружающей среды. Администрация в области продовольствия и лекарственных препаратов отвечает за безопасность продуктов и медикаментов, а также за разработку потребительских стандартов в этой области. Администрация по психическому здоровью и борьбе с алкоголизмом и наркоманиями разрабатывает национальные программы и стандарты в этой области. Администрация по развитию ресурсов и служб здравоохранения, а также Администрация по психическому здоровью и борьбе с алкоголизмом и наркоманией учреждают различные гранды и контракты для местных служб здравоохранения, учреждений первичной помощи и др., они также оказывают техническую помощь и координацию в рамках этих грандов и контрактов.

В Национальную систему здравоохранения входит также Администрация по финансированию здравоохранения, как одно из главных структурных подразделений Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Эта структура занимается финансированием программ Медикейд (медицинское обслуживание малообеспеченных) и Медикер (медицинское обслуживание пожилых), которые являются единственными государственными службами в области медицинского обслуживания населения США. Кроме

этой деятельности, Администрация по финансированию здравоохранения занимается разработкой проблемно-ориентированных программ, направленных на развитие социальной службы. Одной их приоритетных задач здравоохранения США является создание надежной методики ценообразования медицинских услуг. Выбранный метод «управление портфелем», широко применяемый в других отраслях в качестве средства управления финансовым риском. Содержание метода «управление портфелем» заключается в том, чтобы выбрать такое сочетание финансовых мер, которое обезопасило бы систему на случай временных платежных затруднений. В случае здравоохранения финансовая надежность обеспечивается за счет разнообразия плательщиков и типов контрактов на оказание управляемой медицинской помощи.

Для выполнения поставленной задачи в условиях управляемого здравоохранения система управления медицинской и финансовой информацией должна располагать данными и точно прогнозировать расходы и поступления по отдельным плательщикам, направлениям работы. С целью предотвращения убытков возможных в результате реализации факторов риска разработаны ряд стандартных положений распределяющих риск между страховыми программами и врачами. Перечень возможных рисков представляет собой дифференцированную шкалу уровней:

- риски по различным типам договоров (гонорарная оплата по факту, гонорарная оплата со скидками, комплексный гонорар, подушевая оплата);

- по административной работе (превышение планируемых административных расходов, занижение расценок, изменение перечня оплачиваемых медицинских услуг, затраты на внеплановые услуги, введение новых льгот на государственном уровне, изменение состава плательщиков;

- по медицинской работе (гонорарная оплата труда врачей, превышение числа направлений к специалистам, превышение планируемого числа госпитализаций, излишняя частота обращений;

- риски, зависящие от контингента (болезненный контингент, дорогостоящие случаи, эпидемии, ВИЧ, неонатальная терапия, ожоги, катастрофы, превышение плановых сроков пребывания на койке).

Метод «управления портфелем» позволяет снизить излишнее оказание и потребление медицинских услуг. В качестве риска для населения может стать предоставление помощи в недостаточном объеме, т.е. лечение неадекватного типа при данном заболевании, необоснованное сокращение и недостаточная интенсивность лечения.¹⁹¹

¹⁹¹ Опыт США: ценообразование в условиях управляемого здравоохранения (публикация подготовлена на основе ст. Schroeder R.E., Atkinson A. M., Armstrong R. N. Pricing medical services in the managed care environment Topics in Health Care Financing)//Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2011. № 3. С. 66.

Здравоохранения штатов берет на себя главную ответственность за здоровье населения страны. Оно осуществляет сбор и анализ информации о здоровье населения; разработку политики и стандартов медицинской помощи для своего штата; проведение национальной политики в области здравоохранения на уровне штата; контроль за состоянием окружающей среды; проведение иммунизации населения; поддержку в области медицинского образования и развития ресурсов здравоохранения на уровне штата. Эти функции осуществляются Отделом здравоохранения штата и различными независимыми организациями.

Помимо этого, существует множество неправительственных организаций и фондов, оказывающих поддержку развитию научных исследований в области медицины и здравоохранения путем предоставления грантов, а также других форм технической и финансовой поддержки.

Медицинская помощь населению страны, за исключением групп, подлежащих обслуживанию по программам Медикер и Медикейд, осуществляется через частные страховые компании и различные формы группового страхования, типа «Голубой крест» и «Голубой щит». Объем помощи зависит от величины взноса. На крупных предприятиях медицинским страхованием за счет предпринимателя охвачено порядка 80% работающих. Поэтому значительная часть американцев остается без страхования здоровья. Среди незастрахованных много молодежи и работников малых предприятий.

На заседаниях Конгресса США неоднократно поднимался вопрос о неблагополучии системы страхования здоровья американцев. Предложение о реформировании страховой системы здравоохранения США в направлении более жесткого государственного регулирования выносилось Президентом США, как один из важных социальных вопросов.

По условиям реформы, предлагаемой в плане Обамы, каждый гражданин США должен иметь медицинскую страховку. Все работодатели, кроме мелких фирм, должны обеспечить страховкой своих сотрудников. Страховые компании не имеют права отказывать в страховке на основании уже имеющихся заболеваний. Усилится государственный контроль за деятельностью страховых компаний. Одной из ключевых идей плана Обамы является создание биржи медицинских страховок. Биржа медицинской страховки представляет собой своеобразный рынок, где американцы могут приобретать страховой полис, сравнивать входящие в него услуги и цены и выбирать наиболее подходящие для них предложения. При этом ни один страховой план не может отказать желающему на основании истории болезни и обязательно должен включать доступный для всех американцев пакет услуг, в том числе профилактику и защиту от экстренных расходов. Согласно плану реформ граждане должны иметь выбор между частным и общественным планом страхования. Охват медицинским страхованием населения предполагается увеличить благодаря принятому в 2010 г. Закону о защите прав пациентов и

доступном здравоохранении. Основное, чего предстоит добиться, - это снижение числа незастрахованных граждан и остановки роста расходов на систему здравоохранения. Так программы Medicaid и CHIP обслуживает 42 млн. детей, нуждающихся в медицинской помощи, среди них много детей, родители которых потеряли работу. За пределами программы остаются 5 млн. детей, право которых на здоровье и его охрану не реализовано.

Новые правила медицинского страхования упорядочивают и расширяют возможности медицинского страхования, позволяют добиться большей прозрачности в здравоохранении США, снижения затрат на обслуживание. С 2011 года в рамках новых правил медицинского страхования действует требование, что при повышении ставки на 10% ответственность страховых компаний за подобные решения будет усилена.

Программы Медикэр и Медикейд также требуют дальнейшего совершенствования. В 2011 году были опубликованы результаты опросов, в которых анализировалась готовность стационаров и независимых врачей к введению электронных карт клиентов программ Медикэр и Медикейд. Введение поощрительных выплат стало мотивом для 81% стационаров, чтобы ввести новые технологии обслуживания пациентов. Для больниц и врачей, участвующих в программе Медикэр планируется предоставить 44000 долл., а для программы Медикейд 63 750 долл.

Известный американский экономист П. Кругман в своей работе «Кредо либерала» отдает приоритеты общедоступной системе здравоохранения, когда в качестве страховщика выступает государство. Он признает лучшим опыт в организации здравоохранения таких стран, как Франция, Британия и Канада, по сравнению с США. Наиболее идеальной программой медицинского обслуживания США, П. Кругман считает систему обслуживания ветеранов, которая могла бы быть наиболее выгодной для пациентов, и которую необходимо распространить на все население страны. Врачи и медицинский персонал госпиталей для ветеранов получают зарплату из федерального бюджета США. Ветеранам доступны любые медицинские услуги. Ветераны старше 65 лет имеют право на бесплатное медицинское обслуживание. Системой социальной защиты ветеранов предусмотрено страхование жизни и здоровья.

Реформа здравоохранения требует постоянного мониторинга и совершенствования на основе текущих данных о поведении как поставщиков медицинских услуг, так и потребителей.

Для контроля качества медицинской помощи еще в 1951 г. пять главных медицинских ассоциаций США и Канады объединили усилия по выработке стандартов медицинской практики и присоединились к деятельности Объединенной Комиссии. Стандарты медицинской помощи с 1953 по 1965гг. пересматривались шесть раз. Постоянный пересмотр стандартов

осуществляется по сей день. В нем участвует огромное количество специалистов-профессионалов и коллективов ведущих больниц.

Для того чтобы американская больница прошла аккредитацию, необходимо чтобы она соответствовала определенным требованиям: наличие действующего аккредитационного документа- лицензию на право деятельности, выданную лицензионным агентством штата на основании соответствующих проверок. Для аккредитации у экспертов должны быть реальные данные о деятельности больницы как минимум за шесть месяцев, поэтому больницы после капитального ремонта или реорганизации, или только приступившие к деятельности после создания структуры не имеют право проходить первичную аккредитацию.

Аккредитация по общепольничной системе не распространяется на службы долечивания и долговременной помощи со средним сроком лечения более 30 дней. К аккредитации не допускаются лечебные учреждения, ограничивающие контингент пациентов в зависимости от расовой или национальной принадлежности.

Процедура аккредитации состоит из нескольких этапов:

- подача заявления. В заявлении указываются «паспортные данные» об имеющихся в структуре больницы службах, подлежащих проверке;
- предоплата аккредитационного обследования;
- назначение группы экспертов, в соответствии с профилем службы, которую необходимо проверять.

О принятом решении больнице сообщается за четыре недели до начала проверки.

В медицинское учреждение направляется сообщение о предстоящей проверке, которое доводится до сведения сотрудников медицинских служб готовящихся к аккредитационной проверке. На информационном стенде размещается сообщение для пациентов медицинского учреждения, с целью, чтобы эксперты могли иметь возможность провести интервью с пациентами и другими лицами, имеющими необходимую информацию для результатов аккредитации.

Выявление мнения различных групп населения о качестве медицинской помощи имеет важное значения для положительных результатов аккредитации. Интервьюирование и заполнение анкет происходит в первый день проверки и занимает по времени не более двух часов. Интервьюирование, как правило, происходит в присутствии представителя больницы.

После проверки эксперты проводят конференцию, при этом больничный персонал имеет право оспорить любой из недостатков, заявленный экспертами. Больница получает рекомендации экспертов по устранению обнаруженных недостатков

Экспертная группа выносит заключение о проверке, которое направляется в JCAHO (Объединенная Комиссия по Аккредитации организаций здравоохранения). Если JCAHO

отказывает больнице в просьбе аккредитации, то медицинское учреждение имеет право потребовать слушания в Апелляционной группе, состоящей из независимых экспертов, назначенных Президентом JCAHO. Положительное и обоснованное мнение Апелляционной группы должно быть утверждено JCAHO. Это мнение является окончательным. Если мнение экспертов, проводящих консультативное исследование, расходится с заключением, вынесенным в ходе первой проверки, то решение единолично принимает Президент JCAHO.

Заключение о аккредитации имеет действие в течение 2 лет. Больница, не получившая аккредитацию, но имеющая лицензию, может продолжать свою деятельность.

Но страховые компании, а также программы Medicare и Medicaid не работают с неаккредитованными больницами, что создает угрозу для деятельности лечебного учреждения, так как лишает ее большого числа клиентов.

Практика аккредитации гарантировано повышает качество медицинских услуг, а также гарантирует право получения медицинской помощи большему числу представителей различных социальных групп США.¹⁹²

Таким образом, опыт большинства стран показывает, что в дополнение к государственному финансированию и обязательному медицинскому страхованию, частное медицинское страхование может успешно развиваться как альтернатива, обеспечивающая дополнительные сервисные медицинские услуги и расширяя финансовые возможности здравоохранения.

Анализ национальных систем здравоохранения показал, что организационные формы оказания медицинской помощи являются факторами формирования ключевых нормативных ценностей общества. Успешность функционирования той или иной системы здравоохранения зависит от модели организации.

Глава IV. ЛОКАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

¹⁹² Опыт аккредитации медицинских организаций за рубежом. // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2011. № 9. С. 47-62.

4.1. Особенности развития системы здравоохранения РФ на этапах социальной трансформации

Всемирной организацией здравоохранения условно принято, что 1900 г. стал годом образования систем здравоохранения в мировом сообществе. Принятое ВОЗ понятие «система здравоохранения» объединяет ряд элементов, неизменно присутствующих в системе здравоохранения любой страны. Под системой здравоохранения в ВОЗ понимают совокупность различных организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для действий в интересах здоровья граждан.

Всякая система здравоохранения справедлива и достойна граждан страны, когда она соответствует их ожиданиям и если одинаково, без дискриминации способна реагировать на любой запрос. Считается, что до начала XX века оказывавшаяся медицинская помощь не могла быть охарактеризована как единая система обеспечения медицинской помощи.

Более чем за сто лет системы здравоохранения изменялись на фоне динамики общественно-экономических условий в государствах, менялась и роль этих структур в обеспечении здоровья каждого человека. Сто лет назад роль систем здравоохранения в сохранении жизни человека была намного значительнее, так как в начале деятельности, усилия систем здравоохранения всех стран были сосредоточены на борьбе с инфекционными заболеваниями, уносящими миллионы человеческих жизней во всех странах. В тот период была велика роль организационно-медицинских мероприятий, направленных на изоляцию больного. Это предусматривало развитие систем здравоохранения вширь – за счет экстенсивных показателей: больше коек, на которые поступают инфицированные больные, больше врачей и медицинских сестер, которые будут не только лечить и выхаживать заболевших, но и проводить профилактическую работу среди населения. Этим были обусловлены критерии оценки успешности функционирования системы здравоохранения. Наиболее значимыми в тот период были такие показатели, как число коек и численность кадрового состава медицинских работников (Н.А. Семашко, 1922, В.П. Лебедева, 1926, С.А. Томилин, 1925, ВОЗ, 2000, 2001, 2002, 2003). Благодаря успешному функционированию систем здравоохранения в начале XX века средняя ожидаемая продолжительность жизни человека на земле выросла в среднем на 40 лет. Это грандиозная победа человечества в борьбе за продление жизни. Российская система здравоохранения в XIX веке уже имела структурную организацию.

Сегодня выделяют три показателя оценки эффективности, по которым оценивают и сравнивают работу систем здравоохранения в различных странах – членах ВОЗ. Важнейший из

них, определяющий 50 % оценки, – показатель ожидаемой продолжительности жизни населения в конкретной стране. Второе и третье места делят показатели равноправного финансирования и «отзывчивости» системы здравоохранения (удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью). Первый показатель отражает экономический уровень развития страны в целом, долю средств, выделяемых на здравоохранение, распределение этих средств с учетом медико-демографических показателей. Он также показывает уровень соблюдения равных прав граждан на медицинскую помощь, потребностей населения, численности врачебных кадров и среднего медицинского персонала, свидетельствует о развитии науки и внедрении научных достижений в практику здравоохранения.

Анализируя соотношение финансовых вложений и показатели ожидаемой продолжительности жизни в различных странах, эксперты ВОЗ установили, что ожидаемая продолжительность жизни в стране напрямую зависит от доли выделяемых средств на здравоохранение и их распределения. Например, в Уганде финансирование здравоохранения в 300 раз меньше, чем в одной из самых развитых стран – Швеции, и продолжительность жизни в Уганде в 3 раза меньше, чем в Швеции. Вместе с тем в Пакистане на здравоохранение выделяется не больше средств, чем в Уганде, а люди там живут в среднем на 25 лет больше.

Причина различий состоит в том, что та или иная страна с большей эффективностью распределяет полученные средства на здравоохранение, а также обеспечивает более эффективное распределение государственных средств в других областях, опосредованно влияющих на состояние здоровья.¹⁹³

Экспертами ВОЗ доказано, что если ежегодно на нужды здравоохранения государство выделяет в среднем на одного гражданина 10 долл. США, то биологические возможности гражданина реализуются не более чем на 50 %, а если сумма приближается к 1 тыс. долл. США, то граждане такой страны могут рассчитывать на 75-процентную реализацию своих биологических возможностей.

Еще один критерий оценки эффективности работы системы здравоохранения в стране – степень удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи. Этому в ВОЗ традиционно уделяют большое внимание при оценке деятельности систем здравоохранения, называя этот критерий «отзывчивостью системы». Этот критерий определяется на основе результатов больших социологических опросов. Так, при изучении мнения населения можно узнать, насколько система здравоохранения «отзывается» на запросы населения, вкладывающего в нее свои деньги и доверяющего ее представителям свои «тело и душу».

193 Доклад ООН 2011. Индекс человеческого развития в странах мира 2011 г. // Центр гуманитарных технологий [электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2011/11/03/3705> [дата посещения: 14.03.2013].

Социальный характер системы здравоохранения связан с обеспечением социальных гарантий в охране здоровья людей, государственной поддержкой семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан. Гуманистический характер системы здравоохранения означает, что пациент и его право на получение адекватной медицинской помощи – высшие ценности системы здравоохранения.

Современные социальные процессы, происходящие в системах здравоохранения мира (реформирование, модернизация) представляют собою внесение эффективных международных практик и моделей в социальный контекст национальной системы здравоохранения. Отечественные и международные практики в системах здравоохранения имеют много общего, так как, медицинская деятельность, даже при страновых различиях, особенностях функционирования экономики и социальной защиты населения, представляет собой монохромный процесс.¹⁹⁴ Тенденции конвергенции и заимствования, в сфере здоровья и здравоохранения, в современных условиях оказывают сильное влияние на развитие направлений отечественного здравоохранения.

Основная цель здравоохранения направлена на повышение уровня здоровья и продолжительности жизни населения. Развитие системы здравоохранения должно не только ориентироваться на целевые показатели здоровья, но также учитывать общие ценности. Приоритетными ценностями системы здравоохранения являются: безопасность, эффективность, ориентация на пациента, своевременность, экономическая эффективность и справедливость. Целями системы здравоохранения являются: улучшение состояния здоровья; отзывчивость к требованиям, предъявляемым населением; соблюдение принципа справедливости при распределении финансовых ресурсов с обеспечением защиты от финансового риска.

Вышеуказанные цели системы здравоохранения достигаются реализацией функций системы здравоохранения, ключевыми из которых являются: предоставление медицинских услуг, финансирование, формирование ресурсов и направляющее руководство.

Улучшение здоровья обеспечивается за счет комплексных мер, направленных на отдельных лиц (индивидуальная медицинская помощь), на население в целом (услуги общественного здравоохранения) и на социально-экономические детерминанты здоровья (бедность, безработица, инвалидность и т.п.).

Обеспечение принципа справедливости достигается снижением финансовых рисков в системе здравоохранения. Это означает, что в процентном отношении к доходам бедные не должны платить за услуги здравоохранения больше, чем богатые. Стоимость медицинской

194 Тэннер М. 2011. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах мира // Портал Полит.ру [электронный ресурс]. URL: <http://www.polit.ru/article/2011/04/28/tanner/> [дата посещения: 11.04.2013].

помощи не должна становиться несправедливым финансовым бременем для населения или приводить к обнищанию.

Адекватный учет индивидуальных и общественных ожиданий в системе здравоохранения включает уважительное отношение к людям, оперативное реагирование на потребности, доступ к информации и системам социальной поддержки. Традиционно в отечественной системе здравоохранения, как и в других национальных системах, цели, задачи и приоритеты определяются характером патологии и структурой причин смерти и заболеваемости. Особенности патологии позволяют вычислить затраты на лечение и профилактику распространенных заболеваний, и таким образом определить объем финансирования здравоохранения, его организационную структуру на ближайшую перспективу. Характер патологии определяет и требования к поведению населения в отношении здоровья, то есть определяет задачи по формированию культуры населения в этой сфере при существующих рисках здоровья. Предоставление медицинских услуг – это функция, которая включает все составляющие процесса оказания услуг для обеспечения охраны здоровья отдельных граждан или сообщества.

Оптимальное функционирование системы здравоохранения обусловлено тремя видами ресурсов: финансовым, организационным и коммуникативным.

Объем финансирования здравоохранения является внутренним политическим решением государства, тем не менее, в современном мире глобализации уже выработались ориентировочные стандарты финансирования в первую очередь ориентированные на модель здравоохранения. Рост финансового обеспечения диктуется сложностью и длительностью лечения хронических заболеваний, постоянным ростом сложности используемого диагностического и лечебного оборудования, сложности технологий лечения. Финансирование систем здравоохранения представляет собой процесс сбора средств, их консолидация в целевых фондах и распределение между поставщиками необходимых услуг и инвестициями, направляемых на формирование ресурсов. Функция формирования ресурсов включает:

- обеспечение подготовки и распределения кадров в соответствии с выбранной схемой организации служб здравоохранения;

- поддержание необходимого уровня компетенции, а также качества и продуктивности работы с использованием системы последипломного обучения и практической подготовки;

- обеспечение необходимых инвестиций в развитие инфраструктуры и мощностей;

- достижение оптимального развития фармацевтической промышленности и медицинских технологий в рамках имеющихся возможностей.

Направляющее руководство формулирует ключевые перспективные направления политики здравоохранения, обеспечивает рациональное управление и создает для этого

необходимые рычаги, а также осуществляет мониторинг деятельности системы здравоохранения с целью обеспечения ее подотчетности и информационной открытости (прозрачности).

Коммуникативный ресурс обеспечивает связь здравоохранения и населения не только через предоставление и получение медицинских услуг, но и при реализации задач формирования адекватных действующему типу патологии норм и ценностей в отношении здоровья, культуры самосохранения. Как и социальная политика, так и реформирование или модернизация системы здравоохранения в целом или отдельных его структурных элементов должны опираться на общественное мнение. Эффективность этой деятельности зависит от доверия и поддержки населения, когда население видит и понимает, что политика осуществляется в его интересах.

С помощью организационного ресурса обеспечивается функционирование системы здравоохранения в соответствии со схемой действующей модели здравоохранения. Это схема организации предоставления медицинских услуг населению во всех учреждениях здравоохранения и взаимосвязи между этими учреждениями. Управление системой требует также стандартизации медицинских услуг, системы кадров, оборудования.

«Вертикаль» управления и контроля над учреждениями здравоохранения включает министерский (федеральный), региональный (крупные центры и города) и местный (муниципальный) уровни. Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать работу частных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей. В свою очередь, административные органы исполнительной власти, отвечающие за общественную систему здравоохранения, находятся под юрисдикцией органов законодательной власти. Надзор за исполнением законов в области здравоохранения, осуществляют органы и учреждения судебной власти.

В структурном, организационном плане система здравоохранения интегрирует различные типы предприятий и учреждений:

- федеральные и региональные органы и учреждения здравоохранения (государственная, бюджетная система здравоохранения);
- органы и учреждения государственной системы ОМС;
- частные медицинские учреждения и частнопрактикующие врачи (органы и учреждения ДМС и частного медицинского страхования);
- общественные, религиозные медицинские организации, фонды, организации и учреждения милосердия и благотворительности.

Для обеспечения разноплановой деятельности и медицинских функций выделяют профиль учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические; охраны материнства и

детства; санитарно-эпидемиологической службы; санаторно-курортные; патологоанатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы; аптечные; предприятия медицинской промышленности: медицинских изделий и фармацевтики. образовательные и научно-исследовательские.

Согласно номенклатуре в Российской Федерации выделяют следующие основные типы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) обеспечивающие медицинскую (медико-социальную) помощь;

- стационары - больница (окружная или районная, городская, областная, краевая, республиканская); - специализированная больница (инфекционная, восстановительного лечения, психиатрическая, туберкулезная, госпиталь ветеранов); - хосписы, дома ребенка, приюты и т. д.

- амбулаторно-поликлинические учреждения - поликлиника (городская, стоматологическая); - учреждения скорой и неотложной помощи; - учреждения родовспоможения, женские консультации;- центры (медико-генетический, диагностические, восстановительного лечения, перинатальный, планирования семьи и репродукции); - санитарно-эпидемиологическая станция и т. д.

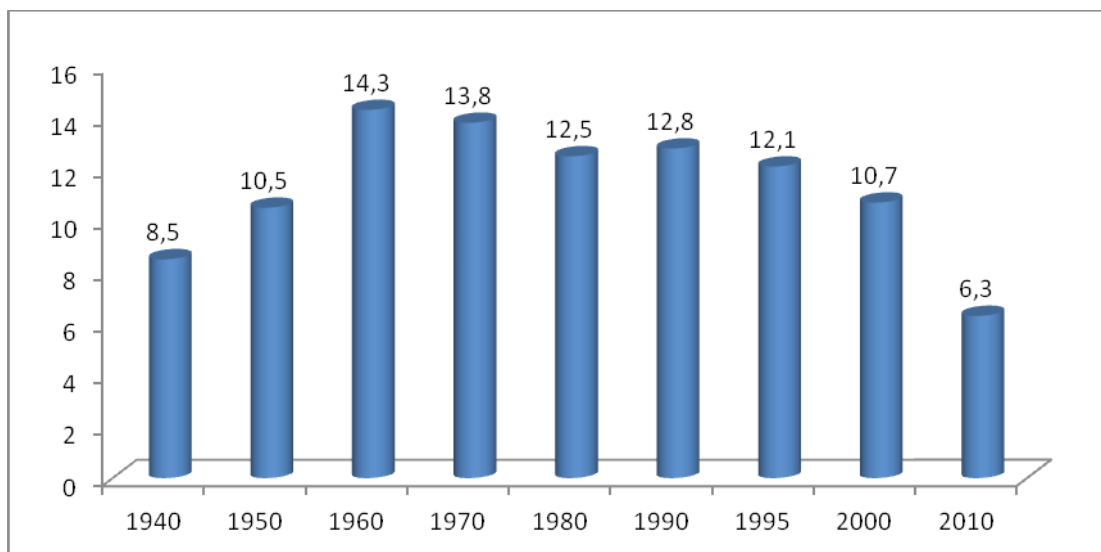


Рис.1 Динамика числа медицинских учреждений

Нарастание числа больничных учреждений началось с 60-х годов прошлого столетия. В настоящий период в соответствии с Концепцией развития здравоохранения, число стационарных лечебных учреждений сокращается, и преобладающую роль занимает первичное звено здравоохранения – амбулаторно-поликлинические учреждения.

Соответствующие тенденции наблюдались и с численностью больничных коек.

В России в основу наблюдения за населением положен принцип разделения территорий на врачебные участки, определяемые муниципальными властями. Принцип территориальности

действует на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения (поликлиника). В соответствии с законом «Об обязательном медицинском страховании» для населения принцип территориальности ничтожен, так как пациент имеет право выбора, как медицинского учреждения, так и лечащего врача.

Поликлиника в своем составе имеет терапевтические отделения, лабораторно-диагностические службы, рентгенологический кабинет, кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры и др. Участковые врачи имеют возможность непрерывного наблюдения за здоровыми и больными, осуществлять и совершенствовать меры специфической и неспецифической профилактики, вести пропаганду здорового образа жизни среди населения.

Участковый врач остается главной фигурой здравоохранения. Участковый врач, по существу – врач общей практики (семейный врач). В настоящее время утверждены положения о враче, фельдшере, медицинской сестре общей практики, ведется активная подготовка и переподготовка этих специалистов.



Рис. 2. Обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами

Развитие системы здравоохранения в России в последние сорок лет, по мнению некоторых авторов, отличается драматичностью, непоследовательностью и негативизмом результатов. Основные социально-экономические показатели современной системы здравоохранения Российской Федерации представлены в таблице. (Приложений 7) В отечественной истории развития здравоохранения можно выделить несколько ключевых моментов в развитии системы здравоохранения: земская медицина, государственное здравоохранение, бюджетно-страховая модель и страховая модель.

Состояние общественного здоровья всегда привлекало интерес общественных деятелей. В 1761 году М.В. Ломоносов обратился к графу И.И. Шувалову с письмом «О размножении и сохранении российского народа». В нем он научно обосновал положение о том, что при сохранении и приумножении русского народа Россия при ее ресурсах и геополитическом положении, обречена занимать ведущее место среди мировых держав и обеспечивать будущее следующим поколениям ее граждан. М.В. Ломоносов обращал особое внимание на высокую смертность граждан России, особенно среди детей, анализировал ее причины и советовал предпринимать решительные действия, чтобы изменить ситуацию.¹⁹⁵

Эпоха царствования Екатерины II характеризовалась серьезным отношением к вопросам социальной политики. Причиной этому было не столько проявление гуманизма, сколько непрекращающиеся эпидемии, высокая смертность населения, социальная напряженность в стране. В ряде крупных городов строились больницы и лечебницы для инфекционных больных. Приказы общественного призрения российских губерний организовывали и содержали 30 больниц, 14 отделений для умалишенных, 1 оспенный дом, 1 венерический лазарет, 1 родильный дом. Создание приказных лечебных учреждений не решало проблему общедоступности медицинской помощи. Лечебные учреждения характеризовались как кадровым, так и финансовым дефицитом, недостаточным лекарственным обеспечением, плохими условиями содержания пациентов, высокой ценой лечения. Цена за лечение составляла от 6 до 9 рублей в месяц. Лечение неимущих больных оплачивались ведомством или купеческими и мещанскими общества, к которым принадлежали больные. Население выражало недоверие к больницам и к организации предоставления социально-медицинской помощи.

Неудачи приказной медицины были очевидны, но важным достижением того периода стало создание во всех губерниях России государственной системы лечебных учреждений, на базе которых в 34 губерниях европейской России начала формироваться земская медицина. В 1852 г. в системе приказов существовало 542 больницы, 34 дома умалишенных, 10 инвалидных домов.

Во врачебной среде в середине 60-х годов 19 века сложилось представление о рациональных формах организации доступной медицинской помощи для крестьянского населения России. «Положение о губернских и уездных земских учреждениях» в 1864 году закрепило за земствами обязанность «попечения о народном здравии». Земская медицина должна была обеспечить медицинской помощью сельское население земских губерний, в которых преобладало помещичье землевладение, а большинство крестьян были из крепостных. В отличие от горожан и удельных крестьян, крестьяне земских губерний России не имели ни дореформенное, ни послереформенное время государственного попечения и медицинского

195 Григорьева Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества // Мир перемен, 2008. №1. С. 82-95.

обеспечения. Больничные заведения и медицинский персонал приказа общественного призрения и министерств уделов и государственных имуществ переходили под управление земских управ. Лечебные учреждения были разделены на губернские и уездные.

Деятельность земских больниц в тот период изучалась с точки зрения потребности и общедоступности врачебной помощи, а также зависимости обращаемости населения от экономических факторов.¹⁹⁶

Изучались территориальные границы деятельности врача, а также оптимальная численность обслуживаемого населения. М.Я Капустин писал «участок врача, в центре которого он живет, должен простираться в каждую сторону не далее 15-20 верст, и иметь не свыше 20-30 тысяч населения». Практика земских врачей показывала, что на расстоянии 5-6 верст обращаемость населения достигала 100%, за год, при расстоянии 6-12 верст была ниже 50%, а далее – падала до 20%. Таким образом, было признано, что оптимальный участок для обслуживания земским врачом ограничивался радиусом обслуживания в 10 верст что было достигнуто только в наиболее благополучной Московской губернии. Земские врачи выявили также зависимости обращаемости от плотности населения, подъездных путей, «лошадности», наличия медицинского персонала. Оптимальная численность обслуживаемого населения, по мнению земских врачей, должна равняться 6500 человек. Участковые лечебницы в Московской губернии были наиболее доступны сельскому населению, а в губернские земские больницы в основном обращалось городское население. По мере развития земской медицины ставились вопросы обеспечения специальной медицинской помощью не только губернских и городских больниц, но участковых. В первую очередь это касалось развития хирургической, офтальмологической и акушерской помощи. В состав участковых больниц входили амбулатория, аптека и отделения (бараки) для острозаразных больных, выделялось родильное отделение.

Большое значение придавалось подготовке врачебных кадров. Студенты медицинского факультета Московского университета и Военно-медицинской академии проходили летнюю практику в Смоленской губернской больнице. За период с 1899 по 1908 г в губернской больнице прошли обучение 50 экстернов и ассистентов. Уделялось значительное внимание подготовке среднего медицинского персонала, так как сразу же после передачи земству и проверки состояния удельных и государственных крестьян был выявлен острый дефицит квалифицированного фельдшерского персонала. По решению губернских собраний при губернских больницах открывались фельдшерские школы. При родильных отделениях губернских больниц были открыты школы повивальных бабок и школы сельских повитух.

196 Куркина М. П. Развитие региональной системы здравоохранения в оценке качества жизни населения. Курск, 2008. 202 с.

К поступлению в фельдшерскую школу допускались лица мужского пола, без ограничения сословий, имеющие четыре класса гимназии, либо окончившие уездные или духовные училища. Курс обучения составлял от 3 до 4 лет в зависимости от степени подготовленности обучаемого. В 1869 г. Постановлением Медицинского совета Министерства внутренних дел за женщинами было признано право исполнять обязанности фельдшеров и получать фельдшерское образование. Женщины были допущены к обучению в фельдшерских школах в 1873 году. С 1903 г. в фельдшерских школах наряду с основными курсами обучения устраивались «повторительные» курсы для фельдшеров. Курсы проводились летом в течение 1,5 месяцев. Земства оплачивали курсантам проезд и суточные. Преподавателями специальных дисциплин были врачи губернских земских больниц.¹⁹⁷ Обществами врачей регулярно проводились съезды земских врачей. Так, в Смоленской губернии с 1881 по 1911 г. состоялось 14 съездов земских врачей. Медицинская помощь земскими врачами осуществлялась бесплатно, что позволило сделать ее общедоступной. Плата за лечение клеймилась как «налог на несчастье», который не может быть оплачен при заболевании кормильца семьи и лишает медицинской помощи основную массу наиболее нуждающегося в ней населения (старики, женщины, дети), не имеющего самостоятельного заработка. Так, в Тверской губернии, где амбулаторная помощь оказывалась платно, доля амбулаторных больных составляла 24-40% всего населения, а в уездах, с предоставлением бесплатного лечения – 50-72%. Уездные земства отменяли плату за лечение для некоторых категорий больных. К концу 19 века из 368 земских уездов в 224 существовало бесплатное стационарное лечение, в 269 уездах практиковалась бесплатная амбулаторная помощь. К началу 20 века платное лечение сократилось еще в 69 земствах, и не превышала 5-10 копеек «за совет и лекарство». В 1907 году земства содержали 2034 больницы и лечебницы, в которых имелось 58 160 коек. По данным Министерства внутренних дел в 1910 году в России было 21 004 гражданских врача, 26 184 фельдшеров и акушеров, по расчетам межведомственной комиссии на всю Российскую империю предполагалось иметь 25 553 гражданских врача, 6 361 зубных врачей, 65 710 фельдшеров. Число коек должно составлять 750 283. На медицинскую помощь в России расходовалось 112 млн. рублей, по расчетам комиссии необходима сумма в 387 млн. рублей и единовременный расход 648 млн. рублей. По мнению Комиссии, реальный срок введения необходимых изменений должен составлять 10 лет. Предложения Комиссия были реализованы уже в советском государстве. Обеспеченность медицинским персоналом была достигнута в 20-е годы прошлого столетия, а численность коек – лишь к началу 40-х годов. Таким образом, земская

197 Пономарев А. В., Хлебодаров С. А. Подготовка среднего медицинского персонала земствами Средневолжских губерний // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 6. С.57-58; Остапенко В.М., Нагорная С.В. Медицинская помощь в Смоленской губернии в конце 19- начала 20 века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 5. С. 60-63; Егорышева И. В. Проблемы доступности медицинской помощи в дореволюционной России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 1. С.55-58.

медицина наиболее полно реализовала принцип доступности медицинской помощи. Земские врачи вкладывали в это понятие не только наличие достаточного числа лечебных учреждений и медицинского персонала, но и территориальную, экономическую доступность, обеспеченность населения качественной специализированной медицинской помощью

Становление медицинской помощи в России проходило крайне неравномерно. К началу 20 века из 258 городов европейской территории России медицинская помощь была организована лишь в 26,3 % городов, а к 1914 году в 41%.

Следующим этапом развития системы здравоохранения является государственное здравоохранение. Основоположник советского здравоохранения А.А. Семашко так определял цели государственной системы здравоохранения:

- оздоровление населения в ряду других задач социалистического строительства;
- создание плановости, скоординированности медицины, осуществление оперативного медицинского подкрепления той или иной государственной инициативы;
- сглаживание классовых, национальных различий в уровне оказания медицинской помощи путем финансирования ее из государственного бюджета;
- профилактическое направление здравоохранения;
- создание определенных отношений медицинских работников с государством;
- повышение управляемости врачей со стороны общества.¹⁹⁸

На протяжении длительного времени социальная ориентация советского здравоохранения имела существенные преимущества в сравнении с политикой развитых стран мира по такому критерию как ее социальная ориентированность и по способу организации предоставления медицинских услуг. Это преимущество обеспечивалось тем, что советское здравоохранение сохранило преемственность традиций национальной российской «системы земства» с его идеей массового доступа к бесплатной медицине. И длительное время – в период традиционной патологии и первые десятилетия периода хронической патологии организационный ресурс был сильной стороной советского здравоохранения.

К положительным сторонам советского здравоохранения можно отнести:

- развития сеть учреждений здравоохранения, развернутая от периферии к центру;
- действующая система целевых профилактических медицинских осмотров, обследований;
- система диспансеризации (систематическое наблюдение и планомерное оздоровление населения, формирование групп риска);
- систематическое медицинское обеспечение и обслуживание рабочих на промышленных предприятиях;

¹⁹⁸ Опыт внедрения новых организационно-функциональных моделей ПМСП с применением элементов экономического управления // ГлавВрач. 2009. № 5. С.66-68.

- организация санитарно-эпидемиологической службы;
- система непрерывного медицинского образования, усовершенствования и повышения квалификации;
- распределительная система выпускников медицинских образовательных учреждений.

Как и во всем мире, при традиционном типе патологии советское здравоохранение ставило перед собой цели: контроль за распространением инфекционных и паразитарных заболеваний, и вакцинация населения и повышение санитарно-гигиенической культуры всех слоев населения. Достижение этих целей в условиях развивающегося советского государства требовало создания общедоступного здравоохранения, и повышение уровня санитарно-гигиенической культуры.

Доступность медицинских услуг для всех слоев населения обеспечивалась за счет бесплатного медицинского обслуживания и широкой сети медицинских учреждений по территориальному принципу. Контроль и быстрая локализация инфекционных очагов достигалась за счет территориальной сети санитарно-эпидемиологических станции (СЭС), которые были созданы уже в 20-х годах. СЭС вели мониторинговый контроль эпидемиологической ситуации, организовывали работу по оздоровлению окружающей среды. Вакцинация и профилактические осмотры проводились среди организованных групп населения. Население молодых возрастов - в детских дошкольных, школьных и образовательных учреждениях, а работающее население - по месту работы. Крупные предприятия имели отраслевые медицинские учреждения, в которых в дальнейшем наблюдались и пенсионеры этих отраслей. Сначала диспансеризацией была охвачена треть населения страны - в основном промышленные рабочие и работники сельского хозяйства. Однако, вовлечение населения в диспансерные осмотры в 30-х годах расширялось, планировался постепенный переход к массовому охвату всего населения. Организацию здравоохранения этого периода принято называть «моделью Семашко». Она носила строго государственный характер: централизация управления, государственное финансирование и государственное планирование программ здравоохранения. Она предоставляла полный набор медицинских услуг: наличие целостной системы лечения, профилактики, реабилитации и санитарно-эпидемиологического надзора, опиралась на разветвленную сеть медицинских учреждений и профилактических служб.

Определяющим принципом в организации медицинского обеспечения было жесткое проведение классово-политической линии. Главной задачей являлось обслуживание промышленных рабочих и колхозного крестьянства. Особая роль отводилась здравпунктам на промышленных предприятиях, которые занимались профессиональными заболеваниями и травматизмом. В 30-х годах реформировалось медицинское образование, в результате была

создана система подготовки высококвалифицированных медицинских кадров. Уже к 1940 году в стране насчитывалось 72 медицинских вуза. Была создана система медицинского и санитарного законодательства. Основное преимущество «модели Семашко» состояло в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения, в бесплатности услуг, в отсутствии финансовых ограничений для граждан с различным уровнем дохода. Вместе с тем, советское здравоохранение более чем любое другое было ориентировано на социальное единообразие. «Советская медицина брала числом, а не умением и задачи перед нею ставились довольно простые». К основным дефектам советской системы здравоохранения можно отнести:

- несоответствие между потребностью населения в профилактической, лечебной и реабилитационной помощи и финансированием отрасли;
- неэффективность системы здравоохранения (соотношение между затратами и результатами). Финансирование отрасли традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения (коэффициент фонда, количество посещений, число врачей и т.д.);
- развитие и укрепление дорогостоящей высококвалифицированной и специализированной помощи в ущерб недорогих и эффективных видов помощи;
- чрезмерная сложность системы здравоохранения и слабая ее управляемость (140 типов учреждений, 23 типа амбулаторно-поликлинических учреждений, 9 типов диспансеров, 7 типов учреждений охраны материнства и детства, 3 типа скорой медицинской помощи);
- высокая численность врачей и низкая интенсивность труда;
- недостатки в организации – перегрузка стационарных учреждений и недооценка возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений.¹⁹⁹

«Модель Семашко» просуществовала в течение 70 лет советского периода и, несмотря на накапливающиеся недостатки, которые были связаны с финансовыми ограничениями, считалась международными экспертами передовой и соответствующей требованиям социальной политики традиционного типа патологии. Важным фактором борьбы с традиционной патологией явился и успех советских паразитологов, работа которых получала повсеместную поддержку государства. С помощью высокой организации и верно избранной стратегии советские врачи добились исчезновения на долгие годы многих инфекционных заболеваний, раньше, чем в других индустриальных странах. Среди первых в мире в советской России было введено гигиеническое нормирование вредных воздействий окружающей среды и условий труда на организм человека.

¹⁹⁹ Опыт внедрения новых организационно-функциональных моделей ПМСП с применением элементов экономического управления // Главврач. 2009. № 5. С. 66-68.

Наряду с продуманной системой организации здравоохранения, важным ресурсом проводимой политики была коммуникация здравоохранения с населением. Цели и задачи проводимой политики население повсеместно воспринимало через активную и повсеместную пропаганду санитарно-гигиенической культуры, которая проводилась под лозунгом «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта». III Всероссийский съезд Советов в 1925 году подчеркнул особое значение вовлечения трудящихся в работу по оздоровлению труда и быта. Пропаганда санитарно-гигиенической культуры охватывала все стороны жизнедеятельности людей, их быта и производства: личная гигиена, гигиена жилища, питания, условий рабочего места, мест общественного пользования. Пропаганда была повсеместной, массовой и доступной для даже неграмотных людей. С этой целью разрабатывались методики, учитывающие особенности восприятия различных групп населения. Методический материал предназначался разветвленной сети субъектов пропаганды: лечебно-профилактических учреждений, санэпидстанций, домам санитарного просвещения, собраниям коллективов жилищных кооперативов, учреждений и производственных организаций. Все это обеспечивало массовый охват пропагандой населения. В стране большими тиражами выпускались книги о здоровой пище, о консервировании продуктов, полезные советы в бытовой жизни и т.п. Конечно, следует заметить, что структура содержания санитарно-гигиенической культуры в основном относилась к элементарным гигиеническим правилам в быту и на производстве. Уровень гигиенической культуры в сфере производства контролировался системой ведомственных медицинских учреждений, которые следили так же за соблюдением техники безопасности и отвечали за уровень травматизма на производстве.²⁰⁰

Население было не просто пассивным объектом пропаганды. Именно в это время широкое распространение получили разнообразные формы участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических учреждений. Население активно участвовало в проведение санитарно-гигиенического контроля над условиями труда, состоянием жилищ, в санитарном надзоре за строительством и эксплуатацией водопроводно-канализационных сооружений, очисткой населенных мест, охраной чистоты воздуха, обучалось простейшим способам оценки доброкачественности съестных припасов. Большое внимание уделялось созданию по территориальному принципу санитарного актива среди населения страны. Активным субъектом медицинской пропаганды было не только здравоохранение. Привлекались и другие социальные институты: спорт, семья, искусство, кино, СМИ, высшее и среднее образование, общественные организации: профсоюзы и, в частности, Всесоюзное общество «Знание». Таким образом, задача повышение санитарно-гигиенической культуры

200 Шилова Л. С. 2012. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения. –Saarbrücken.: Lap Lambert Academic Publishing. С.

рассматривалась не только как узковедомственная задача здравоохранения, а как система комплексных, общегосударственных практик. Деятельность здравоохранения этого периода, представляла собою некий синтез лечебной и профилактической работы. Если в пропаганде санитарно-гигиенической культуры населению отводилась партнерская роль, модель взаимоотношений врача и пациента была сугубо патерналистской. В целом население видело в системе здравоохранения защитника своего здоровья, и медицинские учреждения имели высокий статус.

Уровень финансирования организации здравоохранения был в этот период весьма скромным. Поскольку здравоохранение было бюджетным, это приводило к недополучению необходимых средств, так как главный курс страны был направлен на индустриализацию и коллективизацию. Однако недостаток финансирования поначалу не снижал эффективности политики здравоохранения, потому что борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями не была дорогостоящей, а политика осуществлялась за счет массовых мероприятий, так же не требующих больших материальных затрат. Распределение средств внутри системы в первую очередь шло на развитие территориальной сети медицинских учреждений, организацию здравпунктов на промышленных предприятиях. Особенно интенсивно росло число больничных коек: с 247 тыс. в 1928 г. до 791 тыс. в 1940 г., и число врачей: с 70 тыс. в 1928 г. до 155,3 тыс. в 1940 г.²⁰¹ Однако к концу периода традиционной патологии постоянно снижающееся финансирование стало причиной снижения качества медицинской помощи. В социальной политике советского здравоохранения традиционного типа патологии постепенно стали накапливаться недостатки. Кроме проблем с финансированием, к ним относился разрыв между декларируемой и реальной политикой, который из всех компонентов социальной политики государства в сфере здравоохранения проявлялся особенно наглядно.

С одной стороны, общественное здоровье во всех советских партийных документах, средствами информации провозглашалось одним из государственных приоритетов. С другой стороны, в общественном мнении забота о личном здоровье считалась уместной лишь в случае заболеваний, а в качестве профилактической практики приравнивалась к мещанству. В общественном сознании довоенного времени всеми средствами искусства постоянно воспевался риск, опасности, героизм и романтика, пренебрежение трудностями повседневной жизни ради кратчайшего пути к достижению трудовых и других общественно важных целей. Наша пресса в те годы гордилась тем, что в стране стираются различия в мужских и женских профессиях - женщины становятся монтажницами-высотницами, идут работать на стройки, становятся геологами, даже спустились в шахты - откатчицы. Человек же, заботящийся о своем

201 Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 335 с.

здоровье в лучшем случае удавалось незлой иронии в кинокомедии, воспринимался как антипод романтической личности, особенно, если он был молод или был мужчиной. Эта прививка в сознании действует у старших поколений до сих пор. До сих пор пренебрежение риском, игнорирование плохого самочувствия, посещения врачей и их рекомендаций воспринимаются обыденным сознанием как естественные для набора черт настоящего мужчины.

Разрыв между общественной и индивидуальной ценностью здоровья приводил к разрыву между декларируемой ценностью здоровья и реальным поведением личности в отношении здоровья. Поскольку основная стратегия борьбы за здоровье – профилактика - предполагала активную позицию личности в предупреждении заболеваний, а социальные нормы не поощряли заботу о здоровье, то здесь уже возникала аномия. Однако в этот период она не носила явного характера. Это объяснялось тем, что в борьбе с инфекционными и паразитарными заболеваниями профилактические требования к населению сводились к элементарным требованиям соблюдения гигиенических правил, выполнение которых в большей степени мотивировалось необходимостью роста общей бытовой культуры, а не ценностью здоровья. Более активным субъектом профилактики было все же не население, а здравоохранение. Другая причина ухода на второй план задачи формирования ценности здоровья - отсутствие обновленной концепции профилактической деятельности, потребность в которой возникла уже после перехода к современному типу патологии.

Тем не менее, политика здравоохранения периода традиционной патологии сумела реализовать поставленные цели. При недостаточном финансировании и невысоком достатке населения, за счет организационного и коммуникативного ресурсов в стране был достигнут низкий уровень многих заболеваний, заметны серьезные успехи в борьбе со многими инфекционными заболеваниями на фоне действия массовых профилактических программ. Об эффективности советского здравоохранения в тот период свидетельствует динамика показателей продолжительности жизни. В 1938-1939 гг. ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов в СССР составляла 46,9 лет. Это являлось отставанием от такого же показателя в западных странах на 16-17 лет. В 50-е годы продолжительность предстоящей при рождении жизни в западных странах составляла 70 лет, в развивающихся - 50 лет. СССР по этим показателям относился к группе развивающихся стран. Но уже в начале 60-х годов СССР вошел в число стран с наиболее низкой смертностью. Сокращение смертности и рост продолжительности жизни продолжался до 1965 года, когда продолжительность предстоящей жизни для мужчин составила 64 года, а для женщин - 73 года. Она отличалась от развитых

стран на 2-3 года.²⁰² Это было стремительное продвижение, учитывая инертность демографических показателей.

С 60-80-х гг. XX века в Российской Федерации получил развитие принцип специализированной помощи с выделением центров различного подчинения, который сохранился в большинстве регионов страны. Выделяют следующие уровни специализированной медицинской помощи.

I уровень – поликлиника, в штате которой, помимо врача-педиатра, предусматриваются врачи-специалисты – окулист, оториноларинголог, хирург, невропатолог и др.

II уровень – консультативно-диагностические центры общего профиля городские и окружные (для крупных городов).

III уровень – специализированные областные и городские центры: кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, нефрологические, неврологические, гематологические и др.

IV уровень – республиканские специализированные больницы и отделения стационаров, клинические базы научно-исследовательских институтов, кафедр медицинских университетов и академий.

Передовой опыт систем здравоохранения западных стран убедительно свидетельствовал об эффективности таких моделей здравоохранения, в которых акцент делался на первичную помощь, что означало, что на нее должно приходиться до 80% всех обращений населения за медицинскими услугами. Такие модели как нельзя лучше соответствуют предупреждению и лечению хронических патологий, отвечают демократическим принципам доступности медицинской помощи разнодоходным слоям населения, являются менее затратными для государства, чем основанные на примате стационарной помощи, как это было у нас до сих пор, и способствуют большему уровню удовлетворенности услугами населения.

Идея модернизации российского здравоохранения путем усиления первичной медицинской помощи как это ни парадоксально, пришла к нам от нас же, но через Запад. «В социальных науках «модернизация» в самом общем виде означает процесс перехода тех или иных стран к современным обществам, предполагающий заимствование или создание базовых институтов по западному образцу». В данном случае это как раз была модель первичной помощи, которая сложилась в СССР, получила в 1978 году на международной конференции ВОЗ в Алма-Ате мировое признание как наиболее эффективная, социально-ориентированная, обеспечивающая доступность к медицинским услугам всем слоям населения. Главными достоинствами советской модели первичной помощи, которые отмечались на Алма-атинской

202 Вишневецкий А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / VII Международная научная конференции «Модернизация экономики и государство». М., 2006.

конференции, были: участковый принцип обслуживания (территориальная доступность), длительное наблюдение у одного участкового врача (что важно при развитии хронических заболеваний), объединение терапевтов и разных врачей-специалистов (что обеспечивает комплексный подход в оказании медицинской помощи).

Однако качество профилактического и диспансерного обслуживания постепенно снижалось. Одной из причин ухудшения качества диспансерного обслуживания являлось низкая оснащенность медицинских учреждений. Так поликлиники были обеспечены бесплатной высокотехнологической помощью только на 20%. Участковые терапевты стали не координаторами лечебной помощи, а диспетчерами, выдающими направления к различным специалистам. Даже длительное время, общаясь с пациентами, участковые врачи фактически не имели представления о семейных и бытовых условиях жизни пациентов. Низкие зарплаты врачей привели к искусственному росту объема обслуживаемых пациентов за счет дополнительных ставок, поэтому очереди к врачам и дефицит времени не позволяли врачу и пациенту обсуждать что-либо помимо симптомов и лечения конкретного заболевания. Кооперация специалистов превратилась в фрагментарное специализированное обслуживание. Прежний курс на развитие специализированной помощи привел к тому, что и в поликлиническом обслуживании участковые врачи стали перекладывать нагрузки на врачей-специалистов. В свою очередь, узкая специализация поликлинической помощи привела к растворению ответственности за здоровье пациента между специалистами, к утрате системного подхода к его лечению – то есть, российское здравоохранение 90-х годов стало отходить от общепризнанных преимуществ модели первичной помощи советского здравоохранения 70-х годов. Отечественное медицинское сообщество постоянно выдвигало задачи укрепления первичной помощи как приоритетные в поднятии эффективности здравоохранения. В 1987 году советское правительство утвердило Проект «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», в котором опять основной стратегией объявлялась профилактика заболеваний через систему учреждений первичной помощи.

Внедрение и развитие в России бюджетно-страховой модели обязательного медицинского страхования (ОМС) можно рассматривать как заимствованную извне форму финансовой организации медицинской помощи. Заявленная в начале 90-х годов реформа здравоохранения ограничилась введением обязательного медицинского страхования (ОМС) и созданием медицинских страховых организаций, перераспределяющих средства, а так же введением платных медицинских услуг. В Конституции России 1993 года остались права граждан на бесплатную медицинскую помощь (статья 41) в том же виде, как и в Конституции 1977 года. Как и прежде, объем и стандарт качества бесплатных услуг не определялся. В 1992 году

Минздравом России был принят приказ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)», который также предполагал укрепление первичной помощи. С этого момента можно было бы говорить о новом этапе в политике здравоохранения. Однако следует констатировать, что заявленные направления политики отразили только макроэкономические преобразования в стране – переход к рыночной экономике и либерализацию цен. Концептуальные вопросы политики отошли на задний план перед необходимостью решить проблему финансирования здравоохранения. Актуальность этой проблемы объясняет то, что вся политика здравоохранения была сосредоточена на решении именно этих проблем, с участием преимущественно экономистов.

В начале 90-х годов профилактика из-за дефицита средств и от недооценки ее эффективности территориальными руководителями здравоохранения оказалась в достаточной степени свернутой. Государство продолжало попытки наладить ее через создание центров медицинской профилактики. Плановые профилактические осмотры по единому стандарту должны были проводиться в поликлиниках, а работа по «медицинским аспектам формирования здоровья, медико-гигиеническому обучению и воспитанию населения» - в профилактических центрах. Там же предполагалось разрабатывать методические программы для работников медицинских учреждений по проведению профилактической работы с населением и обучение профилактическим навыкам медицинских работников. Взаимодействие профилактических центров со страховыми компаниями, медицинскими учреждениями, ведомствами и организациями осуществлялась на договорной основе, населению консультации предоставлялись на платной основе. В идеальном случае профилактические услуги должен был получать каждый пациент, пришедший к любому врачу медицинского учреждения. Сама идея концентрации профилактической деятельности в отдельных центрах диктовалась ограниченностью средств. Но это еще более удлиняло бюрократическую цепочку получения пациентом профилактических услуг, к тому же, на платной основе. Такой порядок предоставления профилактических услуг не способствовал повышению их доступности.

В таких условиях российское здравоохранение старалось воплощать идеологию ВОЗ социальной политики. Мировой опыт показывал, что модель первичной помощи, опирающаяся на врача общей практики (прообраз участкового врача) и, особенно, семейного врача является наиболее эффективной. Так, по данным исследований Всемирного банка при более высокой численности врачей общей практики по отношению к населению, уровень смертности, а так же заболеваемость сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями ниже, чем при модели с более высокими показателями численности узких специалистов (Всемирный банк, 2005).



Рис. 3. Обеспеченность медицинскими учреждениями

В 2002 году Минздравом России был принят приказ «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации», в котором предписывалось поэтапное введение на территории РФ врачей общей практики. В 2003 году была утверждена «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации», в которой содержалась современная идеология, рекомендованная ВОЗ, и довольно исчерпывающий перечень мер, которые могли бы способствовать реструктуризации профилактического звена системы здравоохранения. В концепции подчеркивалась важность межведомственного взаимодействия в решении проблем общественного здоровья, обеспечения правовой базы медицинского страхования, создания условий для культурной, социальной и экономической мотивации населения, работодателей и медицинского профессионального сообщества к сохранению и укреплению здоровья. Однако концепция опять не получила финансового подкрепления. Ее положительный эффект выразился лишь в озвучивании современного подхода к задачам социальной политики в сфере общественного здоровья. Движение в сторону новой модели, которое насчитывает более двух десятков лет, оставалось декларативным. Во-первых, предполагаемая модель поначалу не была вписана в концепцию новой политики, что означало ее механистическое заимствование без учета российской специфики. Во-вторых, реализация политики по внедрению новой модели не могла опереться на адекватные ресурсы: финансовый, организационный и коммуникативный.

При формировании финансового ресурса правительство пошло по пути привлечения населения к соплатежам медицинских услуг – это форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Из практик международного опыта основная часть затрат покрывается из государственных средств, а пациент доплачивает определенную сумму. Однако у нас эта практика развивалась таким образом, что доля соплатежей населения стала быстро расти. Так, данные мониторингового исследования 1998-1999 г.г. показали, что «расходы государства на здравоохранение, выраженные в процентах к ВВП, сократились за год с 3,8% до 3,1%. В то же время расходы населения увеличились за год с 2,1% ВВП до 2,6% ВВП» С 2000 года государственное финансирование здравоохранения стало медленно расти и составило около 3% ВВП. С 2001 по 2005 гг. государственное финансирование выросло в 2,5 раза (с 255 до 656 млрд. руб.), объем платных медицинских услуг увеличился еще больше – в 2,9 раза (с 38 до 110 млрд. руб.), а расходы населения на лекарства – в 2,2 раза (с 94 до 207 млрд. руб.). Такая динамика свидетельствует о том, что при увеличении государственного финансирования, население в это же время вынуждено еще больше платить за медицинскую помощь. Это говорит так же и о том, что был утрачен контроль над соблюдением государственных гарантий. В 2005 года Правительством РФ опять утвердило программу государственных гарантий²⁰³, которые не покрывали потребности здравоохранения приблизительно в два раза. По мнению многих экспертов, в частности, Л. Гонтмахера, даже если бы финансирование увеличилось вдвое, это мало что изменило бы в здравоохранении.

Если о состоянии финансового ресурса здравоохранения говорится много и повсеместно, то значение коммуникативного ресурса большинством специалистов постоянно недооценивается. Лишь отдельные эксперты указывают на эту проблему. Среди наиболее существенных условий реализации преимуществ внедряемой модели, по мнению В.И. Шевского и С.В.Шишкина, является «проведение комплекса мероприятий по разъяснению населению, медицинскому персоналу и представителям органов власти целей реформы... и выгод, которые она обеспечит, с тем, чтобы предупредить возможную социальную напряженность, связанную с новизной и непониманием планируемых изменений». Затрагивает эту проблему Л. Гонтмахер: «Должен быть отлажен механизм формирования социальной политики, который учитывает все компоненты, начиная от общественного мнения». Игнорирование коммуникативного ресурса социальной политики здравоохранения отразилось на отношении населения к его модернизации. Представления населения о целях и последствиях реформирования здравоохранения, начиная с введения страховой медицины и платных услуг, были абсолютно не сформированы. Существующая программа государственных гарантий дезориентирует население, вызывая негативную оценку качества медицинской помощи, тем самым, провоцируя конфликты между населением и медицинскими работниками. Так, в 2000

203 Постановление № 461 от 28 июля 2005 года «О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

году было показано, что по данным панельных исследований, проведенных А. В. Решетниковым, негативные оценки уровня медицинской помощи всех видов имеют тенденцию к нарастанию.²⁰⁴ Неудовлетворенность всеми видами медицинской помощи отмечена среди большинства городского и сельского населения различных регионов страны.

Современный этап развития системы здравоохранения характеризуется переходом на одноканальное финансирование медицинской помощи. Современная система оказания больничной помощи должна учитывать специализацию и обеспечиваться внедрением новейших технологий, как правило, дорогостоящих. Интенсификация стационарной медицинской помощи предполагает создание стационара на дому, полустационара или стационарзамещающих технологий в других нестационарных ЛПУ. Их доля достигает пока чуть более 15% от всех ранее предоставляемых услуг в обычных стационарах. Больница (стационар) предназначена обеспечить: Предстоящие изменения в современной системе здравоохранения представлены в Государственной программе «Развития здравоохранения в Российской Федерации»²⁰⁵

- диагностику заболеваний, неотложную терапию, лечение и реабилитацию больных;
- оказание специализированной лечебной помощи;
- консультативную и методическую помощь, включая внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики.

4.2. Критериальная оценка состояния системы здравоохранения Хабаровского края

Создание и совершенствование системы здравоохранения в Хабаровском крае неразрывно связано с основными этапами развития России и Хабаровского края. Со времени освоения Дальнего Востока на его территории постоянно возникали эпидемии различных инфекционных заболеваний: чумы, холеры, натуральной оспы, кори, туляремии, брюшного и сыпного тифа и многих других.

Становление здравоохранения Хабаровского края следует рассматривать с периода формирования городской медицины. В 1867 г при полевой команде в Хабаровске был организован лазарет на четырнадцать коек: одиннадцать для мужчин и три для женщин. Штат

²⁰⁴ Решетников А. В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины // Социология медицины. 2006. № 1. С. 3-9. Решетников А. В. 2010. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. № 12. Решетников А. В. 2003. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // Социологические исследования. № 1.

²⁰⁵ Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». 2012 // Сетевой архив Nginx [электронный ресурс] URL: http://img.rg.ru/pril/article/69/49/25/Proekt_Zdravoochranenie.pdf [дата посещения: 16.05.2013].

лазарета состоял из заведующего лазаретом – врача 4 категории, двух фельдшеров, надзирателя и двух лекарских служащих. Лазарет предоставлял медицинскую помощь двумстам сорока служащим (военным и гражданским) в постовой команде. За помощью в лазарет обращались дети и жены гражданских и военных чинов команды. В докладной записке в военное министерство военно-медицинский инспектор писал, что в лазарете ежегодно обслуживается 275 больных.

В 1874 году лазарет был упразднен, а в Хабаровске утвержден полугоспиталь на 100 мест, состоящий из общего отделения, офицерского на 5 коек, женского на 5 коек и отделение для арестантов на 5 коек.

В 1880 году Хабаровский пост получил статус города. Здравоохранение города не вписывалось в классическую схему городской или земской медицины, так как развитие нового административного центра не соответствовало требованиям Европейской части России. В городе проживало 2036 человек из них 714 - военные. Медицинскую помощь оказывали два врача полугоспиталя, врач врачебного управления, старший и младший врачи двух военных частей, фельдшера этих частей, окружной врач Софийского округа, сельский фельдшер, повивальная бабка (акушерка). Основные мероприятия по санитарному благополучию проводили: полицейский пристав, городской староста, члены временного комитета по благоустройству города.

Вместе с военными, к 1884 году в городе проживало 4006 человек из них: мужчин 3023 человек, женщин – 70 и 913 детей. Учитывая прирост населения, полугоспиталь не справлялся с возросшей нагрузкой. Комиссией по благоустройству было внесено предложение о постройке здания для новой больницы с аптекой. В 1893 году селение 4 класса Софийского округа было переименовано в город Хабаровск. В этом же году по указанию военного губернатора была организована лечебница на 5 коек. Лечебница открывалась временно при отсутствии свободных коек в полугоспитале на время эпидемии кори и брюшного тифа. Для постоянной работы лечебницы военным губернатором было принято решение о выделении помещения и необходимого имущества. Питание для больных лечебница получала из буфета общественного собрания за плату. В связи с необходимостью деятельности лечебницы и отсутствия средств на ее содержание городская дума установила в Хабаровске больничный сбор 2 рубля с человека, «с лиц обоего пола, нанимающихся в черте города для выполнении разных видов работ». Каждому плательщику больничного сбора и его семье гарантировалось право на бесплатное лечение.

В 1884 году в приспособленном помещении была открыта железнодорожная больница, в 1895 году лечебницу расширили до 12 коек, в этом же году была открыта Александровско-Ксеньевская богадельня на 10 поселенцев. Специальной комиссией были

разработаны правила и штаты городской лечебницы. Штат лечебницы к этому периоду состоял из двух фельдшеров, двух палатных служителей, кастиелянши, кухарки, палатного служителя для женского отделения. Обязанности заведующего исполнял врач. Наблюдал за работой лечебницы попечитель.

В 1897 году Государственный Совет России утвердил новые должности медицинского персонала и должностные оклады в Приморской области. Количество медицинских должностей в области увеличилось до 97 единиц, по отношению к 47 по указу 1882 года. В распоряжении медицинского инспектора появились новые должности - должность помощника и три должности врача для командировок. Была утверждена должность старшего окружного врача, появились две должности сельских врачей и должность городского врача. В 1897 году в отремонтированном приспособленном здании была открыта городская больница на 25 постоянных и 7 запасных коек. Больница располагалась в трех каменных зданиях. В одном здании размещались кабинет врача, аптека, ванны, две мужские палаты, кухня. В другом – две женские палаты и одна палата для лиц привилегированного сословия, в третьем находились прачечная, помещение для персонала и покойницкая.

Больница не удовлетворяла потребности населения города в медицинской помощи. Финансовых средств для деятельности больницы не хватало. В 1901 году больничные сборы были увеличены до 6000 рублей. При госпитализации заболевшие должны были предъявить квитанции об уплате сбора. Сотрудники городского управления, путем обхода домов, проверяли уплату больничного сбора. За неуплату сбора домовладельцы и квартиранты привлекались к ответственности.

Стационар общины сестер милосердия принимал больных на платной основе, кроме острозаразных и венерических больных. Плата за лечение составляла от 60 до 90 рублей в месяц. Лечение проводили одна старшая медицинская сестра, две медсестры и две ученицы. Контроль над лечением осуществлял проходящий врач. Так, в 1901 году в отделении пролечилось 23 человека, из них трое детей.

В 1903 году родильное отделение на три койки принимало рожениц в любое время суток при наличии квитанций об уплате больничного сбора. До этого роды принимались в домашних условиях. В этот же период времени в городской больнице начат амбулаторный прием больных.

В 1908 году от уплаты сбора освобождались дети до 17 лет, проживающие в городе меньше месяца, женщины старше 50 лет и мужчины старше 55 лет. Плата за лечение и содержание в больнице не уплатившим сбор составляла 2 рубля в день.

Большие надежды в финансирование здравоохранения возлагались на благотворительность. Она носила общественный и индивидуальный характер. Но такая форма финансирования была мало эффективна. Так из 22 кружек по сбору средств сестрами

милосердия одна была украдена, другая пуста, а в оставшихся находилось 119 рублей. Индивидуальной формой благотворительности был безвозмездный труд врачей на амбулаторном приеме низкооплачиваемых жителей Хабаровска.

В городе не было четкой системы амбулаторного приема. Амбулаторный прием проводился в военном лазарете, общине сестер милосердия. Вольноопределяющиеся врачи и врачи на службе принимали в своих квартирах, нанятых помещениях, в частных домах, аптеках, лазаретах учебных заведений, административных зданиях ведомств. Амбулаторный прием осуществлялся в течении 1,5-2 часов. Состоятельные жители города вызывали врача на дом. Плата за вызов составляла 3-4 рубля. Неимущим гражданам при наличии справки о несостоятельности, принадлежности к медицинскому сословию медицинская помощь при лечении зубов, протезировании и введении противостолбнячной сыворотки предоставлялись льготы. Справки выдавались полицмейстером.

Деятельность врача требовала пополнения знаний, передачу опыта, обобщения результатов работы. В сентябре 1901 года в Хабаровске открылся съезд врачей Приморской и Амурской областей, с целью обобщения врачебной практики на Дальнем Востоке. На съезд прибыли 32 врача, из них 21 из Хабаровска. Программа съезда включала вопросы инфекционной заболеваемости, проблемы сельской медицины, подготовка кадров медицинского персонала, штатное расписание медицинских работников, вопросы клинической медицины, быта врачей.²⁰⁶

Санитарное состояние населённых пунктов края, в том числе г. Хабаровска, оценивалось специалистами как весьма неудовлетворительное. Старший врач Хабаровского лазарета А.Д. Никольский в 1907 году писал: «... по улицам немощённым виднеются нечистоты всякого рода, особенно по оврагам, где протекают грязные ручьи Чердымовка и Плюснинка... зимой навоз и прочие нечистоты сваливаются на берегу Амура и на льду самой реки... тяжело видеть, как в эту мутную воду Амура наезжают вереницами на грязных повозках водовозы, барахтаются в ней с лошадьми и потом за дорогую цену развозят её по городу...».

К началу XX века общая смертность на территории нынешнего Хабаровского края достигала 40 умерших на 1000 населения. Более половины умерших составляли дети в возрасте до 5 лет. Основной причиной смерти среди населения являлась инфекционная и паразитарная заболеваемость - до 50% среди всех умерших. Местное коренное население вымирало от оспы, кори, сифилиса и туберкулёза. Это диктовало необходимость создания и функционирования эффективной системы здравоохранения с системами санитарного и эпидемиологического надзора. Начало было положено открытием в 1896 году бактериологической и химико-биологической лаборатории при Хабаровском полувоенном госпитале - прообраза

206 В.А. Белозуб. К истории становления городской медицины в Хабаровском крае. //Здравоохранение Дальнего Востока. 2008. № 5. С.69 -74.

современных санитарно-противоэпидемических учреждений. Объём бактериологических и санитарно-химических исследований по современным меркам был не велик - в среднем 50 анализов в год. Лаборатория занималась не только лабораторным исследованием инфекционных заболеваний, но и изучала качество питьевой воды и водоисточников, оценивала степень загрязнения почвы нечистотами. Городские власти предпринимали единичные попытки проведения санитарных мероприятий. Так, постановлением Хабаровской городской думы от 19 февраля 1896 № 2977 года жители г. Хабаровска обязывались: «... пропавших у них собак, кошек и других животных, не выбрасывать на улицы а вывозить их со дворов за город и зарывать в установленных местах». К 1917 году в границах современного Хабаровского края работали 3 санитарных врача: в г. Хабаровске (с 1907 г.), на Амурском бассейне и на Амурской железной дороге. Но ни одного санитарно-противоэпидемического учреждения создано так и не было. Последовавшие революционные события и затяжная гражданская война практически полностью разрушили и эти, весьма скромные, зачатки санитарно-эпидемиологической службы. К 1920 году на территории нынешнего Хабаровского края работал 1 санитарный врач и 1 маломощная бактериологическая лаборатория.

Точкой отсчета становления и развития современной санитарно-противоэпидемиологической службы в России и Хабаровском крае является Декрет Совнаркома РСФСР от 15 сентября 1922 года «О санитарных органах Республики», введенный в действие на Дальнем Востоке в 1923 году. Начинается формирование государственных санитарных органов, основной задачей которых определялось усиление контрольных функций на основе дифференциации санитарно-противоэпидемической работы. В крае повсеместно организуются государственные санитарные инспекции и эпидемиологические отделы при органах управления здравоохранением. Параллельно формируется научно-лабораторная база:

- с 1923 г. в наиболее крупных населенных пунктах начинают работу санитарно-бактериологические лаборатории;

- с 1925 г. в г. Хабаровске функционирует санитарно-бактериологическая станция, вскоре реорганизованная в Дальневосточный санитарно-бактериологический институт - нынешний Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии Минсоцздрава РФ;

- в 1934 г. создается Дальневосточная противочумная организация; ныне это Хабаровская и Приморская противочумные станции;

- в 1936 г. - успешно функционирующая по сегодняшний день Хабаровская дезинфекционная станция.

В последующие годы система здравоохранения Хабаровского края развивалась динамично в соответствии с требованиями и запросами того времени.

Хабаровский край является одним из крупнейших по занимаемой территории субъектов Российской Федерации. Общая площадь территории края составляет 787,6 тыс. кв. км, или 4,6 процента территории России (4-е место в Российской Федерации) и 12,7 процента территории Дальневосточного федерального округа, плотностью населения 1,8 на 1 кв.км, с численностью населения 1 342 500. Хабаровский край занимает 36,4 % территории России, а доля населения составляет 4,6 %.

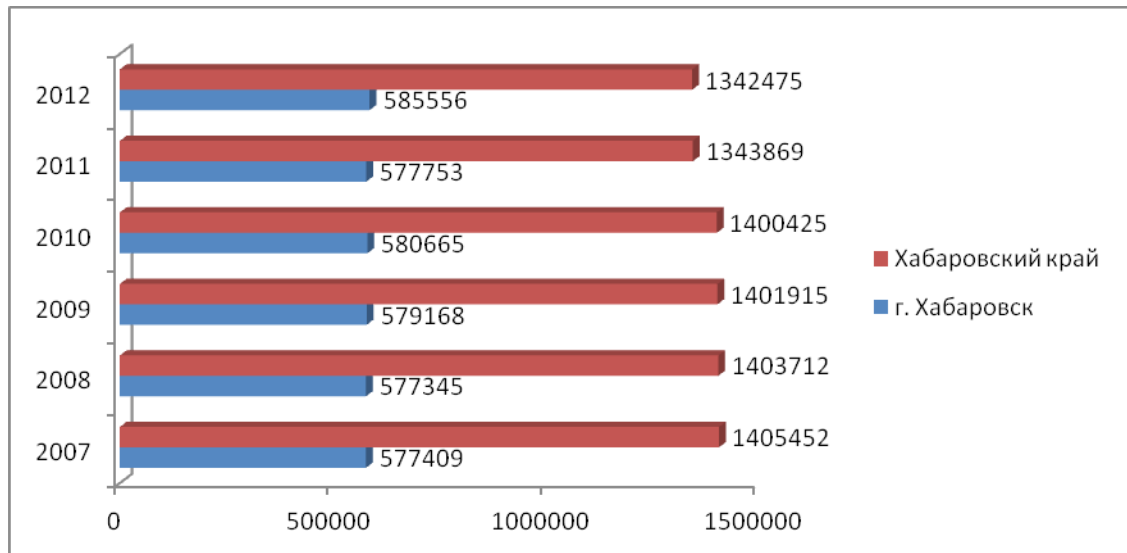


Рис. 4. Численность населения Хабаровского края

Территориально край характеризуется географической и экономической оторванностью от центра страны.

Основными социально-экономическими проблемами развития Дальнего Востока являются:

- противоречия между территорией и населением, плотность населения на 1 кв км составляет 1,8 человека;
- неравномерное рассредоточение человеческих, технологических и природных ресурсов;
- невысокий уровень социально-экономического развития (высокая стоимость жизни, высокий уровень бедного населения);
- сложная социальная и демографическая ситуация (убыль населения, низкий коэффициент рождаемости, старение населения).

Изложенные проблемы характерны для большинства территорий округа и оказывают негативное влияние на социально-экономическую ситуацию в целом и на состояние здравоохранения и здоровье населения, в частности.

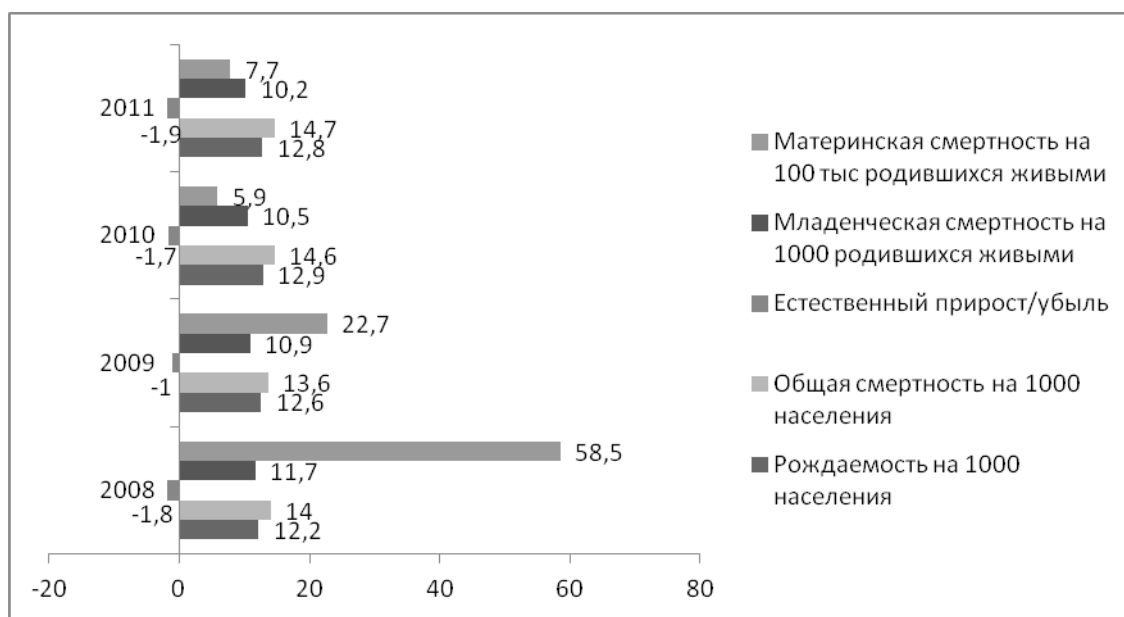


Рис. 5. Динамика демографических показателей Хабаровского края

На протяжении анализируемого периода происходит отток населения с краевой территории с тенденцией незначительного увеличения численности населения в городе Хабаровске. Такая ситуация объясняется миграционными процессами внутри края, перемещение сельского населения в город. В крае наблюдается снижение темпов сокращения численности населения, что обеспечено ростом рождаемости и снижением смертности. Средний возраст жителей края на начало 2012 года составил 37,1 года, в том числе среди мужчин - 34,5 года; среди женщин - 39,5 года (в ДФО - 36,5 года; 34,3 года и 38,5 года соответственно). Сохраняется характерное и для России превышение численности женщин над мужчинами (на 1 тыс. мужчин в крае приходится 1093 женщины). Впервые за продолжительный период времени в 2012 году показатель рождаемости в крае превысил показатели смертности (коэффициент рождаемости составил 13,8, а коэффициент смертности 13,6). Структуру населения Хабаровского края можно проследить по таблице 4.1

Таблица 4.1 Численность населения Хабаровского края по полу и возрасту в 2013 году

Территория	Население в возрасте:				Все население	женщины	
	0-17	в том числе		18 лет и старше		всего	В возрасте 15-49 лет
		0-14	15-17				
Российская Федерация	57,2	-	-	86,1	143,7	77,0	-
Хабаровский край	279719	209040	70679	938724	1342083	701995	344356

В структуре населения в возрасте моложе трудоспособного составляет 16 %, трудоспособного - 64 %, старше трудоспособного возраста - 20 %. Тип структуры населения характеризуется как регрессивный (таблица 4.2)

Таблица 4.2 Численность детского населения в Хабаровском крае

Наименование показателя	2010	2011	2012	2013
Родилось	17,4	17,4	18,3	17,4
Детское население в возрасте от 0-17 лет	238,7	239,0	241,4	244,7
Дети в возрасте от 0-7 лет	115,3	116,3	119,7	119,7
Дети и молодежь в возрасте от 5-18 лет	185,4	183,2	177,8	177,7

До 2010 года численность детского населения характеризовалась тенденцией к снижению. Однако, федеральные и региональные программы поддержки семей при рождении детей оживили репродуктивную ситуацию.

Таким образом, анализ представленных выше данных (рис. 6) свидетельствует, что Хабаровский край нуждается в оздоровлении демографической ситуации, создании условий для стабилизации и роста его населения, развитии соответствующей инфраструктуры и материальной базы для развития личности. Реализация этих задач зависит и от системы здравоохранения края, и от исполнительной и законодательной власти на региональном и федеральном уровнях.

Продолжительность жизни населения края увеличилась с 64,9 года в 2008 году до 67,4 лет в 2011 году и 67,8 лет в 2012 году, однако остается ниже, чем в среднем в Российской Федерации. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается высокой и составляет 12,5 лет.

Таблица 4.3 Динамика показателей смертности населения

Территория	Число умерших									
	Абсолютное число					На 1000 населения				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Российская Федерация	2080445	2075954	2010543	2028516	-	14,6	14,6	14,2	14,2	13,5
ДФО	80080	81740	83772	83016	-	13,5	13,6	13,3	13,8	-
Хабаровский край	16303	17067	17573	17407	17255	11,6	12,2	12,5	12,9	12,9
г. Хабаровск	6379	6684	6972	7130	7183	11,0	11,6	12,0	12,4	12,3

Источник: URL: www.gks.ru > БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Коэффициент общей смертности составил в 2013 году 13,6 на 1 тыс. населения, что ниже общероссийского показателя (в среднем по России - 15,3 на 1 тыс. населения) (таблица 4.3). Основными причинами смертности продолжают оставаться болезни системы кровообращения (56,4%), травмы, отравления (16,3%), новообразования (13,4%). За 2007 - 2013 годы смертность от болезней системы кровообращения возросла на 12,7 % и составила в 2011 году 831,4 на 100 тыс. и 832,2 в 2012 году. (таблица 4.4)

Таблица 4.4 Структура смертности населения по Хабаровскому краю

Причины смерти	Число умерших									
	Абсолютное число					На 100000 населения				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Все причины смерти	19947	19570	19115	19611	19509	1393,3	1395,1	1364,2	1457,3	1453,0
Болезни системы кровообращения	10890	10871	10796	11158	11163	774,0	774,0	770,5	829,2	831,4
Внешние причины смерти	3377	3194	2883	2833	2629	227,4	227,4	205,8	210,5	195,8
Новообразования	2660	2622	2626	2767	2841	186,7	186,7	187,4	205,6	211,6
Болезни органов пищеварения	1132	1052	1031	1084	1092	74,9	74,9	73,6	80,6	81,3
Болезни органов дыхания	818	837	763	774	773	59,6	59,6	54,5	57,5	57,6

Показатели смертности от болезней системы кровообращения среди мужчин выше, чем у женщин, что объясняется большим наличием факторов риска (курение, алкоголизм и др.).

Смертность населения от новообразований за 2010 - 2013 годы увеличилась на 1,2 процента (211,6 на 100 тыс. населения в 2011 году).

Таблица 4.5 Число лиц, впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше

Территория	Годы				
	2000	2005	2010	2011	2012
РФ	1109073	1799022	892531	842103	804606
ДФО	45003	62077	34195	31873	30073
Хабаровский край	10971	13599	8247	7351	6458

Источник: URL: www.gks.ru > БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Показатели инвалидности в крае у лиц в возрасте 18 лет и старше снизились (таблица 4.5). и составило в относительных единицах 77, 1 случаев на 10 тыс населения в 2000 году, до 66, 4 случаев в 2012 году. В 2005 году этот показатель составлял 98,8 случая на 10 тыс. населения. Основными причинами выхода на инвалидность среди взрослого населения являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, патология костно-мышечной системы и соединительной ткани. В крае наблюдается тенденция снижения численности инвалидов. Но известен факт, что численность инвалидов зависти от возможностей системы социального обеспечения. Снижение финансовых возможностей системы социального обеспечения соответственно снижает численность инвалидов I и II групп, за счет увеличение численности инвалидов III группы.

Следствием отмеченных демографических тенденций является резкое ослабление воспроизводственного потенциала и рост экономической нагрузки на трудоспособное население Хабаровского края.

Уровень общей заболеваемости взрослого населения Хабаровского края незначительно снижен, но остается стабильно высоким (таблица 4.6).

Таблица 4.6 **Заболеваемость населения (на 1000 населения)**

Территория	Годы				
	2000	2005	2010	2011	2012
РФ	730,6	743,7	780,0	796,9	793,9
ДФО	740,9	763,9	830,2	838,1	828,8
Хабаровский край	745,2	713,8	736,4	732,0	729,6

Источник: URL: www.gks.ru> БГД – здравоохранение в России – 2013 г.

В структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы (таблица 4.7). За анализируемый период роста всех заболеваний не отмечается, хотя в структуре заболеваемости имеет место тенденция роста заболеваний системы кровообращения, при незначительном снижении числа болезней органов дыхания, болезней мочеполовой системы и отравлений.

Таблица 4.7 **Структура заболеваемости взрослого населения по основным классам болезней**

Класс заболеваний	Зарегистрировано заболеваний (абсолютное число)				
	2007	2008	2009	2010	2011
Всего заболеваний	1355010	1369058	1373188	1359689	1342309
Болезни системы кровообращения	219126	225652	227783	234644	234101
Болезни органов дыхания	192856	198867	212317	188235	190463
Болезни костно-мышечной системы	127209	128149	127974	125279	126981
Болезни мочеполовой системы	113114	113372	108706	108566	101261
Травмы и отравления	107239	105804	98514	106274	100351

Это обусловлено, с одной стороны, своевременным выявлением заболеваний в результате проведения мероприятий профилактической направленности, в том числе диспансеризации работающих граждан, мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у жителей края (выявляемость заболеваний на 25 процентов выше, чем в целом по России), с другой стороны, высокой пораженностью населения края болезнями.

При этом устойчиво сохраняется роль факторов, характеризующих образ жизни населения, таких как табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, которые дают суммарно 87,5 процента общей смертности и 58,5 процента - в количестве лет жизни с утратой трудоспособности. Есть определенная корреляционная связь преступности, наркомании, некачественного питания, ограниченной подвижности, нервного напряжения с уровнем заболеваемости и смертности населения.

Профилактика и лечение болезней системы кровообращения в настоящее время является одной из приоритетных задач здравоохранения. Это обусловлено теми значительными

потерями, которые наносят данные заболевания в связи со смертностью и инвалидизацией. В целях стабилизации эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии и связанных с ней сердечно-сосудистых осложнений в рамках краевой целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии и улучшение оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае» осуществляются мероприятия по профилактике и лечению артериальной гипертензии и улучшению оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учитывая актуальность и важность реализации указанных мер, постановлением Правительства Хабаровского края от 01 ноября 2008 г. N 255-пр утверждена подпрограмма «Артериальная гипертензия», вошедшая в состав краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». Реализация на территории края мероприятий краевых целевых программ, направленных на профилактику, диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, позволила значительно улучшить сложившуюся ситуацию в крае.

В крае отмечается тенденция к росту онкологических заболеваний. За последние пять лет рост составил 7,4 процента. (таблица 4.8)

Таблица 4.8 **Контингент пациентов со злокачественными новообразованиями (на 100 000 населения)**

Территория	Годы			
	2005	2010	2011	2012
РФ	1679,8	1955,8	6027,6	2089,7
ДФО	1229,0	1430,8	1524,8	1599,1
Хабаровский край	1397,3	16663,0	1670,8	1789,8

Источник: URL: www.gks.ru> БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Между заболеваемостью и смертностью населения существует корреляционная связь: чем выше заболеваемость, тем выше смертность. Наблюдается смещение онкологической патологии в пожилой возраст: заболеваемость и смертность среди лиц пожилого возраста вырастает в 1,3 - 1,5 раза.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2012 году на первом месте зарегистрирован рак кожи - 14,1 процента, на втором месте - рак легкого - 13,7 процента; на третьем месте - рак молочной железы - 10,6 процента.

Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 1,5 раза чаще, чем женщины, однако, заболеваемость злокачественными новообразованиями (далее - ЗНО) среди женщин выше. Внедрение в крае новых лечебно-диагностических технологий (ПЭТ КТ) позволило добиться снижения показателя годичной летальности с 24,6 процента в

2009 году до 20,8 процента в 2012 году, поднять уровень пятилетней выживаемости онкологических больных до 3,2 процента.

Следует отметить, что при росте заболеваемости смертность от злокачественных новообразований растет более медленно, что говорит о высокой выживаемости контингента больных. Так, смертность от новообразований снизилась на 7,1 процента. В структуре смертности от онкологических заболеваний преобладает смертность от рака легких (23,2%), рака желудка (21,2%), рака молочной железы (13,2%). Показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований в 2012 году составил 24,6 процента. Несмотря на положительную тенденцию снижения этого показателя в целом, значительно выше среднего уровня этот показатель составляет при раке пищевода (62,3%), раке легких (49,4%), раке желудка (41%), раке полости рта (38,1%), раке яичника (35,4%).

Высокий уровень смертности от новообразований потребовал включение в Программу мероприятий по совершенствованию онкологической помощи населению в число приоритетных. Смертность от внешних причин снизилась на 32 процента (с 302,3 случая на 100 тыс. человек до 172,2). При этом в 2012 году смертность населения в трудоспособном возрасте составляла 243,2 случая (у мужчин - 386,1, у женщин - 83,1) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста.

В структуре смертности от внешних причин существенную роль оказывает аварийность на дорогах, причиной которой зачастую являются нетрезвое состояние водителей. За 2012 год в Хабаровском крае произошло 2 тыс. дорожно-транспортных происшествий, погибло 230 человек, получили травмы 2437 человек. Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях (далее также - ДТП) являются приоритетными в настоящей Программе.

Актуальной проблемой для здравоохранения является сахарный диабет, в силу эпидемического роста заболеваемости среди населения края, высокой распространенностью угрожающих жизни и приводящих к инвалидности сосудистых осложнений. Риск развития заболеваний сердца при наличии диабета повышается в 2 раза, слепоты - в 10 раз, гангрены и ампутации нижних конечностей - в 15 раз. Несмотря на снижение показателей осложнений диабета на 22 % при реализации мероприятий краевой целевой [программы](#) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» их частота превышает среднероссийский уровень.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в крае продолжает оставаться неблагоприятной. Об этом свидетельствует высокий уровень основных эпидемиологических показателей. (таблица 4.9). В социальной структуре больных туберкулезом преобладают неработающие трудоспособные граждане – 40,7 %, рабочие – 15,4 %, служащие – 6,0 %.

Таблица 4.9 Заболеваемость населения туберкулезом

Территория	Число больных									
	Абсолютное число					На 100000				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Российская Федерация	276554	270544	262718	253555	-	194,7	190,7	185,1	178,7	-
Хабаровский край	18017	18809	19668	19588	-	277,8	291,2	304,5	304,1	123,5
г. Хабаровск	3191	3128	3196	3273	3251	227,2	229,4	228,1	243,2	242,1

Проблема напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу объясняется отдаленностью территорий от районных центров, отсутствием специалистов и рентгенологической технике, а соответственно и отсутствием динамического наблюдения за здоровьем населения в отдаленных поселениях Хабаровского края.

В течение анализируемого периода отмечается тенденция к снижению первичной заболеваемости населения края психическими расстройствами и расстройствами поведения (таблица 4.10).

Таблица 4.10 Контингент населения психическими расстройствами (на 100 000 населения)

Территория	Годы			
	2005	2010	2011	2012
РФ	1255,3	1146,3	1122,9	1103,2
ДФО	1351,7	1240,2	1211,2	1187,8
Хабаровский край	1461,1	1288,9	1241,1	1206,3

Источник: URL: www.gks.ru > БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Основная опасность психических расстройств выражается в утяжелении социального положения пациентов. В то же время возможность проведения полноценной реабилитации лиц, страдающих психическими заболеваниями, на сегодняшний день в крае отсутствует.

Общая заболеваемость населения края расстройствами поведения (наркологическими расстройствами) в 2011 году составила 2079,49 заболевания на 100000 населения (2010 г. - 2089,4; 2009 г. - 2099,21; 2008 г. - 2118,47). В сравнении с 2008 годом заболеваемость снизилась на 1,9 процента.

Общая заболеваемость населения края алкоголизмом в 2012 году составила 1508,5 заболеваний на 100000 населения (таблица 4.8) что значительно выше среднероссийского показателя. Особого внимания заслуживает рост в 1,5 раза за последние пять лет показателя употребления алкоголя с вредными последствиями среди подростков и среди детей - 1,3. Смертность от отравлений алкоголем выросла за последний период 36,4 процента.

Таблица 4.11 Заболеваемость населения алкоголизмом

Территория	Годы
------------	------

	2005	2010	2011	2012
РФ	1541,8	1367,1	1304,3	1261,2
ДФО	2080,9	1971,6	1878,3	1751,9
Хабаровский край	1575,6	1605,9	1553,1	1508,5

Источник: URL: www.gks.ru> БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Алкоголизация населения влияет на все показатели здоровья населения края, способствует росту инвалидизации, ухудшению демографической ситуации, увеличению смертности среди трудоспособных групп населения.

Уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в крае, несмотря на значительное снижение за анализируемый период, продолжает оставаться высоким. Наряду с прямыми затратами на лечение и диагностику инфекций, передаваемых половым путем, необходимо учитывать опасность осложнений в результате неправильно диагностированных или неизлеченных инфекций, что оказывает негативное влияние на организм человека в целом, а прежде всего на репродуктивное здоровье.

В Хабаровском крае за последние пять лет отмечаются стабильно высокие показатели заболеваемости населения хроническими вирусными гепатитами. Среднегодовой прирост впервые выявленных случаев хронического гепатита В в 2011 составляет 14,2 процента; хронического вирусного гепатита С - 26,6 процента, в 2012 году гепатита В и С на 11 %.

Заболеваемость ВИЧ в 2012 году составила 16,8 на 100 тыс населения. Современная ситуация характеризуется распространением заболевания среди социально-адаптированного населения со значительной феминизацией и поражением женщин фертильного возраста. Возрастает и число новорожденных детей с перинатальным контактом.

Показатели здоровья детского населения характеризуются высоким уровнем заболеваемости, ранней хронизацией имеющейся патологии, высоким уровнем детской инвалидизации.

В крае сохраняется тенденция к ухудшению показателей здоровья школьников в процессе обучения. По итогам диспансеризации в 2013 году только 20 процентов осмотренных детей относятся к I группе здоровья., II – 52,2%, III IV группы – 27,8 % и 0,95 % детей имеют инвалидность. Состояние соматического здоровья детей и подростков существенно влияет на состояние репродуктивного здоровья населения и демографическую ситуацию в целом.

Сложившаяся ситуация с заболеваемостью детей характеризуется ростом всех заболеваний и наиболее по болезням органов дыхания, а также ростом травм и отравлений среди детей (таблица 4.12).

Таблица 4.12 Структура заболеваемости детей (0-14 лет)

Структура заболеваемости детей (0-14 лет)

Наименование показателя	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Российская Федерация – всего заболеваний	402663	390076	449984	424372	426774	424446
Хабаровский край – всего заболеваний, в том числе:	38140,5	38293,8	41302,0	40903,5	42055,8	42549,7
Болезни органов дыхания	129168,8	122730,2	152309,4	149510,4	151913,6	-
Травмы и отравления	15337	14815,6	14258,9	15889	16736,5	-

Высокие показатели заболеваемости как взрослого, так и детского населения, инвалидности и смертности от ряда социально значимых заболеваний указывают на необходимость комплексного решения названных проблем, целенаправленных скоординированных действий по профилактике, своевременному выявлению, диагностике и лечению патологии современными методами с внедрением новых технологий.

Ежегодно в ходе диспансеризации выявляется до четырехсот случаев социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, злокачественные новообразования, сахарный диабет. До десяти процентов обследованных имеют высокий риск развития заболевания и нуждаются в оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

С целью формирования у населения мотивации здорового образа жизни в крае создано 8 центров здоровья, три из них детских. С 2010 года в центрах здоровья осмотрены 300 тыс. В 2011 году в центрах здоровья осмотрено более 95,7 тыс. человек, из них 25,7 тыс. детей, в 2013 – 60 тыс., из них 11 тыс. детей.

Здоровыми в возрасте 18 лет и старше признаны только 10,5 процента населения, среди детей - 37,9 процента. Каждый третий из числа прошедших обследование направлен к специалистам для проведения дополнительных методов обследования. Факторы риска выявлены у 86 процентов взрослых и 60 процентов детей.

Доступность медицинской помощи жителям старших возрастных групп обеспечивается путем проведения углубленного диспансерного обследования инвалидов, ветеранов. Реализуются меры социальной поддержки отдельных категорий граждан (обеспечение граждан слуховыми аппаратами, льготное зубное протезирование).

В крае отмечается стабилизация эпидемиологической обстановки, что стало возможным благодаря проведению плановой иммунизации населения. Так, в крае не зарегистрировано случаев заболеваний дифтерией, эпидемическим паротитом, снижена заболеваемость острым вирусным гепатитом В, краснухой. По сравнению с 2007 годом заболеваемость в 2012 году острым гепатитом В уменьшилась в 3,7 раза, заболеваемость краснухой снизилась в 13 раз, не регистрировались случаи заболевания дифтерией, корью, полиомиелитом, эпидемическим паротитом и острым вирусным гепатитом В у детей.

Вместе с тем, в вопросах иммунопрофилактики инфекционных заболеваний остается ряд нерешенных проблем. Сохраняется высокий уровень заболеваемости детей всех возрастных групп болезнями органов дыхания, вызываемыми пневмококками и гемофильной палочкой, в структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания составляют 80 процентов, сохраняется неблагоприятная ситуация по острому вирусному гепатиту А, ежегодно увеличивается количество лиц, пострадавших от укусов животных. Из 19 территорий края 17 являются эндемичными по заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ). Охват лиц, привитых против данного заболевания, составляет в крае около 30 процентов.

Высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности от ряда социально значимых заболеваний указывают на необходимость комплексного решения названных проблем, целенаправленных скоординированных действий по профилактике, своевременному выявлению, диагностике и лечению патологии современными методами с внедрением новых технологий.

Постановлением Правительства Хабаровского края от 24.12.2011 N 444-пр утверждена Территориальная [программа](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

В настоящее время в Хабаровском крае сформирована и развивается сеть лечебно-профилактических учреждений, представляющих населению профилактическую, консультативную и лечебно-диагностическую помощь (таблица 4.13).

Медицинскую помощь населению в крае оказывают (без учета ведомств и учреждений здравоохранения, входящих в систему Минздравсоцразвития России) в 49 больничных учреждениях (в том числе 16 в сельской местности), 27 амбулаторно-поликлинических учреждениях, 48 амбулаториях, 15 диспансерах (одном в сельской местности), 193 фельдшерско-акушерских пунктах, четырех центрах, пяти учреждениях скорой медицинской помощи и учреждениях переливания крови, 10 учреждениях охраны материнства и детства, одном санаторно-курортном учреждении.

Для оценки эффективности деятельности медицинских учреждений Минздравом Хабаровского края в 2011 -2013 гг. проводился рейтинг. Рейтинговая шкала включает 11 показателей: летальность больничная, среднее число дней работы койки в году, частота осложнений при операциях, функция врачебной должности, доля пациентов за счет государственного финансирования, доля койко-дней за счет государственного финансирования, доля пациентов-дней за счет государственного финансирования, укомплектованность врачебными кадрами, укомплектованность средним медицинским персоналом, доля врачей имеющих квалификацию, доля среднего медицинского персонала имеющего квалификацию.

Таблица 4.13 Учреждения здравоохранения подчинения министерства
здравоохранения

Тип учреждения	Количество
Краевые больницы	2
Детские краевые больницы	1
Участковые больницы	7
Родильные дома	4
Психиатрические больницы	3
Перинатальные центры	1
Центры организации специализированных видов медицинской помощи	4
Центры клинической онкологии	1
Диспансеры в том числе:	
противотуберкулезные	7
кожно-венерологические	5
психоневрологические	1
наркологические	1

В 2013 году все районы края должны объединить находящиеся на их территории муниципальные учреждения здравоохранения в структуру центральных районных больниц, что позволит повысить доступность и качество медицинской помощи; сократить расходы на лицензирование медицинской деятельности и сократить избыточный административный персонал. Так в сёлах Переяславка 2, Георгиевка и др. создаются офисы врачей общей практики, где могут работать терапевт или педиатр, со специальной подготовкой «семейная медицина», которые осуществляют консультативный и лечебный приемы по всем направлениям медицинской деятельности. Предполагаются консультативные приемы приезжающих узких специалистов.

Таблица 4.14 Государственные учреждения здравоохранения Хабаровского края

Название учреждения	Число коек (включая койки дневного пребывания в стационаре)					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Больницы						
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1»	824	824	796	783	801	818
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2»	440	440	665	658	665	660
ГУЗ «Детская краевая клиническая больница»	300	300	289	285	285	275
Специализированные больницы						
ГУЗ «Краевая психиатрическая больница	505	505	505	505	1050	1050
ГУЗ «Психиатрическая больница им. Профессора Галанта И.Б.»			545	545		
ГУЗ «Специализированная больница восстановительного лечения «Анненские воды»	200	200	200	200	200	200
Диспансеры						

ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»	110	104	104	104	104	104
ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер»	615	615	615	615	615	615
Центры						
ГУЗ «Перинатальный центр»	300	300	300	375	375	381
ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии»	310	300	300	300	300	300
ГУЗ»»Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»	+	+	+	+	+	+
ГУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея»	+	+	+	+	+	+
ГУЗ «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»	+	+	+	+	+	+
ГУЗ «Центр организации специализированных видов медицинской помощи» гг. Амурск, Бикин, Вяземск, Верхнебуреинск, Комсомольск-на-Амуре	+	+	+	+	+	+

Ежегодно около 300 тыс. человек получают лечение в 123 стационарах, 236 амбулаторно-поликлинических учреждениях края осуществляют прием 16 млн. посетителей.

Для подготовки медицинских кадров в крае имеются Дальневосточный медицинский университет, Институт повышения квалификации врачей, медицинский колледж. В Хабаровском крае отмечается более благополучная ситуация по обеспеченности врачебными кадрами, чем в целом по РФ (таблица 4.15).

Таблица 4.15 Общее количество врачей в учреждениях здравоохранения Хабаровского края

Территория	Подчинение МЗ Хабаровского края									
	Абсолютное число					На 10000 населения				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Хабаровский край	5977	5999	6038	5882	5763	42,6	42,8	43,1	43,8	42,9
г.Хабаровск	2029	1999	1995	1927	1857	35,1	34,5	34,4	33,4	31,7

За последние три года показатель обеспеченности врачами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения снизился на 1,2 процента и составил 42,9 на 10 тыс. населения, средними медицинскими работниками - на 0,8 процента (87,1 на 10 тыс. населения). В отдельных муниципальных районах, имеющих низкую плотность населения и слабо развитую транспортную инфраструктуру, отмечается совместительство среди врачебного персонала до двух и более ставок.

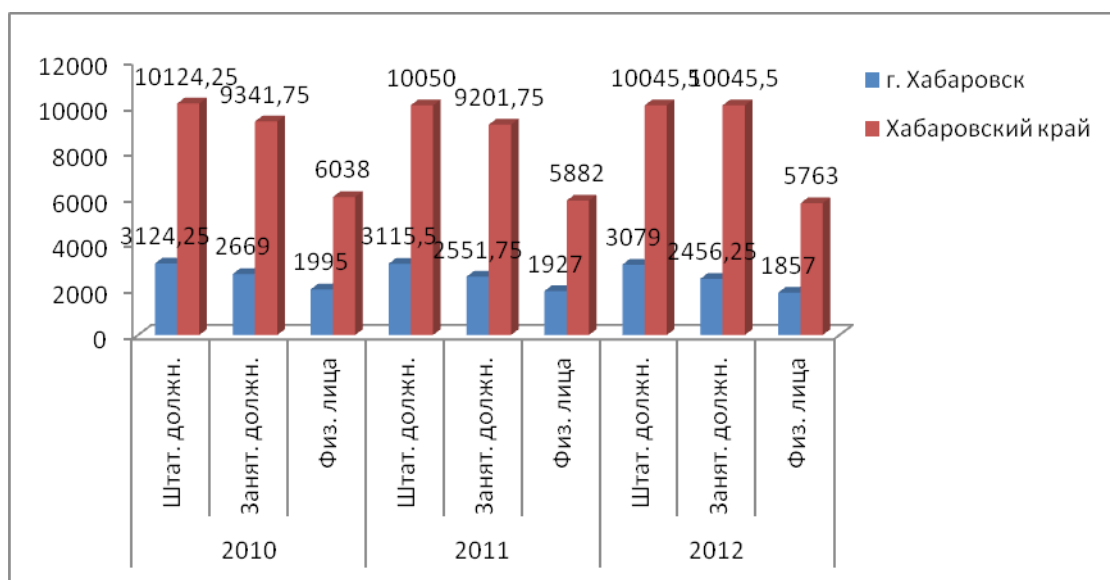


Рис. 6 Должности врачей в учреждениях здравоохранения, подчиненных министерству здравоохранения Хабаровского края

Показатель укомплектованности учреждений здравоохранения врачами (рис. 8), средним (рис.10) и младшим медицинским персоналом (без учета совместительства) в целом по краю составляет 56,8 процента, средним медицинским персоналом - 61,3 процента.

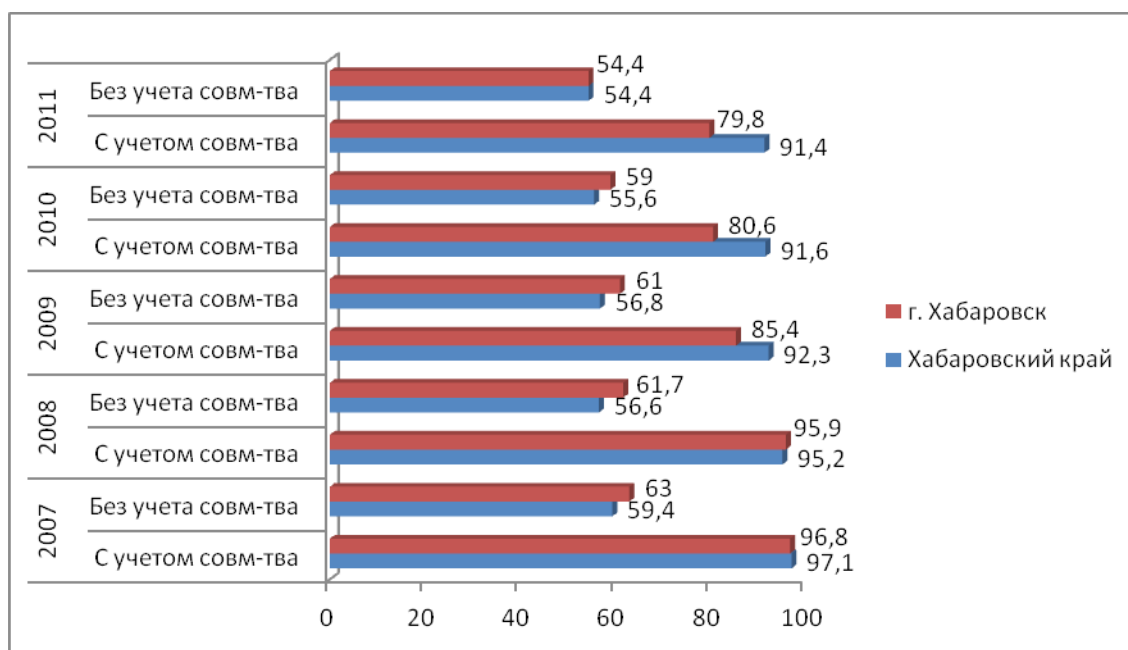


Рис. 7. Укомплектованность врачскими должностями учреждений здравоохранения, подчиненных министерству здравоохранения Хабаровского края

Из 5763 врачей 5679 имеют сертификат специалиста, что составляет 98,5%.

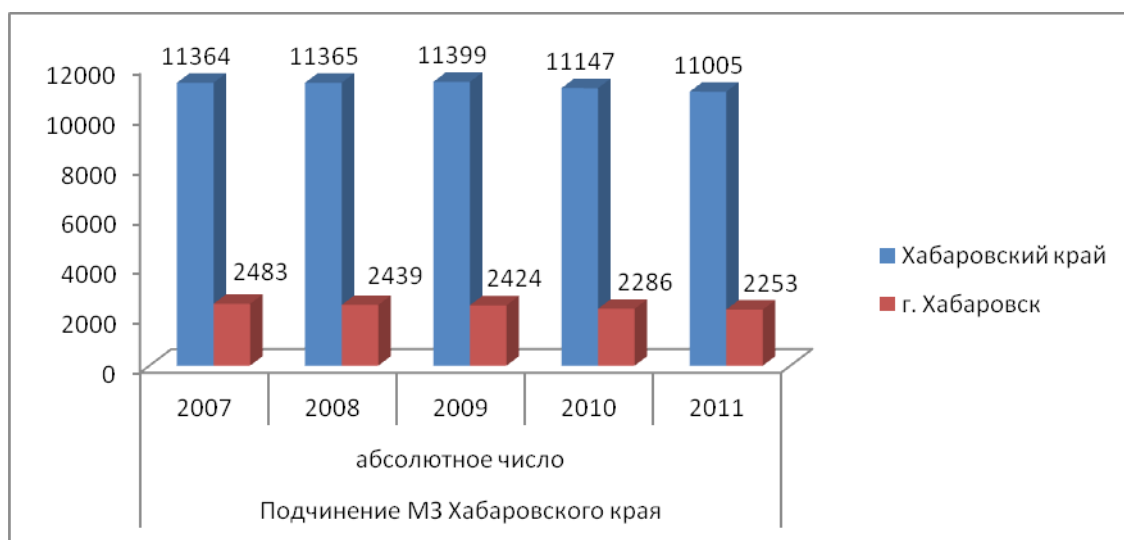


Рис. 8. Общее количество средних медицинских работников в учреждениях Хабаровского края

Обеспеченность средним медицинским персоналом в Хабаровском крае характеризуется своей стабильностью, с одной стороны, и постоянным дефицитом, с другой. Министерством здравоохранения края для улучшения ситуации проводятся профориентационные программы среди выпускников учреждений среднего образования края.

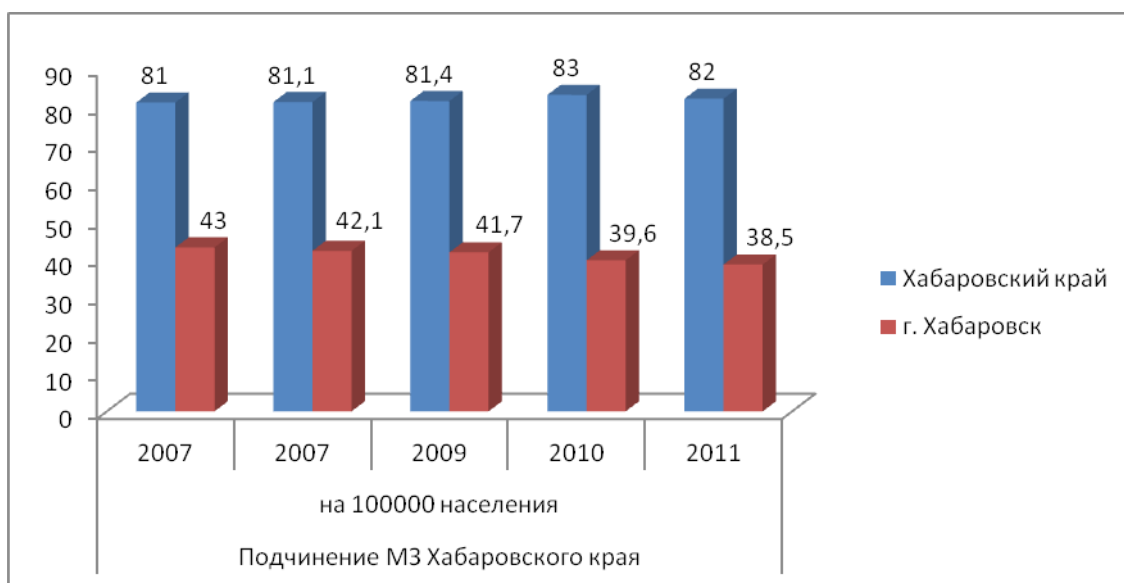


Рис. 9. Общее количество средних медицинских работников в учреждениях Хабаровского края

Сертификация средних медицинских работников достигает 97,2 % (из 11005 средних медицинских работников 10693 имеют сертификат специалиста).

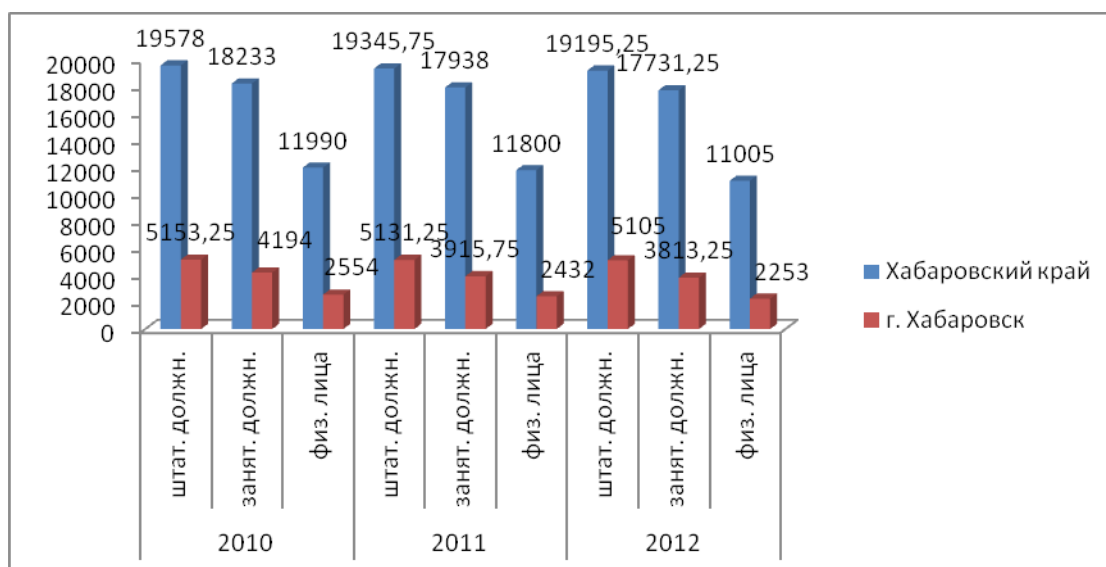


Рис. 10. Должности среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения, подчиненных министерству здравоохранения Хабаровского края

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1:2. Коэффициент совместительства медицинского персонала в среднем по краю составляет 1,5.

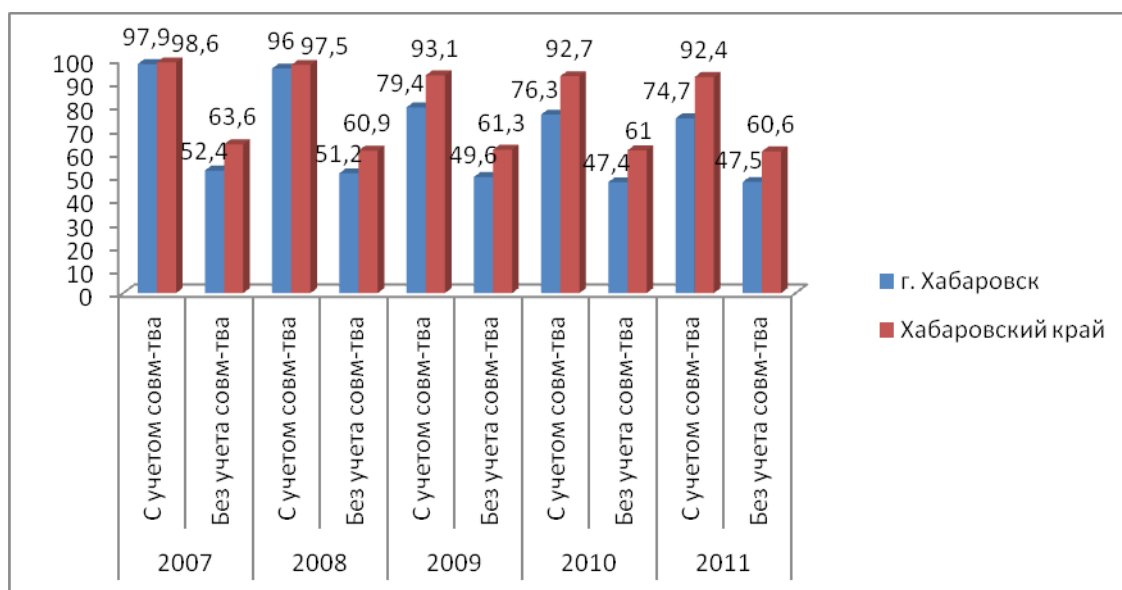


Рис. 11. Укомплектованность средним медицинским персоналом учреждений подчиненных министерству здравоохранения Хабаровского края

Доля расходов на здравоохранение в бюджете Хабаровского края составляет в пределах 16%. Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения Хабаровского края за 2010 год составила 18418 рублей, в том числе по категориям персонала:- врачи - 28926 рублей, что выше уровня 2008 года на 15,6 процента;- средний медицинский персонал - 17576 рублей, или больше на 16,7 процента по сравнению с 2008 годом; - младший медицинский персонал - 13198

рублей, рост на 22,4 процента. В целях привлечения медицинского персонала, планируется поднять уровень заработной платы врача в 2013 году до 34 тыс рублей.

Таким образом, специфику развития здравоохранения Хабаровского края определяют экономические, демографические, градостроительные, климатогеографические особенности территорий. Одной из общих проблем для здравоохранения Хабаровского края, как и для всех территорий РФ являются:

- сокращение численности и старение населения;
- ухудшение качества новых поколений родившихся;
- рост социально значимой патологии (туберкулез, алкоголизм, наркомания, травм и отравлений);
- опережающий рост безвозвратных потерь здоровья за счет омоложения и роста преждевременной смертности;
- отсутствие у населения ценностных ориентиров и личной ответственности за свое здоровье.

Существенное значение имеют:

- ориентация и состояние производственного потенциала как основы формирования региональных бюджетов и залог обеспечения социальных гарантий;
- состояние рынка труда, уровень жизни и социальной дифференциации населения. Это определяет потенциальный спрос на медицинские услуги и возможность участия населения в оплате соответствующих доходов;
- численность и структура населения определяет социальную нагрузку на региональный бюджет. Выделяются территории: с растущим населением, как за счет естественного прироста, так и за счет миграционного прироста;
- численность «социального дна» (нищие бездомные, беспризорные дети);
- интенсивность депопуляционных процессов;
- территориальная протяженность региона, малая плотность населения.

Кроме выше указанных факторов следует отметить и резко выраженные региональные различия состояния здоровья населения. В последние десятилетие в таких демографически неблагополучных регионах, каким являлся в последнее время Хабаровский край ожидаемая продолжительность жизни у мужчин на 20-25 лет, а у женщин 13-19 лет меньше, чем в европейских странах. Наибольший разброс прослеживается по социально обусловленным причинам смерти. Так, региональные различия смертности от туберкулеза составляют 26 раз, от убийств – 26 раз, от самоубийств – 30 раз, от случайных отравлений алкоголем – 150 раз.

В Хабаровском крае реализуются федеральные и краевые целевые программы, направленные на улучшение демографической ситуации в крае: «Дети России», «Здоровое

поколение», «Демографическое развитие Хабаровского края на 2009 - 2015 годы», «Основные направления по предупреждению распространения в Хабаровском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на 2010 - 2012 годы», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009 - 2011 годы)».

4.3. Модернизация системы здравоохранения как фактор и условие социальной трансформации (на примере Хабаровского края)

Реформирование российского здравоохранения, проводимое с 1991 года вызвало значительные перемены в системе. Бюджетно-страховая модель здравоохранения функционирующая с принятия закона о медицинском страховании реализовывала программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Современная система здравоохранения не лишена недостатков и требует дальнейшего совершенствования. В настоящее время существуют различные точки зрения относительно дальнейшего пути развития здравоохранения – возврат к прежней системе здравоохранения (модель Семашко), совершенствование функционирующей системы и др. Такая ситуация объясняется тем, что в процессе реформирования здравоохранения возникает противостояние подходов к его реформированию. С 2004 года вектор мнений сместился в сторону того, что российскому здравоохранению необходима модернизация.

Модернизация определяется как усовершенствования, позволяющие сделать чего-либо соответствующим современным требованиям.²⁰⁷

Практика показывает, что при реализации программ по решению социальных проблем необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению программ, или наоборот, тормозящих их реализацию. Такими факторами могут быть:

- социальная, экономическая, политическая ситуация в стране;
- демографическая ситуация;
- степень социального и экономического неравенства в обществе;
- территориальные, географические, климатические условий.

²⁰⁷ Люблинский В. В. 2008. Модернизация в социальной сфере: тенденции социальной политики в эпоху глобализации // Россия в глобальных процессах: поиски перспектив / Отв. ред. член-корреспондент РАН М. К. Горшков – М.: ИС РАН.

Таким образом, под модернизацией здравоохранения следует понимать совместную деятельность органов власти, органов управления здравоохранением, медицинского сообщества, основанную на реальном учете имеющихся ресурсов и существующих факторов внешней среды с целью перевести российское здравоохранение на уровень, отвечающий современным требованиям, соответствующим мировым стандартам.²⁰⁸

Модернизация системы здравоохранения подразумевает: модернизацию отрасли в целом, модернизацию собственно медицинской деятельности, модернизацию деятельности медицинских организаций и модернизацию отношений врача и пациента.²⁰⁹

Здравоохранение представляет собой сложную динамическую систему, которая включает в себя совокупность организаций, деятельность которых направлена на оказание медицинских услуг и организацию и оказание медицинской помощи. Таким образом, модернизация здравоохранения (отрасли) предполагает модернизацию структурных элементов системы, их ресурсное обеспечение, связи и многообразные отношения между этими элементами.

Модернизация медицинской деятельности подразумевает совершенствование оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями и стандартами на территории всей страны.

Модернизация медицинских организаций подразумевает их ресурсное оснащение.

Наиболее важным является модернизация отношений между врачом и пациентом. Традиции врачевания подразумевают специфические отношения между врачом и пациентом. В России эти отношения продолжительный период времени законодательством не регулировались. Врачи не несли ответственности за врачебные ошибки. Профессия и знания позволяли врачу в вопросах охраны здоровья и лечения использовать профессиональную власть. Население страны не несло ответственность за состояние своего здоровья. В российской системе здравоохранения традиционно действуют отношения между врачом и пациентом характерные для земской медицины, когда врач оказывал медицинскую помощь исходя из собственных знаний, в тех конкретных условиях, которые имелись в настоящий момент. Совершенствование государственного регулирования деятельности по оказанию медицинских услуг вносит коррективы в правовые отношения между врачом и пациентом. Но практика демонстрирует, субъекты системы здравоохранения не готовы к таким отношениям.

Таким образом, модернизация системы здравоохранения обеспечит устойчивое развитие отрасли.

208 Пиддэ А. Л. Организационно-экономические основы модернизации здравоохранения России: итоги, проблемы, перспективы//Управление здравоохранением. 2009. № 3(25). С.43-54.

209 Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. 2011 // Врачебные файлы [электронный ресурс]. URL: <http://www.spruce.ru/text/conceptio/02.html> [дата посещения: 16.03.2013].

Для системы здравоохранения Хабаровского края, как и для всей российской системы здравоохранения актуальна проблема развития в долгосрочной перспективе. Объективные и субъективные показатели проанализированные в диссертационной работе охарактеризовали состояние региональной системы здравоохранения, состояние здоровья населения, отношение и оценку населения к социальным процессам происходящим в системе здравоохранения. С учетом приоритетности в государственной политике повышения качества и доступности медицинской помощи в Хабаровском крае с 2011 года действует краевая программа «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011 - 2012 годы» (далее - Программа) представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в Хабаровском крае. Краевая программа «Модернизация» была разработана с учетом индивидуальных особенностей Хабаровского края, эпидемиологии заболеваний, структуры смертности и возможностей финансирования и софинансирования.

Программа «Модернизация» была утверждена в соответствии с Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Общий бюджет краевой программы составляет 6,9 млрд. рублей. Целью программы является улучшение качества и доступности медицинской помощи населению Хабаровского края.

Программа модернизации системы здравоохранения Хабаровского края включает паспорт системы здравоохранения Хабаровского края и разделы, посвященные различным мероприятиям. Паспорт содержит фактические и прогнозные показатели состояния регионального здравоохранения.

Первый раздел программы включает данные о медико-демографической ситуации в крае, основные показатели здоровья населения, характеристику кадрового потенциала и финансовой обеспеченности здравоохранения региона. В этом разделе обозначены кадровые проблемы и проблемы неэффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Второй раздел посвящен основным мероприятиям, направленным на реализацию и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения:

- реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, сокращение коечного фонда и приведение его в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи (на основе анализа смертности, заболеваемости, половозрастной структуры населения и нормативов Территориальной программы государственных гарантий);

- регионализации сети учреждений здравоохранения, предусматривающая подразделения территории на зоны обслуживания медицинских учреждений различного профиля с учетом транспортной доступности, характера расселения и среднего радиуса обслуживания;

- координация и интеграция медицинского и медико-социального обслуживания в крае.

В третьем разделе предусмотрены мероприятия в следующих направлениях:

- персонифицированный учет оказанных медицинских услуг путем создания регионального информационного ресурса;
- ведение электронной медицинской карты;
- реализация записи к врачу в электронном виде;
- обмен телемедицинскими данными путем развертывания в ведущих лечебных учреждениях региона консультативных телемедицинских центров;
- внедрение системы электронного документооборота;
- ведение единого регистра медицинских работников;
- ведение электронного паспорта учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта РФ.

В четвертом разделе программы обозначены основные перспективные направления развития краевой системы здравоохранения.

В целях улучшения профессиональной деятельности медицинских работников предусмотрены меры по повышению квалификации и переподготовке кадров для региональных медицинских центров по оказанию медицинской помощи различного профиля, а также внедрение непрерывного медицинского образования и использования медицинской электронной библиотеки.

Для удовлетворения потребности во врачах по основным специальностям предполагается повышение заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

Для этого будут определены:

- потребности в заработной плате в соответствии с численностью медицинских работников соответствующего профиля и предусмотренной динамикой роста заработной платы;
- потребности в объемах медицинской помощи и численность соответствующего контингента для обслуживания.

Систематизированный перечень программно-целевых мероприятий и механизмы их реализации представлены в в пятом и шестом разделах программы.

Объем финансирования программы представлен в разделе семь. В восьмом разделе представлены показатели для оценки результативности программы.

Так в рамках программы проведены мероприятия по оптимизации коечной сети и количество коек сокращено на 800. В то же время увеличено число кардиологических коек (с 440 до 451) и неврологических (с 460 до 651). Рассчитано количество койко-дня на одного жителя крае; в 2013 г. – 0,077, в 2014 г. – 0,092, в 2015 г. – 0,112. С целью оказания паллиативной помощи в крае планируется введение в 2013 г. 283 койки, 2014 – 338, 2015 г. –

411. Программа расширения коечной сети для организации паллиативной помощи рассчитана до 2020 года. Планируется увеличение финансирования одного койко-дня: в 2013 г. – 261, 8 руб, 2014 -316,8, в 2015 г. – 436,5.

С целью обеспечения прав жителей края на получение качественной медицинской помощи в крае реализуется территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (далее - Территориальная программа).

Важнейшей задачей Территориальной программы является обеспечение сбалансированности по видам и источникам финансирования. Территориальные нормативы объемов медицинской помощи приведены в соответствие с рекомендуемым федеральным нормативом.

Благодаря комплексу мероприятий, направленных на реструктуризацию и повышение эффективности функционирования системы предоставления медицинской помощи жителям края на основе интенсификации процессов лечения, внедрения единых стандартов лечения и применения современных организационно-управленческих мер по управлению здравоохранением, фактические объемные показатели реализации Территориальной программы в целом по краю объемы медицинской помощи сбалансированы. Однако эффективность реализации Территориальной программы в ряде муниципальных образований сохраняется на низком уровне.

Утвержденная стоимость Территориальной программы в 2011 году составила 15,2 млрд. рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - 8,6 млрд. рублей. Подушевой норматив финансирования в 2011 году составил 10895,5 рубля (в 2010 году - 9325,9 рубля).

На 2012 год утвержденная стоимость программы составила 16,5 млрд. рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - 9,4 млрд. рублей.

В рамках Территориальной программы длительное время осуществлялось финансирование некоторых видов медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета. В течение последних лет проводились мероприятия по переводу на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования специализированной помощи при онкологических заболеваниях, оказываемой в онкологических диспансерах, первичной медико-санитарной помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием. Планируется включение в Территориальную программу обязательного медицинского страхования высокотехнологичной и скорой медицинской помощи.

Другим направлением реализации Территориальной программы является наращивание объемов профилактической помощи, в том числе оказываемой в амбулаторной условиях, с одновременным снижением сверхнормативных объемов дорогостоящей круглосуточной помощи.

В настоящее время отмечается положительная динамика роста объемов амбулаторно-поликлинических посещений и объемов помощи в дневных стационарах, снижение неэффективных расходов по дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощи.

Одним из важных направлений деятельности является формирование полного тарифа на оплату медицинской помощи, который бы позволил устранить диспропорции в условиях функционирования между государственными, муниципальными и частными медицинскими организациями, вследствие которых частные медицинские учреждения оказываются зачастую неконкурентоспособными при размещении государственного и муниципального заказа. В 2012 году с этой целью в краевом бюджете предусмотрены межбюджетные трансферты на расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, программного обеспечения и прочих услуг. С 2013 года предусмотрено формирование полного тарифа для всех участников системы обязательного медицинского страхования.

Территориальной программой предусмотрены меры по уменьшению дефицита программы. Кроме того, федеральным законодательством установлены единообразные подходы к размерам страховых взносов на неработающее население. Фиксированный возрастающий размер взносов позволит увеличить стоимость территориальной программы за счет средств бюджета. Так, дефицит Территориальной [программы](#) в 2010 году составлял 26,7 процента, в 2012 - 4,4 процента. Финансирование Территориальной [программы](#) в 2010 году составляло 12,6 млрд. рублей, в 2011 году - 15,2 млрд. рублей, в 2012 году - 16,5 млрд. рублей.

Таким образом, решение проблемы сбалансированности Территориальной программы государственных гарантий по видам и источникам финансирования, сокращение ее дефицита требует осуществления взаимосвязанных мероприятий организационного, финансового характера.

В крае в условиях реализации программы модернизации были созданы центры здоровья. В 2011 году центры здоровья посетили 100 тыс. человек, из них 26 тыс. детей. Для более полного охвата населения центрами здоровья выполнено 112 выездов в учебные заведения и районы края, что позволило осмотреть свыше 5 тыс. человек. Среди всех обратившихся в центры здоровья около 50% были направлены на дополнительное обследование, 77 взрослых, считавшие себя полностью здоровым и 27 детей были направлены на стационарное лечение.

Проводимая профилактическая работа по иммунизации населения позволила снизить заболеваемость в крае в 1,3 раза вирусным гепатитом В и в 1,4 раза краснухой.

В рамках диспансеризации осмотрено 36,5 тыс работающих граждан. Выявлено 22% заболеваний впервые диагностируемых.

В рамках реализации Национальной онкологической программы в крае впервые внедрен новый метод лечения – радиойодтерапия, проводятся программы по раннему выявлению новообразований у населения края и лабораторный скрининг на онкомаркеры.

В 2011 году план краевой программы модернизации выполнен на 79 %. При плане использования 3,1 млрд. рублей освоено 2,4 млрд. рублей. Федеральная субсидия использована на 75%, средства края на 91%. На модернизацию педиатрических служб края было направлено 619 млн. рублей, что составило 25,4 % от суммы израсходованных средств.

Для внедрения современных информационных технологий заключены контракты на поставку 4 тыс единиц компьютерной техники.

Для введения стандартов использованы федеральные средства в размере 712, 8 млн. рублей.

Развитие и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения края реализуется решением задач повышения качества оказания медицинской помощи населению, строительством, реконструкцией, капитальным ремонтом, оснащения современной медицинской техникой, обновлением автопарка и устройством резервных автономных источников электроснабжения.

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральных и краевых целевых программ, программы модернизации здравоохранения края позволила существенно улучшить оснащенность учреждений здравоохранения и обновить медицинское оборудование, повысить фондовооруженность и фондооснащенность учреждений здравоохранения края.

В настоящее время в отрасли для оказания медицинской помощи эксплуатируется 382 здания и сооружения, из которых 48 нуждаются в реконструкции и 147 - в капитальном ремонте.

В 2011 - 2012 годах капитальный ремонт осуществляется на 128 объектах в учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную и первичную медицинскую помощь взрослому и детскому населению края.

В 2011 году в рамках краевой [программы](#) «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011 - 2012 годы» завершено строительство пристройки к зданию муниципального учреждения здравоохранения «Детская инфекционная больница имени профессора А. К. Пиотровича» управления здравоохранения администрации г. Хабаровска, отремонтировано и

введено в эксплуатацию 46 объектов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Количество зданий и сооружений, прошедших капитальный ремонт, из числа нуждающихся в нем составит на 01 января 2013 г. - 41 процент от общего числа, на 01 января 2014 г. - 85 процентов, на 01 января 2015 г. - 85 процентов.

Вместе с тем, существующее состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, несоответствие их санитарным нормам и правилам, нехватка площадей для осуществления основной деятельности требует проведение не только капитального и текущего ремонтов, но и строительства различного типа медицинских учреждений.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения в учреждения здравоохранения края за счет всех источников финансирования было поставлено более 9 тысяч единиц медицинского оборудования. На фоне роста инвестиций в основные фонды учреждений здравоохранения их изношенность остается высокой - более 50 процентов. Несмотря на процессы интенсивного обновления медицинского оборудования, средний фактический срок его эксплуатации в учреждениях здравоохранения еще достаточно высок и составляет свыше семи лет. Важно отметить, что значительная часть медицинского оборудования в соответствии с регламентными сроками эксплуатации имеет 100-процентный износ и фактически полностью нуждается в замене. Требуется обновления морально и физически устаревшее оборудование и автотранспорт. В большинстве учреждений здравоохранения Хабаровского края отсутствуют резервные автономные источники электроснабжения.

В настоящее время в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения края эксплуатируется почти 30 тыс. единиц медицинского оборудования, из которых:

- оборудование с износом более 75 % – 12 338 единиц, или 45 % от общего количества;
- оборудование, эксплуатируемое более пяти лет, - 12 886 единиц, или 47% .

Средний процент износа медицинского оборудования составляет 60,4 %.

Реализация мероприятий по укреплению материально-технической базы медицинских учреждений приведет к улучшению доступности и качества предоставления медицинских услуг населению.

В среднесрочной перспективе некоторыми из мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи являются капитальный ремонт и дополнительное оснащение медицинским оборудованием в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

Обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения достигается системой дополнительного лекарственного обеспечения

в рамках набора социальных услуг, которая функционирует с 2005 года. Развитие и совершенствование программ льготного лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на государственную социальную поддержку, является одним из важнейших направлений здравоохранения.

В 2013 году на обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей (далее - льготное лекарственное обеспечение) граждан, имеющих право на государственную социальную поддержку, из федерального бюджета выделено 416,02 млн. рублей. На льготное лекарственное обеспечение краевых льготников из краевого бюджета выделено 235,8 млн. рублей.

Ежегодно общая численность граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств федерального бюджета, составляет до 38,0 тыс. человек, право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств краевого бюджета - более 135,0 тыс. человек. В 2013 году число граждан, имеющих право на государственную социальную поддержку составило 154 тыс.

В целях обеспечения доступной и своевременной лекарственной помощи льготным категориям населения при амбулаторном лечении с 2011 году организован отпуск лекарственных препаратов через 88 аптечных организаций, 51 из которых расположены в отдаленных и сельских районах края.

В крае осуществляются мероприятия по обеспечению граждан лекарственными препаратами, закупленными централизованно и предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. В федеральном регистре таких пациентов в 2013 году в Хабаровском крае числилось 857 пациентов. (в 2011 – 747 пациентов)

В 2011 году модернизирована система информационного обеспечения реализации программ льготного лекарственного обеспечения в крае, обеспечено проведение мониторинга реализации программ в режиме он-лайн.

Внедрение программного обеспечения в учреждения здравоохранения, участвующие в выписке льготных рецептов, и аптечные организации, участвующие в отпуске лекарственных препаратов, позволило повысить эффективность регулирования реализации государственных программ льготного лекарственного обеспечения, оптимизировать ряд управленческих функций и создать эффективную систему контроля.

В 2011 - 2013 годах получили лицензию на осуществление фармацевтической деятельности по отпуску лекарственных препаратов 120 фельдшерско-акушерских пунктов и 22 амбулатории, прошли дополнительное обучение на право отпуска лекарственных препаратов 198 специалистов с высшим и средним медицинским образованием, в 2013 – 142 специалиста.

Организована адресная доставка лекарственных препаратов в отдаленные районы на основании договоров медицинских учреждений с Хабаровским краевым государственным унитарным предприятием «Фармация». Доставка осуществляется социальными работниками и медицинскими работниками на основании договоров, а также выездными врачебными бригадами.

Основными направлениями совершенствования лекарственного обеспечения являются: совершенствование и развитие доступной лекарственной помощи населению края, развитие программы льготного лекарственного обеспечения для населения с социально значимыми, хроническими заболеваниями.

Одной из главных задач модернизации региональной системы здравоохранения является создание единого информационного пространства в системе здравоохранения. Поставлено 4650 единиц компьютерной техники и организовано 1699 автоматизированных рабочих мест. Современные информационные технологии являются сегодня важнейшим инструментом управления здравоохранением. Комплексная автоматизация медицинских учреждений и органов управления здравоохранением позволяет достичь «прозрачности» производственных процессов, обеспечить экономию ресурсов, предоставляет возможность полноценного системного анализа, существенно сокращает предпосылки для злоупотреблений в системе здравоохранения.

Во всех медицинских учреждениях края автоматизированы процессы статистического медицинского учета и выставления счетов за медицинские услуги (рабочие места регистратора, медицинской сестры приемного отделения, экономиста, медицинского статистика (в части учреждений - врача) на основе электронных документов, таких как талон амбулаторного пациента и карта выбывшего из стационара.

С 2011 года введена информационная система сбора и анализа информации, что позволило автоматизировать систему отчетности, повысить скорость получения информации. В системе обязательного медицинского страхования Хабаровского края внедрена система взаиморасчетов и учета оказанных медицинских услуг. В крае успешно завершён пилотный проект «Электронная регистратура», что обеспечивает фактический переход на предоставление в электронном виде услуги «Прием заявок (запись) на прием к врачу». В 36 поликлиниках работает электронная регистратура. В 4-х учреждениях здравоохранения установлены информационно-справочные терминалы с возможностью самозаписи на прием к врачу через

сеть Интернет и получения иной справочной информации об учреждениях. Дополнительно приобретено 46 видеотерминалов.

Вместе с тем, анализ показал, что отсутствие единого централизованного управления субъектами информационной системы приводит к разобщенности и дублированию работ по информатизации, ограничению функциональности подсистем, нерациональному расходованию средств.

В частности, следует отметить следующие проблемы:

- существующие информационные системы частично перекрывают друг друга по реализуемым функциям, слабо связаны структурно, поддерживают разные форматы данных и не могут быть интегрированы в одну систему без существенных переработок;

- существующие информационные системы не рассчитаны на работу в едином информационном пространстве, предоставление данных в необходимом масштабе времени;

- отсутствует возможность соотнесения, сопоставления и анализа данных из различных информационных подсистем для получения полной, достоверной и актуальной информации о состоянии отрасли здравоохранения края;

- существует дублирование информации вследствие недоступности данных из различных информационных систем друг для друга;

- ряд подсистем устарел как с точки зрения программного обеспечения, так и аппаратных средств.

Указанные проблемы требуют формирования единой политики в сфере информатизации отрасли здравоохранения с выделением приоритетных направлений деятельности органов исполнительной власти края и органов местного самоуправления.

Одной из проблем осуществления модернизации является снижение кадрового дефицита в учреждениях здравоохранения, расположенных в труднодоступных и отдаленных районах края.

Медицинские кадры обеспечивают результативность и эффективность деятельности как во всей системе здравоохранения в целом, так и в отдельных структурных подразделениях.

В отрасли сохраняется неблагоприятная динамика возрастного состава врачей. Имеющееся увеличение процента молодых специалистов в учреждениях здравоохранения края, особенно в сельской местности, за последние годы происходит на фоне опережающего роста числа врачей пенсионного возраста.

За последние три года численность медицинских работников в крае уменьшилась на 335 человек, или на 2 процента, в том числе врачей - на 117 человек, средних медицинских работников - на 218 человек.

В 2011 году отклонение фактической численности от потребности (дефицит) среди специалистов с высшим медицинским образованием по краю в целом составило 3197 человек,

или 38,8 процента от потребности. При этом по муниципальным районам отклонение фактической численности врачей от потребности составляет 737 человек, или 44 процента. Отклонение фактической численности от потребности среди специалистов со средним медицинским образованием в целом по краю составило 6530 человек, или 38,9 процента. При этом по муниципальным районам отклонение фактической численности средних медицинских работников от потребности составляет 733 человека, или 18,9 процента, из них 37,6 процента приходится на фельдшеров.

В первую очередь это обусловлено отдаленностью основной части населенных пунктов края, неразвитой транспортной инфраструктурой, социально-бытовыми условиями проживания медицинских работников в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах.

С целью снижения кадрового дефицита в учреждениях здравоохранения, расположенных в отдаленных и труднодоступных районах края, планируется:

- создание системы стимулирования привлечения и закрепления молодежи (специалистов с высшим и средним медицинским образованием) в отрасль здравоохранения края, повышение качества возрастной структуры кадрового потенциала;

- повышение качества жизни и социальной защищенности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, пожелавших работать в учреждениях здравоохранения, расположенных в отдаленных и труднодоступных районах края;

- обеспечение планирования, прогнозирования и мониторинга текущей и перспективной потребности отрасли здравоохранения края в кадровых ресурсах.

Анализ подготовки врачебных кадров для системы здравоохранения Дальнего Востока показал, что на территории края действуют два высших учебных заведения: ГОУВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава и ГОУДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ Хабаровского края. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения занимается последипломным образованием. Ежегодно в Дальневосточный медицинский университет поступает до 450 абитуриентов. Плановый набор студентов колеблется от 260 до 280 принятых. Фактический набор составляет 322 до 446 студентов. Доля студентов, набираемых на места, финансируемые за счет средств бюджета, ежегодно снижается на 25% -50%, соответственно растет доля студентов, обучающихся по целевой контрактной подготовке.

Доля закончивших полный курс обучения колеблется от 48,9% до 78,85% в разные годы, и в среднем составляет 65,7%. Анализ данных по направлениям подготовки в ДВГМУ показал различия в выпуске. Выпуск врачей – стоматологов составляет 87 на 100 студентов, педиатров 65 на 100 студентов, врачей – лечебников 74,3, провизоров 70,7 на 100 студентов. Анализ состояния здоровья студентов ДВГМУ показал, что среди студентов первокурсников 23,4%

здоровы. По мере обучения в течение шести лет количество здоровых студентов снижается и составляет всего 12,7%.

Таблица 4.16 Показатели интегральной результативности и эффективности Программы модернизации Хабаровского края

Показатель	2009	2013
Общий коэффициент смертности населения	13,9	13,2
Смертность населения от болезней системы кровообращения	685	635,8
Смертность от внешних причин	209,3	193,7
Коэффициент младенческой смертности	10,1	8,99
Смертность трудоспособного населения	8,0	7,03
Удовлетворенность населения медицинской помощью	31,4	35
Эффективность вложений в здравоохранение	2	1
Уровень удовлетворенности населения региона	77	96

Таким образом, модернизация здравоохранения действуя параллельно с приоритетным национальным проектом «Здоровье», будет способствовать системному решению проблем региона и позволит приблизиться к современному уровню медицинской помощи, а также позволит переориентировать отрасль на профилактические и реабилитационно-восстановительные мероприятия и усиление мотивация человека на сохранение собственного здоровья. Фрагментарно проводимая модернизация отрасли недостаточно учитывает специфику групп населения проживающих на отдаленных от центра России территориях. В таких территориях медико-социальные проблемы усложняются. В отдаленных особенно сельских территориях ухудшение качества жизни сельских жителей отражается на качестве здоровья. Отсутствие динамичного медицинского наблюдения, профилактических мероприятий, пропаганды здорового образа жизни увеличивает затраты на медико-социальное обеспечение сельского населения.

Для закрепления результатов выше описанных мероприятий в Хабаровском крае с 2013 года начинает действовать Государственная программа «Развитие здравоохранения Хабаровского края».²¹⁰ Государственная программа включает подпрограммы: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе, скорой специализированной медицинской помощи», «Охрана здоровья матери и ребенка», «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения», «Совершенствование системы лекарственного обеспечения», «Развитие информатизации в здравоохранении». Ожидаемы результаты реализации программы включают: - снижение смертности до 11,8 на тыс населения; увеличение продолжительности активной жизни – до 75 лет; снижение материнской смертности – до 5,7 на тыс живорожденных детей; снижение младенческой смертности – до 7,5 на тыс.

²¹⁰ URL: www.zdrav/khv.ru

Анализ современного состояния региональной системы здравоохранения ставит несколько методологических вопросов:

- возможность и границы использования опыта других стран – при каких условиях можно переносить те или иные меры из арсенала реформ одних государств в практику других;
- возможность формирования общего пространства в здравоохранении, распространении общих идей, принципов и подходов в формировании систем здравоохранения в различных странах. Феномен диффузии реформ здравоохранения связан с тем, что хотя до сих пор нет консенсуса по поводу относительной важности национальных факторов или глобализации, реформы проводимые в различных странах, не так уж независимы друг от друга. Причина этого кроется в том, что страны сталкиваются со схожими проблемами обеспечения доступа населения к услугам здравоохранения.

Глава V ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СУБЪЕКТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1. Качественные характеристики статуса врачей в современной системе здравоохранения

Работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья».²¹¹ В их число входят те, кто оказывает медицинскую помощь, и те, кто управляет и поддерживает системы доставки услуг. Помимо классических определений, врач, как специалист, помогающий при потере физического и психического здоровья, принимающий роды и продлевающий жизнь, облегчающий страдания страждущих – в современный период выступает, в большей либо в меньшей степени, как производитель медицинских услуг и продавец своего труда и его результатов. Целевая функция врачебной медицинской деятельности всегда обладает общественной полезностью, если представляет объективную пользу для отдельного лица, т.е. индивидуально полезна для его личного здоровья, а потому полезна для здоровья общественного.

211 Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. URL : http://www.who.int/whr/2008/whr08_08ru.pdf. -Дата обращения : 20.08.2012.

Во всем мире насчитывается 59,8 миллиона работников здравоохранения. По заключению ВОЗ, страна, где на 10 000 жителей приходится менее 23 врачей, медицинских сестер и акушерок, испытывает критический недостаток трудовых ресурсов здравоохранения. По оценкам ВОЗ, увеличение числа работников здравоохранения к 2015 году будет в среднем стоить 447 миллионов долларов США в год на одну страну.²¹²

Для достижения своих целей на национальном и международном уровне системам здравоохранения необходимо усилить все свои ресурсы, но, в первую очередь, трудовые. Развитая и устойчивая инфраструктура системы здравоохранения является основой для заполнения сегодняшних пробелов между обещаниями в отношении здоровья и реальным положением дел, а также для заблаговременного определения основных проблем в области здравоохранения.

С 90-х годов прошлого столетия отечественная система здравоохранения подвергается коренным изменениям, связанных с переустройством социально-экономических основ общества. Ослабление роли государства и переход от административных форм управления к либеральным методам регулирования жизнедеятельности социальных систем, по существу, внесли коренное изменение в производственные отношения субъектов таких систем.²¹³ В Российской Федерации вопросы кадрового обеспечения в течение многих лет являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения, медицинские кадры рассматриваются в качестве главного его ресурса.

В динамике врачебных кадров с 2000 года отмечаются тенденции к росту. Так по данным государственной статистики в Российской Федерации в 2000 году общая численность врачей составляла 680 200 человек, а к концу 2013 года возросла до 711 300, работающих в учреждениях здравоохранения подчинения Минздравсоцразвития России.²¹⁴

Показатель обеспеченности населения врачами всех специальностей составлял в 2000 году 46,8 и в 2012 – 41,7 на 10 тыс. населения. Ориентируясь на стандарты рекомендованные ВОЗ, ситуация с обеспеченностью врачами в Российской Федерации выглядит вполне благополучно, но следует отметить, что региональные различия в обеспеченности врачами российского населения достигают 30 %. Так, усредненный российский показатель коэффициента совместительства составил в 2012 – 1,6, в 2009 году - 1,5, что отражает несоответствие числа штатных должностей количеству работающих физических лиц врачебного персонала. Анализ уровня укомплектованности врачебным персоналом больничных учреждений показал, что врачебные должности заполнены на 92,5 % (в целом по больницам,

212 Мировая статистика здравоохранения, 2011. URL : <http://www.who.int/> -Дата обращения : 20.08.2012.

213 Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_08ru.pdf. -Дата обращения : 20.08.2012.

214 Федеральная служба государственной статистики. URL : <http://www.who.int> 3. <http://www.gks.ru>. Дата обращения 20.08.2012

включая совмещенные с ними поликлиники) при коэффициенте совместительства, равном 1,5, в стационарах сельской местности составляет 88,1 % при совмещении должностей - 1,5.

В больницах федерального подчинения укомплектованность врачами достигает 86,9 % при совместительстве 1,2, в учреждениях подчинения субъекта Российской Федерации - 92,4 % (коэффициент совместительства – 1,5), в муниципальных стационарах – 92,8 % (при коэффициенте совместительства 1,6). Укомплектованность учреждений здравоохранения врачебными должностями в Дальневосточном регионе в сравнении с российскими показателями выглядит достаточно благополучно и составила в 2012 год свыше 90%.

В 2012 году численность участковых терапевтов составила 37 833 человек или 6 % от числа врачей всех специальностей. По отношению к 2009 году произошло уменьшение численности почти на 1000 физических лиц при прежней обеспеченности кадрами (2,7 на 10 тыс. населения). Только на отдельных территориях (Центральном, Сибирском, Дальневосточном федеральных округах) показатель обеспеченности участковыми терапевтами превышает российский. Численность участковых врачей с 2009 года убывала, в той или иной степени, по всем российским округам и многим ее субъектам. Коэффициент совместительства участковыми врачами по Российской Федерации составил, в среднем, 1,2.

За 2012 год более чем на 400 физических лиц (1,5 %) уменьшилась численность работающих участковых педиатров при обеспеченности ими -10,3 (2009 г. – 10,4 на 10 тыс. населения). Самая высокая обеспеченность участковыми педиатрами наблюдается в Дальневосточном ФО – 11,2 (2012 г. – 11,3 на 10 тыс. населения). Различия в обеспеченности участковыми педиатрами субъектов Российской Федерации достигают 69 %.

Показатель аттестации врачебных кадров всех специальностей в 2012 году составил 52,1 %. В сельской местности доля врачей, имеющих квалификационную категорию, достигла 42,1 %.

Поскольку значимость совершенствования кадровой политики в развитии здравоохранения признана на всех уровнях управления системой, в перечень ведущих задач и мер по повышению доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации включена задача укрепления кадрового потенциала. На заседании Государственного совета в августе 2013 было отмечено, что современная система здравоохранения испытывает «кадровый голод». *ссылка*

При этом, как отмечается в отчете ВОЗ по здравоохранению в мире «растущие ожидания населения всегда опережают финансовые возможности системы здравоохранения, накладывают на всю систему здравоохранения весьма строгие требования, что создает потребность в поиске оптимальных путей развития системы здравоохранения в рамках ограниченных ресурсов».

Для того чтобы справиться с широко распространенными и все более острыми проблемами кадровых ресурсов нужны такие системы здравоохранения, которые могут быстро адаптироваться к меняющимся реальностям, используя комплексные механизмы регулирования.

Крайне важным условием, без которого будущее здравоохранения подвержено высокому риску кризиса, стала разработка государственной стратегии, «которая должна обеспечить достаточную численность работников здравоохранения с соответствующими навыками, адекватным образом распределенных по типу, уровню и локализации служб и находящихся в такой рабочей среде, которая мотивирует их к эффективной работе».²¹⁵

В документах стратегии подчеркивалось, что «ликвидация дисбаланса между предложением и спросом на кадры здравоохранения занимает гораздо больше времени – до 10 лет для некоторых специальностей, а традиционные подходы к планированию, подготовке, распределению кадров здравоохранения и управлению ими более не отвечают требованиям для удовлетворения потребностей в кадрах, поскольку динамика развития международного и внутреннего рынка рабочей силы равно как спрос, так и предложение постоянно меняются».

При этом в ходе формирования стратегии указывалось на необходимость:

- постоянной оценки меняющихся медико-санитарных потребностей населения и стандартов предоставления услуг;

- расчета потребностей в кадровых ресурсах для удовлетворения этих потребностей и соответствия стандартам, позволяющим достичь желаемого уровня укомплектования штатов, профессиональной структуры занятости, географического распределения и производительности труда;

- понимания меняющейся динамики кадрового предложения и спроса как внутри стран, так и на региональном/международном уровнях, в условиях постоянно усиливающейся глобализации, характеризующейся более свободным движением в мире услуг и рабочей силы.

Для обеспечения достижения вышеизложенных целей требуется решение ряда задач, которые в сокращенном изложении представляют следующие виды мероприятий:

- определение оптимального соотношения численности работников здравоохранения различного профиля и уровня квалификации, в период, когда услуги здравоохранения становятся все в большей мере ориентированными на пациента и предоставляются и координируются большим числом работников здравоохранения;

- обеспечение сбалансированного географического распределения кадров здравоохранения» для обеспечения удаленных, сельских и бедных районов, что должно осуществляться с учетом факторов времени и условий;

215 Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006г. URL : <http://www.who.int/wkr/previous/ru/> - Дата обращения 20.08.2012.

- составление «полного представления о динамике национальных кадровых ресурсов здравоохранения - включая всех работников, активно функционирующих на рынке труда, вне зависимости от их трудовой занятости в настоящий момент», – что зависит от движения кадров, поступающих на рынок и покидающих его (мигранты, пенсионеры, выпускники национальных учебных заведений);

- наличие оперативных и достоверных данных о численности, уровне подготовки, распределении и профессионально-квалификационной структуре кадров здравоохранения, а также хорошего понимания факторов, которые влияют на их мобильность и эффективность деятельности. Недостаток оперативных данных по таким показателям, как возрастно-половой состав, методики подготовки кадров, производительность, оплата труда, институциональное и географическое распределение является общей проблемой, не позволяющей проводить достоверный анализ и прогнозирование потребности в кадрах.

В Декларации, принятой в Риме 8 июля 2009 г. лидерами стран Группы G8, озаглавленной «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития», было подчеркнуто, что «для достижения целей всеобщего доступа к услугам здравоохранения, особенно в сфере первичного медико-санитарного обслуживания, необходимо укреплять системы здравоохранения за счет улучшения условий труда медицинского персонала, к которому относятся как специалисты-медики, так и работники общинных служб здравоохранения, и совершенствовать системы финансирования сектора здравоохранения, включая систему социальной защиты, с уделяя особое внимание наиболее уязвимым группам».²¹⁶

Концептуальные подходы к укреплению социальной сферы ориентированы, прежде всего, на оптимизацию кадровых ресурсов здравоохранения, чьи знания, профессиональные навыки и мотивация, являются базовой основой, определяющей итоговые результаты и целостность проводимых преобразований.²¹⁷

Опыт реформирования здравоохранения в течение последних лет свидетельствует о недостаточном учете и недоиспользовании столь значимого фактора.

Потребности населения в медицинских кадрах относятся к той части потребностей, которые нуждаются в общественном воспроизводстве на основе верификации экономической и производственной потребностях (нуждаемости) в кадровых ресурсах, которая в значительной степени поддается управлению.

Состояние кадровых ресурсов системы здравоохранения характеризуется сохраняющейся непропорциональностью обеспечения врачебным и сестринским персоналом,

²¹⁶ Декларация «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития». URL: ria.ru/trend/summit_Aquila_08072009/ - Дата обращения : 06.12.2010

²¹⁷ Артемова В. О. Управленческий потенциал здравоохранения как условие эффективной модернизации отрасли // Здравоохранение. 2011. № 9. С/

несбалансированностью их подготовки, серьезными проблемами в оказании врачебной помощи, отсутствием, в ряде случаев, необходимой квалификации кадров, а также - региональной дисгармоничностью в распределении ресурсов.

Врачи, как часть социального слоя интеллигенции, относятся к статусным группам, по М. Веберу, имеющим схожий стиль жизни, моральные ценности, общий язык и культуру. Эти общие черты подразумевают наличие внутренней солидарности и деятельности, предпринимаемой для защиты своих интересов и расширения социальных возможностей.²¹⁸

Современные исследователи рассматривают социальный статус как место или позицию индивида, соотносимое с положением других людей; это место индивида в иерархически организованной общественной структуре, его объективная позиция в нём; это неисчерпаемый человеческий ресурс, дающий человеку возможность влиять на общество и получать посредством него привилегированные позиции в системе власти и распределения материальных благ.²¹⁹

С целью исследования социального положения современного врача, исследования социальных установок, изменения отношения врачей к системе здравоохранения проведено социологическое исследование. (Приложение 2)

Краткий социологический портрет участников опроса (n-440) выглядит следующим образом. Женщины составляют основную численность врачей медицинских учреждений края (79%), соответственно 21 % - это мужчины. В возрастном составе преобладают врачи в возрасте от 30 до 60 лет, что составляет 71 % от числа всех опрошенных и 15,7 % в возрасте до 30 лет и около 11% - старше 60 лет. Возрастные группы представлены – от 31-40 лет – 23 %, от 41-50 лет – 25 %, от 51 – 60 лет – 26 %. (Приложение 3) Стаж деятельности от 10 лет и выше в учреждениях здравоохранения отметили 70 % от числа всех респондентов. Из 30 % опрошенных, стаж их профессиональной деятельности составляет менее 3 лет (6 %) и менее 10 лет (24 %). По представленным данным можно предположить, что имеющаяся в стране разница в обеспечении врачебными должностями населения в различных регионах страны (по статистическим сведениям наблюдается дефицит врачебных кадров), будет только усугубляться, так как полного восполнения молодыми врачебными кадрами, более возрастных, не ожидается. В муниципальных медицинских учреждениях работают 56 % респондентов, 36 % - в государственных и федеральных, в частных 7 %, и 11% опрошенных совмещают свою деятельность в медицинских лечебно-профилактических учреждениях или в медицинских образовательных учреждениях (общий процент ответов на этот вопрос превысил 100 %).

218 Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма. М.: Прогресс, 1990.

219 Шкартан О. И. Социология неравенства. Теория и реальность. М. «Высшая школа», 2012. 526 с.

Большая часть респондентов работает на 1 ставку, 27 % - работают на 1,5 ставки, при этом большинство совмещает свою деятельность в одном медицинском учреждении, 19 % работают на 1,5 ставки и более совмещая свою деятельность в других медицинских учреждениях.

Исследование социальных установок врачей, показало, что для многих из них важна их профессия, 65 % респондентов своими ответами подтвердили удовлетворенность своей профессиональной деятельностью, 24 % разочарованы своей профессией, но продолжают работать в сфере здравоохранения, 11 % затруднились дать ответ. На вопрос о престижности профессии врача, утвердительно ответили только 45 %, 42 % считают, что профессия врача не обладает престижностью, около 13 % не смогли дать ответ на поставленный вопрос (таблица 5.1).

Таблица 5.1 Распределение ответов респондентов на вопросы «Считаете ли профессию врача престижной» и «Удовлетворены ли своей профессиональной деятельностью»

Считаете ли вы профессию врача престижной	Удовлетворены ли вы своей профессиональной деятельностью			Всего
	да	нет	затрудняюсь	
да	57,0 %	18,3 %	32,5 %	45,0 %
нет	30,9 %	72,0 %	43,2 %	42,1 %
затрудняюсь	12,1 %	9,7 %	24,3 %	12,9 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %

Престиж - авторитет, влияние, уважение в обществе, на которые может рассчитывать врач и степень которых соответствует профессиональному социальному статусу. Престиж – явление неосознанное, нечто подразумеваемое. Однако в повседневной жизни человек обычно стремится придать престижу осязаемость – присваивает титулы, соблюдает ритуалы уважения, выдает почетные степени, демонстрирует свое «умение жить». Престиж входит в экономическую составляющую социального статуса. Известно, что профессия врача в России не входит в перечень высокодоходных профессий. Поэтому, сопоставляя ответы на вопросы о престижности и удовлетворенности в профессии, мы пришли к выводу, что свыше 40 % опрошенных врачей в своей деятельности делают акцент на альтруизм в профессии и служении обществу. В то же время результаты опросов всероссийского общественного мнения (ВЦИОМ) свидетельствуют, что доля респондентов (56%), убеждены, что большинство российских врачей относятся к своим пациентам невнимательно и равнодушно. Только 34 % респондентов были

довольны уровнем профессиональной подготовки врачей и 30 % – отношением с их стороны. Вероятно, российские врачи нереалистично оценивают уровень собственной профессиональной подготовки, и стремятся сохранить позитивный публичный образ профессии, несмотря на низкий социально-экономический статус и ограниченную профессиональную автономию. При этом оценки врачей полярные оценкам пациентов по одним и тем же вопросам о профессионализме врачей и их альтруизме.

Немаловажной установкой для современных врачей, оказалась их профессиональная идеология. Многие из врачей оценивают высокий профессионализм и стремятся к этому, ориентированы на то, чтобы делать свое дело на хорошем уровне, а не на экономическую выгоду. При этом качество работы важнее для них, чем количественные показатели. Российские врачи стремятся по-прежнему позиционировать себя как группу, которая ставит во главу угла идеологию служения обществу.

Как показывает опрос, многие врачи воспринимают свою профессию как призвание и дорожат ею, несмотря на недовольство существующим положением в отрасли. В целом более 65 % всех респондентов говорили о том, что они не разочарованы во врачебной профессии, несмотря на то, что 49,5 % из них были недовольны своей заработной платой и своим социальным положением – 64,9 % респондентов.

В то же время многие врачи-респонденты утверждают, что их мотивация к работе не зависит от дохода. Российские врачи хотят, чтобы их рассматривали как группу, которая сохранила профессиональные ценности.

Таблица 5.2 Распределение ответов респондентов на вопросы «Влияет ли ваш квалификационный уровень на ваши доходы» и «Удовлетворены ли своей профессиональной деятельностью»

Влияет ли ваш квалификационный уровень на ваши доходы	Удовлетворены ли вы своей профессиональной деятельностью			Всего
	да	нет	затрудняюсь	
да	20,1 %	4,8 %	10,5 %	15,4 %
нет	46,4 %	36,1 %	55,3 %	44,9 %
затрудняюсь	33,5 %	59,1 %	34,2 %	39,7 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %

Если посмотреть на образ врача глазами населения, то можно говорить о том, что вышеупомянутые высокие оценки уровня профессиональной экспертизы преувеличены. Ведь именно оценка работы профессионалов потребителями медицинских услуг является ключевой в решении о том, насколько профессиональная группа соответствует провозглашенному идеалу.

Следует рассмотреть и следующее измерение социально-профессионально статуса – власть. Власть определяет, какие именно люди или группы смогут воплотить свои предпочтения в реальность социальной жизни. Власть – это способность отдельных лиц и социальных групп навязывать свою волю другим и мобилизовывать имеющиеся ресурсы для достижения цели. Амос Холи заметил: «Каждый социальный акт есть проявление власти, каждое социальное взаимоотношение – это уравнивание власти, и каждая социальная группа или система – это организация власти». Основы власти подразделяются на три категории ресурсов: принуждение, побуждение (мотивы), убеждение. Под влиянием убеждения, базирующегося на репутации, мудрости, личном обаянии или контроле над окружающими, отдельные индивиды или социальные группы начинают выступать за те же цели, которым отдает предпочтение человек, обладающий властью. В литературе ряд авторов отмечает самоуверенное и высокомерное отношение представителей медицинской профессии к представителям других профессий, ее веру в неограниченность своих возможностей в вопросах сохранения здоровья человека. Данный факт, возможно, объясняется тем, что медицина является одной из самых интеллектуально насыщенных сфер профессиональной деятельности. П. Стронг назвал это явление чувством «медицинского империализма». Зола И. К. обращает внимание на проблему медикализации современного общества, на возрастание роли медицинских знаний, мышления и практик в повседневной жизни людей, зависимости от медицины общества и отдельных индивидов, политического влияния врачей и медицины, особенно в вопросах, выходящих за рамки их компетенции, и это тоже можно рассматривать как властное поведение. С позиции концепта «власти-знания» рассматривает феномен медицины М. Фуко. Он полагает, что современная власть реализуется неразрывно со знанием. Знания и власть пронизывают друг друга, организуя и конструируя пространство понятий, смыслов и значений. Здесь следует обратить внимание еще на одно измерение социального статуса - культурно-информационный ресурс. Культурно-информационные ресурсы не всегда имеют приоритет над экономическими, социальными и силовыми ресурсами, однако тенденция повышения их значимости как источника власти проявляется в современном мире достаточно отчетливо, в связи с ускоренным развитием медицинских технологий. Следовательно, власть профессии в здравоохранении можно усиливать или ослаблять благодаря знаниям, опыту, достижениям информации и др.

Так, свой профессиональный уровень периодически (раз в пять лет) повышают 97,1 % респондентов. Наличие в краевом центре Института повышения квалификации медицинских кадров обеспечивает региональную систему здравоохранения квалифицированными специалистами по всем специальностям. Такая благополучная ситуация складывается не во всех регионах. Так, по опросам ВЦИОМа практически половина всех россиян (45 %) отметила, что современные российские врачи обладают низким уровнем квалификации и

профессиональными знаниями.²²⁰ . По мнению Л. Рошаля медицинское образование должно быть непрерывным, дистанционным.

Уровень своего дохода от основного вида деятельности врачи края оценивают следующим образом: высокий уровень дохода отметили 0,9 % респондентов, выше среднего – 6,4 %, средний – 43,2 %, низкий – 19,4 %, и ниже среднего – 30,1 %. (Приложение 4) Сопоставляя данные опроса, мы пришли к выводу, что в категорию с уровнем дохода «ниже среднего» и «низкого» отнесли себя врачи в возрасте до 30 лет и стажем работы до 10 лет. Такие результаты опроса подтверждают наше предположение кризисности положения по замещению врачебных кадров возрастных групп на более молодые. Формирование мнения о низкой доходности своей профессии заставляет молодых специалистов искать более высокооплачиваемые должности и не всегда в системе здравоохранения. В исследовании мы не ставили цель представить респондентам определенную шкалу уровня дохода, но ориентировались на дополнительное мнение респондентов по данному исследованию, многие из опрошенных указывали самостоятельно уровень дохода, который бы они хотели иметь. Эта цифра варьировала от 30 000 до 50 000 рублей. По всей видимости, у большинства респондентов уровень дохода составляет менее 30 000 рублей, хотя по официальной краевой статистике средняя заработная плата в учреждениях здравоохранения составляет – 32 060 рублей, а в 2013 году должна составить не менее 34 тыс рублей. В каждой профессии есть свои «отягчающие обстоятельства». Данные о заработной плате врачей по другим странам свидетельствуют следующее. Врачи в Бельгии, Швеции, Португалии зарабатывают в среднем 60 тыс. дол. США в год или в месяц порядка – 5 000 дол. США. В Австралии 90 тыс. дол год или в месяц с среднем – 7 500 дол. США. Канада, Дания: 110 тыс. дол. в год или в месяц в среднем – 9 000 дол. Швейцария, Великобритания, Нидерланды - 120 тыс. дол год или в месяц с среднем – 10 000 дол. В США – 160-170 тыс. дол. в год или в месяц с среднем – 14-15 000 дол. Таким образом, уровень заработной платы современных российских врачей, является результатом, отягчающих обстоятельств действующих в российской системе здравоохранения.

Оценивая современное состояние регионального здравоохранения, только 17,8 % считают, что ситуация стабильна с тенденцией к улучшению, 69,4 % оценивают как близкую к кризисному положению с дальнейшей тенденцией к ухудшению, 11 % не смогли точно оценить сложившуюся ситуацию или не захотели. (Приложение 4)

Таблица 5.3 Распределение ответов респондентов на вопросы «Как вы оцениваете состояние современного здравоохранения» и «Удовлетворены ли своей профессиональной деятельностью»

220 Пресс-выпуск № 1912 «Состояние здоровья россиян: мониторинг». URL : <http://www.wciom.ru/>. Дата обращения 20.08.2012.

Как вы оцениваете состояние современного здравоохранения	Удовлетворены ли вы своей профессиональной деятельностью			Всего
	да	нет	затрудняюсь	
все вполне благополучно и стабильно	2,3 %	-	2,4 %	1,7 %
тенденции к улучшению	22,1 %	9,6 %	10,5 %	17,8 %
тенденции к ухудшению	26,2 %	39,8 %	34,5 %	32,4 %
ситуация близка к кризисной	37,2 %	45,8 %	34,2 %	37,0 %
затрудняюсь	12,2 %	4,8 %	18,4 %	11,1 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %

Следует отметить, что критическое состояние системы здравоохранения видят 34,2 % врачей удовлетворенных своей профессиональной деятельностью и 45,8 % респондентов, которые не удовлетворены. Достаточно высок суммарный процент респондентов этих двух групп оценивающих ситуацию с тенденцией к ухудшению – 63,1 %.

Большой проблемой кадровой политики для регионального здравоохранения является укомплектованность врачебными кадрами в сельской местности. Так, при числе работающих в Хабаровском крае более 8000 врачей, в сельской местности в 2010 году работало только 86 врачей. Отдаленность большинства территорий от краевого центра, плохие условия жизни и труда, низкий уровень заработной платы – все это делает малопривлекательной профессию врача в сельской местности. Так, вакансии на врачебные должности в Ванинском районе составляют 40 единиц, в Тугуро-Чумиканском районе – 6. в других регионах от 2 до 4 вакансий по различным специальностям. Поэтому укомплектованность врачебными кадрами в Хабаровском крае на 90 % характерна только для городов Хабаровск и Комсомольск-на-Амуре. В 2012 по программе «Земский доктор» Министерство здравоохранения Хабаровского края заключило договоры с 41 врачом, а в 2013 с 35 для работы в отдаленных территориях края.

При постановке следующего вопроса мы попытались детализировать сложившуюся ситуацию в здравоохранении, а также оценить роль и положение врача, как в самой системе, так и обществе в целом. (Приложение 4) Так, по результатам ответов о роли врача в современной региональной системе здравоохранения ответы распределились следующим образом: это система, в которой врач обладает высокой ответственностью перед пациентом (74,8 %), с готовностью удовлетворять потребности и желания пациентов в сфере здоровья (48 %), заинтересованный в увеличении численности здорового населения (57,2 %) и числа платежеспособных граждан (63,4 %), со средним уровнем информированности по вопросам профессиональной деятельности (45,4 %). По мнению респондентов, современное состояние здравоохранения характеризуется низкой технической оснащенностью отрасли (67,1 %), низким уровнем доступности медицинской помощи для всего населения (76,9 %), отсутствием

справедливости в распределении ресурсов, необходимых для нормального функционирования системы здравоохранения (80,5 %), отсутствием справедливости в удовлетворении необходимых медицинских потребностей населения (76,1 %) и с низким качеством обслуживания (63 %). Состояние несправедливости в системе здравоохранения (неравенство) порождает, по мнению опрошенных респондентов, и неравенство в возможностях укрепления здоровья для населения (73,9 %). Для врачей это выливается в отсутствии возможности для профилактической работы в системе здравоохранения (69,2 %), в среднем уровне выраженности профессиональной солидарности (45,5 %), наличие профессиональной солидарности на бескорыстной основе отметили 40 % респондентов, для пациентов - низким уровнем доступности и качества системы здравоохранения. Основными причинами сложившейся ситуации в системе здравоохранения респонденты видят низкий уровень финансирования (62,7 %) и большое количество посредников в движении финансовых средств в отрасли (65, 7 %). Такое положение дел в системе ведет к снижению доверия у населения (или его отсутствию) к системе здравоохранения (80,9 %) и формированию протестного настроения в сфере здравоохранения как у врачей, так и у населения (64,9 %). По нашему мнению протестное настроение способствует формированию девиантного поведения у субъектов системы здравоохранения.

Система обязательного медицинского страхования, призванная обеспечивать систему здравоохранения дополнительными финансовыми средствами, не реализовала себя в этом направлении. Долгий период времени финансирование отрасли осуществлялось по остаточному принципу. В научной литературе широко обсуждался вопрос введения соплатежей пациентов при получении ими медицинской помощи. Неупорядоченность (в том числе и правовая) в источниках финансирования системы здравоохранения до сих пор присутствует и в представлении врачей, около 21 % респондентов не знают, из каких источников финансируется система здравоохранения, указывая только или государственный бюджет или страхование, а 15,1 % из них затруднились указать источник поступления средств в отрасль.

Невысокий уровень информированности врачебного сообщества, как в вопросах профессиональной деятельности, так и в вопросах правового обеспечения, подтвердили ответы на вопросы о знании врачами законодательства РФ в сфере здравоохранения, только 57 % респондентов ориентируются в вопросах законодательного обеспечения системы здравоохранения, 23 % затруднились дать ответ. Такая неуверенность в ответах, по нашему мнению, может иметь негативное отражение в реальной жизни и деятельности врачей. Это может иметь проявление в вопросах взаимоотношений между субъектами системы здравоохранения (врачом и пациентом), и в, частности, в определенной степени может способствовать формированию у медицинского работника убеждений и мотиваций на

«адекватное» материальное вознаграждение своего труда и не совсем честным способом, т.е. посредством «теневых отношений» между субъектами. Так наличие «теневых» отношений между врачом и пациентом отметили 6,2 % респондентов.

Более половины (54,8 %) из всего числа респондентов считают, что пациент непосредственно должен участвовать в организации и предоставлении ему медицинской помощи в виде индивидуального страхования. В организационном отношении индивидуальное страхование является добровольным видом страхования. Приходя к мнению о необходимости индивидуального медицинского страхования, врачи предполагают, что будет дополнительный источник финансирования их заработной платы, но появляется и еще один дополнительный посредник в движении финансовых средств, а для населения кратность оплаты услуг системы здравоохранения будет увеличиваться в «геометрической прогрессии». По мнению 48 % опрошенных респондентов уровень заработной платы врача должен устанавливаться и регулироваться только государственными органами.

На вопрос о развитии профилактического направления в системе здравоохранения утвердительно ответили 95,9 % респондентов. Имея опыт проведения профилактических и диспансерных осмотров, врачи отмечают недостаточную организацию этих важных направлений. Мнение врачей по вопросам организации и проведения профилактических осмотров позволило установить, что 46 % опрошенных не удовлетворены своей работой на профилактических осмотрах, 36 % оценили уровень своей профессиональной подготовки для ранней диагностики заболеваний как недостаточный. Основными причинами неудовлетворенности врачей этим важным направлением профилактической работы явились организационные трудности, связанные с высокой нагрузкой (37 %), недостатком времени в связи с оформлением медицинской документации (43 %). Организацией диспансеризации не удовлетворены 37 % респондентов-пациентов и 56 % врачей.

Среди недостатков, по мнению врачей, необходимо выделить недостаточно четкую регламентацию диспансеризации здоровых и практически здоровых (26,4 %); недостаточно четкую регламентацию больных с сочетанной патологией (24 %); недостаточное количество времени, выделяемого для диспансеризации населения (21 %), отсутствие приоритетов диспансеризации отдельных контингентов населения (7,4 %); большое число больных, подлежащих диспансерному наблюдению у врача (6,9 %).²²¹

Высказывая мнение о том, какие меры необходимы для повышения качества медицинской помощи 30% врачей отметили необходимость повышения качества медицинского образования, 25 % считают, что среди приоритетных направлений должно быть повышение квалификации

221 Эхте К. А. , Дербенев Д. П., Вошев Д. В. К вопросу о роли медицинского образования в формировании специалиста в сфере здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения истории медицины. 2012. №1. С- 54.

медицинских работников, 30 % считают, что на этот показатель может повлиять повышение заработной платы медицинским работникам, остальные 15 % не имеют на этот счет определенного ответа.

Важным условием обеспечением качества медицинской помощи, профессиональной адаптации врачей является четкое понимание ими своих прав и обязанностей, а также прав и обязанностей пациента, успешное разрешение сложных с юридической точки зрения ситуаций. Врачи легитимизируют право признавать или не признавать человека больным/здоровым, закрепляя за ним соответствующий статус. Эти решения выносятся на основании экспертного знания, которым обладают врачи.

Профессия врача рассматривается в контексте аргументации о влиянии профессиональной структуры на адаптационные способности общества. От дезинтеграции и нестабильности общество спасает наличие профессий с мощным альтруистическим отношением, и медицинская профессия однозначно относится Т. Парсонсом к тем видам социальной деятельности, в которых нет ориентации субъекта на себя.

Таблица 5.4 Мнение врачей о смене профессии

Готовность врачей сменить профессию	% числа опрошенных
Нет, я люблю свою работу и она приносит моральное удовлетворение	70,5%
Нет, так как моя работа достаточно высоко оплачивается	3,5%
Да, но нет возможности освоить новую специальность	11,25%
Да, но в моем возрасте поздно осваивать новую специальность	8,75%
Да, и я уже ищу новую работу	3,0%
Иное	3,0%

В процессе лечебного или диагностического процесса между ним и врачом создаются отношения особого рода. В этих отношениях просматривается явная асимметрия в отношениях врача и больного, но это не создает условий для манипуляции больным, а, наоборот, превращается в фактор, способствующий появлению позитивного терапевтического эффекта. Возникновение социальной системы ассоциативного типа связано, в частности, на убеждение в том, что здоровье – это хорошо, а болезнь плохо, а также на наличие общей цели. Таким образом, альтруистический мотив медицинской деятельности помимо социетального смысла выступает консолидирующим началом здравоохранения как социального института.

Большинство врачей 70,5% ответили, что профессию менять не собираются, поскольку любят свою работу и она приносит моральное удовлетворение, 3,5 % врачей не планируют менять работу, так как она, по их мнению, достаточно высоко оплачивается.

Врачи, заявившие, что они готовы сменить работу, но не имеют возможности освоить новую специальность составили 11,25 %, 8,75 % врачей уже осваивают новую специальность, 3 % опрошенных приняли решение сменить профессию и ищут новую работу, 3 % не видят смысла в смене профессии.

Таблица 5.5 Распределение ответов респондентов на вопросы «Высокая информированность профессиональной деятельности медицинских работников» и «Как вы оцениваете состояние современного здравоохранения»

Высокая информированность профессиональной деятельности медицинских работников	Как вы оцениваете состояние современного здравоохранения					Всего
	все стабильно	Тенденция к улучшению	Тенденции к ухудшению	Кризисное положение	затрудняюсь	
больше да	33,3 %	50,8 %	34,2 %	28,6 %	27,0 %	34,2 %
больше нет	16,7 %	28,9 %	44,8 %	51,6 %	32,4 %	42,6 %
затрудняюсь	50,0 %	20,3 %	21,0 %	19,8 %	40,6%	23,2 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Врачи осознают важность для себя информации об официальных законодательных документах. Одна треть респондентов кто высоко профессионально информирован, оценивают ситуацию в системе здравоохранения как стабильную, и половина – как «с тенденциями к улучшению». Из тех, кто менее информирован отдали свои голоса за ситуацию «с тенденциями к ухудшению» (44,8 %) и «кризисное положение» - 51,6 %. Наиболее высокий процент голосов за стабильность ситуации в системе здравоохранения (50,0 %), отдали те респонденты, которые затруднились оценить информированность своей профессиональной деятельности. Вывод напрашивается соответствующий: «Меньше знаю, лучше сплю». Так, 58 % респондентов заявили, что считают необходимой для себя такую информацию, 39 % хотели бы ознакомиться только с основными документами и только 1,5% полагают, что это совершенно не нужно. На вопрос о том, информированы ли они об официальных документах, регламентирующих работу учреждений здравоохранения 22% отметили положительно, 11% - отрицательно. 66% респондентов высказали мнение, что знакомы лишь с основными документами, но не указали, что это за документы.

Эффективность и качество работы врача непосредственно связано с состоянием его здоровья. Так, 15,2 % респондентов оценили свое здоровье как «хорошее», 66, 2 %

-«удовлетворительное», 18,7 % считают, что их здоровье обременено большим количеством хронических заболеваний. При выполнении своих профессиональных обязанностей медицинские работники подвергаются воздействию множества факторов вредных для здоровья. Следствием этого являются высокая заболеваемость и низкий уровень здоровья медицинских работников.

Используя данные социологического опроса проведенного Тверской ГМА (n-772 врачей) о состоянии здоровья было установлено: хроническими заболеваниями страдают 65,8% участников опроса. Среди женщин распространенность заболеваний на 10% выше, чем у мужчин (68,7% и 58,5% соответственно). Лица старше 40 лет (75,2%) страдают чаще хроническими заболеваниями, чем их молодые коллеги (55,2%). Среди врачей имеющих квалификационную категорию частота распространенности хронических заболеваний выше (74,1%), чем у тех, кто категорию не имел (53,9%). Временная нетрудоспособность, связанная с заболеванием и травмами в течении года, наступала у каждого третьего врача (35%). Давая общую оценку своему здоровью 38% респондентов считали его удовлетворительным, 62% неудовлетворенны состоянием своего здоровья.²²²

У работников здравоохранения имеются серьезные мотивационные изъяны, связанные с распространением практики неформальных платежей пациентов. У значительной части медицинских работников, как показывают наши исследования, проявляется недостаток достижительной мотивации. Так, в 2007-м году при обследовании врачей, проведенном Независимым институтом социальной политики, им задавался вопрос: «Стали бы Вы работать больше и лучше, если бы Вам повысили оплату труда?» В 2009-м году такой опрос был проведен повторно. По истечении времени распределение ответов оказалось примерно таким же: больше половины считают, что они не стали бы работать лучше, поскольку и сейчас работают на высоком уровне качества и результативности. Каждый готов получать больше, но не за счет новых профессиональных достижений.

На основе приведенных данных мы типизировали группы современных врачей основываясь на их профессиональной деятельности и отношении к системе здравоохранения:

- врачи-альтруисты, которые не берут деньги от пациентов в силу своего воспитания и менталитета, но их всего 3-5%. Они являются выраженными противниками платежей населения в стационарах;

- сомневающиеся врачи, которые хотели бы что-то получить, но им никто не платит. Как правило, эта категория врачей работают в терапевтических или детских отделениях и не особо

222 Эхте К. А., Л. П. Дербенев, О. В. Крячкова, И. И.Макарова. Профессионально значимые аспекты состояния здоровья врачей Тверской области // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. № 2. С.53

отличаются рыночным поведением (в процентом соотношении эту группу можно отнести к врачам альтруистам);

- врачи – реалисты составляют 30% всех врачей. Эта группа врачей отдает себе отчет в том, что такова реальность и кто-то вместо государства должен оплачивать оказанные медицинские услуги;

- врачи-рыночники – с большой охотой принимающие неформальные платежи населения, составляют больше половины врачей (50 %);

- врачи «от бога», которые составляют 10% и которые всю свою деятельность осуществляют только после оплаты, так как они уникальны и обладают уникальными технологиями медицинской деятельности, которые продолжительный период времени работали «на имя», и которые, в ситуации, когда «имя работает на них» всю свою деятельность осуществляют только после оплаты.

Следует выделить среди рассмотренных выше групп группы медицинских работников, которые эпизодически или постоянно участвуют в теневых практиках. Так, по степени включенности в теневой рынок можно выделить следующие группы:

- первая группа – это вынужденные сторонники. Их мотивация включения в теневой рынок – обеспечение достойного заработка. Врачи этой группы играют роль обиженных и оценивают государственную политику как несправедливую по отношению к ним, как представителям профессиональной группы;

- вторая группа – это «рыночная». В их сознании укоренился рыночный подход к практике неформальных платежей – «За все надо платить». Они склонны высоко ценить значение своего профессионального капитала и окупать личные вложения в свое развитие. Вокруг таких докторов формируется круг врачебных менеджеров, которые помогают им найти своих пациентов;

- третья группа – это «последователи Гиппократа», которым удалось сохранить врачевание в ранге высшей профессиональной ценности.

Учитывая, что в законодательстве РФ платность или бесплатность медицинской услуги четко не определена, мы рассмотрели модели взаимодействия врачей и пациентов на основе платы за медицинские услуги.

Плата по тарифу, когда пациент платит за помощь по сложившимся и принятым теневым ценам, которые хорошо известны всем, от администрации до пациента. Обычно в приемном отделении пациенту сообщают, за что и сколько он должен заплатить. Такой вид оплаты выгоден и врачу, он получает гораздо больше от официального тарифа, и пациенту, так он оплачивает за медицинскую услугу меньше, чем предусмотрено официальным тарифом.

Плата по возможности, когда врач определяет размер теневой оплаты в зависимости от благосостояния и финансового положения пациента или его родственников. Такое положение дел врачи считают справедливым, так как в какой-то степени «компенсируют» затраты своего труда на бесплатное лечение пенсионеров, студентов и других неплатежеспособных категорий граждан.

Поборы, сюда можно отнести прямое вымогательство денег у пациентов за те услуги, которые должны быть предоставлены бесплатно. К поборам относятся также предложения больным о внесении денег с целью благотворительности.

Плата по просьбе, когда размер оплаты до начала лечения не оговаривается. После лечения пациенту намекают, «что надо бы отблагодарить», даже если медицинская помощь была оказана на платной основе.

Плата, как благодарность по инициативе пациента, распространенная ранее в натуральном виде (подарки), а в последнее время в деньгах.

По способам распределения неформальных платежей во врачебной среде можно рассматривать следующие: «общий котел» из которого деньги распределяются по фиксированной доле. Например: оперирующий хирург – 50%, заведующий отделением – 10 %, медсестрам – 10 %, остальным – 30 %. Младший медицинский персонал из схемы распределения не исключается. Другая схема, когда оперирующий хирург распределяет деньги, полученные за проведенную операцию пропорционально степени участия в операции.²²³

Фондом «Новая Евразия» в 2011 году было проведено исследование «Теневой рынок медицинских услуг: структура по видам услуг, типам проявлений, субъектам и денежным потокам. Причины и механизм развития». Так, по результатам исследования фонда выявлено: масштабы рынка теневых услуг – к практике неформальных расчетов с врачами прибегали 22% пациентов, из них 14% хотя бы один раз платили «из рук в руки», а 8% просто дарили подарки. Медицинские работники утверждают, что теневой доход составляет 37% от официального заработка. Если медицинские работники выступают в роли пациентов, они также включаются в теневой рынок: более 50% медицинских работников платят друг другу за медицинские услуги, из них 22% платят всегда, около 30% - только в случае если не могут получить медицинскую помощь другим способом.

Отношение к неформальным платежам толерантное. Пациенты считают, что неформальные платежи позволяют получить качественную медицинскую услугу, ускорить медицинское обслуживание. Пациенты чаще выступают за скорейшее искоренение этой порочной практики.

223 Комаров Ю.М. Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении // Главврач. 2012. № 11. С. 63-67.

Медицинские работники в теневых оплатах видят компенсацию своей низкой заработной платы и в меньшей степени заинтересованы в искоренении практики теневых расчетов. Извлечение прибыли при взаимодействии с пациентом не может выступать доминирующим мотивом врача, так как это соответствует логике поведения не профессионала, а делового человека. Альтруистическая установка врача производна от этико-нормативной системы, существующей в профессиональной среде и влияющей на поведение профессионала: «эгоистический интерес типичного индивида в целом обуздывается необходимостью поддерживать институциональный кодекс, который господствует в его профессиональной сфере». Эта установка является естественным ограничителем рационализации не только на этапе выбора и осуществления технологий взаимодействия врача и больного, но и постановки цели профессиональной интеракции.

Анализ факторов, влияющих на сохранение практики теневых платежей между врачом и пациентом выявил три группы:

- первая группа относится к системе управления здравоохранением: недостаток финансирования отрасли (несоответствие программ государственных гарантий финансовым потребностям, разрыв между государственными гарантиями медицинской помощи и материально-техническими ресурсами для их выполнения);

- вторая группа – низкий уровень общего и финансового менеджмента в ЛПУ. Отсутствие мотивации к эффективному распоряжению ресурсами, плохая организация лечебного процесса, незаинтересованность в снижении уровня неформальных платежей. Сознательное невмешательство руководства в практику неформальных платежей;

- третья группа – особенности страховой медицины - отсутствие должного контроля над качеством лечения по программам ОМС.

Тем самым появляется новая линия отношений (производитель – покупатель), требующая четкого нормативного определения прав и обязанностей каждой стороны. Эта задача снимается созданием адекватной происходящим переменам нормативно-правовой базы, к качеству и комплексности которой у субъектов медико-социальной системы имеются вполне оправданные претензии. Так, специалисты в области здравоохранения сетуют на неразборчивость многих имеющих принципиальное значение для успешного развития реформ российского здравоохранения законов (Закон о пациенте, закон о медицинской организации и т.д.).

Понятно, что предложенные государством «правила игры» и сопровождающие их социальные роли должны быть легитимизированы теми, кому предназначена их практическая реализация. Иными словами, именно врачам в первую очередь необходимо принять изменения в социальной роли врача, а пациентам – считать новые поведенческие стандарты приемлемыми.

Сейчас новые ролевые ожидания еще не оформились окончательно, они неопределенны и неустойчивы.

Таким образом, обобщая результаты проведенного исследования, можно утверждать, что врачи, оценивая сложившуюся систему здравоохранения, подтверждают происходящие социальные изменения в ней. Социально-экономическое положение врачей и их статус в обществе, в связи с происходящими изменениями, существенно не меняется, а по некоторым критериям ухудшается. Принимая тот факт, что система здравоохранения финансируется государственным бюджетом и системой обязательного медицинского страхования, они не отрицают и принимают факт финансирования системы здравоохранения, а также непосредственно медицинских работников со стороны пациентов, допуская при этом не всегда легальные способы. В то же время такие отношения не улучшают социально-экономическое положение врача, а лишь усугубляют сложившееся положение в здравоохранении снижением доверия со стороны населения к системе здравоохранения и ростом протестного настроения, как среди пациентов, так и среди самих врачей. Таким образом, решая вопросы укрепления кадрового потенциала в системе здравоохранения, в первую очередь следует обратить внимание на усиление экономических составляющих деятельности врачей, изменения их социального статуса в обществе, изменения взаимоотношений врача и пациента. Большая часть поставленных вопросов может быть решена только в рамках социальной политики страны.²²⁴

5.2 Социальный портрет и стратегии поведения населения в отношении здоровья в современной системе здравоохранения

Всякая система здравоохранения справедлива и достойна, когда она соответствует ожиданиям населения и способна реагировать на любой запрос каждого члена общества. По мнению ВОЗ, главными критериями эффективной системы национального здравоохранения являются качественное медицинское обслуживание и справедливость в сфере охраны здоровья без любой дискриминации.

По определению ВОЗ справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги

²²⁴ Гасанова А. З. Диспансеризация населения. Изучение мнения работающего населения об организации и качестве диспансеризации. // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. № 6. С23-25.

является характерной для всех домашних хозяйств, независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения. Каждый гражданин имеет равные права на расходование этих средств согласно индивидуальным потребностям в медицинской помощи.

Для современной российской системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении шансов на здоровье между отдельными гражданами и социальными слоями. В современной системе здравоохранения и в государственной политике охраны здоровья населения России пока не выработана эффективная практика учета особенностей социальной дифференциации в сфере здоровья. Между тем, такая дифференциация приобретает острые формы в связи с социально-экономическим расслоением населения страны. Еще одним критерием оценки эффективности работы системы здравоохранения в стране является степень удовлетворенности населения системой здравоохранения. При оценке деятельности систем здравоохранения, получаемой в результате больших социологических опросов, степень удовлетворенности системой здравоохранения ВОЗ называет критерием «отзывчивости системы».

Доступ к таким социальным ценностям, какими являются здоровье и здравоохранение, в обществе далеко не одинаков для разных групп и слоев населения. Он обусловлен положением индивидов и групп в социальной структуре общества. Здоровье служит одним из оснований идентификации и самоидентификации людей в системе социального неравенства и, значит, предпосылкой их социальных взаимодействий, социальной интеграции или дезинтеграции, а также существенным фактором общественно-психологического климата социальных групп и общества в целом.

Остаются весьма распространенными такие социальные противоречия в сфере общественного здоровья, как социальные барьеры в доступе к медицинской помощи, низкая информированность взрослого населения о состоянии здоровья и заболеваниях, неадекватное ценностное отношение к здоровью.

Россияне, работающие в различных сферах экономики, выплачивают налоги и страховые взносы по системе обязательного медицинского страхования, но имеют разную степень доступности и обеспечения квалифицированной медицинской помощью, что в свою очередь отражается на степени доверия к системе, с одной стороны, и на показателях заболеваемости и смертности населения, с другой.

В настоящее время общие цели сохранения и укрепления здоровья населения в России включают рост рождаемости, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни людей, развитие материально-технической базы, медицинского прогресса, качества медицинских услуг. Но без внимания остается учет потребностей в услугах и доступ к ним, неравенство в распределении шансов на здоровье, хроническое недофинансирование работников здравоохранения и другие причины, которые прямо или косвенно могут приводить

к ограничению доступа рядовых граждан к системе здравоохранения. По данным социологического исследования, проведённого в 2008 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, средний уровень доступности медико-социальной помощи в целом по России составил менее 3/4 (или 32,8 балла) от максимально возможного целевого значения (45 баллов). Таким образом, формируется обратная зависимость доступности и качества российского здравоохранения. Другими словами, изменение параметров одного из указанных компонентов в сторону улучшения или увеличения ведёт к изменению параметров другого компонента.

Главные риски дальнейшего развития системы здравоохранения состоят в следующем:

- государственные и частные расходы на здравоохранение будут расти высокими темпами, но эффективность системы оказания медицинской помощи будет оставаться низкой;

- дифференциация в доступности качественной медицинской помощи для населения с разными доходами и местом жительства будет усиливаться;

- способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения будет развиваться очень медленно;

- массовое сознание в отношении медицинского обслуживания будет длительное время оставаться раздвоенным, сочетая ценности всеобщего равенства и патернализма в получении медицинской помощи с готовностью платить медицинским работникам за внимание и качество.

Характер ответов на вызовы системе здравоохранения определяются тремя главными факторами:

1) объемом ресурсов, направляемых государством, населением, работодателями на обеспечение медицинской помощи;

2) динамикой изменений в отношении общества к ценностям здоровья и проблемам здравоохранения, силой давления на государство и систему здравоохранения со стороны населения, прежде всего среднего класса, и работодателей;

3) эволюцией способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения, в том числе способности проводить последовательную антикоррупционную политику.

Поскольку деятельность здравоохранения, как части социальной сферы общества связана с воспроизводством реальной повседневной жизни людей, развитием и самоосуществлением социальных субъектов, основные ее измерения следующие:

1) условия сохранения здоровья и медицинского обслуживания;

2) доступность благоприятных для здоровья форм жизнедеятельности и медицинской помощи;

3) гражданские права и гарантии на получение медицинской помощи и проживание в безопасной для здоровья среде обитания;

- 4) возможность выбора медицинских услуг и благоприятных для здоровья способов поведения и форм жизнедеятельности;
- 5) способы регулирования, социального контроля здравоохранения и медицинского обслуживания со стороны гражданского общества, государства и личности;
- 6) степень ответственности социальных субъектов за сохранение здоровья;
- 7) социальное неравенство (условий и возможностей) в вопросах охраны здоровья и медицинского обслуживания;
- 8) социальные интересы, потребности, ожидания, мотивы и стимулы социальных субъектов (индивидов и групп) в сфере здравоохранения.

В рамках диссертационной работы с целью изучения мнения населения о состоянии современной системы здравоохранения проводился опрос населения города Хабаровска и Хабаровского края. Эмпирическую базу исследования составляют материалы целевого репрезентативного массового опроса взрослого населения Хабаровска (N=629, 2012г). Выборка репрезентирует население края и города по полу, возрасту, доходу и отражает основные социально-демографические характеристики. Смещение количественных показателей по всем контролируемым признакам составило не более 1 %. Опрос проводился в виде анкетирования по специально разработанной анкете, включающей 120 признаков. (Приложение 2)

В анкетировании участвовали 46,1 % мужчин-респондентов и 53,9 % женщин. По возрастным группам участники анкетирования распределились: 18-29 лет -32,1 %; 30-39 лет – 20,5%; 40-49 лет – 19,5 %; 50-59 лет – 13 %; 60лет и старше – 14,9 %. (Приложение 5). Субъективные оценки здоровья продемонстрировали следующие результаты опроса. «Отлично» и «хорошо» оценили свое здоровье 8,4 % и 40,7 % , соответственно, 34,9 % респондентов оценили свое здоровье как «удовлетворительное», 11,8 % - «неудовлетворительное».

Респондентам в ходе опроса было предложено субъективно оценить свой уровень дохода. При ответе на этот вопрос все опрошенные были разделены на пять групп: с высоким уровнем дохода – 2,5 %, выше среднего –12,1 %, средним – 50,3 %, ниже среднего –20,7 % и низким – 14,4 %. В целом, не вызывает сомнения тот факт, что связь между представлениями людей о системе здравоохранения и уровне дохода отнюдь не проста и однозначна. Материалы нашего исследования свидетельствуют, что существуют зависимости и соответствия между взглядами и установками людей и их поведенческими стратегиями по отношению к системе здравоохранения, здоровью и уровнем дохода (таблица 5.6)..

Таблица 5.6 Распределение ответов респондентов на вопросы «Как часто у Вас возникают проблемы со здоровьем» и «Как вы оцениваете уровень своего дохода»

Как часто у Вас возникают проблемы	Доход					Всего
	высокий	выше среднего	средний	ниже среднего	низкий	

со здоровьем						
никогда	20,0%	10,8%	6,5%	0,8%	3,4%	5,7%
Редко (1-2 раза в год)	46,7%	52,7%	49,2%	34,1%	34,1%	44,3 %
Иногда (3-4 раза в год)	20,0 %	28,4 %	34,2 %	33,3 %	14,8 %	30,2 %
Часто (чаще 5 раз в год)	6,7 %	5,4 %	6,8 %	20,6 %	15,9 %	10,8 %
Постоянно испытываю проблемы со здоровьем	6,7 %	2,7 %	3,3 %	11,2 %	31,8 %	9,0 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Так в ходе исследования выявлено, что оценка здоровья, возраста и дохода связаны друг с другом.

Следует отметить, что 40,7 % респондентов оценили свое здоровье как «хорошее». При субъективной оценке своего здоровья наиболее оптимистичные результаты отмечаются в группах респондентов с доходом выше среднего и высоким, и, соответственно, наиболее пессимистичные оценки в группах респондентов с доходом «ниже среднего» и «низким». В шкале ответов нами были предложены варианты оценки как «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». При допустимой субъективности вариантов ответов отмечается как прямая, так и обратная зависимости уровня дохода и субъективной оценки здоровья. Так, респонденты с высоким уровнем дохода оценивают свое здоровье как «хорошее» в 65 % ответов, а с низким уровнем дохода – как «удовлетворительно» в 41 % ответов. Прямая зависимость от уровня дохода отмечается и в оценках респондентов частоты возникновения проблем со здоровьем. Если только у 26,7 % респонденты с высоким уровнем дохода проблемы со здоровьем возникают «иногда и часто», то в группе респондентов с низким уровнем дохода у 31,8 % респондентов проблемы со здоровьем возникают постоянно.

Надо сказать, что большинство респондентов рассматривают здоровье как объект, подвергающийся воздействию множества разнообразных сил (факторов), многие из которых, как они считают, вполне могут быть управляемы человеком. Отечественными и зарубежными исследователями выявлены группы факторов, обуславливающие здоровье.

Из предложенных вариантов ответов 26,7 % респондентов с высоким уровнем дохода и 31,1 % с доходом выше среднего, выбрали образ жизни, как наиболее значимый, обуславливающий их здоровье. Из этой же группы 40 % респондентов считают, что таким фактором является экология, 18 % указывают прочие причины. В группе с низким уровнем дохода всего 15,9 % респондентов считают, что они несут ответственность за свое здоровье образом жизни, 38,6 % относят бремя ответственности на систему здравоохранения. 19 % всех респондентов не смогли указать хотя бы один фактор, который существенно обуславливал его здоровье.

Связь между состоянием здоровья и образом жизни отмечают 21,1 % всех опрошенных респондентов, 26,4 % считают что качество их здоровья зависит от возможностей современного здравоохранения. Таким образом, общее мнение наших респондентов соответствует тому, что

высокий и достаточный уровень дохода человека, позволяет поддерживать и соответственно нести ответственность за состояние своего здоровья. Чем ниже уровень дохода, тем больше население перекладывает ответственность за свое здоровье на службы здравоохранения (таблица 5.7).

Таблица 5.7 Распределение ответов респондентов на вопросы «Что в наибольшей степени угрожает Вашему здоровью» и «Как вы оцениваете уровень своего дохода»

Что в наибольшей степени угрожает Вашему здоровью	Доход					Всего
	высокий	выше среднего	средний	ниже среднего	низкий	
образ жизни	26,7 %	31,0 %	21,2 %	18,3 %	15,9 %	21,1 %
экологическая ситуация в районе проживания	40,0 %	14,9 %	18,9 %	18,3 %	13,6 %	18,0 %
ограниченная доступность и низкое качество	20,0 %	9,5 %	25,7 %	30,2 %	38,6 %	30,0 %
Отсутствие профилактических мероприятий в системе здравоохранения	6,7 %	17,6 %	15,0 %	16,6 %	13,6 %	15,2 %
Затрудняюсь ответить	6,6 %	27,0 %	19,2 %	16,6 %	18,3 %	19,2 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

В то же время, необходимо иметь в виду, что структура представлений об угрозах здоровью и причинах болезней вообще, и применительно к себе в частности, также отнюдь не идентична. Опыт исследований, проведенных в различных странах, подтверждает тот факт, что люди подходят к этим двум проблемам по-разному, и жители Хабаровска и Хабаровского края не оказались в этом смысле исключением. В целом, большинство респондентов подчеркивает важность индивидуального контроля и ответственности человека за здоровье. Однако как только речь заходит об их собственном здоровье, они скорее склонны ссылаться на внешние обстоятельства, которые, по их словам, оказали если не большее, то, по крайней мере, равное на них влияние по сравнению с той ролью, которую они играли сами. В среднем, каждый пятый среди всех опрошенных (21,1%) и каждый третий (35 %) с высоким уровнем дохода связывает свое здоровье, главным образом, с собственным поведением. Об этом свидетельствует тот факт, что респонденты имеющие высокий доход и обладающие хорошим здоровьем, преимущественно считают это собственным достижением. (Приложение 6) Те же, кто имеет те или иные проблемы со здоровьем, скорее стремятся обвинить в этом внешние обстоятельства, чем себя и свое здравоохранительное поведение. Ответственность за свое здоровье снижается в соответствии со снижением уровня дохода. Так, только 13 % в группе с низким уровнем дохода считают, что их здоровье зависит от них самих. При этом обращает на себя внимание тот факт,

что представители группы с низким уровнем дохода более склонны занимать позицию приписывания решающей роли в воздействии на их здоровье тех внешних обстоятельств, которые, как они считают, во многом не поддаются какому-либо контролю с их стороны. К таким внешним влияниям они относят экологическое состояние района проживания (21,1 %), ограничение доступности и низкое качество медицинской помощи (26,4 %), отсутствие в системе здравоохранения профилактических мероприятия -15,2%. В группе с высоким уровнем дохода внешние причины распределились следующим образом: экология района проживания 29 %, ограничение доступности медицинской помощи 18 %, другие причины 6 %. Таким образом, неудивительно, что представители группы с низким доходом демонстрируют наиболее выраженное стремление (59 %) объяснять плохое состояние своего здоровья внешними обстоятельствами, которые они не могут контролировать, и за которые поэтому не несут никакой моральной ответственности.

Таблица 5.8 Распределение ответов респондентов на вопросы, «С какой целью Вы чаще обращаетесь в медицинские учреждения» и «Как Вы оцениваете свой уровень дохода»

С какой целью Вы чаще обращаетесь в медицинские учреждения	Доход					Всего
	высокий	выше среднего	средний	ниже среднего	низкий	
Для регулярного осмотра	13,3 %	24,3 %	17,3 %	12,7 %	14,8 %	16,8 %
Для получения справок	26,7 %	18,9 %	20,5 %	15,9 %	17,0 %	19,0 %
Консультации специалистов	33,3 %	10,8 %	13,7 %	10,3 %	4,5 %	11,8 %
Для лечения, при первых признаках проблем со здоровьем	20,0 %	17,6 %	19,5 %	27,8 %	19,3 %	21,0 %
Для лечения, когда терпеть больше нет сил	-	24,3 %	25,1 %	27,0 %	31,9	25,7 %
Затрудняюсь ответить	6,7 %	4,1 %	3,9 %	6,3 %	12,5 %	5,7 %

В поведенческих стратегиях населения преобладает поведение обращения за профилактической медицинской помощью. Наибольшая активность отмечается в группах с высоким уровнем дохода (таблица 5.8). Результаты нашего исследования подтверждают данные мониторинга проведенного Федеральной службы государственной статистики среди различных территорий страны. Наибольшей долей тех, кто обходится без помощи медиков даже в случае заболевания, характеризуются Северо-Западный и Дальневосточный Федеральные округа (58,8% и 60% соответственно).

Высокая степень активности для прохождения регулярных медицинских осмотров отмечается в группе с уровнем дохода выше среднего (24,3 %). Среди остальных групп частота

обращений колеблется от 12 % до 17 %, и вероятнее всего это связано с трудоустройством. При первых признаках заболевания за медицинской помощью с одинаковой частотой обращаются во всех группах (20 % респондентов с высоким уровнем и 19,3 % с низким уровнем дохода). В то же время, если в группах с высоким уровнем дохода нет таких, которые обращаются за медицинской помощью только в крайних случаях, то в группе с низким уровнем дохода 31,9 % обращаются в медицинские учреждения лишь тогда, когда «терпеть заболевание нет уж сил». Отказываются от медицинской помощи самостоятельно по разным причинам (надежда на скорое выздоровление (36,6 %), отсутствие доверия врачам (9,5 %), отсутствие возможности лечиться (17,5%)) в группе с высоким уровнем дохода в 65 % случаев и в 60 % случаев в группах с низким уровнем дохода. Таким образом, можно говорить о сложившейся ситуации в массовом и индивидуальном ценностном отношении к здоровью, когда оно не входит в число приоритетных ценностей среди социальных групп и это особенно отмечается в группах с низким уровнем дохода.

Большое значение в успешности функционирования здравоохранения имеет информированность населения. Респонденты с высоким уровнем дохода проявляют большую активность в информированности о деятельности системы здравоохранения (таблица 5.9).

Таблица 5.9 Распределение ответов респондентов на вопросы «Достаточно ли информации по деятельности системы здравоохранения в Хабаровском крае» и «Как Вы оцениваете уровень своего дохода»

Достаточно ли информации по деятельности системы здравоохранения	Доход					всего
	высокий	выше среднего	Средний	ниже среднего	низкий	
В поликлинике можно получить всю информацию	46,7 %	18,9 %	18,6 %	10,3 %	17,0 %	17,4 %
СМИ проводят активную работу в этом направлении	6,7 %	21,6 %	9,5 %	11,9 %	10,2 %	11,5 %
Нет, для меня эта информация неинтересна	6,6 %	17,6 %	17,6 %	23,0 %	13,6 %	17,7 %
Нет, по этому вопросу информации мало	20,0 %	32,4 %	40,2 %	41,3 %	35,2 %	38,3 %
Затрудняюсь ответить	20,0 %	9,5 %	14,1 %	13,5 %	24,0 %	14,9 %
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Так, 17,4 % опрошенных всю интересующую их информацию о системе здравоохранения, профилактических мероприятиях и другие сведения, касающиеся здоровья и системы здравоохранения, получают при посещении медицинского учреждения, а для 17,7 %

необходимости в информации подобного рода не возникает. 20 % из группы респондентов с высоким уровнем дохода считают, что информации по этому вопросу недостаточно. Обратная картина наблюдается в группе респондентов с низким уровнем дохода – 35,2 % считают, что информации недостаточно, и лишь 17 % получают информацию при посещении медицинского учреждения.

От 6,7 % респондентов (с высоким уровнем дохода) до 23 % (со средним уровнем дохода) считают подобную информацию для себя излишней. Многие из тех, кто обладает более низким социальным статусом, считают, что приобретение новых знаний по вопросам здоровья вовсе не нужно и даже, более того, может нанести вред. Респонденты с низким уровнем дохода заняли среднюю позицию (13,6 %) при ответе на этот вопрос. Таким образом, информированность представителей разных групп по уровню дохода о системе здравоохранения различается более чем в два раза. На наш взгляд, такое положение отражается на принижении ценности здоровья среди населения.

Исходя из того, что человек способен принимать разумные решения в зависимости от его осведомленности, а приобретение необходимых знаний предполагает и затрату определенных усилий, то люди, принадлежащие к той или иной социальной группе по уровню дохода, в большей или меньшей степени, именно так и поступают в реальной жизни. Низкий уровень информированности населения в сфере охраны здоровья повышает потребность в услугах системы здравоохранения, тогда как осознанное поведение населения снижает социальную нагрузку на систему здравоохранения в целом. Проблема, на наш взгляд, кроется ещё и в низком уровне информированности населения о своих правах. В средствах массовой информации широко используется реклама различных лекарственных средств, новых методов лечения заболеваний, но не говорится ни слова о технологиях процесса получения необходимой услуги, о правах потребителя медицинских услуг.

Таблица 5.10 Распределение ответов респондентов на вопросы «Знаете ли вы свои права в сфере здравоохранения и охраны здоровья» и «Как Вы оцениваете уровень своего дохода»

Знаете ли вы свои права здравоохранения и охраны здоровья	Доход					всего
	высокий	выше среднего	средний	ниже среднего	низкий	
хорошо разбираюсь в этих вопросах	26,7 %	37,8 %	15,0 %	8,7 %	11,4 %	16,2 %
слабо знаком с законодательством	46,7 %	36,5 %	55,4 %	49,2 %	39,8 %	49,3 %
совершенно не знаю законодательство	20,0 %	20,3 %	19,5 %	31,7 %	28,4 %	23,3 %
затрудняюсь ответить	6,6 %	5,4 %	10,1 %	10,4 %	20,4 %	11,2 %

Всего	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Во всех группах респонденты отмечают свои слабые знания в сфере охраны здоровья и здравоохранения – 81 % в группе с доходом ниже среднего, 74 % в группе со средним доходом, 71 % в группе с низким уровнем дохода, 65 % с высоким и 63 % с выше среднего (таблица 5.10).

Таким образом, каких-либо определенных зависимостей уровня дохода и знания своих прав в сфере здравоохранения мы не обнаружили.

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в значительной степени уравнивает возможности населения в доступе к медицинским услугам. Теперь застрахованные вправе получить медицинскую помощь по полису обязательного медицинского страхования вне зависимости от территориального прикрепления. Причём, отныне застрахованный субъект будет самостоятельно выбирать страховую медицинскую организацию. Но и здесь в ходе социологического опроса, нами выявлены определенные неравенства. Наиболее благополучная ситуация по обеспеченности медицинским полисом наблюдается в группе высокодоходных респондентов. Если по какой-либо причине у этой категории граждан нет полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), то имеется финансовая возможность приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС). Такая возможность имеется у 12 % опрошенных с высоким уровнем дохода. В группе с низким уровнем дохода обеспеченность полисом ОМС такая же, как и в группе с высоким уровнем дохода (87,4 %), однако 3,1 % респондентов отмечают отсутствие полиса ОМС, и только 4,8 % обладают полисами ОМС и ДМС. Поэтому, несколько неожиданны были результаты, полученные при ответе на вопрос об индивидуальных взносах (персонифицированных полисах) на медицинское обслуживание. Так, 7% респондентов с низким уровнем дохода поддержали введение таких взносов, среди группы респондентов с высоким уровнем дохода ответов на этот вопрос не было. Фонды страхования формируются за счёт налогоплательщиков, но в ходе социологического исследования выяснено, что с различной частотой потребителям медицинских услуг приходится оплачивать (через кассу или конверт) различные услуги. Среди всех опрошенных респондентов 10 % оплачивают всегда медицинские услуги, 30, 5 % оплачивают часто, а 11, 3 % никогда не сталкивались с требованиями оплаты медицинских услуг. Так, если в группе с высоким уровнем дохода 24 % респондентов всегда оплачивают медицинские услуги, а 12 % никогда не приходилось прибегать к оплате, то в группе с низким уровнем дохода 20 % респондентов никогда не оплачивали медицинские услуги, и лишь в 9% респондентов приходится оплачивать всегда. Частота оплаты медицинских услуг прямо пропорционально зависит от уровня дохода. В распределении по группа дохода мы увидели

следующую картину: «всегда» и «часто» оплачивают медицинские услуги 59 % респондентов в группах с высоким и выше среднего доходом, 43 % - в группе среднего дохода, 31 % в группе ниже среднего дохода и 28 % в группе низкого дохода. Таким образом, один из принципов социального страхования «богатый платит за бедного» в современной системе здравоохранения реализован. Но на наш взгляд, эта ситуация создается искусственно медицинскими учреждениями. Лечебные учреждения, умело используют «Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», в которую входят бесплатно предоставляемые услуги (заложенные в базовую программу ОМС), и которые приходится оплачивать гражданам. Среди тех респондентов, которые оплачивают медицинские услуги (50,2 %) это делают через кассу медицинского учреждения. Чаще (62 %) это делают представители группы с высоким доходом и до 42 % респондентов с доходом выше среднего.

Вступившие в силу с января 2012 года «Основы охраны здоровья граждан РФ» должны внести ясность для потребителей медицинских услуг, какие услуги можно получить бесплатно, а какие следует оплатить. Результаты опроса продемонстрировали, что имеют место факты теневой оплаты, непосредственно в карман исполнителю медицинских услуг (6,9 %). Респонденты с высоким уровнем дохода в два раза чаще прибегают к такому виду оплаты (12%), чем представители группы с низким уровнем дохода (6 %). В ходе опроса мы не ставили перед собой задачу выявления причин теневой оплаты в сфере здравоохранения, но смогли зафиксировать наличие таких практик. Получается, что российская система здравоохранения имеет как минимум два канала финансирования – систему медицинского страхования и конечного потребителя медицинских услуг. По мнению респондентов (52 %) считают, что это способствует повышению качества медицинской помощи, так как медицинский работник осознает, что за свою работу получит деньги. Таким образом, пациентам медицинских учреждений приходится неоднократно оплачивать медицинские услуги: косвенно как налогоплательщику и как получателю медицинских услуг при обращении в медицинское учреждение.

Оценить степень отзывчивости системы здравоохранения нам позволил анализ блока, включающего вопросы о доступности системы здравоохранения, степени удовлетворенности потребностей и современном ее состоянии. (Приложение 6) 48 % всех респондентов оценивают положительно возможность получения основных медицинских услуг и даже консультации специалистов. В то же время 57,4 % респондентов лишь частично удовлетворены качеством медицинских услуг. Поэтому у 51,8 % респондентов «время от времени» возникают претензии по поводу оказываемых услуг. Но информация о возникших претензиях нигде не фиксируется, так 79,4 % не считают необходимым об этом заявить. Респонденты с низким уровнем дохода по

всем этим параметрам дают низкие оценки. Так, по мнению только 9 % респондентов система здравоохранения оценивается как доступная, 9 % респондентов оценивают состояние системы как «хорошее», 10 % из этой же группы считают, что имеются какие-то очевидные положительные изменения в системе здравоохранения. Положительные оценки отмечаются в группах респондентов с высоким уровнем дохода, 70 % респондентов оценивают систему здравоохранения доступную по потребностям, 24 % оценивают состояние здравоохранения как «хорошее» и такой же процент респондентов отмечает положительные сдвиги в системе здравоохранения, как результаты социально-экономических преобразований. Таким образом, финансовые основания чрезвычайно значимы для формирования мнения среди населения об уровне доступности услуг здравоохранения.

Независимо от уровня дохода респонденты единодушны в том, что существенные изменения в современной системе здравоохранения могут произойти лишь только при изменении социальной политики государства (34,9%), и что это наиболее важный фактор в решении этого вопроса считают 45% респондентов с низким уровнем дохода и 24 % респондентов с высоким уровнем дохода. В целом, однако, высокодоходные слои населения рассматривают роль государства в гораздо более ограниченных пределах, чем представители групп, характеризующихся более низким доходом. По сравнению с другими группами, 41 % респондентов с высоким уровнем дохода отмечают наиболее значимым фактором повышения эффективности системы здравоохранения увеличение заработной платы медицинским работникам (25,6 % всех респондентов). Они убеждены также в том, что в систему здравоохранения должны быть направлены большие финансовые средства (33,9 %), позволяющие достойно оплачивать труд медицинских работников, обеспечивать медицинские учреждения современными технологиями, диагностической и лечебной аппаратурой, лекарственными средствами.

Осмысление результатов нашего исследования позволяет предположить, что нашими респондентами демонстрируется неуверенность в существовании в стране справедливой и достойной системы здравоохранения, которая соответствует ожиданиям населения и одинаково, без дискриминации способна реагировать на любой запрос населения. И особенно остра эта проблема для людей, находящихся на низших ступенях социальной иерархии. Очень немногие из наших респондентов разделяют высказанную точку зрения на то, как лучше восстановить порядок в своей жизни; однако среди тех, кто характеризуется низким социально-экономическим статусом, широко распространено осознание отсутствия такого порядка.

В исследовании зафиксированы существенные различия в уровне информированности социально-экономических групп о состоянии своего здоровья. Поведенческие стратегии

высокодоходных и низкодоходных групп населения также различны. В идеальной ситуации, своевременное обращение в медицинское учреждения позволяет гражданам быть своевременно информированными о состоянии своего здоровья, получить необходимое лечение, изменить свой образ жизни. Таким образом, поведенческая стратегия респондентов позволяет, как сохранить, так и растерять потенциал здоровья.

Мы приходим к заключению, что дифференциация в доступе к российскому здравоохранению обусловлена, прежде всего, общим социальным расслоением, стереотипами поведения, ценностями, жизненными практиками.

Разумеется, здравоохранение, как и любой социальный институт, выполняет как интегрирующую, так и дифференцирующую функции. Но если баланс нарушается и различия в доступе к организациям здравоохранения детерминируют отрицательную динамику здоровья народонаселения, то мы вправе говорить о том, что институт здравоохранения перестаёт отвечать интересам социальной системы в целом.

Для анализа отношения работающего населения к организации и качеству диспансеризации в работе использовались результаты опроса проводимого в мае 2009 г. в трех городских поликлиниках Махачкалы (n-847 респондентов). По социально профессиональному положению удельный вес имели служащие – 40,3%, рабочие – 37,6%, пенсионеры – 14,1%, прочие – 8%.²²⁵

При анализе посещений на профилактические осмотры обнаружено, что 34% рабочих и служащих не посещают профилактические осмотры. Основными причинами неявки являются низкое качество профилактических осмотров (40,3%), собственное мнение о хорошем состоянии здоровья (14,1%), недооценка важности этого мероприятия (11,5%), очереди в поликлиниках (9,4%), чрезмерная занятость (2,6%). Опрос показал, что 75% положительно относятся к профилактическим осмотрам, 11% считают осмотры ненужными, 13,9 % воздержалось от ответа. 15,6 % опрошенных уклоняются от обследования из-за боязни выявления у них какого-либо заболевания. 13,4% за последние три года не прошли профилактические осмотры, 26,4% осматривались лишь одним врачом. В случае выявления на профилактическом осмотре заболевания. О которых опрошенные ранее не знали, 29,4% предпочитают не обращаться в медицинское учреждения для дальнейшего обследования, 15,2 % ждут вызова врача, 8,4% лечатся домашними средствами, 5,6 % ничего не делают, 3,1 % для принятия какого-либо решения советуются с другими людьми.

В случае необходимости диспансерного учета 23,5% опрошенных считают, что они не нуждаются в постоянном наблюдении врача, 52,4% предпочитают находиться на учете у одного

225 Гасанова А. З. Изучение мнения работающего населения об организации и качестве диспансеризации. Диспансеризация населения . // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. № 6. С. 23-25.

врача, 20,1% - у нескольких врачей, 18,9% - затруднились ответить. 32,2% опрошенных считают, что в результате диспансерного наблюдения их здоровье не улучшилось.

При прохождении профилактических осмотров часть опрошенных столкнулась с трудностями: 35,6 % - очередь у кабинета врачей, 31,8 % - очередь в регистратуру, 17,2 % - недостаточное внимание со стороны медицинского персонала, 8,7 % - низкая культура обслуживания, 6,9 % - при осмотрах не дают соответствующих рекомендаций, 3,6 % - невозможность осуществления дальнейших оздоровительных мероприятий, 2,7 % - трудности связанные с консультациями. Со стороны врача во время профилактического осмотра от врача ждут: внимательного отношения: - 46,4 %, высокого профессионального мастерства – 29,2 %, доброжелательности – 23,5 %, тактичного отношения – 15,8 %, откровенности – 11,4 %, умение выполнять обещание – 9,5 %.

В процессе прохождения профилактического осмотра 48,2% столкнулись с формальным отношением к работе со стороны медицинского персонала, 28,4% с невнимательностью, 23,2% - торопливостью, 18% - невежливостью. 17,8% респондентов отметили, что время отведенное для профилактического осмотра не удобно.

Одним из факторов дестабилизирующих систему здравоохранения являются неформальные практики, так называемые «теневые отношения» системы здравоохранения. Особый интерес исследования представлял факт выявления наличия теневых практик во взаимодействиях между пациентом и врачом. Теневые практики в системе здравоохранения поддерживаются всеми субъектами отношений. Об участии в формировании теневых практик во врачебном сообществе мы упоминали выше. Различные категории пациентов поддерживают теневые отношения с одной стороны добровольно, с другой, под «нажимом» со стороны врачебного сообщества.

Нами выделены следующие группы пациентов участвующих в теневых отношениях. Поддерживающие (активные участники рынка) – в процессе своего лечения действуют по принципу «спасение утопающих - дело рук самих утопающих». Неформальный платеж становится инструментом для «покупки» качественных услуг. Неформальный платеж, по мнению этой группы пациентов, дает гарантию снижения риска и повышает мотивацию врача. Вокруг таких пациентов может формироваться круг доверенных, персональных, высококвалифицированных врачей, у которых, по мнению пациента можно получить эффективную медицинскую помощь. Сеть врачей формируется с помощью рекомендаций, по знакомству.

Благодарные - вторая группа пациентов, которая поощряет врачей благодарностью по факту успешно выполненной работы, ее размер и формат устанавливаются добровольно.

Моралисты – негативно относятся к практике неформальных платежей, не видя никакой пользы для себя, поэтому выступают либо за ее легализацию, либо за ликвидацию.

Основными причинами неформальных платежей со стороны пациента могут быть:

- страх перед болезнью и ее последствиями;
- полная зависимость пациента от врача;
- отсутствие специальных знаний у пациента, о необходимости того или иного лечения для него.

Одной из позитивных групповых стратегий поведения можно отметить формирование групп взаимопомощи среди людей имеющих сходные редкие заболевания, заболевания с тяжелым течением или необходимым длительным лечением. Среди пациентов с редкими или неизлечимыми заболеваниями, формируются группы, которые носят характер групп взаимопомощи. Общество пациентов – это, по сути, профсоюзная организация, которая должна защищать интересы и права пациентов.

В своей деятельности Общество пациентов осуществляет следующие направления:

- представление и защита прав пациентов;
- информационная политика. Издание журналов, специальной литературы для пациентов и членов их семей, создание информационных порталов, горячих линий;
- информировании врачей. Так, Всероссийское общество гемофилии проводит региональные и общероссийские научно-практические конференции для профессионального сообщества;
- социальная поддержка членов организации. Ходатайства по любым вопросам, бесплатные юридические консультации, организация праздников, содействие в получении бесплатных путевок;
- международная деятельность.

Общество помощи больным гемофилией осуществляет возможность ежемесячного получения дорогостоящих препаратов по бесплатным рецептам в рамках государственной программы «Нозологий» вне зависимости от региона страны. Для того, чтобы больные гемофилией получали лечение за счет государства ВОГ (всероссийское общество гемофилии) потребовалось более 20 лет работы по организации деятельности.

В современной России таких обществ недостаточно. Так, общество помощи людям с хроническими гепатитами в стадии организации. Это обусловлено отсутствием необходимой консолидации пациентов и врачей и разработки конструктивных предложений по

осуществлению эффективной помощи в системе здравоохранения страдающим заболеванием гепатита.²²⁶

Основной целью представленного исследования было выявление отношения пациентов к системе здравоохранения. Вместе с тем немаловажной задачей исследования стоит проблема изучения отношения населения к своему здоровью и используемых поведенческих практик для его сохранения и укрепления или усугубления. Так, среди населения отмечается высокий уровень знания о практиках сохранения здоровья. И это характеризует индивидуальное поведение. Практики сохранения здоровья на уровне общества представлены в различных государственных программах («Оздоровление нации»), но бремя их выполнения и ответственности ложится на медицинские учреждения и врачебное сообщество.

Модель социального производства здоровья и болезни детерминирует в области изучения здоровья на макро- и микроуровнях. Макроуровень основан на изучении популяционного, микроуровень основан на изучении индивидуального состояния здоровья. Обязательный критерий закрепления тех или иных практик сохранения здоровья – институционализации. Практику самосохранения, исцеления, лечения в системе здравоохранения, создают как минимум два актора – врач и пациент. Это подразумевает наличие власти врача и власти пациента. Представления о здоровье и практиках лечения разнятся в зависимости от власти врача или пациента.²²⁷ Представители медицинской профессии не всегда обладали властью. Врачи восемнадцатого, девятнадцатого веков практиковали на дому у клиентов и были зависимы от статуса и платежеспособности клиента. Н. Джонсон отмечает, что в отношениях врача и пациента доминировал последний. Пациентоцентрическая медицинская модель предполагала власть пациента.

Становление клиники и перенесение лечебной практики в стены учреждения стало началом формирования доктороцентрической медицинской модели. Развитие новых технологий диагностирования, новые медицинские практики способствовали институционализации медицины. Включение в медицинскую практику диагностических процедур снизило власть пациента. Медицинский взгляд, объективность в диагностировании снижало влияние пациента на постановку диагноза. Пациент терял власть над врачом-профессионалом. Современный пациент, по мнению Р. Портера «... роль, записанная в общем сценарии медицинской системы». Таким образом, пациент подчинен правилам системы, действует в ее рамках.

226 Жулев Ю. Люди инфицированные вирусными гепатитами, должны иметь право на бесплатную противовирусную терапию и шанс на нормальную жизнь! // Главврач. 2012. № 11. С.32-36.

227 Ярская В. Н. Управление социальными системами. Саратов, 1999. 127 с.

Медицинское знание даровало врачам необыкновенную власть – избавлять человека от недугов. Врачи научились управлять определенными процессами в человеческом организме. Медицинское знание стало закрытым, что обеспечивало профессионалам статус и престиж.

Появление технологий визуализации болезни (эндоскопия, ультразвуковое и томографическое исследования) укрепило ведущие позиции профессиональной врачебной среды.

В системе здравоохранения доктора являются патронами, пациенты – клиентами, которые ждут, чтобы «... о них патерналистически заботились». С увеличением количества и наименований фармацевтических препаратов, медицинских технологий власть профессионалов увеличивается. Главной функцией врача в системе здравоохранения является помощь индивиду в приспособлении к болезни и легитимизация его позиции как больного. В доктороцентрической модели пациент является объектом медиализации.

Реформирование системы здравоохранения усиливает институционализацию медицины, закрепляет доминирующие позиции профессионалов, предоставляет выбор средств и технологий поддержания своего здоровья, таким образом, делает человека активным в медицинском поле. Человек способен выбрать способы лечения, желание выполнять или игнорировать предписания врача.

Наличие выбора, в свою очередь, предопределяет формирование рынка медицинских услуг. Д. Армстронг отмечает, что с 70-х годов, начинает активно развиваться экономика здоровья.

Рыночные отношения превращают активность пациента в действия рыночного потребителя. Экономическая модель отношений основывается на успешности поставки товаров и услуг.

Рынок здоровья включает в практики сохранения здоровья новых акторов. Человек, поддерживающий здоровье, посещает спортивные залы, фитнес-клубы, диетологов, косметологов, обращается к специалистам ортодоксальной, альтернативной медицины, к целителям, знахарям, экстрасенсам.

В учреждениях системы здравоохранения люди ощущают себя носителями диагнозов, хотя, но не могут получать «человеческое отношение» к себе. Стремление удовлетворить эту потребность заставляет людей искать тот сектор экономики здоровья, где они будут испытывать психологический комфорт во время приема у профессионала.

Самосохранительное поведение и превентивное поведение включает действия, направленные на устранение или минимизацию рисков для здоровья, с которыми личность сталкивается в трудной деятельности в быту, в окружающей среде. Оно предполагает владение практиками поддержания физического здоровья, способами переживания стрессов, достижения

душевного благополучия и стабильности. Превентивное поведение характеризуется ответственностью в отношении здоровья, и активностью при получении медицинской помощи, медицинской информации и правовой медицинской грамотности.

Контроль над имеющимися хроническими заболеваниями актуальный компонент самосохранительного поведения, специфика которого заключается в том, чтобы при наличии хронических заболеваний путем их грамотного и информированного контроля, не утрачивать работоспособность и дееспособность, в зависимости от жизненного цикла личности. В отечественном научном сообществе эта проблема до сих пор основательно не изучалась. Важность формирования этого компонента самосохранения будет нарастать не только в России, но и во всем мире. Политика здравоохранения должна быть ориентирована на трудоспособность населения при хронической патологии, как на наше неизбежное будущее, она должна опираться на методологический материал по контролю по всей структуре заболеваний, предназначенный и для врачей, и для населения.

Контролирующее поведение включает в себя информированность и грамотность относительно имеющихся заболеваний, владение навыками контроля этих заболеваний. В этом компоненте самосохранительного поведения важными показателями выступают ответственность, грамотность и информированность индивида в отношении собственного здоровья, а также регулярность контроля.

Поведение, связанное с необходимостью получения медицинской помощи, это поведение при появлении симптомов или развившихся заболеваний. Оно характеризуется такими показателями, как установка на квалифицированную диагностику и лечение, осуществление выбора услуг, мотивы выбора, способность оценивать качество услуг, выполнение медицинских предписаний. В этом случае поведение при симптомах и заболеваниях представляет собой шкалу стратегий от обращения к профессиональной помощи, до отказа от лечения. Это поведение реализуется либо в непосредственно медицинских учреждениях, либо в местах получения альтернативных услуг, либо не реализуется вообще при стратегии, связанной с отказом от лечения или самолечением (девиантное поведение).

Вместе с тем, во всех компонентах самосохранительного поведения важно отделять действия и отношения, диктуемые личным выбором и возможностями, от действий и отношений, которые личность не может контролировать или не имеет для этого возможностей. Вредные привычки или их отсутствие, обращение или необращение за медицинской помощью, имеющийся уровень грамотности и информированности в отношении рисков для здоровья – относятся к личному выбору. С ростом благосостояния появляются иные возможности: выбора качества медицинских услуг в условиях платной медицины, качества пищевых продуктов, более совершенных экологических характеристик жилья, смены работы с неблагоприятными

условиями труда и смены экологически неблагоприятной для проживания территории. Чем ниже уровень дохода, тем меньше возможности для выбора поведения даже при высоком уровне самосохранения и ценности здоровья.

Выбор того или иного поведения может зависеть и от нематериальной доступности медицинских услуг, связанной с условиями их предоставления. Это могут быть территориальные ограничения, или недоступность вследствие плохой организации предоставления услуг. В превентивном и рискованном поведении выбор возможностей может ограничивать недоступность профессиональной экспертной информации. Здравоохранение должно предоставлять потребителю не только диагностические и лечебные возможности, но и профилактические услуги, быть основным источником информированности и грамотности населения в сфере самосохранения, так как только оно обладает полнотой экспертного знания. Оно должно способствовать популяризации информации через другие социальные институты, СМИ, образование, общественные организации в сфере здоровья.

На стратегию поведения оказывает большое влияние отношение человека к своему здоровью. Люди понимают, что проявляя неграмотность и пассивность по отношению к своему здоровью, вступают в старость с большими потерями в здоровье. Среди старшего поколения имеют хождения патерналистические установки, когда о здоровье граждан заботилось государство, предоставляя доступную медицинскую помощь. Когда патерналистские ожидания пациентов не оправдываются, они остро ощущают отчуждение современной медицины. Низкая мотивация самосохранительного поведения объясняется и тем, что такому поведению население необходимо научить. Молодое поколение готово заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни, но считает, что на их здоровье влияет большое количество факторов, не зависящих от их поведения и которые существенно ухудшают здоровье населения. К этому относят территории проживания, климат, воду, отдаленность проживания и др. Во многих исследованиях эти факторы отмечаются как препятствия получения медицинских услуг.

Еще одна стратегия поведения – отказ от обращения за помощью при легких заболеваниях. Для работающих граждан обращение в медицинское учреждение при легких формах заболевания это потеря времени. Изменения в оформлении и начислении пособия по временной нетрудоспособности, также увеличивает количество пациентов, отказывающихся от обращения в поликлинику. Большое количество пациентов знают основные медицинские препараты при тех или иных симптомах, и начинают лечение самостоятельно. Если знания отсутствуют, то находят варианты лечения на сайтах интернета.

Еще одной трудностью обращения в поликлинику является отдаленность поликлиники от места проживания. В современных условиях место регистрации гражданина зачастую не совпадает с местом фактического проживания.

Участились случаи обращения за медицинскими услугами на поздних стадиях заболевания. Некоторые категории пациентов в случае заболевания предпочитают «отлежаться» или «не обращать внимание» на случившееся. Если не наступает выздоровление, а симптомы заболевания усиливаются, человек принимает решение обратиться за медицинской помощью. Часто обращение пациентов за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, является расчетом пациента попасть в стационар и получить более эффективную помощь.

Самолечение является еще одной практикой поведения заболевшего человека. Заболевший человек сам себе ставит диагноз и назначает лечение. При выборе лечения пациент ориентируется на сопроводительные аннотации к лекарственным средствам, в которых указаны правила приема и дозировка. Самолечение распространено при простудах, кашле, боли в горле, расстройствах желудочно-кишечного тракта.

Обращение к неофициальной медицине обусловлено рядом причин. Во-первых, при обращении к целителям пациент рассчитывает на более внимательное отношение к его проблемам, иногда неофициальная медицина является в материальном отношении более доступной чем официальная. Важным моментом в неофициальной медицине – это целостное отношение к организму как объекту лечебного воздействия.

Многие авторы сходятся во мнении, что обращение к неофициальной медицине растет. К неофициальной медицине обращаются вследствие неудовлетворительности официальной медицины, но по мнению Максимовой и Юрченко это периферическая медицина для маргинальных групп.

Результаты проведенного комплексного социологического исследования свидетельствуют о том, что в целом население Хабаровского края оценивает свое здоровье как «хорошее» (40,7 %) с редким возникновением проблем по поводу здоровья (44,3 %) и соответственно с редким обращением в медицинские учреждения (59,8%). Причины обращения в медицинские учреждения разные, но по поводу заболевания обращаются только 21 % опрошенных, 25,7 % обращаются только в критических ситуациях. По данным Госкомстата 60 % населения не обращаются за медицинской помощью в случае заболевания, по данным социологического опроса эта группа составляет 71 %. Качество медицинской помощи устраивает только 13,9 % опрошенных. Состояние региональной системы здравоохранения как «удовлетворительное и плохое» оценивают 67,9 % респондентов. При сложившейся ситуации в оценках населения в поведении населения по сохранению здоровья наблюдаются рискованные тенденции.

5.3. Модели социального взаимодействия региональной системы здравоохранения в условиях социальной трансформации

Состояние современного этапа развития российского общества проявляется в обострении его социальных проблем: росте расслоения населения по уровню доходов, резкого проявления бедности и нищеты, примитивизации потребностей беднейшей части населения, распространении форм дезадаптированного поведения. Вместе с тем современное состояние социальных сфер общественной жизни, усиливает потребность в развитии социальных механизмов, позволяющих ослабить социальное напряжение, защитить население от негативных последствий социальных преобразований. Среди них - обоснование и реализация социальной политики, которая должна обеспечивать определенные социальные приоритеты, создавать системы медико-социальной защиты населения, выявлять нуждающихся в помощи групп, а также разрабатывать механизмы осуществления адресной социальной помощи при потреблении услуг здравоохранения.

К особенностям современного периода относятся противоречие между нарастанием потребностей в медицинских услугах и сужением ресурсных возможностей для их удовлетворения. В связи с этим размеры социальных трат на медицинскую помощь должны быть строго согласованы с финансовыми возможностями, и актуальным становится критерий общественной целесообразности в осуществлении удовлетворения медицинских потребностей населения. Он требует строгого определения контингента тех, кто по объективным причинам полностью или частично лишен возможности к самообеспечению при потребности в медицинских услугах и, особенно, в дорогостоящих медицинских услугах.

Отсутствие должного учета реальной нуждаемости, сохранение уравнительности влекут за собой не только завышенный уровень налогообложения, неэффективность расходов в сфере, но и малоэффективность самой системы здравоохранения, поскольку она неоправданно растекается по огромному числу ее потребителей, не всегда остро нуждающихся в медицинских услугах, но имеющих возможность их получить. В данной ситуации система селективной организации предоставления медицинских услуг становится условием выживания и самосохранения общества.

Несмотря на сохранение патерналистических и иждивенческих стереотипов в сознании части населения, в нем еще не сформировался «классический класс бедных», имеющих отличное от общепринятого поведение, ценности, стереотипы сознания. Абсолютное большинство малообеспеченных россиян имеет образование, профессиональные и квалификационные навыки такие же, как в других доходных группах. Поэтому при потере здоровья эта категория населения в своих поведенческих стратегиях, как показало проведенное социологическое исследование, выбирает следующие позиции при отсутствии финансов на получение требуемых медицинских услуг: самолечение, надежду на скорое выздоровление, пренебрежительное отношение к своему здоровью, отказ от медицинской помощи или обращение за медицинской помощью на поздних, а иногда запущенных и уже не поддающихся лечению формах заболеваний. Поэтому создание возможностей для обеспечения при необходимости медицинской помощи для трудоспособных категорий малообеспеченных граждан и системы выплат для социально уязвимых слоев населения в сфере здравоохранения - актуальная потребность развития здравоохранения в современных условиях.

Модели развития социальной сферы, которые сегодня используются в различных странах хорошо известны и изучены. Но многие из них носят инерционный характер и не приводят в итоге их реализации к изменению социальной ситуации.

Регионы России, муниципальные образования делают попытку развертывания своих моделей организации предоставления медицинских услуг, реализуемых за счет средств региональных бюджетов. Но все они сталкиваются с проблемами определения критериев, нормативов и показателей предоставления помощи наиболее нуждающемуся контингенту. В силу неодинаковости социально-экономических, демографических, природно-климатических, финансовых и других условий регионы и муниципальные образования России апробируют фактически разнообразные подходы к организации систем социально-медицинской помощи. Поэтому если стоит задача поиска инновационной модели, то необходима разработка принципиально новых подходов к решению социальных проблем в здравоохранении. Имеющийся опыт нуждается в анализе, обобщении и научном осмыслении в целях создания многовариантной модели селективной медико-социальной поддержки населения, включающей в себя единые возможности проверки нуждаемости, сбора информации о доходах, разработку методологических принципов определения среднемесячных доходов членов семьи, размеров пособий и т.д.

Социальная направленность проводимых реформ в области здравоохранения обуславливалась осознанием того факта, что политика в области охраны здоровья является неотъемлемой частью социальной политики любого государства. Эффективность государства, в конечном счете, должна определяться не только устойчивостью экономического развития, но и

способностью создания возможностей для функционирования целого ряда важнейших социальных институтов, и в частности института здравоохранения. Социальный институт здравоохранения должен обеспечивать гарантии людям вести более здоровую и счастливую жизнь, получать возможность реализации своего внутреннего потенциала и увязывать его с общественными интересами. В этой связи следует упомянуть о степени влияния государства на социальные процессы системы здравоохранения. В различных странах мира результаты таких влияний зависят от особенностей исторического развития, от степени готовности системы к изменениям, от имеющихся ресурсов, а также от поведенческих стратегий населения. Здесь же следует учитывать и социальный характер соответствующих услуг, которые оказываются человеку, испытывающему определенные трудности, которые признаются обществом как требующие решения.

В наиболее общем виде можно выделить два принципиально отличающихся идеологических подхода участия государства в управлении социальной жизни общества: индивидуалистический и коммунитарный. В реальной практике обычно используется некая их комбинация, с преобладанием одного из них.

В обществе с индивидуалистической идеологией роль государства обычно ограничена. Его главные цели – защита собственности, обеспечение гарантий заключаемым договорам, соблюдение открытости рынка и максимально свободной конкуренции. Государственное вмешательство носит временный характер и может происходить лишь при образовании кризисных ситуаций, в связи с эпидемиями, войнами, в случае нарастания экологических катастроф, когда под угрозой оказываются здоровье и безопасность нации.

Абсолютно иным является влияние государства в обществе с коммунитарной идеологией. Роль государства здесь состоит в определении потребностей сообщества в кратко- и долгосрочной перспективе и в их планомерном удовлетворении, в обеспечении следования страной намеченным курсом, иногда – принудительно, и даже с использованием всей его политической мощи. Если ориентироваться на пример здравоохранения, то он демонстрирует, что коллективные действия в области оказания медицинских услуг могут быть более эффективными, чем индивидуальные. Общественный успех достигается за счет объединения соображений эффективности и справедливости.

В современной государственной социальной политике прослеживаются две выраженные тенденции. Одна из них видит основную цель социальной политики государства в достижении социального улучшения. Разрабатываемые механизмы такой социальной политики направлены на достижение социальных изменений.

Вторая тенденция направлена на ограничение ресурсов социальной сферы и основана на том, что спрос на услуги превышает возможности общества в их обеспечении. При таком

подходе цель социальной политики ориентирована на достижение баланса между спросом и возможностями.

Расширение социальных обязательств и их институционализация привели к формированию государства благосостояния, или социального государства. Под социальным государством понимается «государство или общество, которое признает свою ответственность за удовлетворение основных социальных потребностей граждан и предпринимает для этого соответствующие практические усилия».²²⁸ Данное понятие служит для обозначения системы институтов, организаций, моделей, через которые эта ответственность осуществляется на практике.

Выделяют две классические модели социального государства – остаточную и институциональную. Параметры моделей представлены в таблице 5.11.

Таблица 5.11 **Модели государства благосостояния**

Основные параметры	Модели	
	Институциональная	Остаточная
Доступ к услугам	универсальный	адресный
Бедность	абсолютная	относительная
Справедливость	вертикальная	горизонтальная

Источник: Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Социальная политика: гендерный аспект. М., 2005.

Остаточная модель подразумевает, что государство приходит на помощь человеку только тогда, когда не остается другой альтернативы, и по сути, становится последней инстанцией оказания социальной поддержки нуждающимся. Факт трудной жизненной ситуации человека рассматривается как его личная неудача.

В институциональной модели государство берет на себя обязанности обеспечить гражданину минимальный, определенный набор социальных услуг.

Эти модели являются обобщающими и используются в данной работе лишь для выделения общего и особенного среди многообразия имеющихся социальных моделей, в том числе и в здравоохранении. Универсализм и адресность можно рассматривать как механизмы реализации социальной политики и распределения государственной поддержки, обеспечения доступа граждан к социальным услугам. Универсализм распространяется на всех или на широкие категории граждан.

Адресная помощь определяется личностными параметрами и предоставляется тем, кто отвечает специфическим критериям нуждаемости. Если универсальные услуги достаются всем на равных условиях, то главным критерием адресности становится доход или имущество.

²²⁸ Григорьева Н. С., Соловьев А. В., Чубарова Т. В. Социальная работа и здравоохранение: 200 основных терминов по-английски и по-русски. М., 1996. С.50

Оценивая бедность, следует определять ее как абсолютную и относительную. Абсолютная бедность подразумевает нижний допустимый порог дохода в регионе проживания. Относительная бедность определяется как отношение к состоянию общества, в котором человек живет. Это определенный стандарт, который оценивается по отношению к среднему уровню дохода.

Вертикальная справедливость подразумевает перераспределение ресурсов от богатых к бедным. Горизонтальная справедливость в большей степени отражает принципы социального государства, т.е. она связана с перераспределением ресурсов между различными группами населения, от семей в которых нет детей, к семьям с детьми, от более здоровых граждан страны, к гражданам с низкими показателями здоровья, от групп населения с высоким уровнем дохода, к населению с низким уровнем дохода.

Представители Общества врачей России заявили о своей тревоге по поводу серьезного дисбаланса в финансировании медицинской помощи в разных субъектах РФ. По их, оценка существует огромная разница в тарифах на медицинскую помощь. Это ведет к оттоку квалифицированных специалистов из медицинских учреждений экономически неблагополучных регионов и снижению доступности медицинских услуг в них.

«Существуют очень большие различия между столичным и региональным здравоохранением. Так, лечение гипертонической болезни в зависимости от субъекта может стоить от 7 до 48 тысяч рублей, хронической ишемической болезни сердца от 9 до 67 тысяч рублей, острого инфаркта от 19 до 200 тысяч рублей. Такая разница существует и по другим заболеваниям» заявил президент Общества врачей России Е. Чазов.

Отмечается явный дефицит средств необходимых для полноценной работы системы государственного здравоохранения. Так, в одном регионе, прием стоматолога стоит 20 рублей, в другом – 700 рублей. Такая ситуация наблюдается в рамках одной системы здравоохранения.

Анализ комментариев (N = 1476) размещенных в Общероссийской социальной сети «Врачи РФ» продемонстрировал обеспокоенность российских врачей финансированием государственного здравоохранения (n=359).

«..Как всегда в нашей стране сначала отрежут, а потом начинаю думать. ПРЕЖДЕ чем начинать крупномасштабные реформы науки и самой медицины, надо было все продумать и просчитать: 1) финансирование – до последнего этапа оказания медицинской помощи, включая последующую реабилитацию пациента; 2) кто и какими силами будет осуществляться реформирование; 3) развитие и наращивание достигнутых результатов; 4) системный и систематический анализ работы. Есть полное ощущение очередной компании, которая также неожиданно прекратится, как и началась. От этого очень грустно.»

«...врачей не просто не хватает, их – нет, причем их нет и в центре и в регионах. При подобном положении вещей в здравоохранении наши люди скоро будут лечиться сами, по Интернету. Врачи убегают из муниципальных больниц: работа тяжелей, перегрузки сумасшедшие, зарплата НЕ ДОСТОЙНАЯ – о каких реформах и в каком качестве Вы говорите!!! Посчитайте какой % пенсионеров работает в практическом здравоохранении»

«Продолжу, - врачей не просто не хватает. Их нет в первичном звене особенно. Зато есть издевательство над участковыми врачами в виде 100% активов после 03. Это типа, чтобы поликлиники не допускали необоснованных вызовов скорой»

«Врачи уходят из поликлиники в частные центры, где могут заниматься непосредственно пациентом. Нас же участковых терапевтов превратили просто в каких-то секретарей, заполняющих кучу ненужных бумаг, бесконечно делающих массу отчетов. А на больного отводится всего 12 минут»

«Я уже 3 месяца работаю в условиях выполнения плана в 360 посещений. И что в итоге? Не вытягиваю, хотя приходится задерживаться на работе. Работаю в выходные дни, чтобы дооформить Дополнительную Диспансеризацию. Получил выговор, как и мои четверо коллег, подписавших «Обращение к губернатору о повышении зарплаты..». Заведующая ежемесячно грозит лишением стимулирующих выплат..»

«У нас работают 70% пенсионеров, которые работают для того , чтобы помочь детям. На 29 участках работают 9 врачей. По диспансеризации оплата за первый этап составляет 59 рублей на врача, за 2-й этап – 17,79 (на врача и медсестру)»

«ОМС покрывает только 42 % расходов на здравоохранение. Зачем оно нужно? Зачем мы платим взносы?»

«Советское здравоохранение было лучшим в мире!»

«Уважаемый коллега! Я проработал в «советском здравоохранении» более 40 лет и не могу с вами согласиться. Правда, врачи работали самоотверженно и за мизерную зарплату, но были сплошь приписки и подтасовки в годовых отчетах. Живя сейчас в Германии, скажу, что бывшие советские врачи по клиническому мышлению на две головы выше западных. Но в советское время врачи имели только моральное удовлетворение. А любые отступления от канонов медицины наказывались...»

«...По крайней мере, система амбулаторно-поликлинической помощи работала неплохо. К тому же, существовала мощная система ведомственной медицины, медсанчасти и цеховые участки на предприятиях. Все это значительно расширяло доступность медицинской помощи. Да и профилактика проводилась не формально»

«А ведь работать в советское время было очень легко. Я мог назначить больному любое лекарство, которое ему было показано. Медикаменты тогда стоили «копейки». А сейчас я

назначаю лекарства с учетом достатка пациента. Не всем все по карману. Свою оценку советской медицины я даю по принципу «врач – больной», по доступности медицинской помощи и по профилактической направленности»

«Когда в семье произносится приговор – рак, это убивается надежда семьи на выживание всех»

«Современное лечение онкобольных настолько дорого, что люди далеки от проблемы просто себе представить, сколько стоит лечение. Лечение только одного случая метастатической меланомы, например, обойдется в 5 млн. рублей».

По мнению врачей, состояние современной системы здравоохранения критическое.

В данном контексте следует рассмотреть модели здравоохранения способные изменить социальное состояние системы здравоохранения. Под моделями систем здравоохранения следует понимать возможные состояния системы, различающиеся по принципам организации оказания медицинской помощи и ее финансирования, а также социального эффекта, который может производить эта модель.

Условно модели можно объединить в три группы:

- корпоративная модель – ориентированная на занятость и личный вклад;
- социал-демократическая модель – основана на универсалистских ценностях;
- либеральная модель – имеют место элементы остаточной модели.

В качестве ключевых факторов, которые определяют модель здравоохранения выделяют:

- состояние и темпы развития экономики региона, определяющие возможность населения и работодателей расходовать средства на здравоохранения;
- приоритетность развития здравоохранения, измеряемая долей государственных расходов на здравоохранение;
- изменение способности государства к развитию социального института здравоохранения;
- изменение отношения субъектов здравоохранения (врачей, пациентов, населения в целом) к своему здоровью, к профилактическим мероприятиям, к готовности поддерживать свое здоровье, поведенческие стратегии как в случаях заболевания, так и при полном здоровье.

В качестве основания ориентирования на ту или иную модель здравоохранения следует рассматривать:

а) соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью:

- объем и уровень государственных гарантий;
- соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения.

б) соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи:

- социальная ориентация государственной и частной систем;
- соотношение объемов оказываемой медицинской помощи в государственной и частной системах здравоохранения.

в) принципы организации финансирования здравоохранения:

- тип финансирования здравоохранения (страховая, бюджетная, смешанная);
- масштабы перераспределения государственных средств, выделяемых на здравоохранение между регионами в целях выравнивания условий финансирования регионального здравоохранения;

г) принципы организации медицинской помощи:

- соотношение ресурсов, направленных на оказание первичной, амбулаторной, стационарной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи;
- функциональная роль организаций оказывающих медицинскую помощь и их координация.

Используя рассмотренные основания выделяют три модели развития здравоохранения возможные в современных условиях:

- фрагментарное здравоохранение;
- интегрированное здравоохранение;
- социально-дифференцированное здравоохранение.

Модель фрагментарного здравоохранения характеризуется сохранением основополагающих принципов существующей в России системы здравоохранения. Эта модель включает:

- значительно различающиеся друг от друга по уровню развития и реальному наполнению государственными гарантиями территориальные (региональные) системы здравоохранения;
- почти не взаимодействующие друг с другом государственную и частную системы здравоохранения;
- автономно функционирующие системы оказания первичной, специализированной, амбулаторной и стационарной помощи, некомплексность лечебно-диагностического процесса;
- вертикальные программы борьбы с отдельными заболеваниями, слабо взаимодействующие между собой.

Государственные гарантии оказания медицинской помощи остаются неконкретными. Проводится политика селективного финансирования проблемных зон в обеспечении государственных гарантий.

Развивается практика предоставления платных медицинских услуг населению как дополнительных, так и альтернативных. Растет доля пациентов как с высоким уровнем дохода, так и с крайне низким.

Государственная система здравоохранения ориентируемая на потребности населения, предоставляет ее в большей степени пожилому населению и соответственно сокращает возможности по оказанию услуг остальным категориям населения.

Рынок частных медицинских услуг охватывает небольшую часть видов предоставляемой медицинской помощи. Частная система здравоохранения обеспечивает не более 10 % объемов амбулаторно-поликлинической помощи и не более 5 % стационарной помощи всему населению.

Финансирование фрагментарной системы здравоохранения смешанное и включает в себя финансовые потоки как из бюджета, так и страховые поступления. Структура расходов по основным видам медицинской помощи остается практически неизменной, ресурсы в первую очередь направляются на оказание стационарной медицинской помощи. Системы долечивания и реабилитации, профилактики развиты слабо, а медицинские работники не заинтересованы в их преимуществах и развитии программ борьбы с различными заболеваниями. В амбулаторно-поликлинических учреждениях не используются стационарозамещающие технологии.

Процессы развития системы здравоохранения идут медленно, результативность работы медицинских учреждений и отзывчивость на нужды населения практически не изменяются.

Модель интегрированного здравоохранения, характеризуется функционированием и развитием разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем является взаимосвязанным и эффективно координируемым государством и профессиональным сообществом.

Модель интегрированного здравоохранения имеет следующие характеристики. Государственные гарантии в сфере здравоохранения конкретизируются по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи посредством развития системы стандартов в здравоохранении. Система стандартов включает федеральные стандарты и соответствующие им региональные стандарты. Это позволяет отдельным регионам устанавливать более высокие требования к медицинским технологиям, оснащенности медицинских учреждений. Основная часть стационарной помощи (не менее 80% объемов) и высокотехнологичная помощь (90-95 %) концентрируется в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Система здравоохранения финансируется из страховых фондов. Система обязательного медицинского страхования концентрирует до 90 % государственных средств на здравоохранение. Из государственного бюджета финансируются высокотехнологичные виды медицинской помощи и помощь, оказываемая при социально значимых заболеваниях.

Перераспределение ресурсов направлено в пользу первичной медицинской помощи. В системе оказания медицинской помощи происходят структурные изменения обусловленные

развитием новых диагностических и лечебных технологий, расширением возможностей ранней диагностики. Врач общей практики берет на себя функции узких специалистов, организует медицинскую помощь на других этапах ее оказания.

Модель социально-дифференцированного здравоохранения – модель, в которой осуществляют оказание медицинской помощи как государственная, так и частная системы здравоохранения, ориентированные на разные категории населения, при этом каждая система является относительно замкнутой и предоставляет полный спектр различных видов медицинской помощи. Система государственных гарантий в сфере здравоохранения конкретизирована по отдельным видам помощи и объемам, платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях развиваются как дополняющие бесплатные.

Государственная политика направлена на продвижение здорового образа жизни и развития системы медицинской помощи, в том числе профилактической. Основой структурных и институциональных преобразований в здравоохранении начинают выступать усилившийся спрос населения на качественное медицинское обслуживание.

Социальные векторы развития государственной и частной систем здравоохранения разнонаправлены. Если государственная система здравоохранения ориентирована на оказание медицинской помощи социально уязвимым, наиболее нуждающимся группам населения, в то же время частная система здравоохранения – богатым и небедным.

За счет увеличения централизованной части поступлений от системы обязательного медицинского страхования и финансирования здравоохранения из федерального бюджета проводится политика противодействия росту региональной дифференциации в доступности медицинской помощи. Страховые медицинские организации предусматривают системы страхования как для работающих, так и неработающих граждан. В этом случае фрагментация территориальных пулов дополняется фрагментацией пулов для разных социальных групп.

Рассмотренные модели организации системы здравоохранения не обладают идеальными формами. Модели фрагментарного и интегрированного здравоохранения уже имели опыт частичного воплощения в российской системе здравоохранения. Модель социально-дифференцированного здравоохранения имеет некоторое сходство с современными моделями здравоохранения первой и второй групп стран Азиатско-Тихоокеанского региона, где достигнут или почти достигнут всеобщий охват населения услугами социального обеспечения. В современных условиях развития российской системы здравоохранения, модель социально-дифференцированного здравоохранения наиболее приемлема и оптимальна с поправками на национальные, территориальные и иные особенности.

В целом, в существующих исследованиях отечественных и зарубежных авторов заложены методологические основы определения места и роли селективной или адресной социальной

поддержки в социальной политике государства в различных социально-экономических условиях развития общества, определена ее сущность и функции в системе социальной защиты населения, освещены многообразные аспекты практической реализации этого феномена на основе различных принципов создания и функционирования, определено значение адресной социальной поддержки населения в предотвращении угрозы деградации и дестабилизации общества. Вместе с тем, учитывая специфику условий современного российского общества, следует отметить, что многие аспекты создания системы селективной социальной помощи являются новыми, малоисследованными или дискуссионными. Это касается выбора оптимальной модели системы, принципов ее построения, механизмов реализации, оценки в общественном и групповом сознании, возможностей профессионального осуществления и избежание негативных моментов (забюрократизированности, развития «общественного паразитизма», иждивенчества и т.п.).

Несомненную важность представляет изучение селективной социальной поддержки. Причем сама селективность, не может быть сведена к избирательному распределению минимизированных ресурсов. Это фундаментальный принцип социальной защиты населения в целом, а его реализация связана с осуществлением принципа социальной справедливости, конкретной дифференциацией объектов социально-медицинской защиты, поддержанием их не только в статике, но и в развитии, выравниванием стартовых возможностей субъектов в процессе самоопределения в условиях социальных изменений.

Следует заметить, что в странах Организации экономического сотрудничества апробация самого селективного подхода началась несколько десятилетий назад и получила довольно быстрое распространение, хотя в каждой стране были избраны разные приоритеты, и неодинаковыми оказывались успехи.

Эффективность деятельности социальных сфер зависит от рационального использования ресурсов на основе определенных потребностей различных групп населения (селективный подход). В поисках форм наиболее эффективного селективного взаимодействия, одни страны стремились осуществить пересмотр комплекса административного регулирования в пользу его увеличения и при этом наиболее широкого применения селективного отбора. При этом, расширение функций государства преимущественно происходило со ставкой на социально значимые направления экономического развития, с ориентацией на построение «государства всеобщего благосостояния». Переместился акцент с количественных на качественные характеристики государственного влияния, на повышение эффективности его деятельности в направлении удовлетворения нужд населения.

Причины многих неудач в области деятельности социальных сфер следует искать, прежде всего, в неспособности правительства в конкретный момент времени правильно избрать

направления селективного подхода, оценить те или иные потенциальные точки роста и увязать между собой интересы субъектов взаимодействия.

Кроме того, даже при тщательном вычислении точек роста, успех функционирования социальной сферы (исходя из интересов населения) может быть достигнут только при определенных обстоятельствах когда:

- учтены социальные интересы всех групп населения;
- правительство понимает обоснованность социальных требований населения по удовлетворению интересов;
- общество ориентировано на удовлетворение социальных интересов, осуществляя экономическую поддержку (уплата налогов) и др.

По мнению специалистов, при осуществлении селективного подхода государственные органы должны научиться быстрому реагированию на происходящие в мире события, уметь наиболее полно их оценивать и при этом точно знать, когда и куда нужно вмешиваться в экономику, какие более гибкие и эффективные инструменты и стимулы использовать, в том числе, основанные на рыночных технологиях и добровольно заключаемых соглашениях. В качестве действенного стимула может стать грамотно разработанная система налогообложения.

Не менее важным элементом селективного подхода считается предоставление потребителям наиболее полной информации о предлагаемых им товарах и услугах, содействие созданию атмосферы взаимного доверия между производителем и потребителем.

Таким образом, целесообразным представляется разработка модели селективной медико-социальной поддержки населения на региональном уровне. Исходя из вышесказанного, целью данного исследования является определение критериев, нормативов и показателей оптимальной региональной модели селективной медико-социальной поддержки населения как элемента современной системы здравоохранения.

Исходя из цели, поставлены следующие задачи:

- обосновать оптимальную региональную модель селективной медико-социальной поддержки населения как элемента современной системы здравоохранения;
- предложить критерии и показатели региональной селективной модели социально-медицинской помощи в аспектах селективного подхода;
- выявить факторы, которые сдерживают развитие или способствуют реализации модели;
- предложить формулу расчета «избранности» и «включенности» в модель нуждающихся в социально-медицинской помощи;
- рассмотреть механизм селективности и спрогнозировать результат реализации.

Предлагаемая модель селективной медико-социальной помощи населению по критерию охвата включает в себя несколько блоков:

- универсальный - для всего населения региона;
- категориальный – для определенной социальной или демографической группы региона;
- адресный – для населения с низким уровнем дохода, а также для групп населения, с заболеваниями требующими вне стандартных и высокочатратных подходов лечения.

Универсальный блок модели селективной медико-социальной помощи направлен на организацию и реализацию профилактических медицинских направлений – иммунизация детей, иммунизация взрослых против социально значимых заболеваний (гепатиты, дифтерия, корь), диспансеризация всего здорового населения, информатизация населения о здоровом образе жизни. Сюда же включаются отдельные виды социально значимых медицинских услуг таких как, скорая медицинская помощь, родовспоможение, оперативная помощь при острых состояниях.

Категориальные – медицинская помощь по отдельным видам пожилым гражданам, пенсионерам, многодетным, инвалидам вне зависимости от доходов.

Адресная – медицинская помощь безработным, малоимущим и иным категориям граждан с низким уровнем дохода, попавшим в трудную жизненную ситуацию в связи с заболеванием, требующим больших затрат для лечения.

Определяя уровень использования модели для определенной группы населения необходимо оценить:

- социальный статус группы населения (физический, психический, социальный и др.);
- социально-медицинские показатели данной группы населения (средний возраст, уровень смертности, заболеваемости, инвалидность);
- организационные и функциональные предписания (механизм предоставления медицинских услуг, медицинские и профилактические преимущества для здоровья);
- причины и механизм обращаемости за медицинской помощью данной группы населения;
- затраты на медицинские услуги и профилактические мероприятия на данную группу населения (прямые и косвенные).

Предполагается, что модель селективной адресной социально-медицинской помощи реализуется на региональном, и на муниципальном уровнях. Поэтому необходимо распределение функций управления на различных уровнях сектора здравоохранения.

На региональном уровне функции управления ограничиваются: определением приоритетов отрасли в регионе; распределением ресурсов в соответствии с выставленными приоритетами; ведением региональной статистики и мониторинга состояния здоровья населения; мониторинг и оценка деятельности региональной системы здравоохранения; профилактика и управление здоровьем населения; санитарно-гигиеническое просвещение; повышение квалификации

специалистов; контроль над качеством продуктов; обеспечение лекарственными препаратами; медико-социальная поддержка тех, кто нуждается по показателям здоровья.

На местном уровне функции управления ограничиваются: распределение ресурсов; регистрацией первичной медицинской документации; организацией и предоставлением амбулаторной и стационарной помощи; мониторинг и оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений; профилактика и управление здоровьем населения, эпидемиологический надзор; медико-социальная поддержка тех, кто нуждается в ней по объективным показателям здоровья (группа здоровья, наличие хронических заболеваний, группа риска по развитию того или иного заболевания и т.д.); регулярная постдипломная подготовка медицинских работников.

Для успешной реализации модели селективной адресной социально-медицинской помощи необходимо выявить факторы, которые будут способствовать или сдерживать ее реализацию. К таким факторам следует отнести:

- наличие и состояние соответствующего социального института для поддержки внедрения модели (региональная система здравоохранения);
- доступность информации результатов внедрения модели селективной адресной социально-медицинской помощи в регионе;
- наличие институциональных факторов, которые поддерживают внедрение модели (бесперебойное поступление налогов в бюджет региона, поддержка реализации модели со стороны субъектов системы здравоохранения, населения);
- компетентность менеджеров ответственных за внедрение модели;
- наличие обратной связи от тех, для кого предназначена модель и ее поддержка;
- наличие механизмов взаимодействия с другими субъектами, заинтересованными в реализации модели.

Модель селективной медико-социальной помощи можно представить в виде пирамиды, в которой выделены уровни доходности населения региона. Модель подвижна, так как критерием включения (избранности) является прожиточный минимум в регионе. Таким образом, данный критерий, позволяет приблизить модель к точному ориентированию на более нуждающиеся группы населения в медико-социальной помощи. Целеориентированность модели обеспечивается следующим – чем более точен охват необходимой медицинской помощью самых бедных и нуждающихся членов общества, тем меньше потери ресурсов, выделяемых на программы иных социальных поддержек, тем дешевле обходятся достижение желаемой цели.

Расчет потребностей осуществляется для каждого блока. Базовым является универсальный блок модели. Модель включает три блока:

- универсальные программы: (число жителей региона \times X руб в год) \times k:

- категориальная программа: (число инвалидов + пенсионеров + пожилых граждан + др. категории) x (Xx3) руб в год) x k.

- адресная программа: (число населения с низким уровнем дохода, граждан попавших в рудную жизненную ситуацию, граждан с заболеваниями, требующих на лечение больших денежных затрат) x (Xx5) руб в год)x k.

Для поправочного коэффициента используем показатель «золотого сечения - 38/62».

Проблема эффективности всех социальных программ, в том числе медико-социальных программ, это отсутствие учета и выявления реальной нуждаемости.

Для реализации региональной модели селективной социально-медицинской помощи выделяют следующие этапы:

1. Постановка целей и определение целевых групп.
2. Отбор реальных нуждающихся получателей социально-медицинской помощи за конкретный временной период.
3. Выбор средств и форм реализации, финансовые расчеты, проведение пилотных внедрений;
4. Достижение и оценка результата.

Любая социальная модель должна учитывать возможные издержки. Учет издержек селективной социально-медицинской модели включает:

- соблюдение баланса всех интересов целевых групп;
- контроль административных расходов;
- отслеживание и предотвращение «теневых» практик;
- снижение косвенных издержек (время затраченное на получение услуги – очереди, оформление необходимых документов, прохождение обследований);
- снижение риска стигматизации - социального клейма бедности.

В данной модели механизм селективности включает:

- метод оценки доходов и имущественного положения;
- косвенный метод определения доходов;
- категориальный метод;
- самоадресация;
- метод обеспеченности.

Представленные методы позволяют выявить реальную степень нуждаемости в социально-медицинской помощи. Для определения степени нуждаемости в социально-медицинской помощи используется формула оценки степени нуждаемости:

$$N = (N_k \cdot N_c \cdot N_r \cdot N_h \cdot N_a \cdot N_e \cdot N_b \cdot N_f \cdot N_i) + Z_z.$$

Где, N – балл нуждаемости.

Nk – принадлежность членов семьи к одной из социальных категорий;

Nc - число нетрудоспособных членов семьи;

Nri – место жительства (сельская или городская местность);

Nh – жилищные условия;

Na- наличия автомобиля личного пользования;

Ne – месячный расход электроэнергии;

Nb – отношение к предпринимательской деятельности;

Nf – заключение территориального центра о материальном положении семьи;

Ni – общий семейный доход;

Zz – показатель состояния здоровья.

Zz – показатель состояния здоровья может принимать значения Z1, Z2, Z3, Z4. Z1 – или первая группа здоровья (отсутствие заболевания); Z2 – наличие факторов риска для развития заболевания; Z3 – наличие хронического заболевания; Z4 – наличие инвалидности или заболевания требующего больших финансовых затрат для лечения.

Для исключения ошибок в применении формулы нуждаемости коэффициенты Na, Ne, Nb, Nf приняты как фильтрующие коэффициенты. Если эти коэффициенты принимают значение «ноль», то и коэффициент нуждаемости будет равен нулю.

Минимально принимаемое значение степени нуждаемости 4 балла, при условии, что социальная нуждаемость будет равна нулю.

Для оценки социальной эффективности предлагается в модель ввести критерии позволяющие оценить:(

- 1) степень удовлетворённости потребителей медицинской помощью;
- 2) информированность населения;
- 3) степень взаимодействия потребителя и производителя медицинских услуг.

Предлагаемая модель позволяет оценить не только удовлетворённость населения, но и выявить объективные модели поведенческого взаимодействия потребителей медицинских услуг со здравоохранением, оценить уровень профилактической и реабилитационной работы здравоохранения на основе сопоставления данных субъективной оценки с объективными данными медицинской документации.

В ходе оценки каких-либо технологий в области здравоохранения обычно выделяют три вида эффективности: социальную, медицинскую и экономическую. В идеале все три вида эффективности должны учитываться при принятии решения по использованию той или иной технологии.

Экономическую эффективность можно оценивать через результативность. Медицинская эффективность показывает достижение медицинского результата в ходе применения той или иной технологии, которые могут выражаться в улучшении качества здоровья населения,

полученных выгод для здоровья, улучшение качества медицинских услуг. Отсутствие достаточного медико-социологического мониторинга, характерное для последних десятилетий, привело к тому, что в настоящее время здравоохранение, ориентируясь прежде всего на медицинскую эффективность, получает лишь запоздалую информацию от потребителей услуг медицинского назначения в виде негативных показателей соматического статуса, потери общественного здоровья; при наличии объективной потребности населения в услугах медицинского назначения в области охраны здоровья социальной нормой являются негативные модели взаимодействия со здравоохранением.

Социальная эффективность измеряет влияние новых технологий используемых в системе здравоохранения на состояние здоровья населения в целом. Логично утверждать, что повышение социальной эффективности здравоохранения, может быть достигнуто за счёт обеспечения высокого качества медицинской помощи. Унифицированные методики оценки социальной эффективности здравоохранения в сфере охраны здоровья, необходимые для разработки и реализации эффективных управленческих решений, отсутствуют. Неоправданное смещение приоритетов в сторону исключительно медицинской и экономической эффективности имеет результатом и недостаточное исследование социального эффекта здравоохранения.

Социальная эффективность напрямую связана с качеством медицинского обслуживания и удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского назначения и в общем виде может быть оценена также как соотношение числа случаев удовлетворённости пациентов медицинской помощью к общему числу оцениваемых случаев. Удовлетворённость пациентов отражает социальную приемлемость здравоохранения и влияет на здоровье населения.

В действительности влияние этих видов эффективности может не совпадать. Так улучшение качества медицинской помощи может вызвать и рост дополнительных расходов, что может в свою очередь снизить доступность медицинской помощи.

Таким образом, высокие медицинская и экономическая эффективность здравоохранения в сфере здоровья контрастирует с недостаточной социальной эффективностью, несмотря на то, что ожидаемый социальный эффект должен соответствовать медико-экономическому. Корни данного противоречия кроются в недооценке многоаспектности социальной роли здравоохранения, недостаточном учёте взаимосвязи здравоохранения с деятельностью других социальных институтов. Таким образом, для оценки эффективности модели мы будем ориентироваться в большей мере на социальный эффект.

Индикаторами уровня медицинской и социальной эффективности здравоохранения региона могут являться критерии макро- мезо и микросоциальной результативности на основании которых в дальнейшем могут быть разработаны стандарты селективной модели социально-медицинской помощи(таблица 5.12).

Таблица 5.12 Критерии социальной медицинской эффективности здравоохранения

Макроуровень	Мезоуровень	Микроуровень
<p>1. Коэффициент изменения: показатель рождаемости и смертности; показатель инвалидности; показатель продолжительности жизни</p> <p>2. Показатели соматического статуса населения</p> <p>3. Частота заболеваемости в т.ч. инфекционной заболеваемостью</p> <p>4. Распространённость заболеваемости.</p> <p>5. Коэффициент полноты охвата профилактическими прививками разных возрастных групп;</p> <p>6. Эффективность кадровой политики системы здравоохранения.</p> <p>- укомплектованность персоналом;</p> <p>- текучесть кадров;</p> <p>- удовлетворённость работников здравоохранения</p> <p>7. Эффективность нормативно правового обеспечения системы здравоохранения.</p>	<p>1. Частота заболеваемости в т.ч. инфекционной заболеваемостью.</p> <p>2. Динамика коэффициента обращаемости населения за медицинской помощью: - процент посещений в случае заболевания; - процент профилактических посещений; - с иными целями.</p> <p>3. Интегральный показатель медицинской информированности населения.</p> <p>4. Коэффициент удовлетворённости населения как потребителя услуг медицинского назначения, в т.ч.:</p> <p>- удовлетворённость по: организационному, коммуникативному, этическому, стоимостному, квалификационному, информационному, профилактическому аспектам;</p> <p>- интегральный показатель удовлетворённости.</p> <p>5. Эффективность нормативно правового обеспечения региональной системы здравоохранения.</p> <p>6. Эффективность охвата населения профилактическими медицинскими услугами</p> <p>7. Коэффициент качества медицинской помощи (выборочное экспертное сравнение показателей,</p> <p>8. Эффективность кадровой политики системы здравоохранения/</p>	<p>1. Распространённость негативных поведенческих стратегий (пассивная модель, самолечение, «теневые» формы взаимодействия)</p> <p>2. Динамика здравоохранительных установок, в т.ч.: выраженности возрастных, гендерных, групповых различий; различий в установках на идеальное и реальное состояние здоровья</p> <p>3. Самосохранительное поведение /рискованное поведение</p> <p>4. Оценка ценностного отношения к здоровью</p> <p>5. Самооценка состояния здоровья</p> <p>6. Коэффициент востребованности здравоохранения в качестве информационного источника по вопросам здоровья</p> <p>7. Степень профилактической подготовки населения.</p>

Критерии социальной эффективности модели селективной социально-медицинской помощи при оценке результатов деятельности можно пересматривать (вводить необходимый или исключать неэффективный критерий).

Оценивая удовлетворённость пациентов, в селективной модели предлагается использовать классификацию характеристик медицинской помощи, предложенную J. Ware и др., включающая 8 измерений: межличностные взаимоотношения врача и пациента, квалификация врача, удобство и своевременность предоставления помощи, стоимость услуг, медицинская результативность, непрерывность, комфортабельность учреждений, обеспеченность персоналом и оборудованием. Подобную информацию можно получать методом анкетирования.

Очевидно, что измерение удовлетворённости пациентов не может выступать единственным критерием социальной эффективности здравоохранения, так как большинство из измерений, характеризующих медицинскую помощь, связаны с её доступностью, и нередко оказывается, что субъективная оценка низкой доступности, высказываемая потребителями медицинских услуг, обусловлена недостаточной активностью самих пациентов. Поэтому в оценке социальной эффективности модели коммуникативный и этический аспекты являются наиболее важными.

Оценка удовлетворённости потребителей осуществляется по следующим направлениям:

- оценка удовлетворённости при получении медицинских услуг;
- оценка недостатков лечебно-профилактической деятельности;
- оценка доступности медицинской помощи;
- соотношение «теневого» и «легального» рынка медицинских услуг;
- наличие неудовлетворённых потребностей.

Социальная эффективность селективной модели может оцениваться через поведенческое взаимодействие потребителя и производителя медицинских услуг и оценку поведенческих стратегий:

- лечебно-диагностический компонент: социальный эффект можно считать полным при отсутствии пассивных (бездеятельностных), алогичных и девиантных типов взаимодействия (самолечение, криминальные варианты, отказ от медицинской помощи);

- профилактический компонент: востребованность здравоохранения как одного из мотиваторов населения ориентирующего на здоровый образ жизни, информационного источника, источника медицинской грамотности;

- реабилитационный компонент: социальный эффект можно считать полным при сочетании отсутствия пассивного типа взаимодействия со стороны пациентов и выполнения стандартов медицинской помощи со стороны здравоохранения;

- профессиональное мнение о поведенческих стратегиях населения.

Оценка социальной эффективности региональной селективной модели социально-медицинской помощи может быть дополнена медико-социологической информацией, полученной в органах управления здравоохранения и в органах официальной статистики.

Особенно важным в профилактическом компоненте здравоохранения в отношении здоровья мы считаем оценку уровня медицинской информированности. Для её осуществления мы предлагаем использовать следующие показатели: уровень информированности (УИ)- относительный коэффициент, характеризующий уровень правильных ответов на вопросы по отдельным аспектам знаний (законодательному обеспечению системы здравоохранения, правах пациентов, способах защиты прав в системе здравоохранения) , и интегральный показатель медицинской информированности(ИПМИ) – относительный коэффициент, характеризующий средний уровень информированности (верных знаний по вопросам здоровья, образу жизни, положительных стратегиях поведения по сохранению здоровья)).

Недостатком данной модели является отсутствие объективной оценки качества деятельности здравоохранения: социальный эффект либо чрезмерно «экономизирован», то есть сведён к узкой экономической оценке («низкий уровень заболеваемости – меньше затрат; высокий уровень трудоспособности – положительный экономический эффект служб здравоохранения»), либо субъективизирован: оценка основывается на мнении потребителя, экспертные возможности которого, ограничены. В то же время, объективное измерение удовлетворённости потребителей, наряду с другими факторами, должно являться определяющим в управлении социальной эффективностью здравоохранения.

Таким образом, предложенная региональная селективная модель социально-медицинской помощи, является моделью социального взаимодействия в системе здравоохранения и имеет следующие признаки:

- В современной России важной чертой системного изменения модели социальной поддержки населения в области здравоохранения является ее регионализация. Региональная модель адресной медико-социальной помощи имеет свою специфику и должна основываться на учете социальной дифференциации населения, сосредоточении общественных ресурсов на помощи нуждающимся в ней на равноправной основе, предотвращении социального иждивенчества, индивидуализации медико-социального обслуживания, а также быть «гибкой», способной к модификациям в зависимости от региональных возможностей и потребностей, с учетом местной специфики и особенностями организационного механизма реализации адресных программ.

- Организация региональной селективной модели медико-социальной помощи населению предполагает возможность на региональном уровне определять допустимые границы действий системы здравоохранения во взаимоотношениях с другими субъектами и разрабатывать собственные варианты моделей адресной социальной поддержки.

- Возможные перспективные направления селективной медико-социальной помощи населению связаны с внедрением в жизнь социальных инфраструктур, механизмов выравнивания стартовых возможностей в здоровье различных групп населения, путем предоставления медико-социальных услуг в сфере здравоохранения наиболее нуждающимся в них категориям граждан, но не имеющих возможности доступа к ним;.

- Предложенная модель селективной социально-медицинской помощи и методика оценки социальной эффективности является универсальной, что позволит применять ее на различных территориях, а также оценивать количественно социальную эффективность региональной системы здравоохранения;

- Для оценки эффективной деятельности здравоохранения необходимо в предложенной модели селективной адресной помощи разработать показатели регионального комплексного мониторинга здоровья населения, основанного на принципе неразрывности медицинских и социальных данных, и по результатам его оценки разработка мер по повышению социальной эффективности здравоохранения.

Заключение

Проведенное исследование подтвердило основную гипотезу диссертационной работы о том, что, система здравоохранения является не только важнейшим социальным институтом, стабилизирующим общественную структуру, но и формой реализации важнейшего общественного блага. Специфика здравоохранения состоит в том, что любые социальные трансформации (создание новых условий функционирования, услуг, материалов и продуктов) влекут за собой изменения в самой системе и изменения отношений субъектов системы здравоохранения. Поспешность и отсутствие четко поставленных целей при реформировании (трансформации) системы здравоохранения серьезно снижают уровень общественного здоровья и качества жизни, но и серьезно разрушает социальную структуру. Неоправданное смещение приоритетов в сторону исключительно медицинской и экономической эффективности имеет результатом снижение интереса к социальному эффекту здравоохранения, повышению и укреплению здоровья населения. В силу реальных социальных различий, актуализировавшихся в последние десятилетия, как и различий в запросах мы предлагаем и обосновываем селективную модель организации системы здравоохранения, как модель, отличающуюся максимально положительным социальным эффектом.

Основные результаты, полученные в ходе исследования заключаются в следующем.

1. Предложена авторская концепция основ исследования системы здравоохранения. В условиях социальных изменений общественной жизни становятся очевидными недостатки функционирования тех или иных систем, общественных институтов. В этом случае актуальным становится поиск новых методологических подходов, которые находятся в области изучения сложных систем.

Критериями социальных изменений системы здравоохранения являются экономические, демографические, градостроительные, климатогеографические особенности территорий которые определяют специфику развития здравоохранения. Существенное значение имеют: уровень жизни и социальной дифференциации населения; численность и структура населения; интенсивность депопуляционных процессов; территориальная протяженность региона и малая плотность населения на территории проживания. Все это определяет социальную нагрузку на бюджет, в том числе и региональный, рост потенциального спроса на

медицинские услуги, с одной стороны, и снижение возможности у части населения в оплате этих услуг, с другой.

В диссертационной работе здравоохранение рассматривается как неотъемлемая часть изменяющегося мира. В понимании автора система здравоохранения представляет собой совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих и взаимообусловленных подсистем с разветвленной инфраструктурой, непосредственно реализующих основные цели системы здравоохранения. Социальные изменения системы здравоохранения вызывают трансформацию системы в качественно новое состояние. Любые социальные изменения должны согласовываться с существом и предназначением системы здравоохранения.

Анализ, основанный на системном и институциональном подходах, позволил изучить комплексно систему здравоохранения на макро-, мезо- и микроуровнях (государственном, региональном и муниципальном уровнях, уровне взаимодействия субъектов), а также рассмотреть формирование системы здравоохранения в историческом аспекте, проследить социальные процессы современности, внешнюю и внутреннюю социодинамику, реализацию социальных функций системы. На современном этапе развития система здравоохранения приобретает черты не системы, свойственные некоторым зарубежным национальным моделям здравоохранения.

Системный подход к здравоохранению позволил четко представить зависимость индивидуального и общественного здоровья не только от состояния науки, профилактики, лечения и реабилитации, но и от участия всех звеньев общественного и государственного механизма, всех систем и подсистем общества в его формировании, охране и улучшении.

Одним из исходных посылов исследования стало понимание здравоохранения как социальной системы, то есть сфокусированной на человеке. Здравоохранение как социальная система объединяет людей с различными социальными статусами, проживающих в разных районах, с разным уровнем дохода на основе социальной солидарности и осознания своего единства в рамках данной системы.

В контексте системного и институционального понимания здравоохранения неизбежно возникает важность осмысления множества факторов, влияние которых необходимо учитывать, для сохранения здоровья, как индивида, так и общества. В работе описываются факторы, оказывающие влияние на формирование здравоохранения основным из которых являются системность здравоохранения, нормативно-правовая база, а также мировые тенденции развития национальных институтов здравоохранения. Выявлено, что на институциональное развитие здравоохранения сильное воздействие оказывают внешние воздействия – сложившиеся ценности, основополагающие нормы и потребности общества.

В процессе диссертационного исследования выявлены факторы способные оказать положительный эффект социальных изменений в системе здравоохранения. Это: наличие соответствующего института для поддержки социальных изменений; обратная связь от тех, для кого социальные изменения осуществляются; механизмы взаимодействия с иными сферами общественной жизни; достоверность полученных данных о результатах воздействия социальных изменений.

Определено, что социальный институт здравоохранения отличается от иных социальных институтов относительной устойчивостью своих целей и ограниченной возможностью субъектов корректировать институциональные цели в зависимости от своих потребностей. Недоучет социальных составляющих деятельности системы здравоохранения приводит к торможению процессов развития системы здравоохранения.

2. При рассмотрении системы здравоохранения, автор базировался на концепции социального пространства П. Бурдьё рассматривая пространство здравоохранения с позиции социального неравенства. Поскольку, в социальном пространстве сосуществуют социальные события, процессы и отношения, то на уровне перехода от обобщенного социального субъекта к социальной группе, важнейшей формой воспроизводства человеческих ресурсов выступает социальная ниша, создающая необходимый уровень качества жизни, обеспечения жизнедеятельности человека и защиту его здоровья. В то же время для современной системы здравоохранения присуща некоторая инерционность функционирования и это положение требует принципиально новые пути организации системы здравоохранения.

В диссертационной работе исследование проблем в распределении здоровья между различными группами населения подтвердило имеющееся неравенство, которое не только сохраняется, но и усиливается в последнее время. Выявлено, что одной из важнейших причин в распределении неравенства по отношению к здоровью, выступает доход. Обнаружено, что связь бедности и здоровья прослеживается во всех странах с разными моделями организации здравоохранения. Но порядок доступа и финансирования услуг здравоохранения является основной причиной различий состояния здоровья между социально-экономическими группами.

Пространственный подход исследования системы здравоохранения позволил автору представить ее как пространство отношений, оформленных в виде институтов и практик. В этом смысле пространство здравоохранения рассматривалось в работе по аналогии с физическим – в границах государства, региона, административно-территориальной единицы или в каких-либо других географических параметрах. Это позволило диссертанту увидеть картину территориально выраженного неравенства в сравнительных исследованиях здоровья, доступности социальных услуг, реформировании и модернизации здравоохранения, развития человеческого потенциала. На основе пространственного подхода автором проведен анализ

здравоохранения как социального поля, выявлены внутренние и внешние принципы иерархизации системы здравоохранения, дан анализ степени автономности поля здравоохранения, описаны социальные траектории и кодификационные требования к профессии врача.

В системе здравоохранения неравенство можно рассматривать в отношении здоровья, в распределении ресурсов здравоохранения и в отношении доступа к службам здравоохранения. В процессе исследования выявлены отличительные особенности обуславливающие социальное неравенство: моделью различий в здоровье, социальной обусловленностью (социальные факторы) состояния здоровья и социальным устройством.

Концепция социального пространства дала возможность рассмотреть профессию врача в пространственном измерении. Автор приходит к выводу, что эта профессия одна из наиболее кодифицированных.

3. В процессе исследования выявлено, что организационные и финансовые формы реализации задач здравоохранения весьма многообразны. Это и определяет социальный эффект производимый системой здравоохранения. Определено, что происходит постепенная конвергенция систем здравоохранения, когда в результате социальных преобразований идет смещение признаков отдельных моделей. Поэтому в любой системе можно обнаружить элементы разных моделей. Проведенный анализ национальных систем здравоохранения выделил общее и особенное в развитии каждого типа национальной системы. В западной Европе обычно выделяют четыре основные модели: модель Бевериджа и скандинавский тип; либеральная модель; модель Бисмарка; южноевропейская модель. Однако, подобная классификационная схема с трудом применима для анализа систем здравоохранения стран Азиатско-Тихоокеанского региона, стран восточной Европы, России. Поэтому, для анализа национальных моделей перечисленных регионов использовалась несколько иная классификационная схема: преимущественно государственная, преимущественно страховая, преимущественно частная. Но и в этой схеме в процессе работы было обнаружено отсутствие необходимых критериев, которые дали бы возможность обобщить все многообразие социальных преобразований систем здравоохранения в современном мире. Социальная справедливость в здравоохранении проявляется, прежде всего, во всеобщей доступности медицинских услуг. Но наиболее важным условием для макроуровня системы здравоохранения является модель организации и финансирования.

В работе продемонстрировано из опыта большинства стран, что глубокие социально-экономические и политические преобразования обнажают ряд социальных проблем, требующих преобразований в отрасли. Так, система «социализированной медицины», гарантирует, равный доступ всем гражданам к необходимой по объему и качеству медицинской

помощи. Однако государству приходится вмешиваться в процесс потребления медицинских услуг посредством введения механизма нормирования. Медицинское страхование, предусматривающее передачу и накопление денежных средств в виде страховых взносов в страховые компании, зависимо от взносов работодателей и работающего персонала. Общий объем средств, расходуемых на здравоохранение в разных странах составляет от 4 % до 20 %. Такой размах отчислений подтверждает наличие неравенства в финансировании медицинских услуг, а соответственно, и неравенство в доступе к медицинским услугам. Медицинское страхование охватывает отдельных граждан или группы через третью сторону (страховые организации), действующую в частном секторе. А организация здравоохранения США характеризуется частным медицинским страхованием и в стране отсутствует общенациональная система здравоохранения. Здравоохранение США – не система.

В процессе исследования автор делает вывод о том, что современные национальные модели здравоохранения исчерпали свой ресурс, а их многочисленные реформы и модернизации вряд ли смогут решить современные проблемы здравоохранения. Поэтому назрела необходимость поиска новых концептуальных подходов и новых моделей. Таким образом, идеальной модели функционирования национальных систем здравоохранения в ходе диссертационного исследования не выявлено. В этом контексте приобретает иное понимание теоретический конструкт «социальная недостаточность» системы здравоохранения.

4. На основе историко-генетического подхода система здравоохранения России анализируется со времен эпохи Екатерины II до настоящего времени. Каждый этап развития системы здравоохранения характеризуется в работе с оценки ее доступности. Так, на этапе организации приказных лечебных учреждений проблема общедоступности, обнажила существующие в то время барьеры для оказания эффективной медицинской помощи. Основными причинами тому были: кадровый и финансовый дефицит, недостаточное лекарственное обеспечение, плохие условия содержания пациентов, высокая цена лечения. Неудачи приказной медицины были очевидны, но важным достижением того периода стало создание во всех губерниях России государственной системы лечебных учреждений.

Земская медицина должна была обеспечить медицинской помощью сельское население земских губерний, в которых преобладало помещичье землевладение, а большинство крестьян были из крепостных. К середине 19 века сложилось представление о рациональных формах организации доступной медицинской помощи для крестьянского населения России и закрепило за земствами обязанность «попечения о народном здравии».

Государственное здравоохранение является следующим этапом развития системы. На протяжении длительного времени социальная ориентация советского здравоохранения имела существенные преимущества в сравнении с политикой развитых стран мира по такому

критерию как ее социальная ориентированность и по способу организации предоставления медицинских услуг. Это преимущество обеспечивалось тем, что советское здравоохранение сохранило преемственность традиций национальной российской «системы земства» с его идеей массового доступа к бесплатной медицине.

Медицинское страхование, характеризующее следующий этап социальных преобразований здравоохранения России, следует рассматривать как заимствованную и чужеродную для отечественного здравоохранения форму организации системы здравоохранения. За более чем двадцать лет функционирования медицинское страхование не смогло решить все назревшие проблемы системы здравоохранения, а в некоторых случаях являлось и дестабилизирующим фактором развития региональных систем здравоохранения, что и стало «катализатором» для социальных изменений в российской системе здравоохранения. Эти изменения не принимаются населением однозначно и имеют серьезные социальные последствия (трансформации), выливающиеся в недовольство тех, кто получает медицинские услуги, т.е. снижением степени доверия со стороны населения к системе здравоохранения.

Автор приходит к выводу, что переход от централизованного планового управления к управлению на основе рыночной экономики характерен только для российского здравоохранения. Чем глубже и интенсивнее сдвиги в объективных условиях развития здравоохранения и запросах, которые оно призвано удовлетворять, тем настоятельнее потребности в реформировании самой этой отрасли.

5. В диссертации выделен и рассмотрен еще один предметный уровень - региональная система здравоохранения. Хабаровский край, как и некоторые территориальные субъекты РФ имеет особенности своего развития (географические, демографические, экономические, геополитические и социальные). Для успешного решения задач социальных преобразований региональной системы здравоохранения необходимо: обеспечение и рациональное использование кадров; внедрение механизмов повышающих мотивированность кадров; мониторинг ситуации в региональной системе здравоохранения, механизмы быстрого реагирования на изменяющуюся ситуацию. Анализ преобразований региональной системы здравоохранения (на примере Хабаровского края) позволил выявить проблемы организации и функционирования системы регионального здравоохранения и противоречия, которые обусловлены:

- непрекращающимися на протяжении десятилетий процессами реформирования системы здравоохранения (в том числе ее региональной составляющей) и ограниченными социально значимыми положительными результатами их осуществления;

- сложившимся пониманием принципов социальных изменений системы социально-экономических отношений и их переносом на все сферы жизни общества, включая здравоохранение;

- потребностями системы здравоохранения и ее субъектов и отсутствием внятной стратегии модернизации системы регионального здравоохранения, направленной на оптимизацию отрасли;

- отсутствием концептуального осмысления специфики системы здравоохранения как объекта социальных изменений и необходимостью выявления и обоснования особенностей и тенденций социальных изменений региональной системы здравоохранения в России;

- потребностью в теоретической разработке и обосновании новых социальных норм, необходимых для функционирования здравоохранения в качестве социального института, путей их интернализации в российское общество;

- необходимостью выявления и изучения проблем, связанных с воздействием перемен в здравоохранении на общество в целом;

- социальной востребованностью оптимизации деятельности системы здравоохранения и определения дальнейших путей её развития.

6. Автор, исследуя процесс взаимодействия между субъектами системы здравоохранения обнаружил их разнообразие. Модели взаимодействия между врачом и пациентом могут быть пациентцентрическими и доктороцентрическими в зависимости от властной составляющей. В современной системе здравоохранения наблюдается доминирование врачей. Это привело к преобладанию медицинской модели здоровья, когда здоровье видется лишь как отсутствие болезни. Медицинская модель представляет собой тенденцию решения проблем здоровья только медицинскими методами (медикализация). Опасность расширения такого подхода может привести и к расширению границ властных полномочий представителей медицинских профессий. Медицинская монополизация явно не способствует успешному развитию здравоохранения как системы.

В работе определено, что для успешного функционирования системы здравоохранения необходимо учитывать интересы и ожидания ее основных субъектов. Современное состояние системы здравоохранения формирует высокий уровень протестных настроений и социальной профессиональной девиации медицинских работников, препятствует их консолидации для решения проблем взаимодействия с государством и обществом. С другой стороны, формирующиеся общества пациентов, стараются привлечь к своей деятельности медицинских работников.

7. В соответствии с логикой исследования, автор рассматривает процессы изменений в региональном здравоохранении на трех уровнях, с целью выявления факторов и условий действующих в системе и способных повлиять на формирование оптимальной

организационной модели. На макроуровне система здравоохранения совершенствуется в соответствии с действующим законодательством, нормативными требованиями и стандартами. На мезоуровне – модернизируется собственно медицинская деятельность и деятельность медицинских организаций. Этот уровень подразумевает улучшение ресурсного обеспечения системы здравоохранения и совершенствование оказания медицинских услуг в соответствии с требованиями и стандартами. На микроуровне - модернизируются отношения врача и пациента. Модернизация отношений между врачом и пациентом подразумевает изменение моделей взаимодействия в современной системе здравоохранения.

Анализируются факторы, способствующие внедрению программ модернизации или тормозящие ее реализацию, раскрываются особенности (географические, демографические, социально-экономические) здравоохранительной ситуации региона. На основе анализа выявляются проблемы модернизации здравоохранения региона. Выявленные негативные тенденции, под воздействием которых развивается региональная система здравоохранения (неравномерность распределения медицинских кадров в системе, возрастные особенности медицинских кадров региона, проблемы кадрового обеспечения в отдаленных районах края, в результате миграционных процессов отсутствие научно обоснованного прогноза потребности в медицинских услугах и медицинских кадрах, демографические проблемы края и др.) требует дальнейшего совершенствование деятельности системы здравоохранения.

Анализ проводимых мероприятий продемонстрировал низкую социальную эффективность результатов модернизации. Это объясняется тем, что модернизационные процессы рассчитаны на отдаленные позитивные социальные последствия. Таким образом, процесс модернизации региональной системы здравоохранения нельзя рассматривать как завершённый.

8. В рамках диссертационной работы проводилось социологическое исследование, которое позволило определить социальные установки субъектов системы здравоохранения, поведенческие стратегии, социальные траектории. По данным социологических исследований населения и врачей выявлено:

- происходят социальные трансформации ценностно-нормативных ориентиров по отношению к здоровью со стороны населения, и профессиональных установок, со стороны врачебного сообщества;

- существует дифференциация в отношении разных групп медицинских работников к проектам реформирования и модернизации российского здравоохранения. Неудачи реформирования системы здравоохранения негативно отражаются и на социальном положении современных врачей. Это способствует тому, что в структуре мотивов профессиональной деятельности врачей начинают доминировать прагматические установки, усиливающие коммерциализацию медицины, порождающие «теневые» практики, что заметным образом изменяет характер отношений в системе «врач – пациент»;

- показателем социальных изменений современного российского здравоохранения является трансформация социальной роли врача и степени доверия пациентов к системе здравоохранения. В качестве одного из основных препятствий развития системы

здравоохранения выявлена низкая степень доверия населения к ней. Падение этого уровня вызвано снижением эффективности, доступности и качества медицинской помощи;

- низкая степень доверия к системе здравоохранения со стороны населения или формирования девиантного поведения со стороны врачебного сообщества угрожают стабильности и устойчивости развития системы и требуют определенных изменений в ней;

- государственный сектор российского здравоохранения остается для большинства россиян безальтернативным источником получения медицинской помощи;

- прежние нормы и ценности в сфере охраны здоровья в результате социальных в системе здравоохранения перестают быть эффективными и значимыми (социальные трансформации). Это обусловлено влиянием таких факторов, как снижение потребности в медицинских услугах, формирование в поведении населения стратегий негативно влияющих на здоровье и не ориентированных на его сохранение и профилактику.

- в поведении населения отмечается тенденции, что базовой ценностью для большинства населения является здоровье, однако, то же большинство населения указывает на рискованное по отношению к своему здоровью.

9. Данные проведенного исследования свидетельствуют о необходимости оптимизации системы здравоохранения и изменения моделей как во взаимодействие между ее субъектами, так и функционирования. Поэтому, в центр внимания исследования выдвигался поиск альтернативных вариантов функционирования и организации отрасли. Региональная система здравоохранения является моделью национальной системы здравоохранения, поэтому положительные изменения на региональном уровне, способны оказывать благоприятный эффект на национальную систему в целом.

Результаты диссертационного исследования позволили теоретически обосновать и представить оптимальную модель региональной системы здравоохранения. Результаты социологических исследований подтвердили необходимость ее существования. Модель селективной социально-медицинской помощи, позволит выработать позитивный вектор социальных трансформаций в региональной системе здравоохранения, интегрировать функционирование субъектов и стимулировать их стремление сохранять и поддерживать здоровье и максимально реализовать права в сфере охраны здоровья.

Критерием избранности в модели выбран прожиточный минимум в регионе, что позволяет быть модели гибкой и подвижной. Данный критерий, позволяет приблизить модель к точному ориентированию на более нуждающиеся группы населения в медико-социальной помощи. Целеориентированность модели обеспечивается следующим – чем более точен охват необходимой медицинской помощью самых бедных и нуждающихся членов общества, тем меньше потери ресурсов, выделяемых на программы иных социальных поддержек, тем дешевле обходятся достижение желаемой цели.

Для оценки социальной эффективности в модель вводятся критерии позволяющие измерить оценку степени удовлетворённости потребителей медицинской помощью; оценку информированности населения; оценку взаимодействия потребителя и производителя медицинских услуг.

Предлагаемая модель позволяет выделить объективные модели поведенческого взаимодействия потребителей услуг медицинского назначения со здравоохранением, оценить уровень профилактической и реабилитационной работы здравоохранения на основе сопоставления данных субъективной оценки с объективными данными медицинской документации (мониторинг ситуации здравоохранительной ситуации).

Таким образом, предложенная региональная модель селективной медико-социальной поддержки имеет свою специфику и основывается на учете социальной дифференциации населения, сосредоточении общественных ресурсов на помощи нуждающимся в ней на равноправной основе, предотвращении социального иждивенчества, индивидуализации медико-социального обслуживания, а также использование в модифицированном виде, с учетом местной специфики региона.

Для успешного функционирования региональной системы здравоохранения автором разработан ряд рекомендаций:

1. Органам законодательной власти рекомендуется:

- при разработке нормативно-правовой базы региональной системы здравоохранения целесообразно учитывать а) многочисленные функции региональной системы здравоохранения; б) системные характеристики регионального здравоохранения; в) основные параметры региональной системы здравоохранения, характеризующие ее состояние.

2. Органам исполнительной власти (в частности Министерству здравоохранения Хабаровского края) рекомендуется:

- при осуществлении управленческого процесса акцентировать внимание на а) на соблюдении целевых и инструментальных принципов эффективного управления региональной системой здравоохранения; б) широкое использование источников (организационных, финансовых, мотивационных) для подготовки кадров системы здравоохранения; в) системного подхода в оценке состояния кадрового потенциала.

3. Руководителям медицинских учреждений и организаций рекомендуется:

- организовать непрерывное мониторинг кадровой ситуации в учреждении, оценку степени удовлетворенности профессиональной деятельностью кадров учреждения, прогнозирования и выявления негативных тенденций во взаимодействии «врач – пациент»;

- проводить оценку степени удовлетворенности населения предоставляемой медицинской помощью, степень информированности населения в сфере охраны здоровья, прогнозирования и выявление негативных тенденций в поведении пациентов по отношению к здоровью.

Автор не претендует на эксклюзивность и исчерпанность представленной проблемы и видит дальнейшие перспективы продолжения и расширения исследования.

Список литературы

1. Всеобщая декларация прав человека, 1948
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП). [Электронный ресурс] : Резолюция 2200А [XXI] Генеральной Ассамблеи ООН. 16 декабря 1996г. – Режим доступа: <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>
3. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. [Электронный ресурс] : Генеральная Ассамблея ООН. 18 декабря 1979г. – Режим доступа: <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>
4. Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации. [Электронный ресурс] : Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 2106[XX]. 21 декабря 1965 г. – Режим доступа: <http://www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm>
5. Конвенция о правах ребенка. [Электронный ресурс] : Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 44/25. 20 ноября 1989 г. – Режим доступа: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>
6. Конвенция о правах инвалидов. [Электронный ресурс] : Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН. 13 декабря 2006 г. – Режим доступа: <http://www2.ohchr.org/english/disabilities-conventionaw.htm>
7. Алма-атинская декларация. 6 сентября 1978 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
8. Хартия о праве на здоровье. Международный союз юристов. [Электронный ресурс]. Генеральная Ассамблея МСЮ 31 августа 2005 г. - Режим доступа: www.ulanet.org/documents/qqula/resolutions/Sante4GB.pdf.
9. Декларация о правах пациента. Всемирная медицинская ассоциация. [Электронный ресурс]: Ассамблея ВМА, сентябрь – октябрь 1981 г. - Режим доступа: <http://www.wma.net/en/30publications/10publications/14/index.html>.
10. Декларация о медицинской помощи, ориентированной на пациента. [Электронный ресурс]: Международный альянс организаций пациентов. – Режим доступа: www.patientsorganizations.org/.
11. Джакартская декларация о приоритетах охраны здоровья в XXI веке. [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения 21 -25 июля 1997 г. – Режим доступа: [www/who/int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf).
12. Конституция Российской Федерации от 25 декабря 1993 года, с изменениями от 30 декабря 2008 года [Текст] // Российская газета. – 2009. -№ 7 (4831). – 21 января.
13. Послание Президента РФ Д. Медведева Федеральному собранию Российской Федерации // Российская газета. Федеральный вып. № 5350 от 01.12.2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2009/11/13/poslanie.tekst>.

14. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
15. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС «Гарант».
16. Разъяснения Минздравсоцразвития по поводу поступивших обращений граждан по проекту федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.Minzdravsoc.ru/health/modernization/4>.
17. «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» : указ Президента РФ от 07.05.2012 г.
18. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» : указ Президента РФ от 07.05 2012 года № 598.
19. О Концепции национальной безопасности Российской Федерации.: указ Президента РФ от 10.01.2000 № 24 // Собрание законодательства РФ. – 2000. -№ 2.- Ст.170.
20. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов»: постановление Правительства Российской Федерации от 22. 10. 2012 года № 1074
21. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2010 года.: распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 года № 1662- р.
22. Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 г. [Электронный ресурс] : распоряжение Правительства Рос. Федерации от 08.12.2009 № 2094-р //Сервер Правительства Хабаровского края. – Хабаровск, 2012. – Режим доступа: http://gov.khabkrai.ru/invest2.nsf/General_ru/14FDCF99A4F6EEFACA225766B0024C2E5.
23. «Об организации в Российской Федерации системы федеральных статистических наблюдений по социально демографическим проблемам и мониторинга экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения» : постановление Правительства РФ от 27.11.2010 г. № 946.
24. Аверьянов, А. Н. Системное познание мира. Методологические проблемы / А. Н. Аверьянов. М.: Политиздат, 1985. - 263с.
25. Агапитов, А.Е Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы их причины и возможные решения / А.Е. Агапитов, А.Ю. Белов, А.А. Дзидинский. _ М.: изд. дом журнала «Менеджер здравоохранения», 2006. – 156 с.
26. Азаров, А. В. Обеспечение и защита прав граждан при оказании медицинской помощи / А.В. Азаров. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 192 с.
27. [Айкен, Л. Х.](#), [Макки](#) М. Реформа больниц в новой Европе / Л. Х. [Айкен](#) , М. [Макки](#). – М.: Весь Мир, 2003. - 319 с.
28. Акофф, Р. Л. О целеустремленных системах / Р. Л. Акофф, Ф. О. Эмери. – М. : Изд-во ЛКИ, 2008.- 271 с.

29. Анохин, П. К. Теория функциональной системы / П. К. Анохин // Успехи физиологических наук. - 1970. - Т.1. № 1 - С. 37.
30. Анохин, П. К. Философские аспекты теории функциональной системы/ П. К. Анохин // Вопросы философии. - 1971. - № 3. - С.55-56.
31. Антикризисные меры укрепления системы здравоохранения России / под ред. И.В. Полякова, Б.С. Мовчана. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. - 192с.
32. Артемова, В.О. Управленческий потенциал здравоохранения как условие эффективной модернизации отрасли / В.О. Артемова // Здравоохранение. - 2011. - № 9. – С. 44.
33. Ахмебинский, Б.В. Методология исследования сложных развивающихся систем / Б.В. Ахмебинский. - СПб, ЛЭТИ, 2003. - 182 с.
34. Багматов, Н. П. Статистика учреждений здравоохранения / Н.П. Багматов, В.И. Сабанов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 156 с.
35. [Балабанова, Е. С.](#) Социально-экономическая зависимость: теория, история и современность: монография./ Е.С. [Балабанова.](#) - Н. Новгород: изд-во Нижегородского Государственного университета, 2004. - 269 с.
36. Безруков, Н. С. Экономическая оценка потерь общественного здоровья, как фактор развития человеческого капитала / Н. С. Безруков, Е. В. Полянская // Вестник ТОГУ. - 2009. - № 1 (12). - С 161–165.
37. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования (пер. с англ.) / Д. Белл. - М.: Academia, 1999. - 956 с.
38. Белозуб, В. А. К истории становления городской медицины в Хабаровском крае / В.А. Белозуб // Здравоохранение Дальнего Востока. - 2008. - № 5. - С. 69-74.
39. Берталанфи, Л. Ф. Общая теория систем: Критический обзор // Исследования по общей теории систем / Л. Ф. Берталанфи. – М. : Прогресс, 1969. - С. 23–82.
40. Берхеева, З. М. Распространенность и социально-экономическая значимость профессиональных заболеваний в России / З.М. Берхеева, Г.А Нугайбекова.// Общественное здоровье и здравоохранение. -2010. - № 3. - С. 7-11.
41. Бесстремянная, Г. Е. Экономический анализ системы здравоохранения России / Г. Е. Бесстремянная.- М.: Центр экономико-математического института, 2007. – 229 с.
42. Бестужев-Лада, И. В. Моделирование в социологических исследованиях / И. В. Бестужев-Лада, В. Н. Варыгин, В. А. Малахов. - М.: Наук, 1978. - 103 с.
43. Бестужев-Лада, И. . Нормативное социальное прогнозирование: возможные пути реализации целей общества / И. В. Бестужев-Лада. - М.: Наука, 1987. - 213 с.
44. Берк, Э. Правление, политика и общество / Э. Берк (вступ. ст. и коммент. Л. Полякова).- М.: «Канон ресс-Ц», «Кучково поле», 2001. - 480 с.
45. Блам, И. Ю. Устойчивое развитие: основные теоретические проблемы / И. Ю. Блам // Регион: экономика и социология. - 2000. - № 2. - С.80-92.
46. Блауберг, И. В. Становление и сущность системного подхода / И. В. Блауберг, Э.Г. Юдин. - М., 1973. – С. 121-122.
47. Бобров, В. В. Социальное развитие: сущность, условия и критерии устойчивости / В. В. Бобров. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2005. - 230с.

48. Большая медицинская энциклопедия : (гл. ред. Б. В. Петровский). - 3-е изд. - М. : Сов. Энциклопедия, 1980. - 536 с.
49. Большая советская энциклопедия (гл ред. А. М. Прохоров). Т. 9. – М., 1972. - С. 442.
50. Бороноев, А. О. Моделирование социальных систем / А. О. Бороноев, Ю.М. Письмак, П.И. Смирнов // Проблемы теоретической социологии. - СПб. : Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1996. - Вып. 2 – С. 81-92.
51. Боулдинг К. Общая теория систем как новая научная дисциплина (сб. пер.)/ К. Боулдинг – М.: Прогресс, 1969. - С. 125-142.
52. Бояринцева, Б. И. Экономика здоровья населения / Б.И. Бояринцева. – М.: ТЕИС, 2001. – 102 с.
53. Брауншвейг, Е. Е. Финансовое планирование и финансирование врачебных практик в Германии / Е. Е. Брауншвейг.- Екатеринбург: СВ-96.- 2007. - С.59-95.
54. Будаев, С. Д. Проблемы сохранения и укрепления здоровья населения на региональном уровне / С.Д. Будаев // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2009. - Т. 2. - № 2. - С. 225-226.
55. Будон, Р. Место беспорядка. Критика теорий социального изменения / Р. Будон. - М.: Аспект-Пресс, 1998. - 284 с.
56. Бурдьё, П. Клиническая социология поля науки // Социоанализ П.Бурдьё / П. Бурдьё. – М.: Институт экспериментальной социологии. СПб.: Алетейя, 2001. – С. 107-138.
57. Бурдьё П. Социология социального пространства / Пьер Бурдьё ; пер. с фр., общ. ред. Н.А. Шматко. – СПб. : Алетейя, 2005. – 288с.
58. Бусленко, Н. П. Моделирование сложных систем/ Н. П. Бусленко,. – М: Наука, 1978. - 400с.
59. Быковская, Т. Ю. Региональные особенности смертности мужчин трудоспособного возраста в современных условиях / Т. Ю. Быковская, Т. Е. Пиктушанская // Медицина труда и промышленная экология. - 2011. - № 2. - С. 28-33.
60. Бэкон, Ф. О достоинстве и приумножении наук (сочинения в 2 т.) / Ф. Бэкон – Т.1. – М., 1971. – С.264.
61. Валлерстайн, И. Социальное изменение вечно? Ничто никогда не изменяется?,1997. - № 1. С 8-21.
62. Ванеева, Г. А. Гармонизация социальных отношений в региональном социуме: диссертация ...канд. соц. наук: 22.00.04. Саранск, 1999. – 175 с.
63. Васильева, Е. Г. Принципы оценки политики социальной защиты населения (региональный аспект) / Е. Г. Васильева // Человек, общество, история: методология, инновации, региональный контекст. Волгоград, 2008. – С. 339-344.
64. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности «Психология» /О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. - М. : Academia, 2001. - 343, с.

65. Вебер, А. Б. Устойчивое развитие как социальная проблема (глобальный контекст и российская ситуация) / А.Б. Вебер. – М.: Изд-во «Институт социологии РАН», 1999. – 122с.
66. Веблен, Т. Теория праздного класса : экономические исследования институций : пер. с англ. / Т. Веблен : общ. ред. В. В. Мотылева. – М. : Прогресс, 1984. – 367 с.
67. Величковский, Б. Т. Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XX века / Б. Т. Величковский // Вестник РАМН. - 2000.- № 9. – С. 51-56.
68. [Венгерова, И. В. Знаменательные и юбилейные даты истории медицины / И. В. Венгерова](#), Б. Д. Петров.- М.: Медицина, 1980. - Вып. 25. - 70 с.
69. Венедиктов, Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения / Д. Д. Венедиктов. – М. - 2008.- 335 с.
70. Верзилин, Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации / Д. Н. Верзилин СПб. : Изд-во СПбГУФ, 2004. - 175 с.
71. Верзилин, Д. Н. Макросредовая обусловленность состояния финансовых ресурсов системы оказания медицинской помощи в ОМС / Д. Н. Верзилин., Г. К. Максимов, Т. Г. Максимова, В. В. Полухин // Актуальные проблемы медицинского страхования в Российской Федерации. – Казань: ИСПО РАО, 2000. – С.30-34
72. Винер, Н.Я. Я – математик / Н.Я. Винер. - М., 1967. - С.314.
73. Войно-Ясенецкий, В. Ф. Духовность и здоровье нации. Православные традиции в медицине : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 130-летию со дня рождения святителя Луки / В. Ф. Войно-Ясенецкий. - Тюмень : Тюменский гос. нефтегазовый ун-т, 2008. - 361с.
74. Волгин, Н. А. Социальное государство : учебник./ Н. А. Волгин, Н. Н. Гриценко, Ф. И. Шарков. – М. : ИД «Дашков и К», 2004. – 508 с.
75. Волков, С. Д. Региональные аспекты государственного регулирования здравоохранения в рыночной экономике / С. Д. Волков. – СПб.: СПбГУЭФ, 1997. – 134с.
76. Воронин, А. Г. Стратегическое планирование и управление развитием территории / А. Г. Воронин. – М. : Финансы и статистика, 2007. – 140с.
77. Вялков, А. И. Управление в здравоохранении Российской Федерации: Теория и практика / А. И. Вялков. - М., ГЭОТАПР-МЕД, 2003. - 528 с.
78. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранения: учебн. пособие / под ред. А. И. Вялкова, Б. А. Райзберга, Ю. В. Шиленко. – М.: ГЭОТАР – МЕД , 2002. – 328с.
79. Вялков, А. И. Основы региональной политики в здравоохранении. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 336с.
80. Вялков, А. И. Формирование общественного здоровья и оздоровление населения – важнейшие задачи решения демографических проблем в Российской Федерации / А. И. Вялков // Главврач. - 2006. - № 9. - С 4-7.
81. Вялков, А.И. Потребности и возможности общественного здоровья / А. И. Вялков, А. Е. Сырцова // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – Вып 4 .- М., 2005.

82. Гагаринова, А. В. Правовые основы здравоохранения / А. В. Гагаринова. - М.: Академия, 2006. -192с.
83. Гайворонский, В. С. Современные технологии в управлении устойчивым развитием обязательного медицинского страхования в регионе / В. С. Гайворонский. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2003. -158с.
84. Гайворонский, В. С. Методология стратегического анализа качества региональных социальных и медицинских систем / В. С. Гайворонский, Д. Н. Верзилин, Г. К. Максимов, Г. А. Карпова.– СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2002. - 111с.
85. Гайворонский, В. С. Стратегический анализ развития региональных социальных и медицинских систем/ В. С. Гайворонский, Г. А. Карпова, Т. Г. Максимова. - СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2000. - 111с.
86. Гайворонский, В. С. Методология стратегического анализа качества региональных социальных и медицинских систем / В. С. Гайворонский, Д. И. Верзилин. – СПб.: изд-во СПбГУЭФ, 2002. – 111 с.
87. Гайдар, Е. Т. Образованны и здоровые. Как менялась организация систем финансирования образования и здравоохранения в Германии / Е. Т. Гайдар // Вестник Европы. - 2004. - № 11. - С. 26.
88. Гасанова, А. З. Диспансеризация населения. Изучение мнения работающего населения об организации и качестве диспансеризации / А. З. Гасанова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2011. -№ 6. - С23-25.
89. Гасников, В. К. Особенности управления здравоохранения региона в условия социально-экономических преобразований / В. К. Гасников. – Ижевск, 2006.- 359 с.
90. Гаспарян, С. А. Цели и задачи моделирования в управлении здравоохранением: Республ.сб. науч.тр./ Второй Моск. гос. мед. Ин-т им. Н.И. Пирогова. – М., 1990. – С.3-26.
91. Герасименко, Н. Ф. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. – М.: МЙФЭР, 2005. – 320 с.
92. Гиг Дж., Ван. Прикладная общая теория систем: пер. с англ. / Гиг Дж., Ван. - М.: Мир, 1981. -Т.1. - 336 с.
93. Гидденс, Э. Элементы теории структуризации/ Э. Гидденс // Современная социальная теория: Бурдье, Гидденс, Хаббермас. – Новосибирск, 1995. – С. 62.
94. Глущенко, В. В. Исследование систем управления: социологические, экономические, прогнозные, плановые, экспериментальные исследования / В. В. Глущенко, И. И. Глущенко. - Железнодорожный,: ООО НПЦ «Крылья», 2000. - 416 с.
95. Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации : под ред. А.Г. Саркисяна и Е.Б. Злодеевой. - СПб.: Изд-во Медицинская пресса, 2004. - 336 с.
96. Гофман, А. Б. Э. Дюркгейм Э. : Социология, ее предмет, метод, предназначение : сборник : пер. с фр./ А. Б. Гофман.- М. : Канон, 1995. - 349с
97. Григорьева, Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества / Н. С. Григорьева // Мир перемен, - 2008.- № 1. - С 82-95.

98. Григорьева, Н. С. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление / Н. С. Григорьева, Т. В. Чубарова. - М.: Авторская академия, 2013. – 344 с.
99. Гришина, Л. П. Инвалидность как многофакторная проблема / Л. П. Гришина, Д. И. Лаврова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2006. - № 2. - С. 27-30.
100. Грищенко, Н. Б. Добровольное медицинское страхование : основы современной практики / Н. Б. Грищенко, В. А. Клевно, В. В. Мищенко. - Барнаул : Изд-во Алт. гос. ун-та, 2001. – 79 с.
101. Грищенко, Р. В. О мерах по совершенствованию распределения медицинского персонала во Франции / Р. В. Грищенко // Здравоохранение. - 2007. - №6. - С 77-78.
102. Гуваков, В. И. Здравоохранительная деятельность: социокультурные и методологические проблемы . Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1991.- 184 с.
103. Гундаров, И. А. Концепция оптимальной модели здравоохранения для социального государства / И. А. Гундаров // Социальное государство и проблемы здравоохранения: сборник. – М.: Изд.дом «АТИСО», 2009. – 148 с.
104. Гуревич, И. Н. Социально-психологические факторы здоровья / И. Н. Гуревич. - Режим доступа: // <http://www.narcom.ru/ideas/socio/33/html/>
105. Гуцул, Н. Б. Системы социального обеспечения и здравоохранения Австрии: проблемы и пути решения / Н. Б. Гуцул. – М.: Профэко, 2001. – 206 с.
106. Давыдов, А. А. Системный подход в социологии: законы социальных систем. М., 2004. – 175 с.
107. Девятая общая программа работы. Всемирная организация здравоохранения. - М.: Медицина, 1995.- 89 с.
108. Декларация «Ответственное руководство в интересах обеспечения устойчивого развития». /Электронный ресурс/. – Режим доступа: gia.ru/trend/summit_Aquila_08072009/ - Дата обращения : 06.12.2010
109. Дербенев, Л. П. Профессионально значимые аспекты состояния здоровья врачей Тверской области / Л. П. Дербенев, К. А. Эхте, О. В. Крячкова, И. И.Макарова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. - № 2. - С.53.
110. Денисов, В. Н. Методология стратегического планирования в здравоохранении / В. Н. Денисов, А. И. Бабенко. – Новосибирск: ЦЭРИС, 2001. – 353 с.
111. Дзуцев, Х. В. Приоритетные национальные проекты в Российской Федерации. Социологический анализ: результаты анкетного опроса по приоритетным национальным проектам / Х. В. Дзуцев. – Москва, 2007. - 98 с.
112. Дзуцев, Г. М., Методология стратегического управления региональным здравоохранением / Г. М. Дзуцев, Д. Н. Верзилин, Г. К. Максимов. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. -115 с.
113. Димов, В. М. Философия и социология здоровья : Курс лекций / В. М. Димов. - Алматы, 1998. - 187 с.
114. Дмитриева, Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е. В. Дмитриева. М., 2002. - 224с.

115. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. [Электронный ресурс]. ВОЗ. 2008. – Режим доступа: http://www.who.int/whr/2008/whr08_08ru.pdf. -Дата обращения : 20.08.2012.
116. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/wkr/previous/ru/> - Дата обращения 20.08.2012.
117. Донин, В. Н. Регулирование российского здравоохранения. Реалии и возможности / В. Н. Донин.- Москва: ин-т микроэкономики, 2007 . - 299с.
118. Дрегало, А. А. Северная провинция : трансформация социальных институтов / А. А. Дрегало, Ю. Ф. Лукин, В. И. Ульяновский. – Архангельск: Поморский ун-т, 2008. -417 с.
119. Дюркгейм, Э. О разделении общественного труда. Метод социологии / Э. Дюркгейм. – М.: Канон, 1996. - 432 с.
120. Егорышева, И. В. Проблемы доступности медицинской помощи в дореволюционной России / И. В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. - № 1. - С. 55-58.
121. Жилин, Д. М. Теория систем: опыт построения курса / Д. М. Жилин. - М.: URSS, 2005. - с.183.
122. Жулев, Ю. Люди инфицированные вирусными гепатитами, должны иметь право на бесплатную противовирусную терапию и шанс на нормальную жизнь!» / Ю. Жулев // Главврач. – 2012. - № 11. - С.32-36.
123. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. -М.; Наука, 2005. С.
124. Журавлева, И. В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения / И. В. Журавлева // Россия: Трансформирующееся общество: сборник. – М., 2001. – 239 с.
125. Заславская, Т. И. Неправовые трудовые практики и социальные трансформации в России / Т. И. Заславская, М. А. Шабанова // Социологические исследования. – 2002. - № 6. – С. 3-17.
126. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении: под ред. Н. М. Римашевской. — М.: Агентство «Социальный проект», 2007. – 87 с.
127. Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР / С. Я. Чикин, Ю. Ф. Исаков, Б. М. Чекнев. - М. : Медицина, 1980. - 270 с
128. Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития. – СПб.: ЛОИРО, 1999. – С. 136-138.
129. Зиборова, И. В. Современная организация и финансирование здравоохранения / И. В. Зиборова. – М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 1999. – 134с.
130. Зиммель, Г. Социология пространств. Избранное : в 2 т./ Г. Зиммель. - М. 1996. т.2.
131. Знанецкий, Ф. Исходные данные социологии. Из книги: Американская социологическая мысль / Ф. Знанецкий. - М.: Изд-во МГУ, 1994. - 496 с.
132. Зурке, М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития в странах Восточной Европы и Центральной Азии. – Европейская обсерватория по

системам и политике здравоохранения / М. Зурке. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2008 – XXXV – 274 с.

133. Зяблова, Е. Ю. Система показателей и методика оценки качества жизни населения муниципального образования / Е. Ю. Зяблова, Л. Е. Пынько, С. В. Шишмаков // Власть и управление на Востоке России. – 2010. - № 2 (51). – С. 131-139.

134. Иванова, А. Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты / А. Е. Иванова. - М.: ИСПИ РАН, 1996. – 42 с.

135. Иванов, В. Н. Инновационные социальные технологии государственного и муниципального управления/ В. И. Иванов, В. И. Патрушев. 2-е изд. перераб. и доп. М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2001.- 327 с.

136. Иванюшкин, А. Я. История и этика сестринского дела : учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин, А. К. Хетагурова. - М. : ГОУ ВУНМЦ, 2003. - 312с.

137. Игнатенко, А. В. Сущность и значение социальной политики и социальной рыночной экономики при управлении сферой услуг здравоохранения / А.В. Игнатенко. – СПб. : СПбГУЭФ, 2001. – 18 с.

138. Иенсен, Е. Э. Обратный закон здравоохранения Харта: о распределении ресурсов для здравоохранения / Е. Э. Иенсен // Теория и методы в социальных науках. - М.: - 2004. - С. 183- 205.

139. Израэль, Ю. Отношение к идеи устойчивого развития проверяется конкретными делами / Ю. Израэль // Экос-информ. - 2000.- № 10-12. - С. 17.

140. Изуткин, А. М. Социология медицины / А. М. Изуткин, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев. - Киев : Здоровья, 1981. - 184с.

141. Ионин, Л. Г., Социология культуры: путь в новое тысячелетие : учеб. пособие / Л. Г. Ионин. - 3. изд., перераб. и доп. - М. : Логос, 2000. - 430 с.

142. Каган, М. С. Системный подход и гуманитарное знание: избранные статьи / М. С. Каган. - Л.: Изд-во Ленингр-го ун-та, 1991. – С. 17-48.

143. Казаков, Ю. Н. Социальная инфраструктура обеспечения здоровья/ Ю. Н. Казаков. -М.: 2004. – 384 с.

144. Казанцева, Л. К. Факторы, влияющие на общественное здоровье населения российских регионов / Л. К. Казанцева., Т. О. Тагаева // Регион: Экономика и Социология. - 2008.- № 4. - С. 102-118.

145. Калью, П. И. Сущность системного подхода и его применение в области здравоохранения. – М.: АНИИМИ, 1975. – 103 с.

146. Кант, В. И. Системный подход в здравоохранении / В. И. Кант. – М.: ЦОЛИУВ. 1983. – 14 с.

147. Кант, В. И. Математические методы и моделирование в здравоохранении / В. И. Кант. – М.: Медицина, 1987. – 222с.

148. Кант, В. И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / Кант В. И. - М.: Медицина, 1978.- 136 с.

149. Камруззаман, С. Кризис показателей здоровья и смертности в России, и возможные пути его преодоления (обзор литературы) / С. Камруззаман, А. Н. Плутницкий, А. А. Авакян, Л. В. Волошина, С. М. Головина // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2009. - № 2. - С. 14-19.
150. Капелюшников, Р. И. Институциональная природа переходных экономик: российский опыт. Кто куда стремиться вести Россию?/ Р. И. Капелюшников – М.: МВШСЭН, 2001. - 382 с.
151. Карнаи, Я. Системная парадигма / Я. Карнаи // Вопросы экономики. - 2002.- № 8. - С. 4-22.
152. Карпичев, В. С. Словарь Организация и самоорганизация социальных систем / В. С. Карпичев. - М.: РАГС, 2001. – 232 с.
153. Киприянова, Н. С. Социально-экономические аспекты заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований среди населения республики Саха (Якутия) / Н. С. Киприянова // Российский медицинский журнал. - 2007.- № 2. - С. 7-9.
154. [Кирдина](#), С. Г. Институциональные матрицы и развитие России / С. Г. [Кирдина](#). - М. ТЕИС, 2000. - 213 с.
155. Кириченко, Ю. Н. Причинно-следственная связь отношений «заболеваемость-инвалидность» среди населения Курской области / Ю. Н. Кириченко // Здоровье населения и среда обитания. - 2009-. - № 6. - С. 45-48.
156. Кислицина, О. А. Неравенство доходов и здоровья в современной России: Автореф. дис... д-ра эконом. наук / О. А. Кислицина. – М., 2006. - 47с.
157. Клюковская, И. Н. Российская модернизация и сферы социального опыта / И. Н. Клюковская. - Москва, 2005. -310 с.
158. Князева, М. С. Особенности социального управления в системе здравоохранения / М. С. Князев. – ВАГС, 2007.- № 11. - С. 102-114.
159. Кобыляцкий, Н. Г. Социология управления: методология и история / Н. Г. Кобыляцкий, - Ставрополь, 2004. - 130с.
160. Коваленко, Е. А. Модели организации адресной помощи / Е.А. Коваленко. М. – 2009. - 78 с.
161. Колосов, В. П. Эпидемиологические особенности и динамика показателей респираторного здоровья населения на территории дальневосточного региона России / В. П. Колосов, М. Т. Луценко, Л. Г. Манаков, О. В. Ворончук, А. С. Мхоян, А. А. Серова, И. Н. Гордейчук // Дальневосточный медицинский журнал. - 2009.- № 1. - С. 101-103.
162. Комаров, Г. А. Медико-социальная хартия Российской Федерации / Г. А. Комаров.- М.: Мед. пресса. - 2001. - 53 с.
163. Комаров, Ю. М. Здравоохранение России: взгляд в будущее / Ю. М. Комаров. - М.: Медицинская пресса, 2004.- 192 с.
164. Комаров, Ю. М. Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении / Ю. М. Комаров // Главврач. - 2012. - № 11 - С. 63-67.

165. Комиссия по социальным детерминантам здоровья, - Режим доступа: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/.
166. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС : учеб.-метод. пособие : под ред. А. М. Таранова, Н. А. Кравченко. - М. : Федер. фонд обязат. мед. страхования, 2000. - 340 с.
167. Копылов, И. Я. Онтология социальной системы России / И. Я. Копылов. - Новосибирск, НГАВТ, 1997. - 226 с.
168. Костко, Н. А. Социальное управление развитием региона Тюмень/ Н. А. Костко. - ТГИМЭУП, 2003. - 284 с.
169. Костылева, Н. Е. Города, проблемы, стратегия / Н. Е. Костылева // ЕВРО-ГРАД. Информационное издание. Активизация социально-экономического развития городов и регионов. - 2000.- № 13. - С. 10-14.
170. Кремянский, В. И. Методологические проблемы системного подхода к информации. М., 1977. - С.49.
171. Кривоносова, Л. А. Управление качеством социальных процессов / Л. А. Кривоносова. - Хабаровск, ДВАГС, 2005. - 156 с.
172. [Курашов, С. В.](#) Законодательство по здравоохранению. Действующее законодательство : В 5 т. Москва / С. В. Курашов. - Медгиз, 1956-1959 3 т.
173. [Курашов, С. В.](#) Методические указания для лечебных инспекторов областных и городских отделов здравоохранения Москва / С.В. Курашов. - Медгиз, 1944 - 64 с.
174. Кузьмин, С. А. Социальные системы: опыт структурного анализа / С.А. Кузьмин.-М.: Наука, 1996. -191 с.
175. Куркина, М. П. Развитие региональной системы здравоохранения в оценке качества жизни населения / М. П. Куркина.- Курск: изд. Курского гос. мед. ун-та, 2008. - 202с.
176. Кучеренко, В.З Социальное страхование в системе социальной защиты населения европейских стран / В. З Кучеренко // Главврач. - 2007. - № 3. - С. 97-107.
177. Лапин, Н. И. Структура ценности россиян: всероссийский мониторинг и портрет региона //Опыт подготовки социокультурных портретов регионов России / Н. И. Лапин. - Курск, 2007. - С. 47-62
178. Ларина, Н.И. Смена парадигмы в региональной политике / Н.И. Ларина // Регион: экономика и социология. - 2000.- № 4. С. 3-22.
179. Ларионова, И. С. Здоровье как витальная ценность / И. С. Ларионова. - М., 2004. - 190 с.
180. Левин, И. А. Перспективы развития системы здравоохранения России / И. А. Левин. - М.: Медпрактика -М, 2007. - 207 с.
181. Лещенко, Я. А. Проблемы общественного здоровья в городах и регионах Сибири / Я. А. Лещенко // Медицина труда и промышленная экология. - 2010. - №10. - С. 17-22.
182. Лисицин, Ю. П. Детерминационная теория медицины. Доктрина адаптивного регулирования / Ю. П. Лисицин, В. П. Петленко. - СПб.: Гиппократ,1992. - 416 с.

183. Лисицин, Ю. П. Теория медицины XX века / Ю. П. Лисицин. – М.: Медицина, 1999. - 171 с.
184. Лисицин, Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья». В кн. : Общественные науки и здравоохранение / Ю. П. Лисицин. – М. : Медицина, 1992.- С. 416–435.
185. Логинов, А. В. Социальные реформы и модернизация современной России: модернизационная парадигма в экономической истории России / А. В. Логинов. - Саранск, 2007. - С. 543-551.
186. Лопиков, К. В. Оценка достоверности кодирования причин смерти (по материалам пилотного исследования)/ К. В. Лопиков // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2011. – Т. 18. - № 2. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/292/30/lang,ru/>
187. Луман, Н. Социальные системы. Очерк общей теории / Н. Луман. - СПб: Наука, 2007. – 643 с.
188. Макаров, А. В. Защита прав граждан в сфере медицинских услуг / А. В. Макаров. – М.: ЭКСМО, 2005. – 192 с.
189. Малиновский, А. А. Механизмы формирования целостности систем / А. А. Малиновский // Системные исследования. - М., 1973. - С.53.
190. Малиновский, А. А. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология / А. А. Малиновский. - М.: Эдиториал, УРСС, 2000. - с. 446.
191. Мальтус, Т. Р. Опыт о законе народонаселения/ Т. Р. Мальтус Петрозаводск, 1993.
192. Мансуров, В. Н. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе / В. Н. Мансуров, О. В. Юрченко // Социологические исследования. – 2005. - № 1. – С. 36.
193. Матрос, Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Л. Г. Матрос. - Новосибирск: Наука, 1992. – 159 с.
194. Маслоу, А. Г. Мотивация и личность / А. Г. Маслоу. - СПб : Евразия, 2001.- 479с.
195. Мировая статистика здравоохранения 2010. ВОЗ.
196. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века : монография / А. М. Сточик, М. А. Пальцев, С. Н. Затравкин. - М. : Медицина, 1998. - 334 с.
197. Мелянченко, Н. Б. Здравоохранение России. Новая концепция организации и развития / Н. Б Мелянченко.. – СПб.: ЛОИРО, 1999. – С. 136-138.
198. Механизмы реализации приоритетного национального проекта и демографической политики в системе здравоохранения. – Ульяновск: Артишок, 2008. – 831 с.
199. Михайлова, Ю. В. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа / Ю. В Михайлова, М. Г. Шестаков, Ю. В Соболева, Т. П Сабгайда., В. И. Назаров // Экономика здравоохранения. - 2008.- № 2. - С. 37-42.
200. Модернизация здравоохранения и совершенствование охраны здоровья населения.- Ульяновск, 2006.- 925с

201. Мониторинг удовлетворенности застрахованных медицинскими услугами в системе ОМС / под ред В. И. Тупицина. – М.:ФФОМС. -2010. - 303 с.
202. Муравьева, Н. А. Современное здравоохранения Франция: реформы продолжаются / Н.А Муравьева // Управление здравоохранением. - 2009. - № 1.- С. 29.
203. Мухин, В. И. Исследование систем управления / В. И. Мухин. - М.: Экзамен, 2006. - с. 477.
204. Набережная, А. Т. Моделирование и оценка уровня жизни населения региона / А. Т. Набережная. – Якутск: ин-т региона экономики Севера, 2007. – 170 с.
205. Назаров, Г. Ф. Экономика и организация здравоохранения / Г. Ф. Назарова. - СПб.: Профи-ИНФОРМ, 2004. – 168 с.
206. Назарова, И. Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики / И. Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. - № 11 – С. 51-67.
207. Назарова, И. Б. Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты / И.Б. Назарова // Социс. – 2004. - N 7. - С. 142-147.
208. Найбороденко, Н. М. Прогнозирование и стратегия социального развития России. 2-е изд / Н. М. Найбороденко. -М.: «Маркетинг», 2003. - 352 с.
209. Найговзина, Н. Б. Система здравоохранения Российской Федерации – организационно-правовые аспекты / Н. Б. Найговзина, М. А. Ковалевский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- 151 с.
210. Никифоров, Г. С. Психология здоровья : учеб. пособие / Г. С. Никифоров. - СПб. : Речь, 2002. - 256 с.
211. Нилов, В. М. Социальные изменения и здоровье населения / Н. М. Нилов. – Петрозаводск, 2006. – 102 с.
212. Новик, И. Б. О моделировании сложных систем: Философский очерк / И.Б. Новик. - М., 1965.- С.96. 176
213. Нонукова, И. В. Особенности состояния здоровья и организации медицинской помощи в условиях низкой плотности населения (на примере республики Алтай) / И. В. Нонукова, В. М. Чернышев // Бюллетень СО РАМН. - 2008. - № 3. - С. 33-37.
214. [Норт, Д.](#) Насилие и социальные порядки концептуальные рамки для интерпретации письменной истории человечества / Д. [Норт](#), Д. [Уоллис](#), Б. [Вайнгаст](#). - М: Изд-во Ин-та Гайдара, 2011. - 478 с.
215. Общественное здоровье как важнейшая составляющая человеческого капитала: под ред. Я. А. Лещенко. – Иркутск.: «Репроцентр А1», 2005. – 206 с.
216. Оганов, Р. Г. Регулярное лечение и профилактика - ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования / Р. Г Оганов, Г. В. Погосова, И. Е Колтунов., Ю. С. Белова, В. А. Выголин, // Кардиология. - 2007.- Т. 47. - № 5. - С. 58-66.
217. Олегов, А. Е. Социально-экономическая эффективность под системой здравоохранения / А. Е. Олегов. - Санкт-Петербург, 2009. -147 с.

218. Олейник, П. В. Формирование системы социального партнерства в сфере здравоохранения / П. В. Олейник. – СПб.:СПбГУЭиФ, 2006. – 16 с.
219. Онищенко, Г. Г. Некоторые итоги профилактики инфекционных заболеваний и основные направления организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий в начале третьего тысячелетия / Г. Г. Онищенко // Иммунология. - 2008. -Т. 29. - № 2. - С. 97-105.
220. Опыт аккредитации медицинских организаций за рубежом // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2012. - № 9. - С.47-62
221. Опыт внедрения новых организационно-функциональных моделей ПМСП с применением элементов экономического управления // ГлавВрач. - № 5. - 2009.- С.66-68.
222. Опыт США: ценообразование в условиях управляемого здравоохранения (публикация подготовлена на основе ст. Schroeder R.E., Atkinson A. M., Armstrong R. N. Pricing medical services in the managed care environment Topics in Health Care Financing) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011.- № 3. – С. 66.
223. Остапенко, В. М. Медицинская помощь в Смоленской губернии в конце 19-начала 20 века / В. М Остапенко, С. В. Нагорная // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011.- № 5 - С. 60-63.
224. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы. ВОЗ. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. - 2010. - С.22.
225. Павлов, И. П. Полное собр. Соч./ И. П. Павлов. – М.- Л., 1951. Т.11 (см как 2), кн.2 – С.276.
226. Парсонс, Т. Система современных обществ / Т. Парсонс . - М., 1998.- с. 226.
227. Парсонс, Т. О социальных системах: под ред. В.Ф. Чесноковой и С.А. Белановского / Парсонс Т. - М.: Академический Проект, 2002. - 832 с.
228. Парсонс, Т. О структуре социального действия / Т. Парсонс. – М.: Академический проект, 2000.- 156 с.
229. Петросян, С. Л. Основные системы здравоохранения зарубежных стран / С. Л. Петросян. – Воронеж: Воронеж гос. тех у-т, 2007. - 431 с.
230. [Петухова, В. В.](#) Организация статистического учета и отчетности в системе обязательного медицинского страхования : учеб.-метод. пособие / В. В. [Петухова.](#) - М., 2000. - 191 с.
231. Пиддэ, А. Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России : автореферат дис. ... доктора экономических наук : 08.00.05 / А. Л. Пиддэ. - Москва, 2003. - 44с.
232. Пищита, А. Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты / А.Н. Пищита. - М.: ЦКБ РАН, 2008. – 196 с.
233. Платонова, Н. М. Инновации в социальной работе : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Н. М. Платонова, М. Ю. Платонова. – М.: Академия, 2011. – 256 с.

234. Показатели устойчивого развития: структура и методология: пер. с англ. - Тюмень: Изд-во ИПОС СО РАН, 2000.- 359 с.
235. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Москва, ГЭОТАР-Медиа. - 2008. - 544с.
236. Полтерович, В. М. Институциональные ловушки: есть ли выход? / В. М. Полтерович // ОНС. – 2004. - № 3. – С. 5-6.
237. Полтерович, В. М. Современное состояние теории экономических реформ / В. М. Полтерович // Пространственная экономика. - 2008. - № 2. - С.42.
238. Пономарев, А. В., Подготовка среднего медицинского персонала земствами Средневолжских губерний / А. В. Пономарев, С. А. Хлебодаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. - № 6. - С. 57-58.
239. Попер, К. Открытое общество и его враги / К. Попер. – М., 1992. – Т.2: Время лжепророков: Гегель, Маркс и другие оракулы. – С.111.
240. Попов, А. Д. Разработка управленческих решений об изменениях в медицинских социально-экономических системах / А. Д. Попов. – М.: изд-во НЦССХ, 2002. – 78 с.
241. Потемкин, В. К. Социальное здоровье населения в условиях индустриального развития среды обитания / В. К.Потемкин. – СПб.: «Издательство Инфо-да», 2009. – 102 с.
242. Прангишвили, И. В. Системный анализ и закономерности / И. В. Прангишвили. - М.: Синтег, 2000. С.
243. Пресс-выпуск № 1912 «Состояние здоровья россиян: мониторинг». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.wciom.ru/>. Дата обращения 20.08.2012.
244. Пригожин А. И. Социология организаций/ А. И. Пригожин. - М.: Мир, 2002. - 461с.
245. Прохоров, Б. Б. Общественное здоровье и экономика / Б. Б. Прохоров. – М.: МАКС ПРЕСС, 2007. – 292 с.
246. Прохоров, Б. Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения / Б. Б. Прохорова // Проблемы прогнозирования. - 2009.- № 3. - С. 112-133.
247. Прохоров, Б. Б. Социально-экономические особенности федеральных округов России и здоровье населения / Б. Б. Прохоров //Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, 2008. - Т. 6. - С. 680-703.
248. Раскин, Л. Г. Анализ сложных систем и элементы теории оптимального управления / Л. Г. Раскин. – М.: Сов. Радио, 1976. -344 с.
249. Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. – М., 2006. – 49 с.
250. Ревич, Б. А. К оценке факторов риска смертности населения России и реальности их снижения: комментарии к докладу Всемирного Банка «Рано умирать» / Б. А. Ревич // Проблемы прогнозирования. - 2006.- № 6. - С. 114-132.
251. Региональное развитие: опыт России и европейского Союза : отв. ред. А. Г. Грандберг. - М.: ЗАО «Изд-во «Экономика», 2000. - 435 с.
252. Резник, . . Управление в социальных и экономических системах. .. Резник. – Пенза, 2006. – 629 с.

253. Решетников, А. В. Становление и развитие социологии медицины /А. В. Решетников // Социология медицины. - 2003. - № 1. - С 12.
254. Решетников, А. В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины / А. В. Решетников // Социология медицины. - 2006.- № 1. - С. 3-9.
255. Розин, В. М. Психическая реальность, способности и здоровье человека / В. М. Розин. - М. : УРСС, 2001. - 222 с.
256. Руководство по оценке программ и проектов в сфере здравоохранения. - М., 2003. – 84 с.
257. Румянцева, Е. Е. Государственно-частное партнерство в системе организации работы лечебных учреждений / Е. Е. Румянцева, И. Ю. Ежов // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - № 2. – С. 6-10.
258. Румянцева, Е. Е. Нравственные законы экономики / Е. Е. Румянцева. - М., 2009. – 149 с.
259. Русинова, Н. Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н. Л. Русинова, Л. В. Бегова, О. Н. Бурмыкина // Социология медицины. - 2006- № 2 (9) . – С. 35.
260. Руткевич, М. Н. Общество как система : социологические очерки / М. Н. Руткевич. – Спб. : Алетейя, 2001. -444 с.
261. Савкова, В. Н. Технология ресурсосбережения в здравоохранении региона / В.Н. Савкова. – Хабаровск: РИОТИП, 2003. – 128 с.
262. Садовский, В. Н. Задачи, методы и приложения общей теории систем/ В. Н. Садовский, Э. Г. Юдин // Исследования по общей теории систем. - М., 1969.- С. 12.
263. Саймон, Г. Методологические основания экономики/ Г. Саймон // Системные исследования. Методологические проблемы: Ежегодник 1989- 1990. – М., 1991. – С. 91.
264. Салтман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман. - М.: ГЭОТАР Медицина., 2000. – 431 с.
265. Самоорганизация социальных систем / под ред А.В. Новокрещенова. – Новосибирск, 2007. – 149 с.
266. Свиридова, М. И. Социально-экономическая модернизация региона / М. И. Свиридова. – Кострома, 2006.- 206 с.
267. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2011. - № 6 - С. 62.
268. Семенова, В. Г. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения / В. Г. Семенова, Н. С. Гаврилова, Г. Н. Евдокушкина., Л. А. Гаврилов // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004.- № 2. с. 11-19.
269. Сергеев, Ю. Д. Ненадлежащее врачевание : возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 312 с.
270. Сетров, М. И. Принципы организации социальных систем / М. И. Сетров. - Киев-Одесса: Выща школа, 1988.

271. Сивиринов, Б. С. Социальные системы и социальная перспектива: (строение и динамика) / Б. С. Сивиринов. - Новосибирск: Наука, 2000. – 94с.
272. Силуянова, И. В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование. Форум врачей. / И. В. Силуянова. – Режим доступа: <http://www.medscape.ru/lofiversion/index.php/t356.html> .
273. Сильвестрова, Т. Я. Общественная потребность и сфера социальных услуг / Т.Я. Сильвестрова. - Чебоксары, 2005. - 304 с.
274. Симонова, Т. М. Социология социальных проблем : субъективистская парадигма / Т. М. Симонова. – СПб.: Ин-т психологии и социальной работы, 2008. - С.144-152.
275. Системный подход в современной науке: отв. ред. Садовский В. И. - М.: Прогресс, Традиция, 2004.- 561 с.
276. Ситнова, И. В. Содержание категории «институциональные изменения в контексте проблем социального познания» / И. В. Ситнова // Ученые записки Волгоградского института экономики, социологии и права. - 2006.- Выпуск 7 . – С. 466-476.
277. Сквирская, Г. П. Современные проблемы укрепления здоровья и профилактика заболеваний / Г. П. Сквирская // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - № 8. – С. 25-35.
278. Скворцова, Е. С. Национальная система здравоохранения в Италии / Е. С. Скворцова // Здравоохранение РФ. – 1987. - № 4. - С.42-44.
279. Случевский, И. И. НТР, здоровье, здравоохранение / под ред. А.Ф. Серенко, О. А. Александрова. М., 1984. -С. 134 – 148.
280. Современная социальная теория: Бурдье, Гидденс, Хабермас: сборник. -Новосибирск. Изд-во Новосиб. у-та, 1995. -119 с.
281. Советский энциклопедический словарь. 1983. - С. 1209
282. Соловьев, В. С. Теория стратегического управления социальными организованными системами / В. С. Соловьев.- Новосибирск: Сиб. АГС, 2000. - 498 с.
283. Соломонов, А. Д. Региональный анализ влияния социально-экономических факторов и уровня развития здравоохранения на показатели здоровья населения / А. Д. Соломонов. - М. : 1984.- С. 58–59.
284. Сорокин, П.А. Система социологии. Т.1. Социальная аналитика: Учение о строении простейшего (родового) социального явления / П.А. Сорокин. – М.:Наука, 1993. – 441с.
285. Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество / П. А. Сорокин. - М.: Полтиздат, 1992. – 543 с.
286. Социальное государство и проблемы здравоохранения: сборник. – М.: Издательский дом «АТИСО», 2009. – 148 с.
287. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. – 2-е изд.Режим доступа: // <http://www.demockope.ru/weekly/2005/0209/print.php/>
288. Спенсер, Г. Основания социологии Герберта Спенсера: пер. с англ. / Г. Спенсер. 1977. - 497 с.

289. Стародубов, В. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова. - М. : Медицина, 2002. - 174с.
290. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации (проект). Москва, 2008 г. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2008.- Т. 11. - № 4. - С. 9-19.
291. Сунгатов, Р. Ш. Современные технологии управления здравоохранением как экономической системой / Р. Ш. Сунгатов. – Казань: Идеал-Пресс, 2005. – 142 с.
292. Сурмин, Ю. П. Теория социальных технологий : учеб. пособие. / Ю. П. Сурмин, Н. В. Туленков. – Киев : МАУП, 2004. – 608 с.
293. Сухарев, М. В. Социальные институты / М. В. Сухарев. - Режим доступа: <http://www.anima-volga.ru/>
294. Тимченко, Н. С. Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: Проблемы и пути их решения / Н. С. Тимченко.- Барнаул, 2007.- 175с.
295. Тихомиров, А. В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения / А. В. Тихомиров. – М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2007. –234 с.
296. Тихонова, Г. И. Медико-демографическая характеристика населения трудоспособного возраста в России / Г. И. Тихонова, Т. Ю. Горчакова, Е. А. Касьянчик // Проблемы прогнозирования. - 2009. - № 4. - С. 114-126.
297. Теория и методология исследований социальных проблем. отв. ред.: Р. С. Гринберг, Т. В. Чубарова. - М. : Наука, 2005.- 189 с.
298. Товкач, М. Н. Заболеваемость населения и условия ее снижения: региональный аспект (на примере Карелии) / М. Н. Товкач //Вестник Российского государственного гуманитарного университета. - 2008. - № 2. - С. 264-274.
299. Томен, Наддал Камал Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга Модернизация системы здравоохранения Палестины на основе современных концепций маркетинга:автореферат дис.....кандидата экономических наук: 08.00.05 / Томен Наддал Камал. – Ростов-на –Дону, 2011.- 26 с.
300. Тоффлер, О. Третья волна/ О. Тоффлер. Москва, 1999.- 795 с.
301. Туев, В. А. Развитие человеческих потребностей в социальной деятельности (теор.-методол. аспект)/ В. А. Туев. - Иркутск : изд-во БГУЭП, 2009. - 134 с.
302. Уемов, А. И. Системный подход и общая теория систем. М., 1978. – 226 с.
303. Уинслоу, К. Цена здоровья / Уинслоу, К. 1951.
304. Улучшение качества медицинской помощи в России. – М., 2002. – 12 с.
305. Устав Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1991. - С.5.
306. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации (Росстат) [Электронный ресурс] : [офиц. сайт]. – М., 2012. – Режим доступа : [http:// www.gks.ru](http://www.gks.ru).
Дата обращения 20.08.2012, 04.03. 2013; 10.11.2013; 06.03.2014
307. Филатов, В. Б. Мировой рынок здравоохранения: состояния и тенденции развития / В. Б. Филатов // Менеджер здравоохранения. - 2006. - № 1. – С.51-54.

308. Филатов, В. Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования/ В. Б. Филатов. - М.: «Рарогъ», 1999. – 176 с.
309. Философия укрепления здоровья нации (материалы конференции): под общей ред. А. И. Вялкова, Ю. М. Хрусталева, В. Д. Жирнова. – М.: Российское философское общество, 2008. – 192с.
310. Фрейд, З. Психология бессознательного : Сб. произведений : [перевод] / Сост., науч. ред., авт. вступ. ст. М. Г. Ярошевский. - М. : Просвещение, 1989. - 441с.
311. Фуко, М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
312. Харди, И. Врач, сестра, больной : Психология работы с больными / И. Харди ; перевод с венг. М. Алекса. / И. Харди. - Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. - 338с.
313. Хан, Р. С. Логистика ресурсобеспечения системы муниципального здравоохранения / Р. С. Хан. – Ростов-на-Дону, 2006. – 92 с.
314. Хижный, Э. Государственная защита граждан в странах Западной Европы / Э. Хижный . - М.: ИНИОН РАН, 2006. - 272с.
315. Хирои, Й. Здравоохранение и азиатская модель благосостояния (опыт Японии)/ Й. Хирои // Современное здравоохранение: возможности и пределы настоящего. - М.: МГУ, 2008. – 76 с.
316. Хищенко, В. Е. Феноменология социальной самоорганизации. Самоорганизации социальных систем/ В. Е. Хищенко. - Новосибирск, 2007.- С. 6-14
317. Холл, А. Д., Фейджин Р. Е. Определение понятия системы: Сб. пер. – М.: прогресс, 1969. – С. 252-282;
318. Хрусталева, Ю. М. Философия науки и медицины/ Ю. М. Хрусталева, Г. И. Царегородцев. - М.: НЭОТАР – Медиа, 2005. – 512 с.
319. Царегородцев, Г. И. Диалектический материализм и теоретические основы медицины / Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин. – М.: Медицина, 1986. -288с.
320. Черкасов, Г. Н. Социальная эффективность: сущность и критерии // Социс. 1997. № 1. С. 39-46.
321. Чернавский, Д. С. О механизмах возникновения распределения Парето в сложных системах / Д. С. Чернавский. - М.: ФИАН, 2007. - С.17.
322. Чесноков, А. С. Количественные и качественные аспекты гармонического развития сложных систем / А. С. Чесноков. - Из кн. Региональные проблемы в стратегии устойчивого развития России. - М.: «Аванта +», 1999.- С.355-358.
323. Чеченин, Г. И. Системный подход и системный анализ в здравоохранении и медицине в условиях их реформирования / Г.И. Чеченин.- Новокузнецк: КМН ВЦ, 2002. – 147 с.
324. Чичканов, А. В. Модернизация социальных отношений в Российском обществе/ А. В. Чичканов. - Ростов н/Д: Изд-во Ростовского ун-та, 2006.- 148с.
325. Чистов, Л. М. Эффективное управление социально-экономическими системами / Л. М. Чистов. СПб.: ТОО ТК «Петрополис», 1998. - 475 с.
326. Чуваткин, П. П. Стратегия управления развитием здравоохранения / П. П. Чуваткин . – СПб.: Изд-во СПбГУиЭ, 1999. – 172с.

327. Шамшурина, Н. И. Практическая экономика здравоохранения России : учеб. пособие / Н. И. Шамшурина. - М. : Междунар. ун-т , 2001. – 262 с.
328. Шамшурина, Н. И. Экономика лечебно-профилактического учреждения / Н. И. Шамшурина.: прил. № 4 к журн. «Здравоохранение». -М. : МЦФЭР, 2001. - 278с.
329. Шведова, Н. А. Реформы здравоохранения США : от плана Клинтона до действий Обамы / Н. А. Шведова // Управление здравоохранением . - 2010. - № - 1. С. 23.
330. Шевский, В. И. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020. Концепция Государственного Университета-Высшей школы экономики к IX Международной научной конференции «Модернизация экономики и глобализация»/ В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В.Шишкин. - М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008.- С.
331. Шевченко, Ю. Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право / Ю. Л. Шевченко // Экономика здравоохранения. – 1999. - № 11 – С.5-9.
332. Шевченко, Ю. Л. Приоритетные задачи отечественного здравоохранения на 2000 год / Ю.Л. Шевченко // Вестник обязательного медицинского страхования. – 2000. - № 1. – С. 4-6.
333. Шейман, И. М. Проблема оплаты медицинских услуг: интернет-конференция: Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности. ГУ-ВШЭ. - Москва , 2007. - Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/307209.html>
334. Шелехов, А. М. Индикаторы устойчивого развития для России/ А. М. Шелехов // Экос-информ. - 2001.- № 12. – С. 42-46.
335. [Шемакин](#), Ю. И. Семантика самоорганизующихся систем / Ю. И. [Шемакин](#). - М.: Акад. Проект, 2003. – 173 с.
336. Шишкин, С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения / С. В. Шишкин. – М.: ТЕИС, 2000. – 444 с.
337. Шишкин, С. В. Трудовая мотивация врачей и влияние на нее национального проекта / С. В. Шишкин, А. Л. Темницкий, А. Е. Чирикова // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. - М.: Независимый институт социальной политики, 2008. - 84 с.
338. Шкаратан, О. И. Социология неравенства. Теория и реальность / О. И. Шкаратан. - М.: «Высшая школа», 2012. – 526 с.
339. Шмальгаузен, И. И. Кибернетические вопросы биологии. Новосибирск, 1968. С. -168.
340. Шиган, Е. Н. Системный анализ в здравоохранении / Шиган Е. Н. – М.:ЦОЛИУВ, 1982. – 71с.
341. Штомпка, П. Социология социальных изменений. М., 1996.
342. Штульберг, Б. М. Региональная политика России: теоретические основы, задачи и методы реализации / Б. М. Штульберг, В. Г Введенский. - М.: Гелиос АРВ, 2000. - 208 с.
343. Шютц, А. Смысловая структура повседневного мира: очерк по феноменологической социологии: пер с англ. А.Я. Алхасов/ А. Шютц. - М.: Институт Фонда Общественное мнение, 2003. – 336 с.
344. Щепин, О. П. Медицина и общество/ О. П. Щепин. М.: Медицина, 1983.-159 с.

345. Штефанчук, Е. А. Факторы формирующие здоровье населения / Е. А. Штефанчук, Т. И. Пильник. – Владивосток, 2007. – С. 152-154.
346. Экономика здравоохранения : учеб. пособие для студентов мед. вузов / А. В. Решетников, В. М. Алексеева, Е. Б. Галкин. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 271 с.
347. Эхте, К. А. Профессионально значимые аспекты состояния здоровья врачей тверской области / К. А. Эхте, Л. П. Дербенев, О. В. Крячкова, И. Макарова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2011. - № 2. - С.53.
348. Эхте, К. А. К вопросу о роли медицинского образования в формировании специалиста в сфере здравоохранения / К. А. Эхте, Д. П. Дербенев, Д. В. Вошев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения истории медицины. - 2012. - №1. С. 37.
349. Эшби, У. Введение в кибернетику / У. Эшби. Москва. URSS, 2005.- 432 с.
350. Юдин, Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность. М. Эдиториал УРСС, 1997. - с. 444 .
351. Ядов, В. А. Социологическое исследование : методология, программа, методы. / В. А. Ядов. – Самара : Изд-во Самарского ун-та, 1995. -328 с.
352. Яковлев, Е. П. Система совершенствования региональных показателей общественного здоровья / Е. П. Яковлев. – СПб.: изд-во СПбГУЭиФ, 2000. – 295 с.
353. Яновский, К. Реформа социальной сферы в России: институциональные барьеры и региональный фактор / К. Яновский, С. Жаворонков, Е. Рева. – М., 2007. – 120 с.
354. Ярменчук, А. Д. Теория искусства управления. Общие проблемы/ А.Д. Ярменчук. Киев, 1991г.- 176 с.
355. Ярская, В. Н. Управление социальными системами: сб. научн ст по социологии / В. Н. Ярская. - Саратов, 1999. – 127 с.
356. Ackoff, Russell L. Systems organization and interdisciplinary research // General Systems. -1960. Vol. V/ - P. 1-8 Bertalanfy L. von. General System Theory / General System. – 1956. – Vol. V. – P. 10-11
357. A comparison of the health status and health care utilization patters between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survery. C Hernandez Quevedo, Jimenez Rubio. September 2008. P. 8.
358. A cross-national comparison ad taxonomy of DEA - based hospital efficiency studies / O' Neill Lelal // Socio-econom. planning sciences. – Oxford etc., 2008. Vol. 12. N 3.p.158-189.
359. Berkheeva, Z. M., Nugaybekova G. A. Rasprostranennost i sotsialno-ekonomicheskaya znachimost professionalnykh zabolevaniy v Rossii [Propagation and socioeconomic significance of occupational diseases in Russia]. Obshchestvennoye zdorovye i zdravookhraneniye 2010;(3):7-11.
360. Budayev, S. D. Problemy sokhraneniya i ukrepleniya zdorovya naseleniya na regionalnom urovne [Problems of population health promotion at a regional level]. Byulleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN 2009;2(2):225-226.
361. Bykovskaya, T. Yu., Piktushanskaya T. E. Regionalnyye osobennosti smertnosti muzhchin trudosposobnogo vozrasta v sovremennykh usloviyakh [Regional features of mortality in men of working ages in present conditions]. Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya 2011;(2):28-33.

362. Docteur, E., Oxley H. Health care systems: lessons from the reform experience. OECD, Econ.Dept.2003. № 304
363. Freidson, E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. – N.Y., 1970.
364. French Health Care Is Badly Run // BBC News. August 8. 2006
365. Hart, J. T. The Inverse Health Care Law// The Lancet. 22. February.1971.
366. Hanken, A. F. Cybernetics and Society: An Analysis of Social Systems. Tunbridge Wells. Abacus Press, 1981.
367. Health for all, all in health. European Experiences and Strategies Against Social Exclusion of Immigrant People by Health care services. International migration and health care policy in Spain. Josep M. Comelles Bardaji Ruiz. Laura Mascarellas, Xavier Allue. P. 99-104.
368. Holland, W. W. Policy brief: Screening in Europe / W.W. Holland, S. Stewart, C. Masseria. – Copenhagen : WHO, 2006. -68c.
369. Huant, E., Dussert A. Les maladies de notre societe. . – Paris, 1961
370. Illich, I. Limitis to Medicine / I. Illich. – Lnd., 1976. Navarro, V. Medicine under capitalism/ V. Navarro. – N.Y., 1976. Navarro, V. Crisis, Health and Medicine: A Social Critique / V. Navarro. – Lnd., 1986. Hart J.T. The Inverse Health Care Law // Lancet. 22. February. 1971.
371. Goodman, John C. Health Care in a Free Society: Rebutting the Myths of National Health Insurance // Cato Police Analysis. January 27. 2005. № 532.
372. Grishina, L. P., Lavrova D.I. Invalidnost kak mnogofaktornaya problema [Disability as a multi-factor problem]. Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya 2006;(2):27-30.
373. Jenkins, J. C. Resource mobilisation theory and the Study jf social movemens. // Annual Review of Sociology. 1983, N. 9, P. 532-544
374. Katz, E. M. Pharmaceutical Spending and German Reunification : Parity Comes Quickly to Berlin // Health Care Financing Review. Spring. 1994. Pp. 141-156.
375. Kazantseva, L. K., Tagayeva T.O. Faktory, vliyayushchiye na obshchestvennoye zdorovye naseleniya rossiyskikh regionov [Factors that have an effect on population health in Russian regions]. Region: Ekonomika i Sotsiologiya 2008;(4):102-118.
376. Kamruzzaman, S., Plutnitskiy A.N., Avakyan A.A., Voloshina L.V., Golovina S.M. Krizis pokazateley zdorovya i smertnosti v Rossii, i vozmozhnyye puti ego preodoleniya (obzor literatury) [Crisis in health and mortality indicators in Russia and possible ways of its overcoming (literature review)]. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta 2009; (2):14-19.
377. Kenji, Yoshihara and Masaru? Wada histori of Japanese Health Insurance System (Enlarged and revised edition), Toyo Keizai Shinpo SHA, 2008/
378. Kipriyanova, N. S. Sotsialno-ekonomicheskiye aspekty zabolevayemosti i smertnosti ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy sredi naseleniya respubliki Sakha (Yakutiya) [Sotsialno-ekonomicheskiye aspekty zabolevayemosti i smertnosti ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy sredi naseleniya respubliki Sakha (Yakutiya)]. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal 2007;(2):7-9.

379. Kirichenko, Yu.N. Prichinno-sledstvennaya svyaz otnosheniy «zabolevayemost-invalidnost» sredi naseleniya Kurskoy oblasti [Morbidity-disability cause-effect relations in population of Kursk region]. *Zdorovye naseleniya i sreda obitaniya* 2009;(6):45-48.
380. Klich, J. Globalizatsiya uslug zdorovnykh // *J. Klich // Gospodarka nar. – W-wa?* 2008. R.19, n 4. S. 21-40/
381. Klein, R. The Troubled Transformation of Britain's National Health Service // *New England Journal of Medicine*. 2006. № 355 Pp. 409-415
382. Kolosov, V.P., Lutsenko M.T., Manakov L.G., Voronchuk O.V., Mkhoyan A.S., Serova A.A., Gordeychuk I.N. Epidemiologicheskiye osobennosti i dinamika pokazateley respiratornogo zdorovya naseleniya na territorii dalnevostochnogo regiona Rossii [Epidemiological characteristics and dynamics of respiratory health indicators in population of the Far East region of Russia]. *Dalnevostochnyy meditsinskiy zhurnal* 2009;(1):101-103.
383. Leshchenko, Ya. A. Problemy obshchestvennogo zdorovya v gorodakh i regionakh Sibiri [Public health problems in cities and regions of Siberia]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya* 2010;(10):17-22.
384. Lister, J. *The NHS after 60/ For patients or for profits* L.: Middlex University Press, 2008.
385. Lopakov, K. V. Otsenka dostovernosti kodirovaniya prichin smerti (po materialam pilotnogo issledovaniya) [Assessment of reliability of mortality cause coding (by data of the pilot research)]. *Sotsialnyye aspekty zdorovya naseleniya* [Online Scientific Journal]. 2011 [cited 2011 Jun 10]; 18(2). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/292/30/lang,ru/>
386. Lorenz, K. *On aggression*. N.Y.: Bantam Books, 1967. – 306 p. 2
387. Luhmann, N. *Soziale Systeme/ Grundriss einer allgemeinen Theorie*. – Frankfurt/M., 1993. – S.20. S. 599.
388. Martin, D. *Billions Squandered as NHS Fails to Deliver* // *Daily Mail*. September 12. 2007.
389. Mikhaylova, Yu.V., Shestakov M.G., Soboleva Yu.V., Sabgayda T.P., Nazarov V.I. Predotvratimyye poteri zdorovya naseleniya kak obyekt analiza [Preventable population health losses as an object for the analysis]. *Ekonomika zdavookhraneniya* 2008;(2):37-42.
390. Nonukova, I. V., Chernyshev V.M. Osobennosti sostoyaniya zdorovya i organizatsii meditsinskoy pomoshchi v usloviyakh nizkoy plotnosti naseleniya (na primere respubliky Altay) [Characteristics of population health and health care organization in conditions of low population density (by an example of Republic of Altai)]. *Byulleten SO RAMN* 2008;(3):33-37.
391. Oganov, R. G., Pogossova G.V., Koltunov I.E., Belova Yu.S., Vygolyn V.A., Sokolova Ya.V. RELIF - Regulyarnoye lecheniye i profilaktika - klyuch k uluchsheniyu situatsii s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v Rossii: rezultaty rossiyskogo mnogotsentrovogo issledovaniya. Chast I. [RELIF – Regular treatment and prophylactics as a factor for improving the situation with cardiovascular diseases in Russia: the results of the Russian multi-center research. Part 1]. *Kardiologiya* 2007;47(5):58-66.
392. Onishchenko, G. G. Nekotoryye itogi profilaktiki infektsionnykh zabolevaniy i osnovnyye napravleniya organizatsionnykh, profilakticheskikh i protivoepidemicheskikh meropriyatiy

v nachale tretyego tysyacheletiya [Some results of communicable diseases prevention and basic directions of organizational, preventive, and epidemic control measures at the beginning of the third Millennium]. *Immunologiya* 2008;29(2):97-105.

393. Prokhorov, B. B. Sotsialnaya stratifikatsiya obshchestva i zdorovye naseleniya [Social stratification of the community and population health]. *Problemy prognozirovaniya* 2009;(3):112-133.

394. Prokhorov, B. B. Sotsialno-ekonomicheskkiye osobennosti federalnykh okrugov Rossii i zdorovye naseleniya [Socioeconomic characteristics of the federal districts of Russia and population health]. Collection of Scientific Papers: Institut narodnokhozyaystvennogo prognozirovaniya RAN 2008;6:680-703.

395. Revich, B. A. K otsenke faktorov riska smernosti naseleniya Rossii i realnosti ikh snizheniya: kommentarii k dokladu Vsemirnogo Banka «Rano umirat» [On assessment of mortality risk factors in population of Russia and feasibility of their lowering: comments to «It's early to die » report of the World Bank]. *Problemy prognozirovaniya* 2006;(6):114-132.

396. Reshetnikov, A. V. Sovremennye sotsialnye izmeneniya v obshchestvennom zdorove i modelyakh meditsiny [Current social changes in population health and health care models]. *Sotsiologiya meditsiny* 2006;(1):3-9.

397. Rogegrs, E. M. Diffusion of Innovations. – 3 rd Ed. – N.Y., 1983. 2

398. Semenova, V. G., Gavrilova N.S., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. Kachestvo mediko-statisticheskikh dannykh kak problema sovremennogo rossiyskogo zdavookhraneniya [Quality of medical and statistical data as a problem of present-day Russian health care]. *Obshchestvennoe zdorove i profilaktika zabolevaniy* 2004;(2):11-19.

399. Schoen, C. et. Al. Toward Higher – Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences in Seven Countries, 2007// *Health Affairs*. October 31. 2007

400. Seye, H. The Stress of Life. – N.Y.: McGraw-Hill, 1956. 2

401. Social Security Programs Throughout the World: The Americas? 2009? U.S. Social Security Administration [Электронный ресурс]. Режим доступа:<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/Americas/ssptw09americas.pdf>

402. Strategiya profilaktiki i kontrolya neinfektsionnykh zabolevaniy i travmatizma v Rossiyskoy Federatsii (Proekt). Moskva, 2008 g. [Strategy for prevention and control of noncommunicable diseases and traumatism in the Russian Federation (Project), Moscow, 2008 г. Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorovya 2008;11(4):9-19.

403. The World Health Report. WHO. Health Systems: improving Performans.2000.P.5.

404. The effectiveness of health impact assessment :scope f.limitations of supporting decision –making in Europe /WHO; Ed. By WismarM. etal. –Copenhagen : Europ. Observatory on Health Sistems a. Policies/ - 2007. XXVIII, 291 p.

405. Tikhonova, G. I., Gorchakova T.Yu., Kasyanchik E.A. Mediko-demograficheskaya kharakteristika naseleniya trudosposobnogo vozrasta v Rossii [Medical and demographic characteristics of working-age population in Russia]. *Problemy prognozirovaniya* 2009;(4):P. - 114-126.

406. Tovkach, M. N. Zabolevaemost naseleniya i usloviya ee snizheniya: regionalnyy aspekt (na primere Karelii) [Population's morbidity and provisions for its reduction: regional aspect (by an example of Karelia)]. Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta 2008; (2):264-274.
407. Warfield, J. N. Societal Systems: Planing, Policy and compiecity, New York/: John Wiley, 1976
408. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. WHO.2000. - P.1

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Программа

Социологического исследования «О состоянии системы здравоохранения Хабаровского края в оценках населения»

1. Обоснование проблемы исследования Высокая социальная значимость здравоохранения в современной России вызывает с одной стороны пристальное общественное внимание, а с другой критику ее декларативного характера. Современное состояние системы здравоохранения ставит перед государством и обществом проблему формирования оптимальной структуры взамен утраченной, фундаментальных ценностей здоровья у населения и личной ответственности каждого гражданина за свое здоровье.

2. Объект и предмет исследования

Объект исследования – пациенты лечебно профилактических учреждений г. Хабаровска и население Хабаровского края;

Предмет исследования – изменения отношения населения к современной системе здравоохранения и особенности поведения в условиях социальных изменений системы здравоохранения.

3. Цель и задачи исследования - изучить проблемы отношения населения к современной системе здравоохранения и выявить вектор восприятия населением изменений, происходящих в системе здравоохранения и их оценки.

- выявление социальной отзывчивости системы здравоохранения на потребности населения;

- определение факторов обуславливающих изменения отношение населения к современной системе здравоохранения;

-выявление стратегии поведения населения в условиях изменения системы здравоохранения;

-уточнение и систематизация условий способствующих или препятствующих совершенствованию деятельности учреждений системы здравоохранения;

- проведение эмпирической операционализации основных понятий;

- разработка инструментария эмпирического исследования;

- проведение эмпирического исследования, анализ и обобщение его результатов.

4. Гипотеза исследования.

Гипотеза исследования включает следующие взаимосвязанные предположения: стремясь реализовать свои интересы и потребности в сфере здравоохранения, население использует доступные ресурсы системы здравоохранения, участвует в процессе взаимодействия с системой здравоохранения, и на основе качества взаимодействия дает оценки существующей системы и изменяет свое поведение в зависимости от реализации ожиданий.

5. Теоретико-методологические основы исследования.

В свете интерпретаций теоретических идей П. Бурдьё, перспективы развития российского здравоохранения зависят от реальных повседневных практик агентов поля медицины. Принятие коллективными и индивидуальными субъектами новых «правил игры», закономерно приводит к институциональной трансформации здравоохранения, изменению или заметной коррекции его социальных функций. Происходящая на практике в поле медицины ревизия ценностно-мировоззренческих оснований профессиональной деятельности с позиций экономической рациональности порождает противоречия, представляющей собой состояние несоответствия габитуса определенному полю. Это влечет за собой формирование неадаптивных моделей поведения у разных социально-профессиональных групп населения, снижение их социальной активности в сфере сохранения здоровья. Утверждается многообразие структурных контекстов социальных практик и стратегий поведения субъектов в системе здравоохранения. Анализ действия социального субъекта сопряжен с ценностно-нормативными и ресурсными ограничениями, производимыми структурой, в которую он включен. Это находит проявление в существующем в обществе уровне доверия населения к этому социальному институту и уровню доверия внутри самого здравоохранения между его субъектами. Доверие трактуется не столько как моральная ценность, а как результат сотрудничества, формирующий социальный капитал определенной системы. Разрушение ценностных оснований и падение уровня доверия приводит социального субъекта к поиску и утверждению новых моделей взаимодействия, которые способны привести к созданию новой институциональной структуры. Тем самым социальные субъекты включаются в процесс институциональных изменений. Так,

показателями трансформации российского здравоохранения является изменение характера взаимодействий в системах «врач – пациент».

6. Определение и интерпретация основных понятий.

Амбулаторно-поликлиническая помощь – профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь, оказываемая амбулаторно-поликлиническими учреждениями (включая общую/семейную практику) в установленных объемах.

Болезнь – общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом адаптационных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности.

Вредные привычки – отрицательные стереотипы поведения человека, вызванные неготовностью адекватным образом справиться с постоянным стрессом (алкоголизм, табакокурение, переедание и др.).

Диспансерный метод – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных) с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, формирования здорового образа жизни.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – форма страхования, обеспечивающая застрахованным дополнительную медицинскую помощь, помимо ОМС, за счет средств граждан или работодателей на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком.

Заболевание (болезнь) – любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, которые позволяют сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (ВОЗ).

Качество жизни, связанное со здоровьем - категория, включающая в сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации; интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Качество профилактической медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания профилактической медицинской помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и общества, современному уровню медицинской науки и медико-профилактических технологий.

Клиническая эпидемиология – наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать соответствующие заключения.

Медицинская помощь (health care, medical care) – вид деятельности, направленный на реализацию комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее или среднее медицинское образование.

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Образ жизни - совокупность существенных черт, основных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы, общества (труд, быт, общественная и социокультурная деятельность, социальные нормы и правила поведения людей и др.), взятых в единстве с условиями жизни, определяющими специфику деятельности; деятельность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – вид государственного социального страхования, позволяющий обеспечивать всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств специальных фондов в рамках программ ОМС.

Охрана здоровья («защита здоровья») – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Платная медицинская услуга – услуга, оказываемая на возмездной договорной основе сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Полис медицинского страхования – документ, подтверждающий наличие договора страхования и обеспечивающий возможность получения медицинской помощи и защиту финансовых интересов застрахованного при наступлении страхового случая.

Профилактические осмотры – одна из форм лечебно-профилактической помощи, заключающаяся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний (предварительные, периодические, целевые).

Факторы, влияющие на здоровье – политические, социальные, экономические, экологические, производственные, бытовые, медицинские и другие условия и обстоятельства, оказывающие влияние на здоровье индивидуума, группы, популяции.

7.Методика исследования

Методы исследования

- анкетный опрос по целеориентированной выборке (пациенты поликлиник г. Хабаровска) весной 2010 года (n=600) выборка территориальная – пациенты поликлиник края);
- анкетный опрос населения края 2012 г. (n=629) тип выборки – территориальный, опрос квартирный, на основе маршрутного листа.

Методы статистической обработки эмпирических данных. Обработка эмпирических данных предполагается посредством корреляционного и факторного анализа.

8.Сроки проведения исследования - весна 2010 г., 2012 г.

Программа

Социологического исследования «По проблемам развития и функционирования современной системы здравоохранения»

1.Обоснование проблемы исследования

Работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья». В их число входят те, кто оказывает медицинскую помощь, и те, кто управляет и поддерживает системы доставки услуг. Помимо классических определений, врач, как специалист, помогающий при потере физического и психического здоровья, принимающий роды и продлевающий жизнь, облегчающий страдания страждущих – в современный период выступает, в большей либо в меньшей степени, как производитель медицинских услуг и продавец своего труда и его результатов. Целевая функция врачебной медицинской деятельности всегда обладает общественной полезностью, если представляет объективную пользу для отдельного лица, т.е.

индивидуально полезна для его личного здоровья, а потому полезна для здоровья общественного.

Во всем мире насчитывается 59,8 миллиона работников здравоохранения. По заключению ВОЗ, страна, где на 10 000 жителей приходится менее 23 врачей, медицинских сестер и акушерок, испытывает критический недостаток трудовых ресурсов здравоохранения. По оценкам ВОЗ, увеличение числа работников здравоохранения к 2015 году будет в среднем стоить 447 миллионов долларов США в год на одну страну.

Для достижения своих целей на национальном и международном уровне системам здравоохранения необходимо усилить все свои ресурсы, но, в первую очередь, трудовые. Развитая и устойчивая инфраструктура системы здравоохранения является основой для заполнения сегодняшних пробелов между обещаниями в отношении здоровья и реальным положением дел, а также для заблаговременного определения основных проблем в области здравоохранения.

С 90-х годов прошлого столетия отечественная система здравоохранения подвергается коренным изменениям, связанных с переустройством социально-экономических основ общества. Ослабление роли государства и переход от административных форм управления к либеральным методам регулирования жизнедеятельности социальных систем, по существу, внесли коренное изменение в производственные отношения субъектов таких систем. В Российской Федерации вопросы кадрового обеспечения в течение многих лет являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения, медицинские кадры рассматриваются в качестве главного его ресурса.

2. Объект и предмет исследования.

Объект исследования – врачи лечебно-профилактических учреждений края;

Предмет исследования – оценка врачами современного состояния системы здравоохранения Хабаровского края, причин изменений и тенденция дальнейшего развития.

3. Цель и задачи исследования определение и оценка профессиональным сообществом состояния современной системы здравоохранения Хабаровского края, условий и путей ее оптимизации, и как следствие повышение ее социальной эффективности.

Задачи исследования:

- выявить тенденции и противоречия развития региональной системы здравоохранения;
- определить факторы, обуславливающие изменения в региональной системе здравоохранения;
- уточнить социальное положение врача в современной системе здравоохранения;
- определить мотивационные и ценностные основы профессионального сообщества;

- провести эмпирическую операционализацию основных понятий;
- разработать инструментарий эмпирического исследования;
- провести эмпирическое исследование, анализ и обобщение его результатов.

4. Гипотеза исследования

Гипотеза исследования включает следующие взаимосвязанные предположения:

- препятствием для полной реализации социальных функций системы здравоохранения являются противоречия в ее деятельности: неформальные отношения в системе здравоохранения, стратегии поведения субъектов системы здравоохранения, специфическая система ценностей по отношению к здоровью как со стороны населения, так и профессионального сообщества;

- системные изменения здравоохранения, влияющие на его институциональные основы, в большей степени определяются изменением только субъекта деятельности системы – реорганизацией управления, деятельности отдельных элементов и связей между ними, изменения ресурсного обеспечения, что, не позволяет достигнуть совершенствования системы.

- показателем социальных изменений современного российского здравоохранения является трансформация социальной роли врача и степени доверия пациентов к системе здравоохранения.

5. Теоретико-методологические основы исследования – классические положения теории модернизации и положения структурно-функционального подхода.

Основная суть концепции модернизации заключается в том, что изменения являются однолинейными, необратимыми и неизбежно ведут процесс развития к определенному финалу – модернизации. Модернизация сама по себе явление цивилизационного масштаба, то есть она, по своей сути, форма, сторона перехода от общества, нацеленного на воспроизводство на основе некоего статичного идеала, к обществу, рассматривающему повышение эффективности форм деятельности, развитие способности личности к собственному саморазвитию как основу общественной динамики.

Модернизация рассматривается в следующих направлениях;

- в социальной области - разделение функциональных ролей, выполняемых разными индивидами в обществе, в особенности разделение между обязанностями в общественном производстве, в политике и в семье, разделение сфер частной и общественной жизни, вытеснение отношений личной зависимости между людьми отношениями их личной независимости, основанной на эквивалентном обмене вещами (на вещной зависимости);

- в экономике - применение технологии, основанной на использовании научного (рационального) знания, появление вторичного (индустрия, торговля) и третичного (услуги)

спектров хозяйства, углубление общественного и технического разделения труда, развитие рынков товаров, денег и труда;

- в политической области - включение широких масс населения в политический процесс, установление политической демократии и формирование осознанных интересов различных общественных групп;

- в духовной области - дифференциация культурных систем и ценностных ориентаций, развитие средств распространения информации, приобщение крупных групп населения к достижениям культуры.

6.Определение и интерпретация основных понятий.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и контроля за осуществлением этих мероприятий.

Заболеваемость – показатель общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах за определенный период времени (год) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения: по обращаемости общая (распространенность, болезненность) – показатель, характеризующий совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы;

первичная (по обращаемости) – показатель, характеризующий совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний;

исчерпанная (истинная) – общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти;

общая госпитализированная (по обращаемости) – показатель, характеризующий совокупность первичных в данном году случаев госпитализаций населения по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы, но не зарегистрированных при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Здравоохранение (как система мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения) – система социально-экономических и медицинских мероприятий, цели которых – сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного

человека и населения в целом и внести положительный вклад в развитие общественного производства и создание национального дохода страны.

Профилактика- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период оказания пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечение.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, профилактических мероприятий и профессиональная деятельность связанная с иными видами работ в медицинских целях.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается:

- разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни;
- осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьба с ними;
- проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Методика исследования

Методы исследования

▪ анкетный опрос врачей лечебно-профилактических учреждений края июнь-октябрь 2011 г. (n=440) тип выборки – «типичный случай»);

Методы статистической обработки эмпирических данных. Обработка эмпирических данных предполагается посредством корреляционного и факторного анализа.

8.Сроки проведения исследования – июнь - октябрь 2011г.

АНКЕТА

Кафедра «Социальной работы и психологии» ТОГУ проводит исследование посвященное проблеме развития и функционирования современной системы здравоохранения. Ваше мнение для нас очень важно. Просим Вас принять участие.

1. Ваш пол

1. женский; 2. мужской.

2. Ваш возраст

1. до 30 лет; 2. 31-40 лет; 3. 41-50 лет; 4. 51-60 лет; 5. старше 60.

3. Ваш стаж работы

1. до 3 лет; 2. 4-10 лет; 3. 11-20 лет; 4. 21-30 лет; 5. более 30 лет.

4. Вы работаете:

1. в государственном учреждении; 2. в муниципальном учреждении; 3. в частном учреждении; 4. совмещаю свою деятельность.

5. По основному виду деятельности Вы заняты на: 1. 1 ставку; 2. 1, 5 ставки; 3. более 1,5 ставки.

6. Удовлетворены ли Вы своей профессиональной деятельностью:

1. больше да; 2. больше нет; 3. затрудняюсь ответить.

7. Считаете ли Вы профессию врача престижной: 1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить.

8. Регулярно ли Вы повышаете свой профессиональный уровень:

1. да, раз в пять лет; 2. очень редко; 3. практически нет возможности.

9. Влияет ли Ваш квалификационный уровень на ваши доходы :

1. да, существенно; 2. незначительно; 3. нет никакой связи

10. Как бы Вы оценили уровень своего дохода: 1. высокий; 2. выше среднего; 3. средний; 4. ниже среднего;

5. низкий

11. Как Вы оцениваете состояние современного здравоохранения:

1. все вполне благополучно и стабильно; 2. тенденции к улучшению;

3. тенденции к ухудшению; 4. ситуация близка к кризисной; 5. затрудняюсь ответить

12. Охарактеризуйте современное здравоохранение (сделайте отметку «+» в графе с наиболее приемлемым для вас вариантом)

Вариант ответа	Больше да	Больше нет	Затрудняюсь ответить
Оцениваемый критерий			
Высокая ответственность врача перед пациентом	042.	043.	044.
Готовность удовлетворять потребности и желания пациента	045.	046.	047.
Высокое качество обслуживания	048.	049.	050.
Высокая техническая оснащенность	051.	052.	053.
Высокая доступность медицинской помощи для всего населения	054.	055.	056.
Справедливость в распределении ресурсов	057.	058.	059.
Справедливость в удовлетворении необходимых медицинских потребностей населения	060.	061.	062.
Равные возможности в укреплении здоровья	063.	064.	065.
Наличие широких возможностей для профилактической работы в	066.	067.	068.

здравоохранении			
Выраженная профессиональная солидарность на бескорыстной основе	069.	070.	071.
Заинтересованность в увеличении числа платежеспособных граждан	072.	073.	074.
Заинтересованность в увеличении численности здорового населения	075.	076.	077.
Недостаточный уровень финансирования отрасли	078.	079.	080.
Большое число посредников в движении финансовых средств	081.	082.	083.
Наличие доверия у населения к системе здравоохранения	084.	085.	086.
Высокая информированность в профессиональной деятельности медицинских работников	087.	088.	089.
Высокая информированность в сфере здравоохранения пациентов	090.	091.	092.
Формирование протестного настроения в сфере здравоохранения как среди медицинских работников , так и среди пациентов	093.	094.	095.

13. Знаете ли Вы, из каких источников финансируется современная российская система здравоохранения:

1. государственный бюджет; 2. страховые взносы; 3. бюджетно-страховое финансирование;
4. затрудняюсь ответить

14. Знаете ли Вы законодательство РФ об охране здоровья граждан:

1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить.

15. Какие перемены, на Ваш взгляд, необходимы для современной системы здравоохранения:

1. реформирование; 2. модернизация; 3. оставить все как есть; 4. затрудняюсь ответить.

16. Считаете ли, что Ваша профессиональная деятельность защищена законом:

1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить

17. По вашему мнению, для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения необходимо:

1. усилить социальную политику; 2. увеличить финансирование здравоохранения;
3. разработать целевые программы для различных групп населения; 4. существенно повысить заработную плату медицинским работникам; 5. ничего не надо менять; 6. затрудняюсь ответить; 7. ваш вариант

18. По Вашему мнению, реализация национального проекта «Здоровье»:

- оказала влияние на ситуацию в здравоохранении в целом (1.. «+»; 2.. «-»; 3.. «0»);
- оказала влияние на показатели здоровья населения (4. «+»; 5.«-»; 6. «0»);
- оказала влияние на социальное положение врача (7. «+»; 8. «-»; 9. «0»);
- оказало влияние на рождаемость населения (10.«+»; 11. «-»; 12. «0»)

19. Необходима ли по Вашему мнению, организация целевой медицинской адресной помощи для определенных групп населения (детей, безработных, престарелых граждан и др.):

1. да ; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить

20. Ваше отношение к системе обязательного медицинского страхования:

1. поддерживаю; 2 . не поддерживаю ; 3 . не задумывался.

21. Считаете ли Вы, что обязательное медицинское страхование способно финансово обеспечить потребности населения в медицинских услугах:

1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить

22. Считаете ли Вы, что страховые организации способны в полном объеме оплачивать медицинские услуги оказанные населению :медицинским учреждениям

1. да; 2. нет, 3. затрудняюсь ответить.

23. По вашему мнению, необходим ли в организации и предоставлении медицинской помощи населению индивидуальный финансово обеспеченный полис:

1. да, каждый мог бы получать медицинскую помощь в соответствии со своими потребностями и финансовыми возможностями; 2. нет, это усилило бы неравенство среди здоровых и нездоровых граждан; 3. затрудняюсь ответить.

24. Считаете ли Вы что необходимо развивать профилактическое направление в здравоохранении:

1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить.

25. По Вашему мнению, основными негативными проявлениями в системе здравоохранения являются:

1. коррумпированность чиновников; 2. «теневые» отношения между врачом и пациентом;
3. таковые отсутствуют; 4. затрудняюсь ответить.

26. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

1. хорошее; 2. удовлетворительное; 3. хронических заболеваний не перечислять.

27. Регулярно ли вы проходите медицинские осмотры:

1. да; 2. нет.

28. Ваша профессия позволяет больший доступ к медицинским услугам, чем человеку с иной профессией:

1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь ответить

29. Как Вы проводите свой отпуск:

1. выезжаю за пределы страны; 2. выезжаю за пределы края; 3. в городе или на даче;
4. использую для дополнительной работы.

Благодарим за участие в анкетировании.

Анкета

1. Ваш пол:

- а) мужской б) женский

2. Ваш возраст:

- а) 15-20 б) 21-30 в) 31-40
г) 41-50 д) 51-60 е) старше 60

3. Социальное положение:

- а) студент б) работающий
б) неработающий г) пенсионер

4. Если Вы работаете, укажите сферу деятельности:

- а) бюджетная организация б) коммерческая организация
в) государственная служба г) малый бизнес

5. Как Вы оцениваете свое здоровье?

- а) отлично б) хорошо в) удовлетворительно
г) плохо д) затрудняюсь ответить

6. Как часто в течении в года Вы болеете (любое заболевание)?

- а) 1-2 раза б) 3-4 раза в) очень часто г) не болею

7. Как часто Вы посещаете врача?

- а) раз в год б) не помню, когда был в последний раз в) регулярно г) не обращаюсь, так как здоров

8. Укажите причины обращений к врачу

- а) при заболевании б) для медицинского осмотра в) для обследования в) ваш вариант

9. Состоите ли Вы на диспансерном учете по поводу какого-либо заболевания?

- а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

10. В какие медицинские учреждения города Вы предпочитаете обращаться?

- а) в поликлинику по месту жительства б) в хозрасчетные поликлиники города
в) в частные клиники
г) ваш вариант

11. Есть ли у Вас страховой полис?

- а) да б) нет

12. Полис какого вида мед. страхования Вы имеете?

- а) обязательного б) добровольного в) обязательного и добровольного г) затрудняюсь ответить

13. Знаете ли Вы, какую помощь можете получить, имея полис обязательного медицинского страхования?

- а) да б) нет

14. Достаточно ли информации по обязательному мед. страхованию Вы имеете?

- а) да, достаточно б) нет, не достаточно в) затрудняюсь ответить

15. Оплачивали ли Вы когда-нибудь мед. помощь, которая должна быть предоставлена бесплатно?

- а) да, часто б) иногда бывает

в) нет, не приходилось

16. Какой вид оплаты оказанной Вам медицинской помощи предпочтителен для Вас?

а) ОМС б) ДМС в) через кассу медицинского учреждения г) непосредственному исполнителю медицинских услуг (медицинскому персоналу)

17. Всегда ли Вы удовлетворены качеством оказанных Вам медицинских услуг?

а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

18. Возникали ли у Вас претензии по поводу качества оказываемых медицинских услуг?

а) да б) нет в) ваш вариант

19. Для разрешения возникших претензии, куда именно Вы обращались?

а) в администрацию лечебно-профилактического учреждения б) в министерство здравоохранения
в) в страховую медицинскую организацию г) в суд д) в другие организации (напишите в какие)

20. Удовлетворены ли Вы были решением вопроса по поводу претензии?

а) да б) нет в) ответа не было

21. Как Вы оцениваете состояние здравоохранения в Хабаровске?

а) хорошее б) плохое
в) удовлетворительное г) затрудняюсь ответить

22. Знаете ли Вы законодательство РФ в сфере охраны здоровья граждан?

а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

23. Что по Вашему мнению могло бы существенно изменить состояние здравоохранения в лучшую сторону?

а) социальная политика государства б) законодательство
в) новые проекты в сфере здравоохранения г) увеличение финансирования здравоохранения
д) повышение заработной платы медицинскому персоналу
е) дополнительные индивидуальные (персонифицированные) взносы на мед. помощь в страховые фонды

24. Ваши предложения и замечания для нас важны. Спасибо за участие.

12. За последние пять лет Вы проходили диспансерный осмотр (одновременный комплексный осмотр врачей)?

54. да ; 55. нет; 56. затрудняюсь ответить.

13. Что по вашему мнению в наибольшей степени угрожает вашему здоровью

57. мой образ жизни; 58. экологическая ситуация в районе проживания; 59. ограниченная доступность и низкое качество медицинской помощи;
60. отсутствие профилактических мероприятий в системе здравоохранения;
61. затрудняюсь ответить.

14. Приходилось ли Вам отказываться от лечения, потому что не хватило денег?

62. постоянно; 63. время от времени; 64. очень редко; 65. никогда.

15. Знаете ли Вы, что такое страховой медицинский полис и какие гарантии он Вам предоставляет?

66. да, он необходим для получения любых медицинских услуг;
67. да, я могу получить все необходимые мне медицинские услуги бесплатно;
68. да, я могу получить бесплатно минимальное количество необходимых мне услуг;
69. да, но он не гарантирует получение медицинских услуг и их оплату;
70. нет, не знаю.

16. Имеется ли у Вас медицинский страховой полис и какого вида?

71. да, у меня полис обязательного медицинского страхования;
72. да, у меня полис добровольного медицинского страхования;
73. да, я имею полис и добровольного и обязательного медицинского страхования; 74. нет, я не имею никакого полиса;
75. затрудняюсь ответить.

17. Как часто Вы оплачиваете медицинские услуги при наличии у Вас медицинского полиса?

76. я всегда оплачиваю медицинские услуги;
77. часто оплачиваю медицинские услуги, но иногда получаю их бесплатно;
78. получаю медицинские услуги бесплатно, но некоторые приходится оплачивать;
79. никогда не сталкивался с тем, чтобы оплачивать медицинские услуги.

18. Какой вид оплаты медицинских услуг Вы обычно используете?

80. всегда предъявляю полис медицинского страхования;
81. через кассу медицинского учреждения;
82. непосредственному исполнителю услуг (врачу, медперсоналу);
83. затрудняюсь ответить.

19. Согласны ли Вы, что медицинское обслуживание за оплату более качественное, чем то же обслуживание, но бесплатно (по страховому медицинскому полису)?

84. да, медицинские работники знают, за что работают; 85. нет, ведь страховой полис гарантирует оплату медицинских услуг;
86. затрудняюсь ответить.

20. Дайте оценку уровню доступности получения медицинских услуг:

87. я всегда могу получить любую медицинскую услугу или консультацию любого специалиста;
88. я могу получить основные медицинские услуги и консультации специалистов;

89. нет возможности получить самые необходимые медицинские услуги и консультации специалистов;
90. затрудняюсь ответить.

21. Как Вы оцениваете в целом качество предоставляемых медицинских услуг:

91. качество предоставляемых услуг меня всегда полностью устраивает;
92. качество предоставляемых услуг меня частично устраивает;
93. качество предоставляемых услуг меня не устраивает;
94. затрудняюсь ответить

22. Возникают ли у Вас претензии по поводу оказываемых услуг и если возникают, то как часто?

95. возникают и довольно часто; 96. возникают, время от времени;
97. никогда не возникают (переход к вопросу 24); 98. затрудняюсь ответить

23. Обращались ли Вы со своими претензиями по поводу качества медицинских услуг куда-либо?

99. да, я обращался(ась) к оказывающему услуги персоналу;
100. да, я обращался(ась) к администрации лечебно-профилактического учреждения;
101. да, я обращался(ась) в министерство здравоохранения;
102. да, я обращался(ась) в страховую медицинскую организацию;
103. да, я обращался(ась) сразу в суд;
104. нет, я не к кому со своими претензиями не обращался(ась).

24. Достаточно ли информации Вы имеете по деятельности системы здравоохранения в Хабаровском крае?

105. да, в поликлинике можно получить всю интересующую меня информацию;
106. да, средства массовой информации проводят активную работу в этом направлении;
107. нет, для меня это неинтересно;
108. нет, информации по этому вопросу очень мало; 109. затрудняюсь ответить.

25. Знаете ли вы свои права в сфере здравоохранения и охраны здоровья?

110. да, я хорошо разбираюсь в этих вопросах;
111. я слабо знаком с законодательством в области этих вопросов;
112. я совершенно не знаком с законодательством;
113. затрудняюсь ответить.

26. В соответствии с новым Законом об обязательном медицинском страховании воспользовались ли Вы своим правом выбора врача?

114. да, я реализовал свои права; 115. нет, мне было отказано; 116. нет, в этом нет необходимости; 117. нет, так ничего об этом не знаю; 118. затрудняюсь ответить.

27. Как Вы оцениваете состояние здравоохранения в Хабаровском крае?

119. хорошее;
120. удовлетворительное;
121. плохое;
122. затрудняюсь ответить.

28. Считает ли Вы, что проводимые реформы сделали здравоохранение более доступным для населения?

123. да, изменения существенны и в лучшую сторону; *124.* нет, все остается по-прежнему;
125. нет, становится все труднее получить качественную и доступную медицинскую помощь; *126.*
затрудняюсь ответить.

29. Знаете ли Вы что-либо о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Хабаровском крае?

127. да, знаю цель проекта; *128.* да, но не знаю цель проекта *129.* нет, но хотелось бы узнать; *130.* нет, не представляет интереса; *131.* затрудняюсь ответить.

30. Что, по Вашему мнению, существенно изменило бы систему здравоохранения края в лучшую сторону?

- 132.* изменение социальной политики государства;
- 133.* внесение изменений в законодательство;
- 134.* новые проекты в сфере здравоохранения;
- 135.* увеличение финансирования здравоохранения;
- 136.* повышение заработной платы медицинскому персоналу;
- 137.* индивидуальные взносы в страховые фонды на медицинскую помощь.

Для нас представляет интерес дополнительное Ваше мнение по данной проблеме _____

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

По проблемам развития и функционирования современной системы здравоохранения
Опрошено 440 респондентов (врачей)

Вопрос, варианты ответа	%
1. Ваш пол?	
1. Мужской	79,1
2. Женский	20,9
2. Ваш возраст?	
1. До 30 лет	15,7
2. 31-40 лет	22,9
3. 41-50 лет	24,9
4. 51-60 лет	25,8
5. Старше 60	10,7
3. Ваш стаж работы?	
1. До 3 лет	6,1
2. 4-10 лет.	24,1
3. 11-20 лет	20,3
4. 21-30 лет	27,5
5. Более 30 лет	22,0
4. Вы работаете:	
1. В государственном учреждении	36,0
2. В муниципальном учреждении	56,1
3. Частном учреждении	7,9
5. По основному виду деятельности Вы заняты на:	
1. 1 ставку	55,2
2. 1,5 ставки	26,2
3. Более 1,5 ставки	18,6
6. Удовлетворены ли Вы своей профессиональной деятельностью?	
1. Больше да	64,9
2. Больше нет	24,1
3. Затрудняюсь ответить	11,0
7. Считаете ли Вы профессию врача престижной?	
1. Да	45,0
2. Нет	42,1
3. Затрудняюсь ответить	12,9
8. Регулярно ли Вы повышаете свой профессиональный уровень?	
1. Да, раз в пять лет	97,1
2. Очень редко	2,3
3. Практически нет возможности	0,6
9. Влияет ли Ваш квалификационный уровень на Ваши доходы?	
1. Да, существенно	15,4
2. Незначительно	44,9
3. Нет никакой связи	39,7

Вопрос, варианты ответа	%
10. Как бы Вы оценили уровень своего дохода?	
1. Высокий	0,9
2. Выше среднего	6,4
3. Средний	43,2
4. Ниже среднего	30,1
5. Низкий	19,4
11. Как Вы оцениваете состояние современного здравоохранения?	
1. Все вполне благополучно и стабильно	1,7
2. Тенденции к улучшению	17,8
3. Тенденции к ухудшению	32,4
4. Ситуация близка к кризисной	37,0
5. Затрудняюсь ответить	11,1
12. Охарактеризуйте современное здравоохранение, сделайте отметку «+» в графе с наиболее приемлемым для Вас вариантом	
12.1. Высокая ответственность врача перед пациентом	
1. Больше да	74,8
2. Больше нет	17,4
3. Затрудняюсь ответить	7,8
12.2. Готовность удовлетворить потребности и желания пациента	
1. Больше да	48,0
2. Больше нет	38,1
3. Затрудняюсь ответить	13,9
12.3. Высокое качество обслуживания	
1. Больше да	18,2
2. Больше нет	63,0
3. Затрудняюсь ответить	18,8
12.4. Высокая техническая оснащенность	
1. Больше да	19,8
2. Больше нет	67,1
3. Затрудняюсь ответить	13,1
12.5. Высокая доступность медицинской помощи для всего населения	
1. Больше да	13,8
2. Больше нет	76,9
3. Затрудняюсь ответить	9,3
12.6. Справедливость в распределении ресурсов	
1. Больше да	3,4
2. Больше нет	80,5
3. Затрудняюсь ответить	16,1
12.7. Справедливость в удовлетворении необходимых медицинских потребностей населения	
1. Больше да	8,8
2. Больше нет	76,1
3. Затрудняюсь ответить	15,1
12.8. Равные возможности укрепления здоровья	
1. Больше да	15,1
2. Больше нет	73,9
3. Затрудняюсь ответить	11,0
12.9. Наличие широких возможностей для профилактической работы в здравоохранении	
1. Больше да	19,9
2. Больше нет	69,2

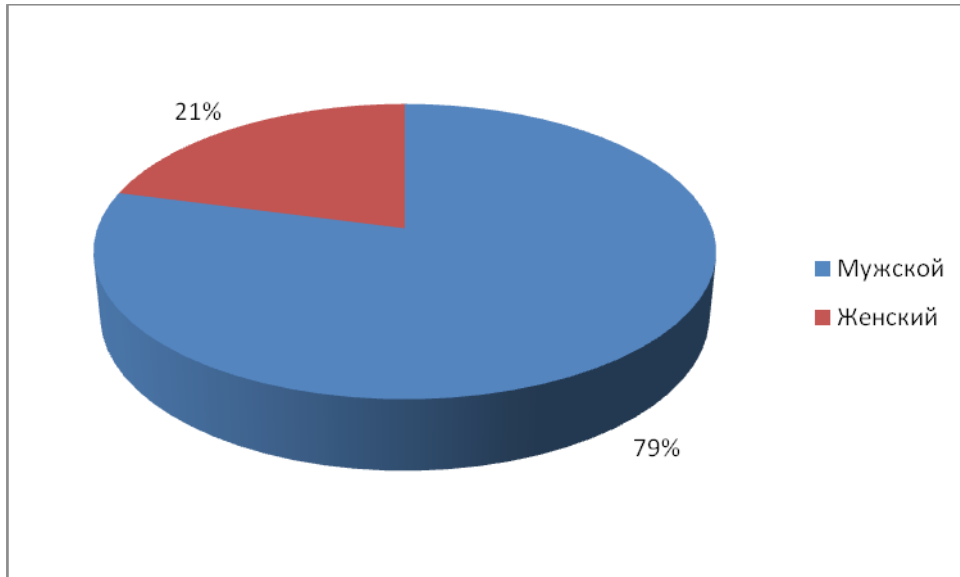
Вопрос, варианты ответа	%
3. Затрудняюсь ответить	10,9
12.10. Выраженная профессиональная солидарность на бескорыстной основе	
1. Больше да	34,7
2. Больше нет	45,5
3. Затрудняюсь ответить	19,8
12.11. Заинтересованность в увеличении числа платежеспособных граждан	
1. Больше да	63,4
2. Больше нет	20,4
3. Затрудняюсь ответить	16,2
12.12. Заинтересованность в увеличении здоровых граждан	
1. Больше да	57,2
2. Больше нет	27,2
3. Затрудняюсь ответить	15,6
12.13. Недостаточный уровень финансирования отрасли	
1. Больше да	62,7
2. Больше нет	31,0
3. Затрудняюсь ответить	6,3
12.14. Большое число посредников в движении финансовых средств	
1. Больше да	65,7
2. Больше нет	19,1
3. Затрудняюсь ответить	15,2
12.15. Наличие доверия у населения к системе здравоохранения	
1. Больше да	9,9
2. Больше нет	80,9
3. Затрудняюсь ответить	9,2
12.16. Высокая информированность в профессиональной деятельности медицинских работников	
1. Больше да	34,6
2. Больше нет	45,4
3. Затрудняюсь ответить	23,0
12.17. Высокая информированность в сфере здравоохранения пациентов	
1. Больше да	22,4
2. Больше нет	53,4
3. Затрудняюсь ответить	24,2
12.18. Формирование протестного настроения в сфере здравоохранения как среди медицинских работников, так и среди пациентов	
1. Больше да	64,9
2. Больше нет	20,2
3. Затрудняюсь ответить	14,9
13. Знаете ли Вы, из каких источников финансируется современная российская система здравоохранения	
1. Государственный бюджет	13,7
2. Страховые взносы	7,6
3. Бюджетно-страховое финансирование	63,6
3. Затрудняюсь ответить	15,1
14. Знаете ли Вы законодательство РФ об охране здоровья граждан?	
1. Да	57,4
2. Нет	19,2
3. Затрудняюсь ответить	23,4
15. Какие перемены, на Ваш взгляд, необходимы для современной системы	

Вопрос, варианты ответа	%
здравоохранения?	
1. Реформирование	45,7
2. Модернизация	42,2
3. Оставить все как есть	0,6
4. Затрудняюсь ответить	11,4
16. Считаете ли, что Ваша профессиональная деятельность защищена законом?	
1. Да	18,3
2. Нет	70,1
3. Затрудняюсь ответить	11,6
17. По Вашему мнению, для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения необходимо:	
1. Усилить социальную политику	20,3
2. Увеличить финансирование здравоохранения	39,7
3. Разрабатывать целевые программы для различных групп населения	13,8
4. Существенно повысить заработную плату медицинским работникам	21,8
5. Ничего не надо менять	0,3
6. Затрудняюсь ответить	20,9
7. Ваш вариант	1,2
18. По Вашему мнению, реализация национального проекта «Здоровье»	
1. Оказала влияние на ситуацию в здравоохранении в целом	
«+»	35,2
«-»	37,5
«0»	27,3
2. Оказала влияние на показатели здоровья населения	
«+»	29,1
«-»	42,8
«0»	28,1
3. Оказала влияние на социальное положение врача	
«+»	11,7
«-»	57,6
«0»	30,7
4. Оказало влияние на рождаемость населения	
«+»	37,8
«-»	34,5
«0»	27,7
19. Необходима ли по Вашему мнению, организация целевой медицинской адресной помощи для определенных групп населения (детей, безработных, престарелых граждан и др.)	
1. Да	79,5
2. Нет	8,6
3. Не задумывался	11,9
20. Ваше отношение к системе обязательного медицинского страхования	
1. Поддерживаю	46,1
2. Не поддерживаю	37,7
3. Не задумывался	16,2
21. Считаете ли Вы, что обязательное медицинское страхование способно финансово обеспечить потребности населения в медицинских услугах?	
1. Да	15,7
2. Нет	71,5

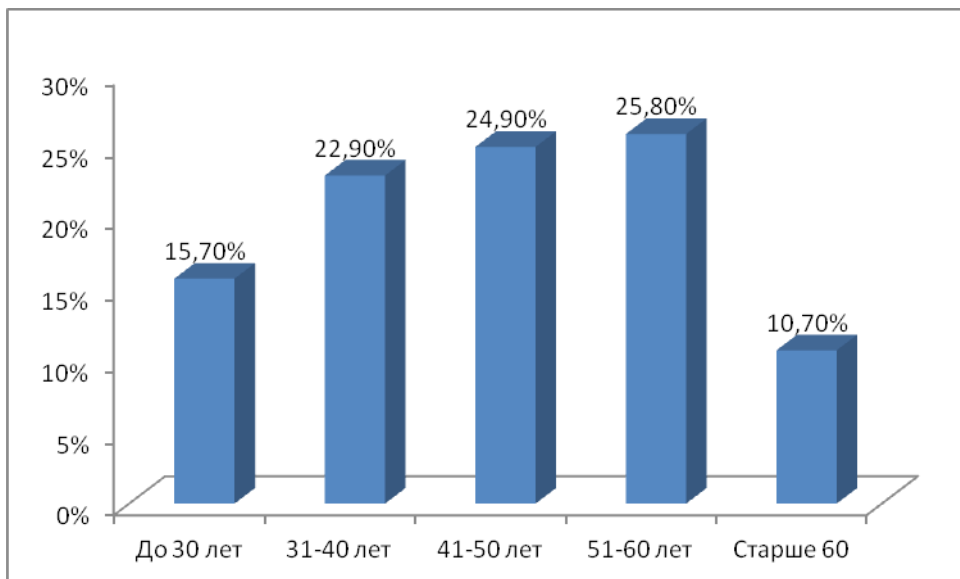
Вопрос, варианты ответа	%
3. Затрудняюсь ответить	12,8
22. Считаете ли Вы, что страховые организации способны в полном объеме оплачивать медицинские услуги, оказанные населению медицинскими учреждениями?	
1. Да	15,2
2. Нет	73,0
3. Затрудняюсь ответить	11,7
23. По Вашему мнению, необходим ли в организации и предоставлении медицинской помощи населению индивидуальный финансово обеспеченный полис?	
1. Да, каждый мог бы получать медицинскую помощь в соответствии со своими потребностями и финансовыми возможностями	54,8
2. Нет, это усилило бы неравенство среди здоровых и нездоровых граждан	26,4
3. Затрудняюсь ответить	18,8
24. Считаете ли Вы, что необходимо развивать профилактическое направление в здравоохранении?	
1. Да	95,9
2. Нет	1,2
3. Затрудняюсь ответить	2,9
25. По Вашему мнению, основными негативными проявлениями в системе здравоохранения являются:	
1. Коррупционность чиновников	68,3
2. «теневые» отношения между врачом и пациентом	6,2
3. Таковые отсутствуют	1,8
4. Затрудняюсь ответить	23,7
26. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?	
1. Хорошее	15,2
2. Удовлетворительное	66,2
3. Хронических заболеваний не перечислять	18,7
27. Регулярно ли Вы проходите медицинские осмотры?	
1. Да	80,6
2. Нет	19,4
28. Ваша профессия позволяет больший доступ к медицинским услугам, чем человеку с иной профессией?	
1. Да	49,6
2. Нет	45,8
3. Затрудняюсь ответить	4,7
29. Как Вы проводите свой отпуск?	
1. Выезжаю за пределы страны	15,4
2. Выезжаю за пределы края	34,3
3. В городе или на даче	33,4
4. Использую для дополнительной работы	16,9

**По проблемам развития и функционирования современной системы
здравоохранения
Опрошено 440 респондентов (врачей)**

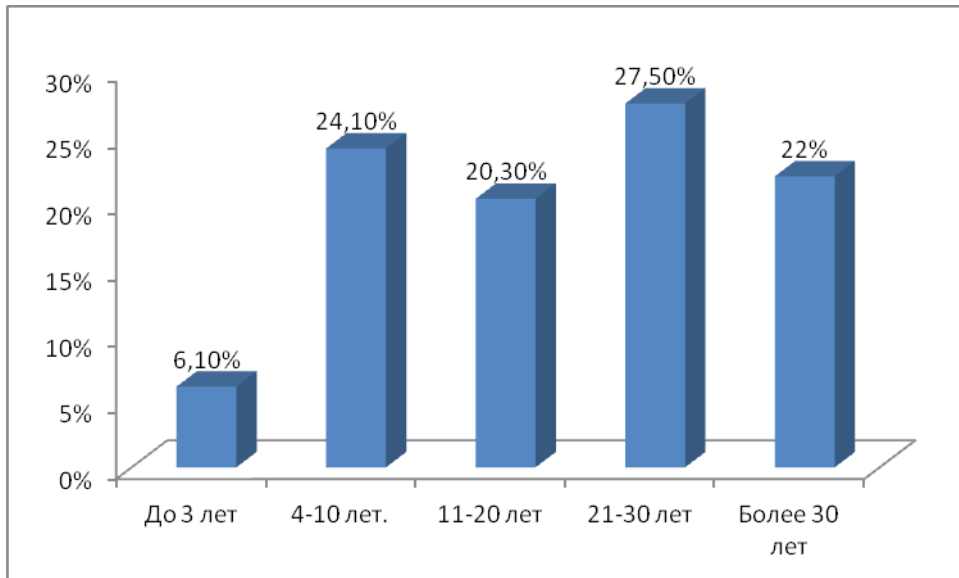
Вопрос 1 Ваш пол?



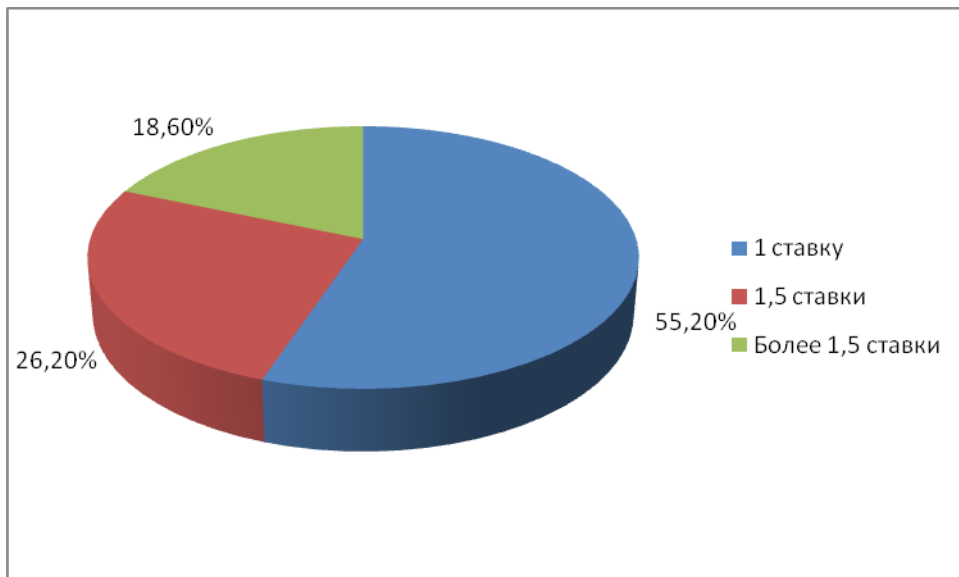
Вопрос 2 Ваш возраст?



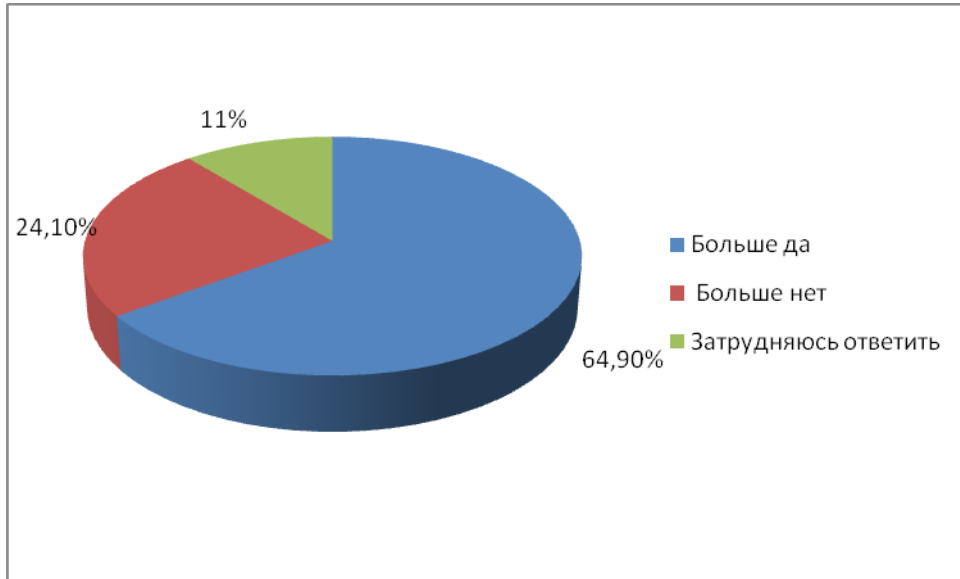
Вопрос 3 Ваш стаж работы?



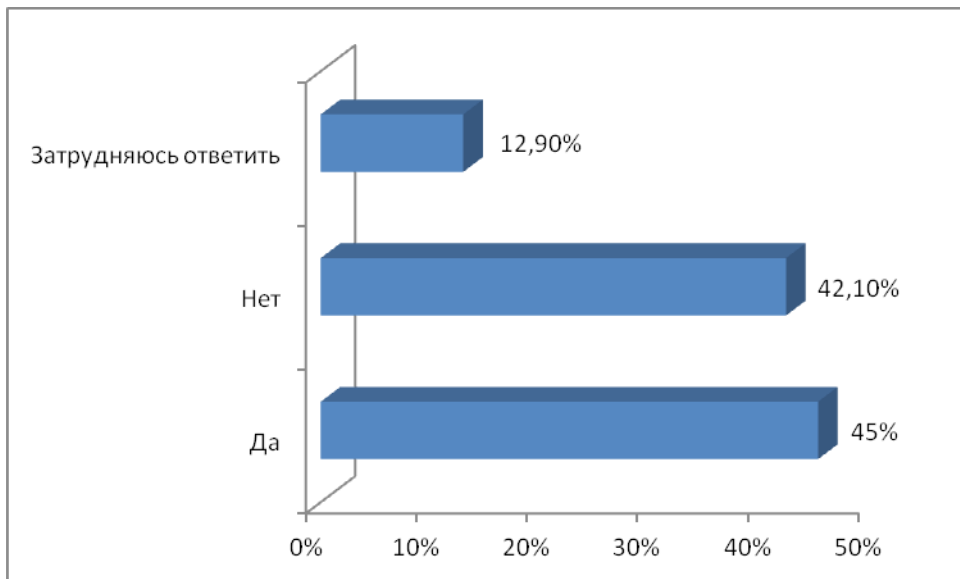
Вопрос 5 По основному виду деятельности Вы заняты на :



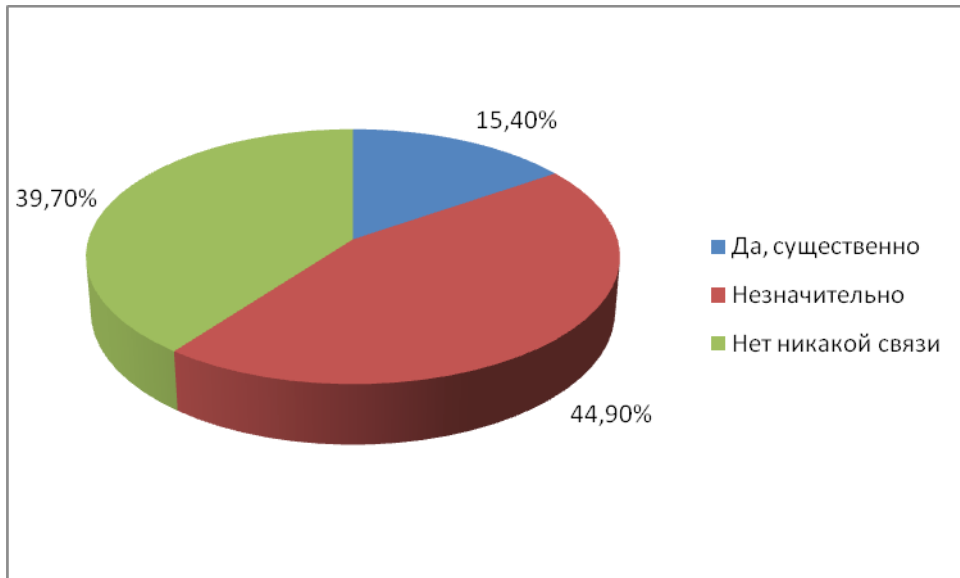
Вопрос 6 Удовлетворены ли Вы своей профессиональной деятельностью?



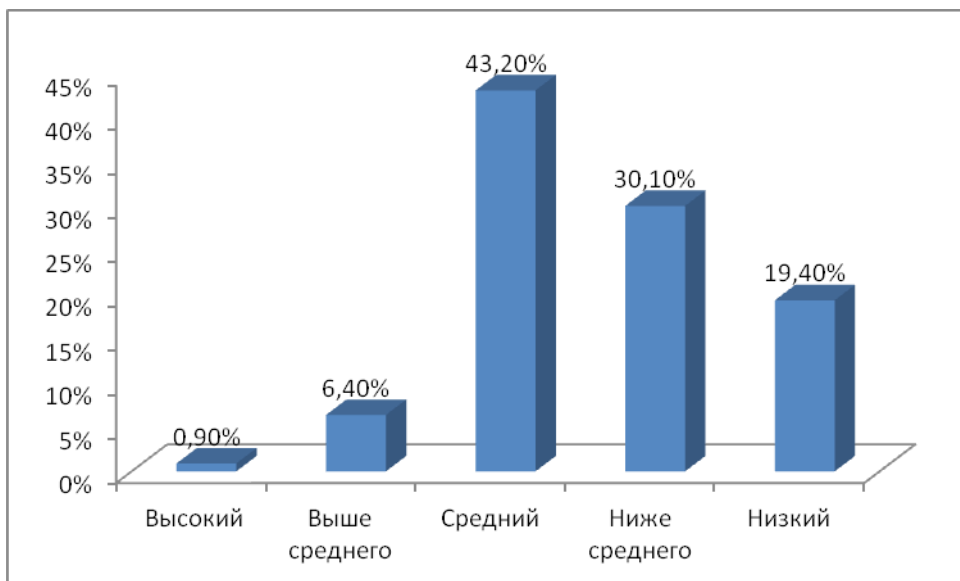
Вопрос 7 Считаете ли Вы профессию врача престижной?



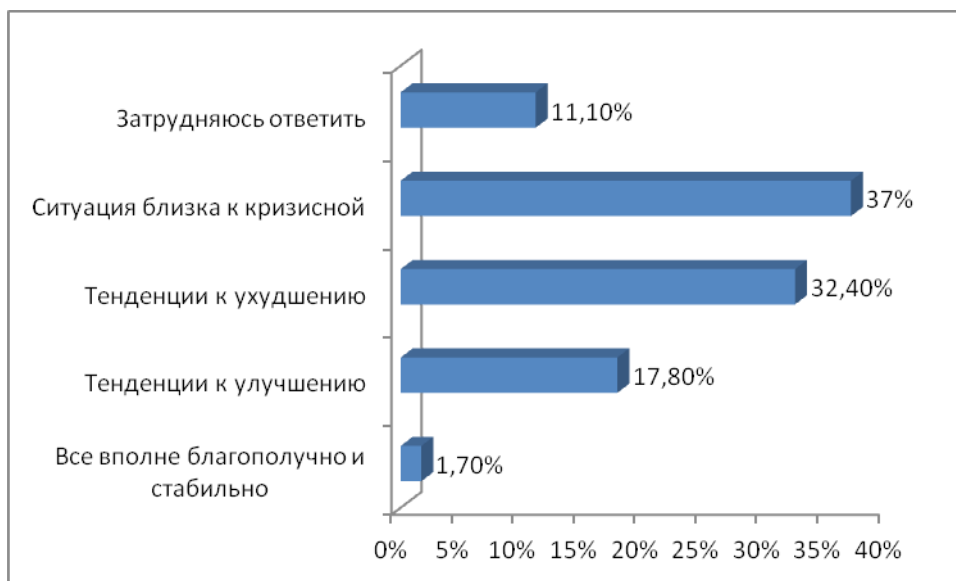
Вопрос 9 Влияет ли ваш квалификационный уровень на ваши доходы?



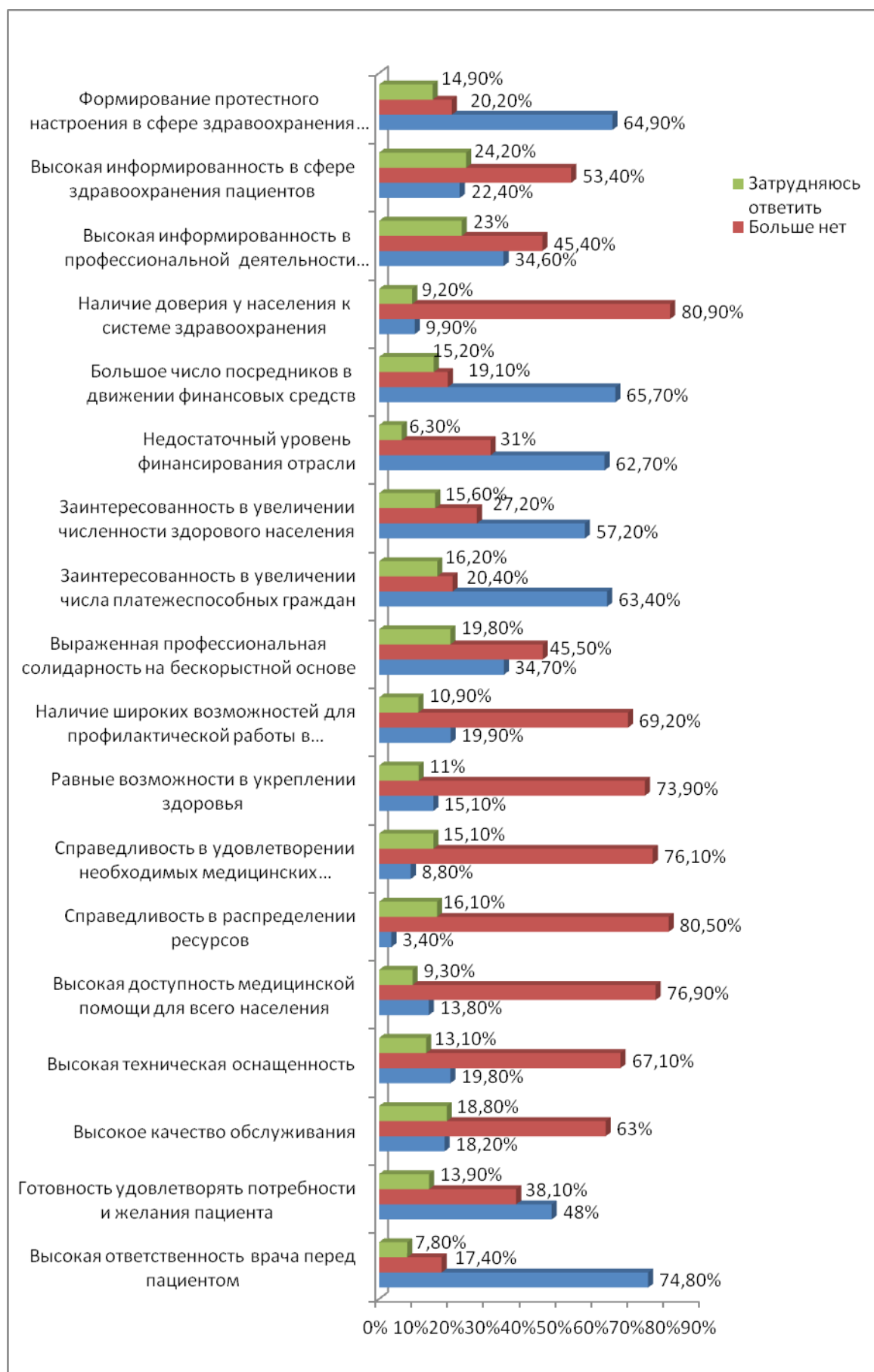
Вопрос 10 Как бы вы оценили уровень своего дохода?



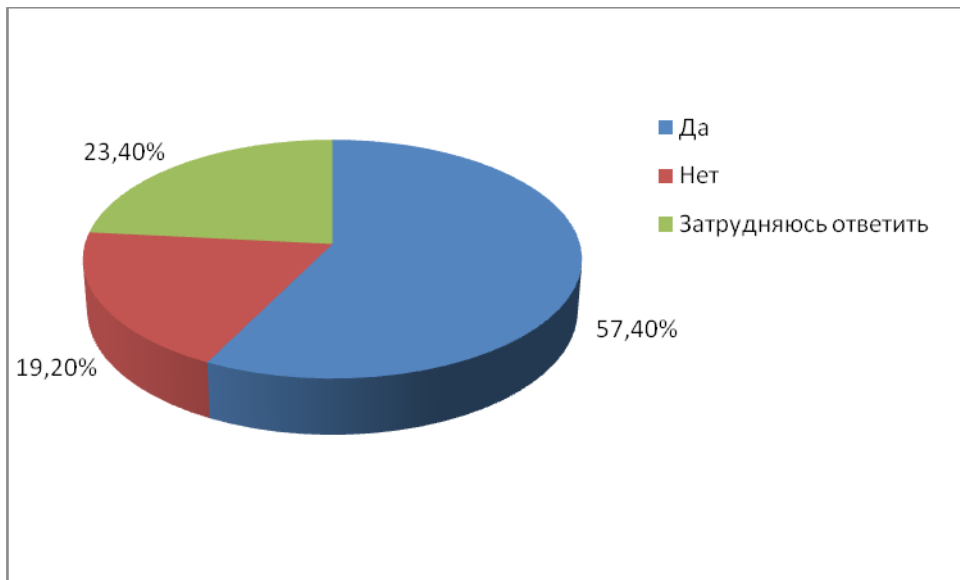
Вопрос 11 Как Вы оцениваете состояние современного здравоохранения



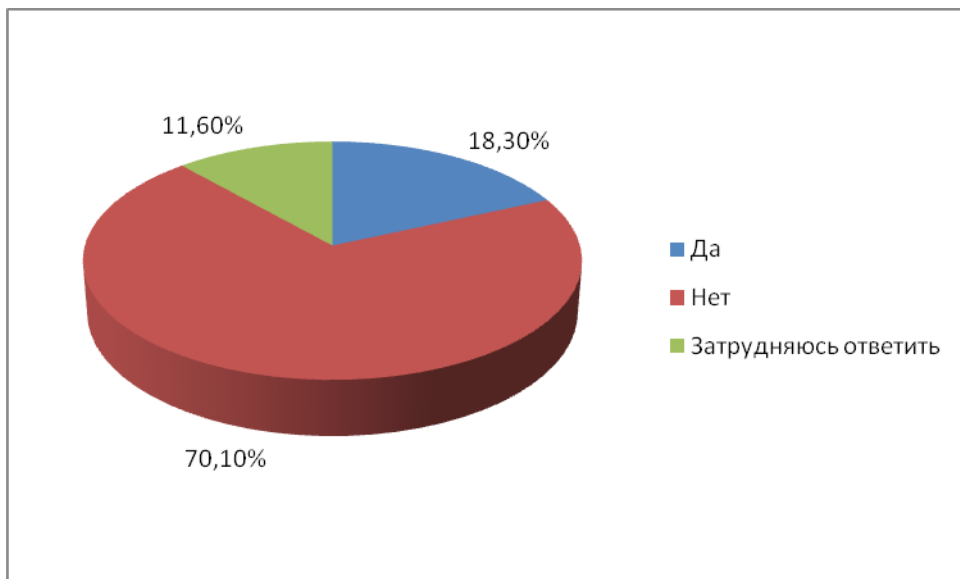
Вопрос 12 Охарактеризуйте современное здравоохранение



Вопрос 14 Знаете ли Вы законодательство РФ об охране здоровья граждан?



Вопрос 16 Считаете ли , что Ваша профессиональная деятельность защищена законом?



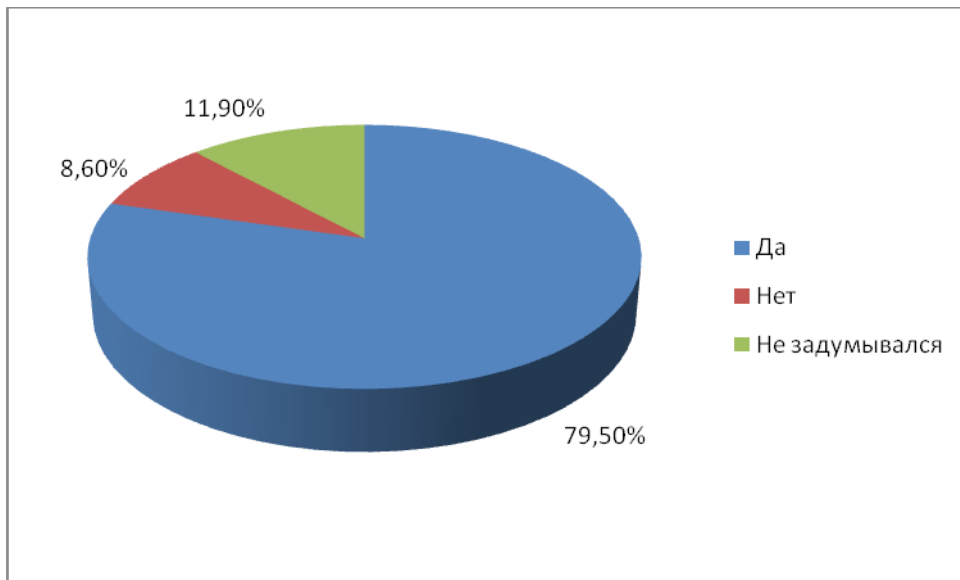
Вопрос 17 По Вашему мнению, для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения необходимо?



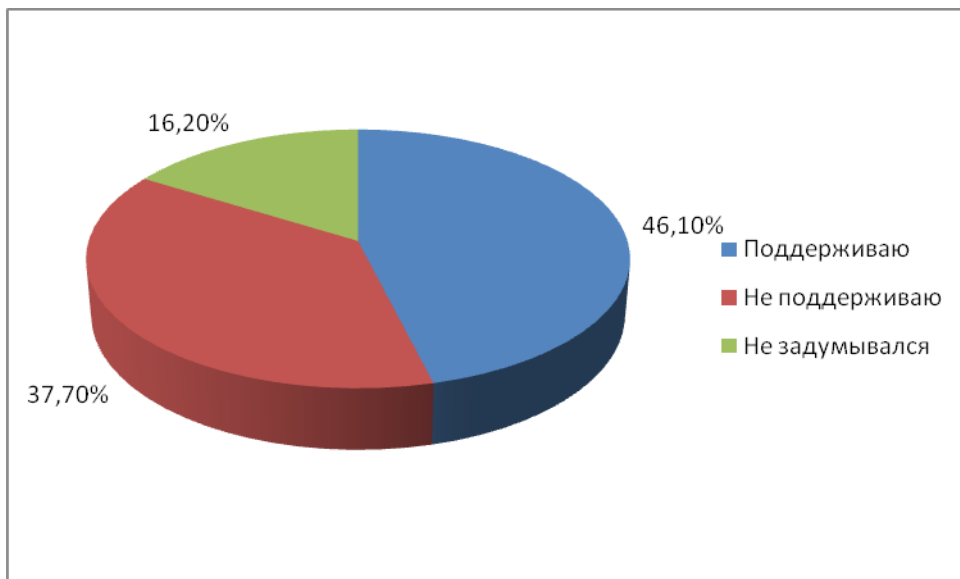
Вопрос 18 По Вашему мнению, реализация национального проекта «Здоровье»:



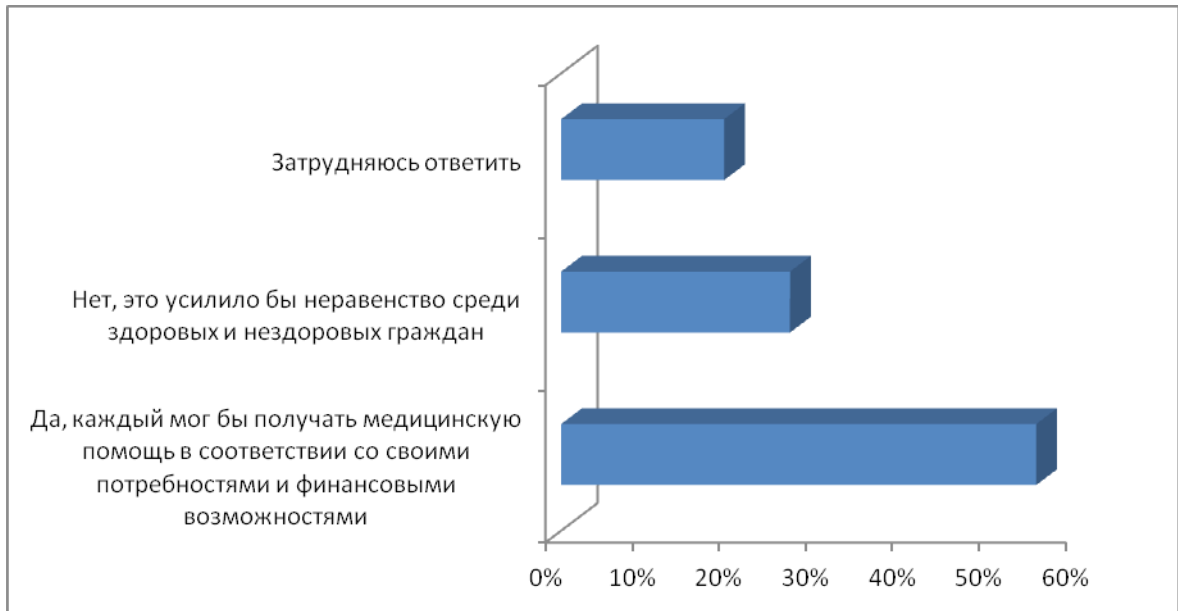
Вопрос 19 Необходима ли по Вашему мнению, организация целевой медицинской адресной помощи для определенных групп населения?



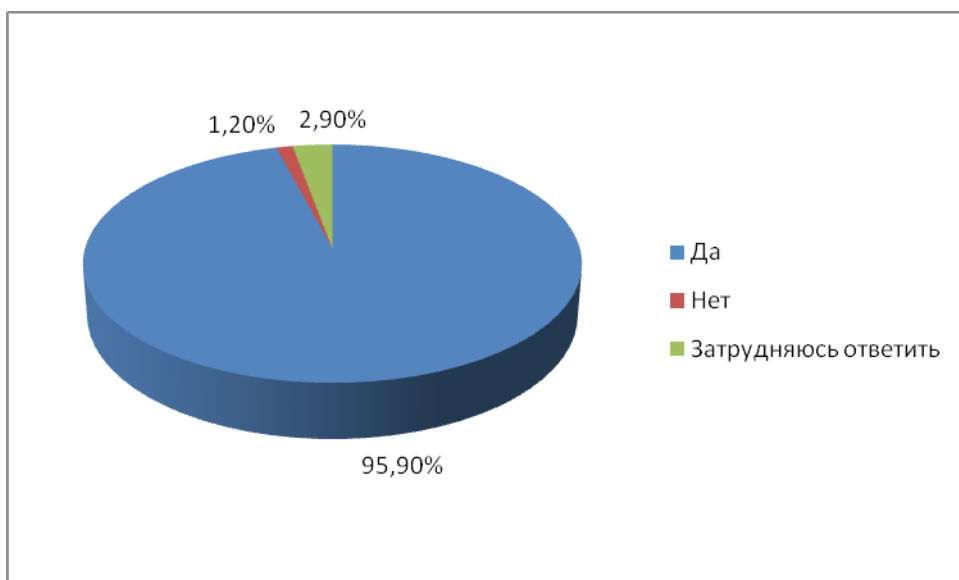
Вопрос 20 Ваше отношение к системе обязательного медицинского страхования?



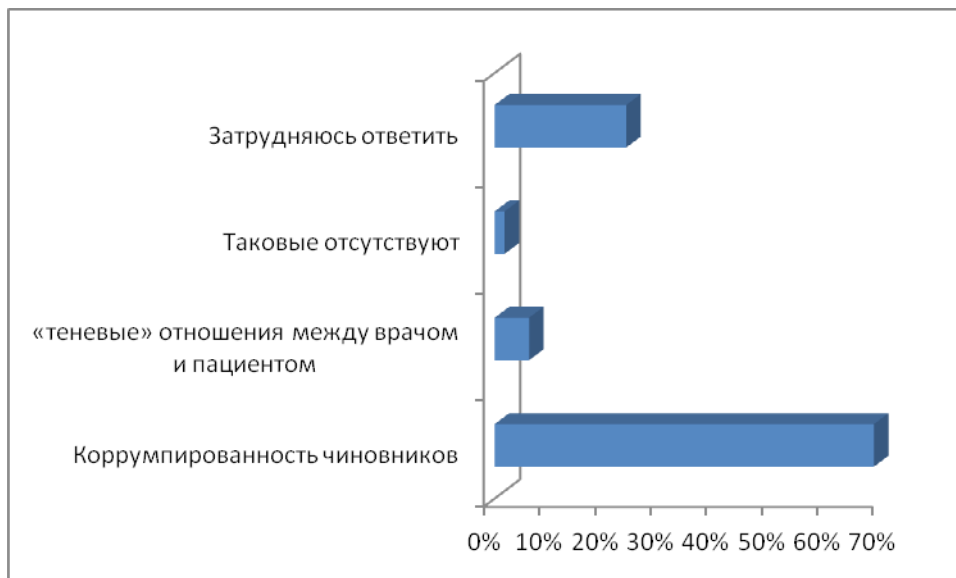
Вопрос 23 По Вашему мнению, необходим ли в организации и предоставлении медицинской помощи населению индивидуальный финансово обеспеченный полис?



Вопрос 24 Считает ли Вы, что необходимо развивать профилактическое направление в здравоохранении?



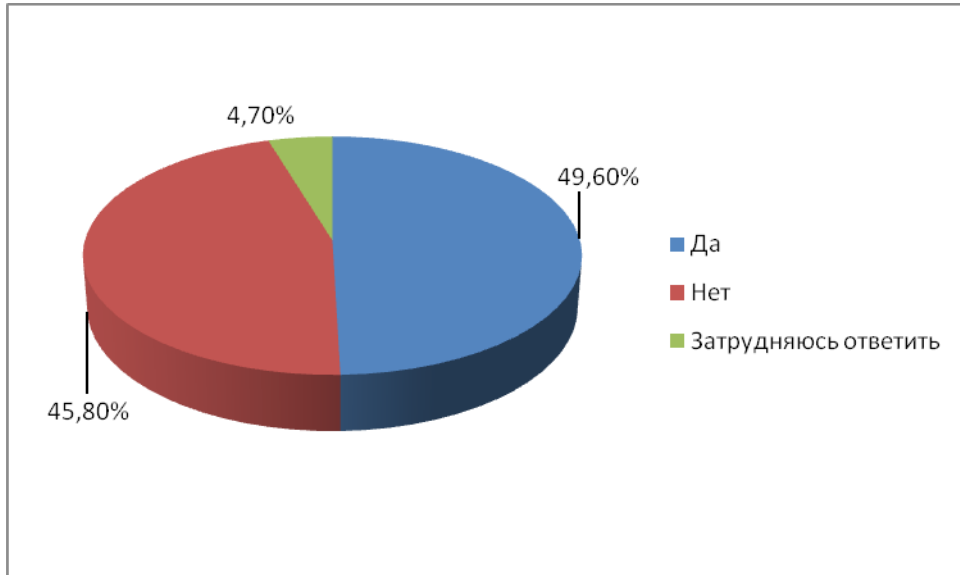
Вопрос 25 По Вашему мнению, основными негативными проявлениями в системе здравоохранения являются :



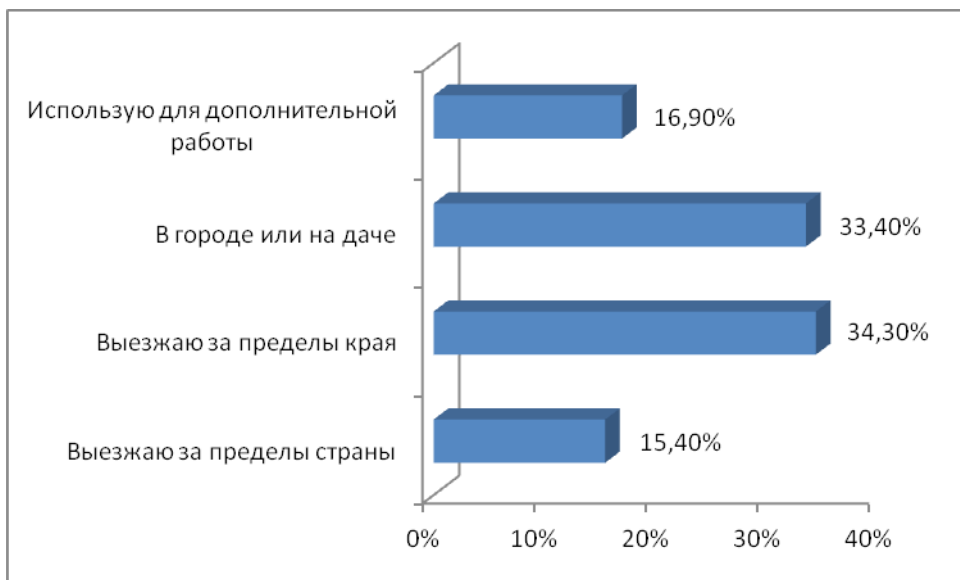
Вопрос 26 Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?



Вопрос 28 Ваша профессия позволяет больший доступ к медицинским услугам, чем человеку с иной профессией?



Вопрос 29 Как Вы проводите свой отпуск?



РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА
 О состоянии системы здравоохранения Хабаровского края в оценках населения
 Опрошено 629 респондентов

Вопрос, варианты ответа	%
1. Ваш пол:	
1. Мужской	46,1
2. Женский	53,9
2. Укажите Ваш возраст:	
1. 18-29	32,1
2. 30-39	20,5
3. 40-49	19,5
4. 50-59	13,0
5. 60 и старше	14,9
3. Ваше социальное положение:	
1. Студент	19,5
2. Рабочий	27,5
3. Служащий	20,3
4. Госслужащий (чиновник)	2,6
5. Военнослужащий	2,8
6. Предприниматель	6,2
7. Пенсионер	18,0
8. Безработный	3,0
4. Ваш уровень образования	
1. Среднее	9,5
2. Среднее специальное	29,0
3. Неоконченное высшее	23,0
4. Высшее	38,5
5. Как бы Вы оценили уровень своего дохода?	
1. Высокий	2,5
2. Выше среднего	12,1
3. Средний	50,3
4. Ниже среднего	20,7
5. Низкий	14,4
6. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?	
1. Отлично	8,4
2. Хорошо	40,7
3. Удовлетворительно	34,9
4. Неудовлетворительно	11,8
5. Затрудняюсь ответить	4,3
7. Как часто у Вас возникают проблемы со здоровьем? (в течение года)	
1. Никогда (не болею)	5,7
2. Редко (1-2 раза в год)	44,3
3. Иногда (3-4 раза в год)	30,2
4. Часто (чаще 5 раза в год)	10,8
5. Постоянно испытываю проблемы со здоровьем	9,0
8. Как часто Вы обращаетесь в медицинские учреждения?	
1. Никогда не обращаюсь	10,8
2. Редко (1-2 раза в год)	59,2

Вопрос, варианты ответа	%
3. Иногда (3-4 раза в год)	18,7
4. Часто (чаще 5 раз в год)	11,3
9. С какой целью Вы чаще всего обращаетесь в медицинские учреждения?	
1. Для прохождения регулярного осмотра	16,8
2. Для получения справок	19,0
3. Консультации специалистов	11,8
4. Для лечения, при первых признаках проблем со здоровьем	21,0
5. Для лечения, когда терпеть больше нет сил	25,7
6. Затрудняюсь ответить	5,7
10. Всегда ли Вы в случае заболевания обращаетесь к врачу?	
1. Да, так как есть опасения за свое здоровье	29,0
2. Нет, так как надеюсь, что быстро поправлюсь	36,6
3. Нет, так как не доверяю врачам	9,5
4. Нет, так как нет возможности просиживать время в поликлинике	17,5
5. Нет, так как в случае заболевания вынужден буду продолжить работу	7,4
11. В какие медицинские учреждения чаще всего Вы обращаетесь за медицинской помощью?	
1. В поликлинику по месту жительства	64,8
2. В городскую поликлинику по своему выбору	15,7
3. Частные клиники	17,9
4. Центр здоровья	1,6
5. Другое	-
12. За последние пять лет Вы проходили диспансерный осмотр (одновременный комплексный осмотр врачей)?	
1. Да	50,7
2. Нет	41,5
3. Затрудняюсь ответить	7,9
13. Что, по Вашему мнению, в наибольшей степени угрожает вашему здоровью?	
1. Мой образ жизни	21,1
2. Экологическая ситуация в районе проживания	18,0
3. Ограниченная доступность и низкое качество медицинской помощи	26,4
4. Отсутствие профилактических мероприятий в системе здравоохранения	15,2
5. Затрудняюсь ответить	19,2
14. Приходилось ли Вам отказываться от лечения, потому что не хватило денег?	
1. Постоянно	9,7
2. Время от времени	30,7
3. Очень редко	25,9
4. Никогда	33,8
15. Знаете ли Вы, что такое страховой медицинский полис и какие гарантии он Вам предоставляет?	
1. Да, он необходим для получения любых медицинских услуг	31,8
2. Да, я могу получить все необходимые мне медицинские услуги бесплатно	19,3
3. Да, я могу получить бесплатно минимальное количество необходимых мне услуг	34,1
4. Да, но он не гарантирует получение медицинских услуг и их оплату	11,1
5. Нет, не знаю	3,6
16. Имеется ли у Вас медицинский страховой полис и какого вида?	

Вопрос, варианты ответа	%
1. Да, у меня полис обязательного медицинского страхования	87,4
2. Да, у меня полис добровольного медицинского страхования	2,5
3. Да, я имею полис и добровольного и обязательного медицинского страхования	4,8
4. Нет, я не имею никакого полиса	3,1
5. Затрудняюсь ответить	2,3
17. Как часто Вы оплачиваете медицинские услуги при наличии у Вас медицинского полиса?	
1. Я всегда оплачиваю медицинские услуги	10,0
2. Часто оплачиваю медицинские услуги, но иногда получаю их бесплатно	30,5
3. Получаю медицинские услуги бесплатно, но некоторые приходится оплачивать	48,2
4. Никогда не сталкивался с тем, чтобы оплачивать медицинские услуги	11,3
18. Какой вид оплаты медицинских услуг Вы обычно используете?	
1. Всегда предъявляю полис медицинского страхования	33,3
2. Через кассу медицинского учреждения	50,2
3. Непосредственному исполнителю услуг (врачу, медперсоналу)	6,9
4. Затрудняюсь ответить	9,7
19. Согласны ли Вы с тем, что медицинское обслуживание за оплату более качественное, чем то же обслуживание, но бесплатно (по страховому медицинскому полису)?	
1. да, медицинские работники знают, за что работают	52,0
2. Нет, ведь страховой полис гарантирует оплату медицинских услуг	14,3
3. Затрудняюсь ответить	33,8
20. Дайте оценку уровню доступности получения медицинских услуг:	
1. Всегда могу получить любую медицинскую услугу или консультацию любого специалиста	17,9
2. Я могу получить основные медицинские услуги и консультации специалистов	48,4
3. Нет возможности получить самые необходимые медицинские услуги и консультации специалистов	16,7
4. Затрудняюсь ответить	16,9
21. Как Вы оцениваете в целом качество предоставляемых медицинских услуг:	
1. Качество предоставляемых услуг меня всегда полностью устраивает	13,9
2. Качество предоставляемых услуг меня частично устраивает	57,4
3. Качество предоставляемых услуг меня не устраивает	20,8
4. Затрудняюсь ответить	7,9
22. Возникают ли у Вас претензии по поводу оказываемых услуг и если возникают то, как часто?	
1. Возникают и довольно часто	16,8
2. Возникают, время от времени	51,8
3. Никогда не возникают (переход к вопросу 24)	19,0
4. Затрудняюсь ответить	13,4
23. Обращались ли Вы со своими претензиями по поводу качества медицинских услуг куда-либо?	
1. Да, я обращался (ась) к оказывающему услуги персоналу	12,5
2. Да, я обращался (ась) к администрации лечебно-профилактического	5,7

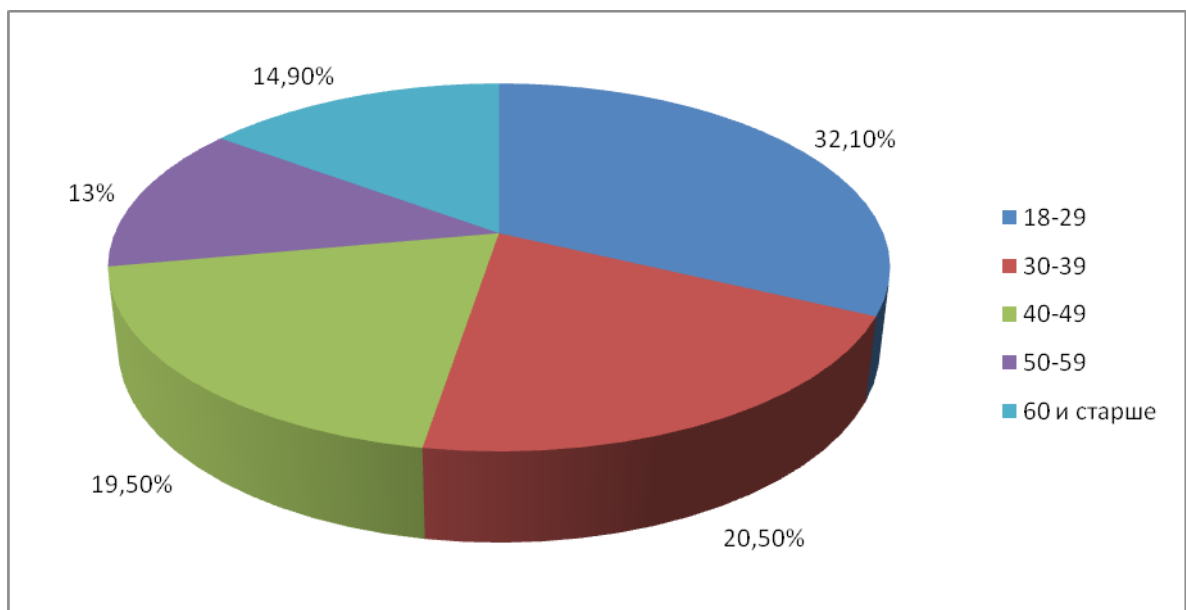
Вопрос, варианты ответа	%
учреждения	
3. Да, я обращался (ась) в министерство здравоохранения	0,8
4. Да, я обращался (ась) в страховую медицинскую организацию	1,3
5. Да, я обращался (ась) сразу в суд	0,3
6. Нет, я ни к кому со своими претензиями не обращался (ась)	79,4
24. Достаточно ли информации Вы имеете по деятельности системы здравоохранения в Хабаровском крае?	
1. Да, в поликлинике можно получить всю интересующую меня информацию	17,4
2. Да, средства массовой информации проводят активную работу в этом направлении	11,5
3. Нет, для меня это неинтересно	17,7
4. Нет, информации по этому вопросу очень мало	38,3
5. Затрудняюсь ответить	15,1
25. Знаете ли Вы свои права в сфере здравоохранения и охраны здоровья?	
1. Да, я хорошо разбираюсь в этих вопросах	16,2
2. Я слабо знаком с законодательством в области этих вопросов	49,3
3. Я совершенно не знаком с законодательством	23,3
4. Затрудняюсь ответить	11,2
26. В соответствии с новым законом об обязательном медицинском страховании воспользовались ли Вы своим правом выбора врача?	
1. Да, я реализовал свои права	6,4
2. Нет, мне было отказано	3,9
3. Нет, в этом нет необходимости	37,2
4. Нет, так ничего об этом не знаю	39,5
5. Затрудняюсь ответить	13,0
27. Как Вы оцениваете состояние здравоохранения в Хабаровском крае?	
1. Хорошее	16,7
2. Удовлетворительное	53,3
3. Плохое	14,6
4. Затрудняюсь ответить	15,4
28. Считаете ли Вы, что проводимые реформы сделали здравоохранение более доступным для населения?	
1. Да, изменения существенны и в лучшую сторону	9,5
2. Нет, все остается по-прежнему	45,7
3. Нет, становится все труднее получить качественную и доступную медицинскую помощь	21,8
4. Затрудняюсь ответить	23,0
29. Знаете ли Вы что-либо о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Хабаровском крае?	
1. Да, знаю цель проекта	7,6
2. Да, но не знаю цель проекта	9,5
3. Нет, но хотелось бы узнать	23,1
4. Нет, не представляет интереса	11,5
5. Затрудняюсь ответить	48,4
30. Что, по Вашему мнению, существенно изменило бы систему здравоохранения края в лучшую сторону?	
1. Изменение социальной политики государства	34,9
2. Внесение изменений в законодательство	17,2
3. Новые проекты в сфере здравоохранения	13,1

Вопрос, варианты ответа	%
4. Увеличение финансирования здравоохранения	33,9
5. Повышение заработной платы медицинскому персоналу	25,6
6. Индивидуальные взносы в страховые фонды на медицинскую помощь	3,4

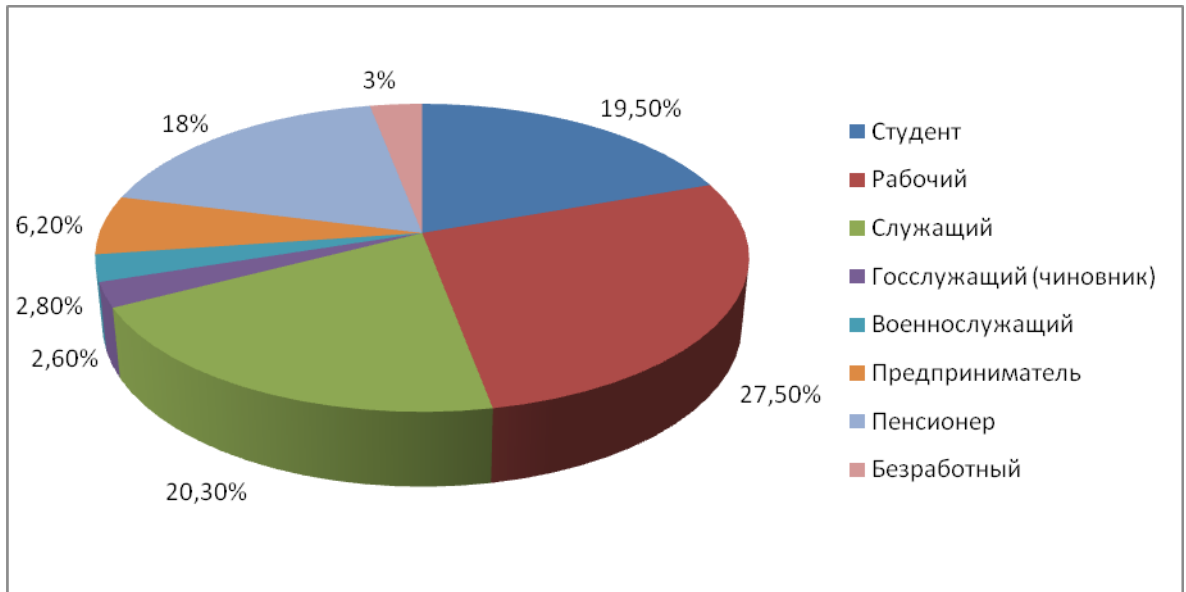
ПРИЛОЖЕНИЕ 6

О состоянии системы здравоохранения Хабаровского края в оценках населения
Опрошено 629 респондентов

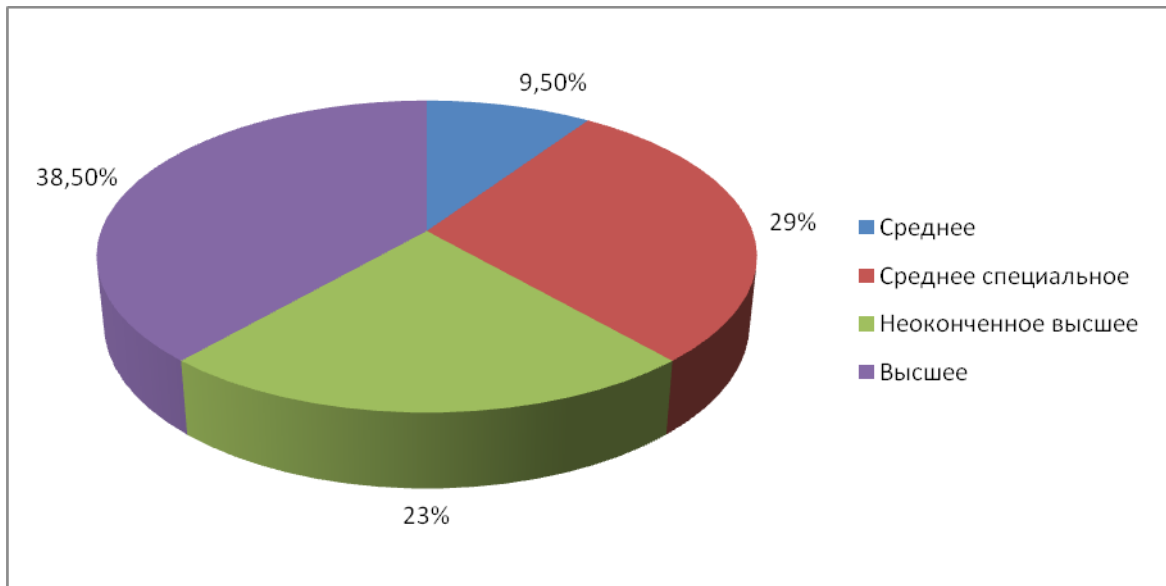
Вопрос 2 «Укажите Ваш возраст»



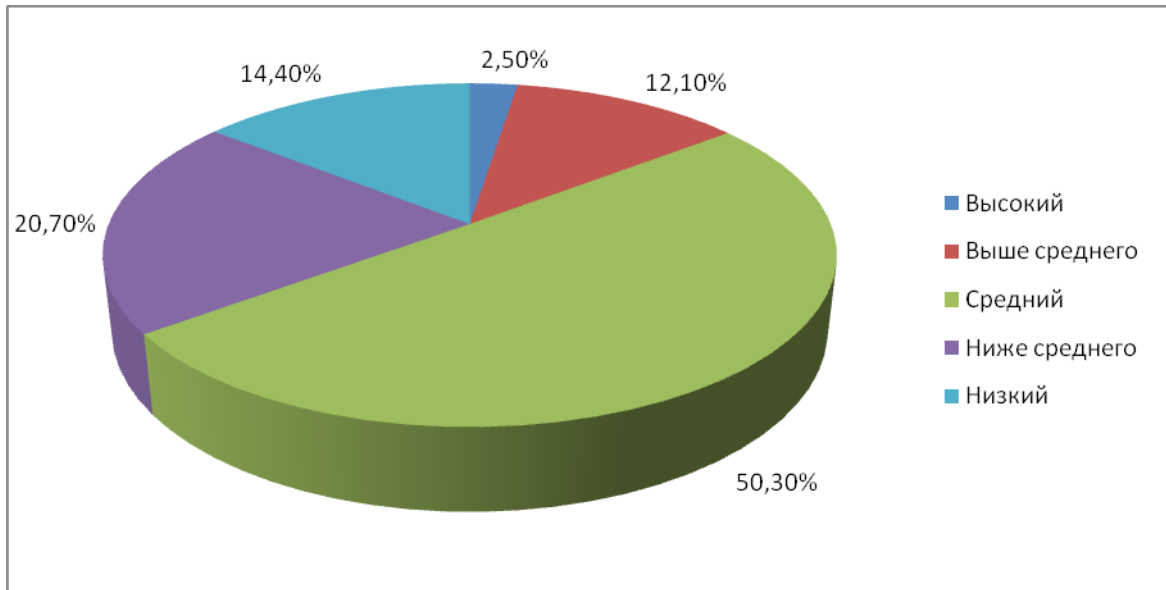
Вопрос 3 Ваше социальное положение



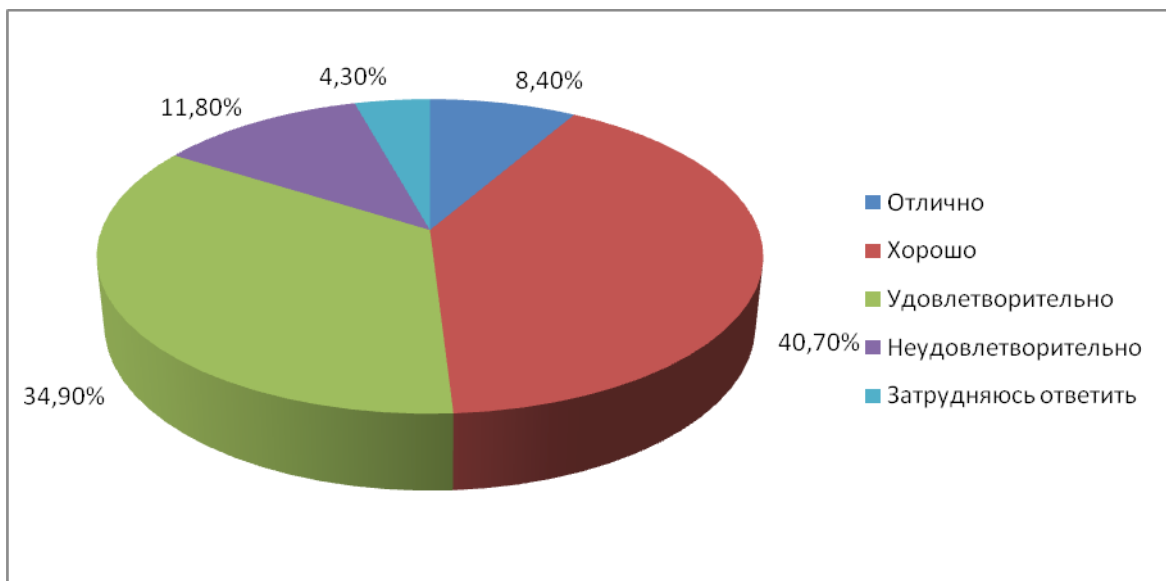
Вопрос 4 Ваш уровень образования



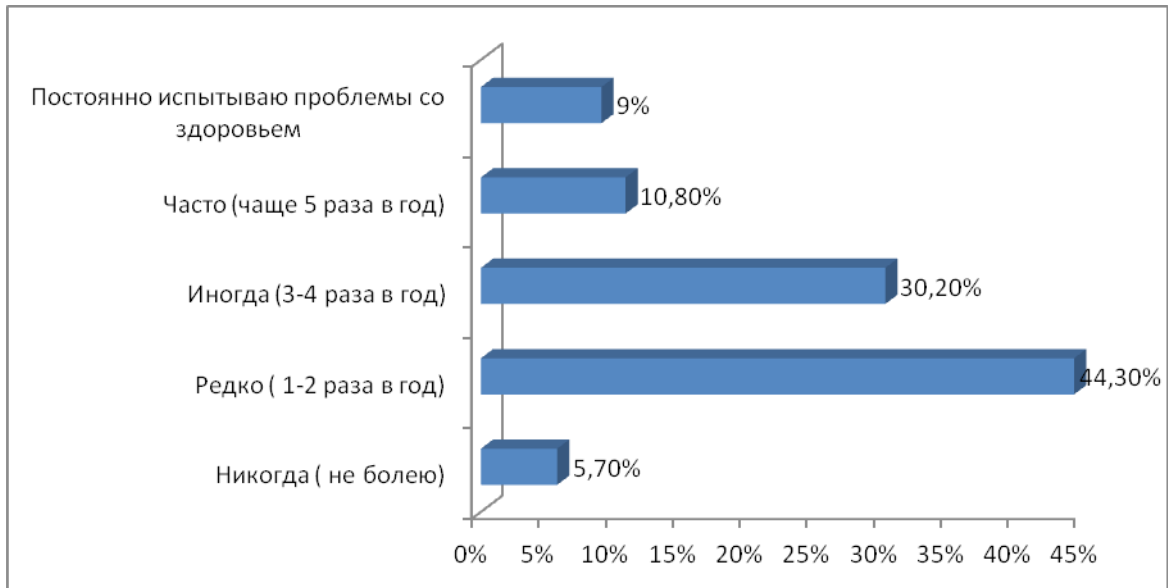
Вопрос 5 Как бы Вы оценили уровень своего дохода



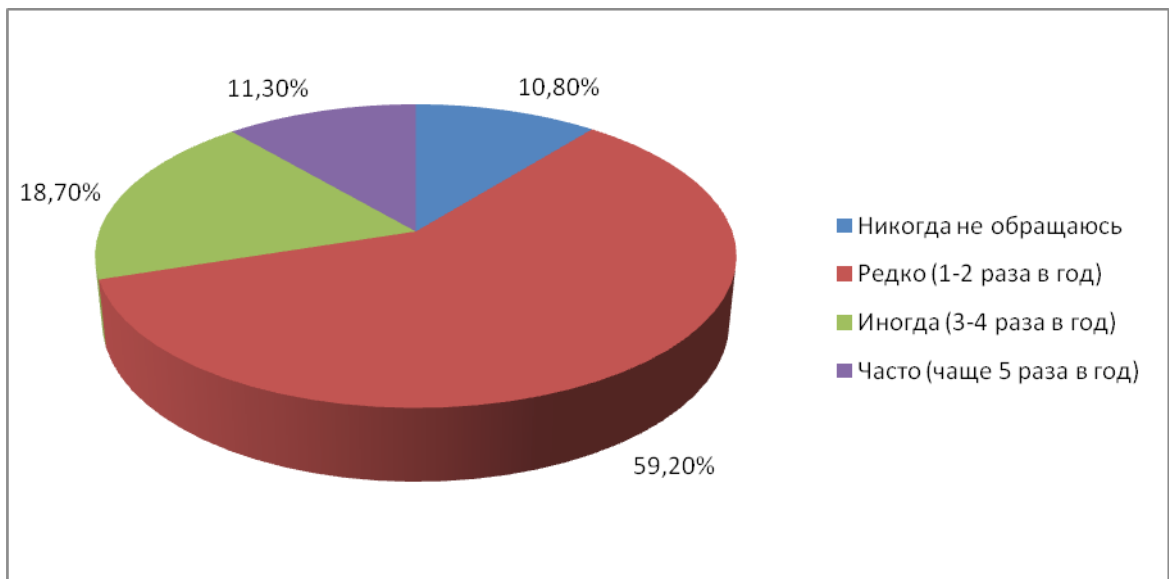
Вопрос 6 Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?



Вопрос 7 Как часто у Вас возникают проблемы со здоровьем?



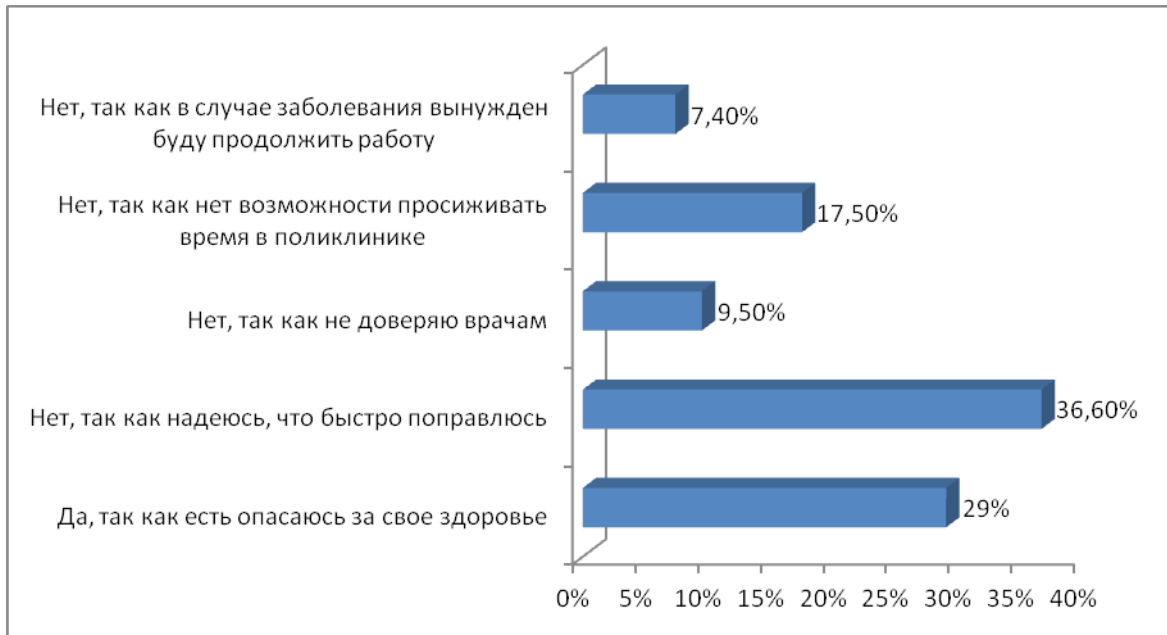
Вопрос 8 Как часто Вы обращаетесь в медицинские учреждения



Вопрос 9 С какой целью Вы чаще обращаетесь в медицинские учреждения?



Вопрос 10 Всегда ли Вы в случае заболевания обращаетесь к врачу?



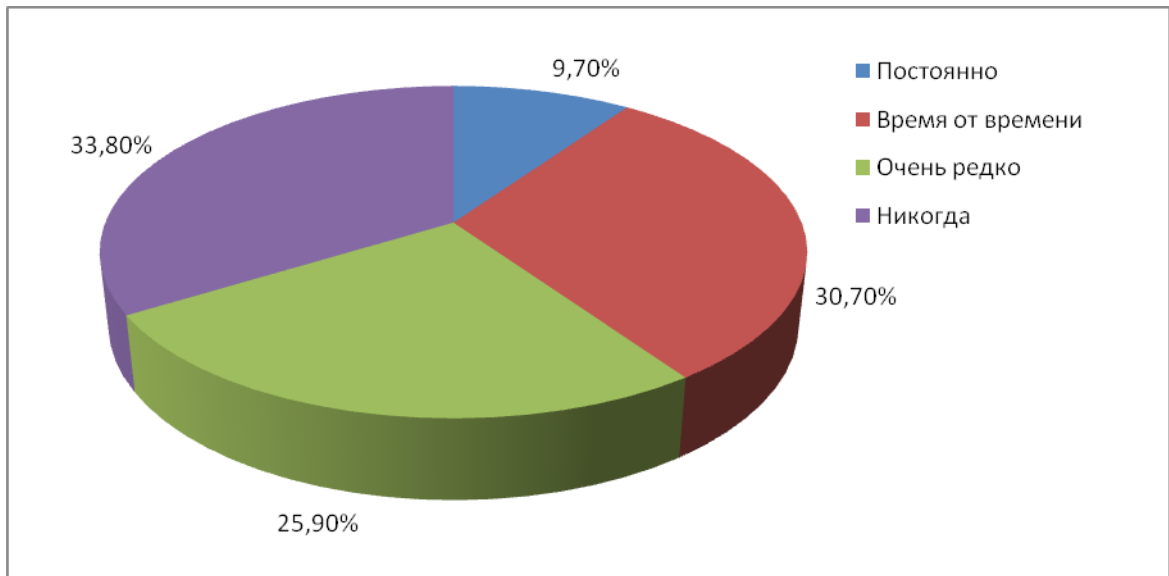
Вопрос 11 В какие медицинские учреждения чаще всего Вы обращаетесь за медицинской помощью?



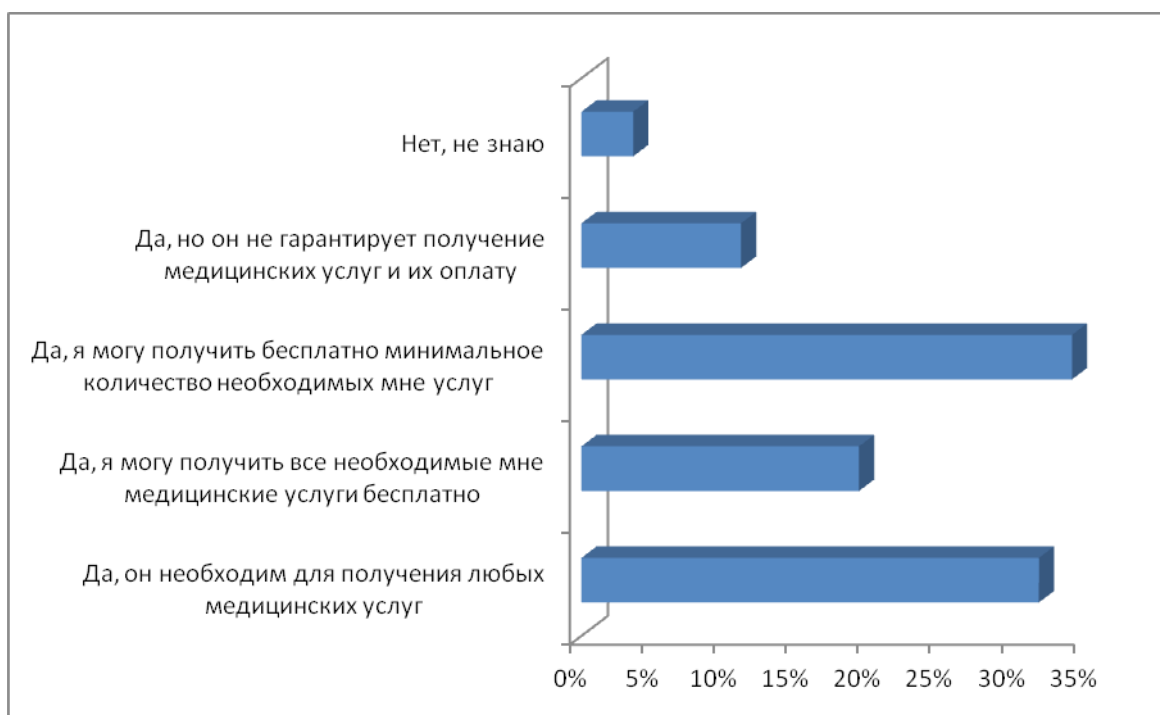
Вопрос 13 Что, по Вашему мнению, в наибольшей степени угрожает вашему здоровью?



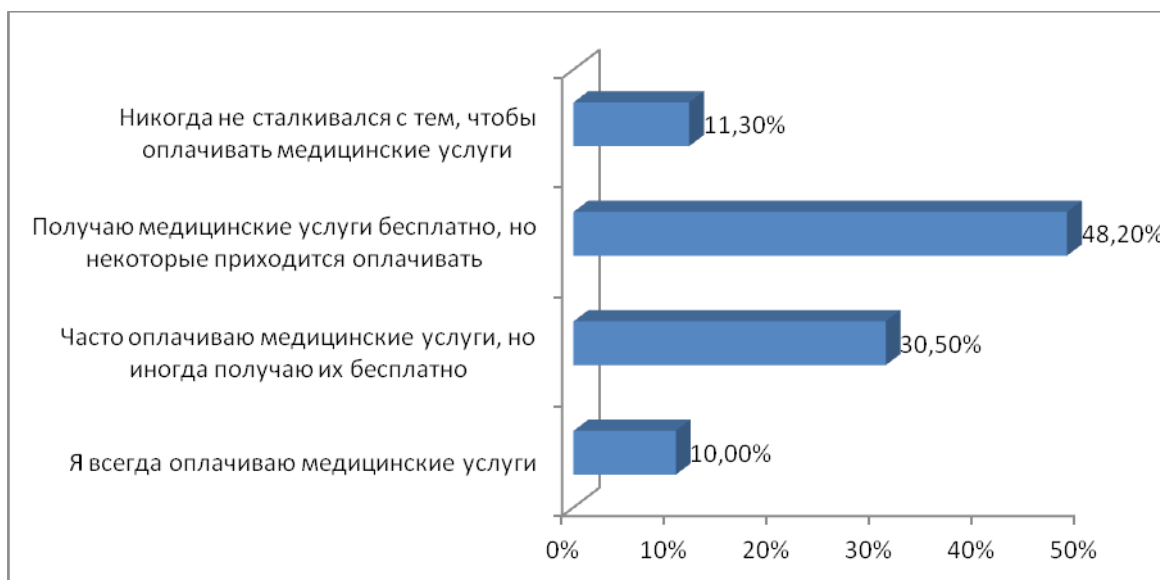
Вопрос 14 Приходилось ли Вам отказываться от лечения, потому что не хватало денег?



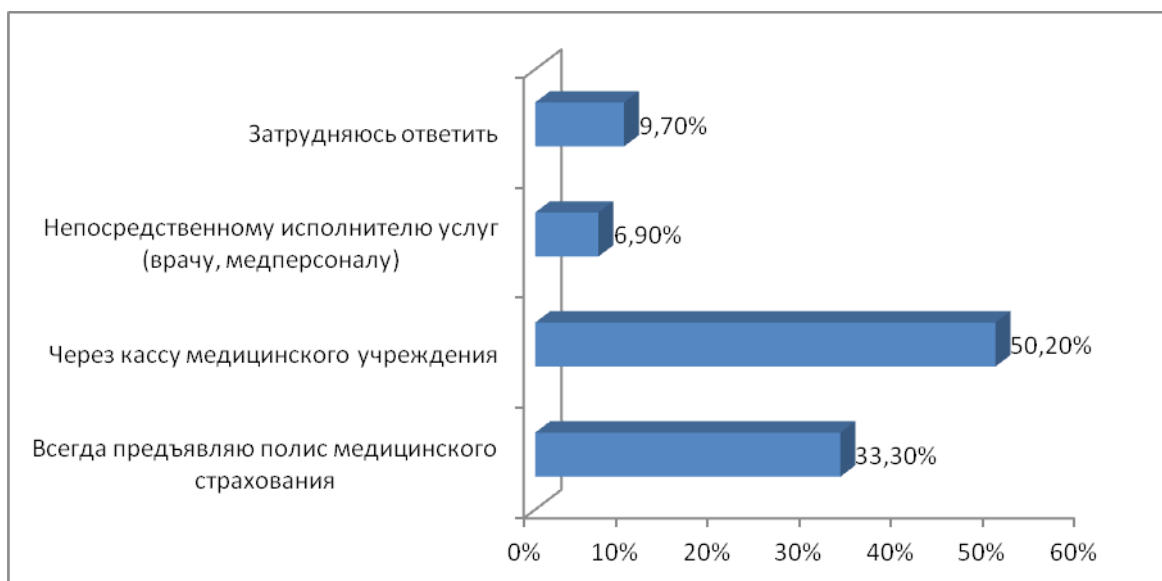
Вопрос 15 Знаете ли Вы, что такое страховой медицинский полис и какие гарантии он Вам предоставляет?



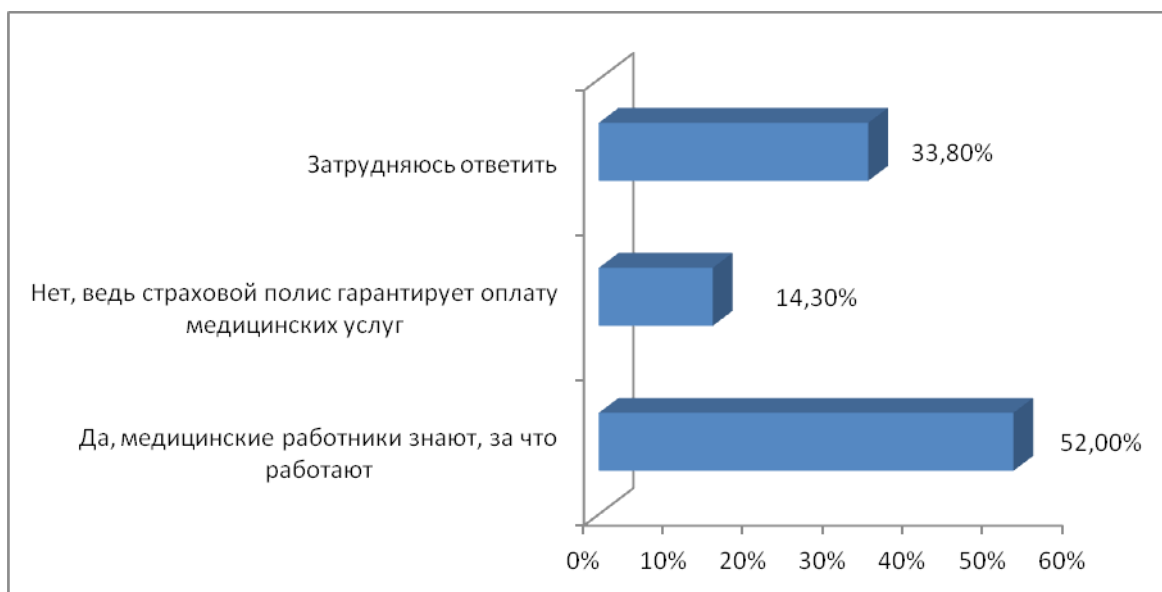
Вопрос 17 Как часто Вы оплачиваете медицинские услуги при наличии у Вас медицинского полиса?



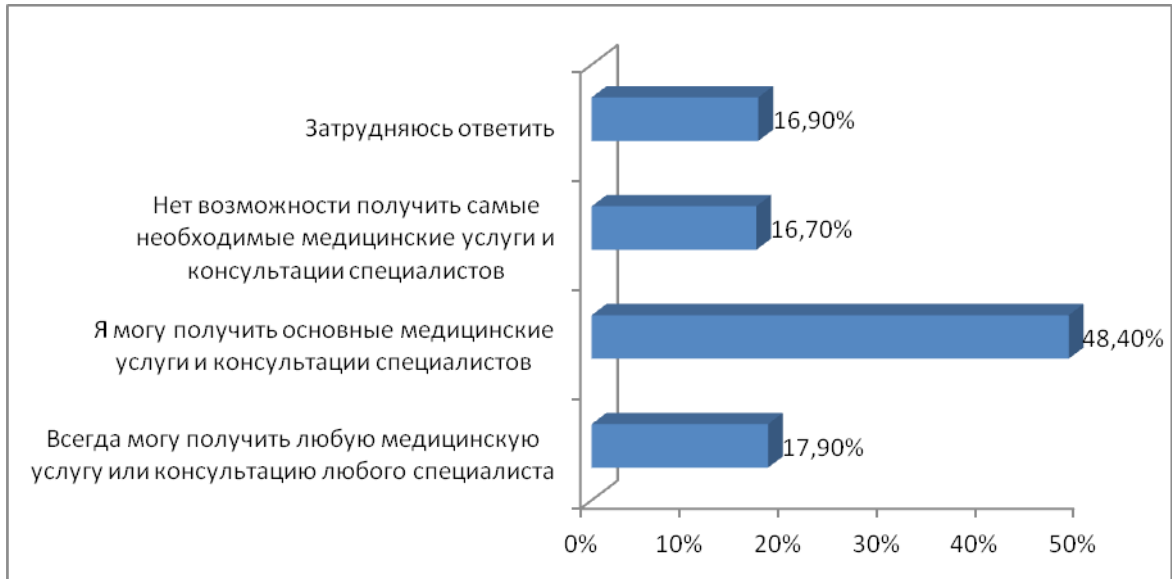
Вопрос 18 Какой вид оплаты медицинских услуг Вы обычно используете?



Вопрос 19 Согласны ли Вы с тем, что медицинское обслуживание за оплату более качественное, чем то же обслуживание, но бесплатно?



Вопрос 20 Дайте оценку уровню доступности получения медицинских услуг:



Вопрос 21 Как Вы оцениваете в целом качество предоставляемых медицинских услуг?



Вопрос 22 Возникают ли у Вас претензии по поводу оказываемых услуг и если возникают то, как часто?



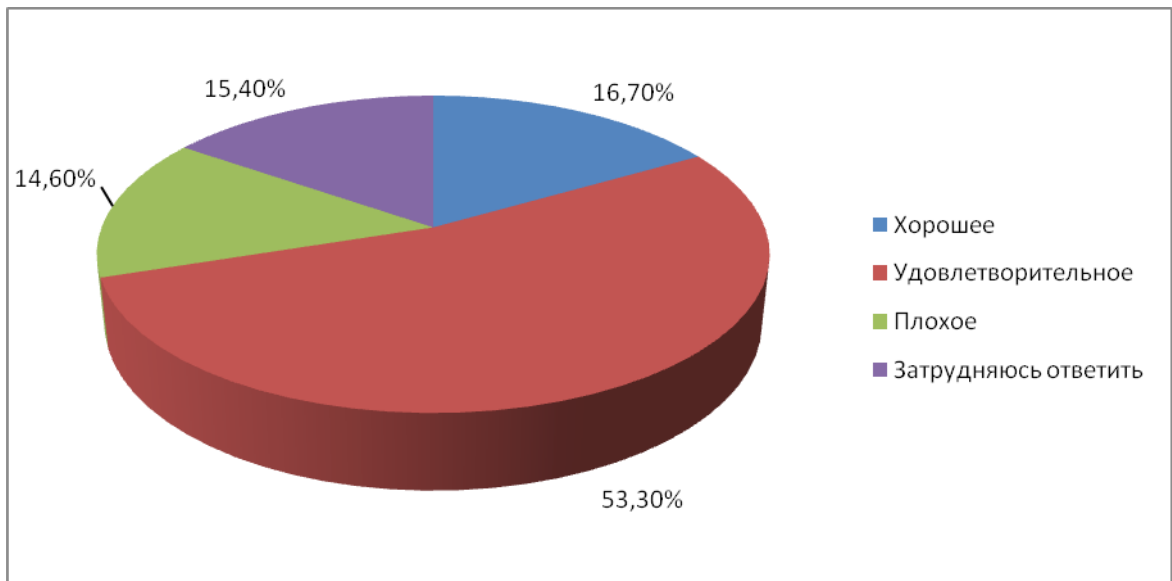
Вопрос 24 Достаточно ли информации Вы имеете по деятельности системы здравоохранения?



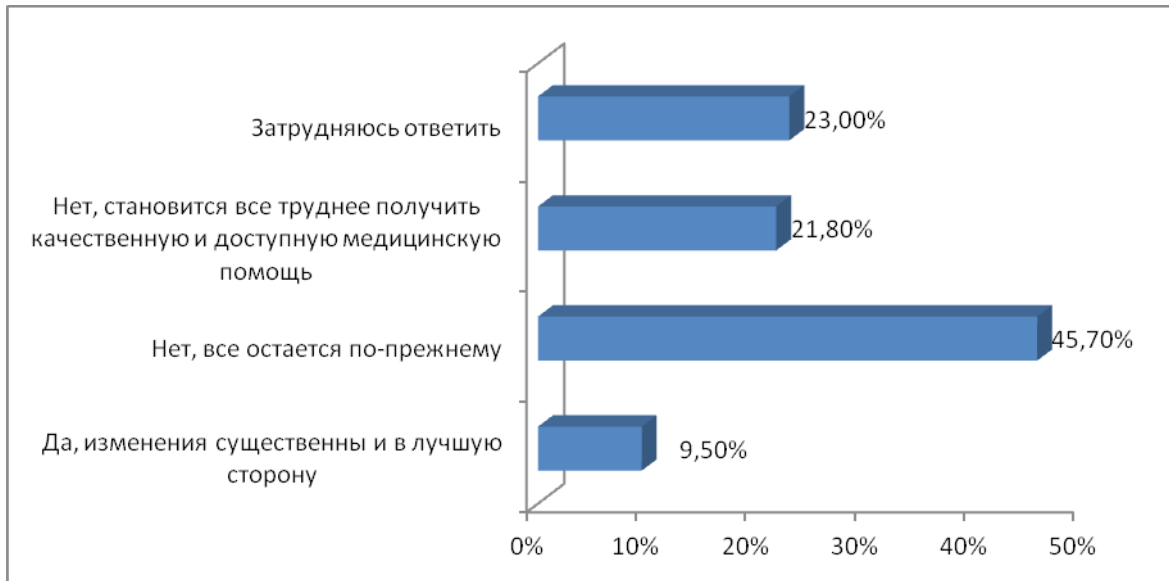
Вопрос 25 Знаете ли Вы свои права в сфере здравоохранения и охраны здоровья?



Вопрос 27 Как Вы оцениваете состояние здравоохранения в Хабаровском крае?



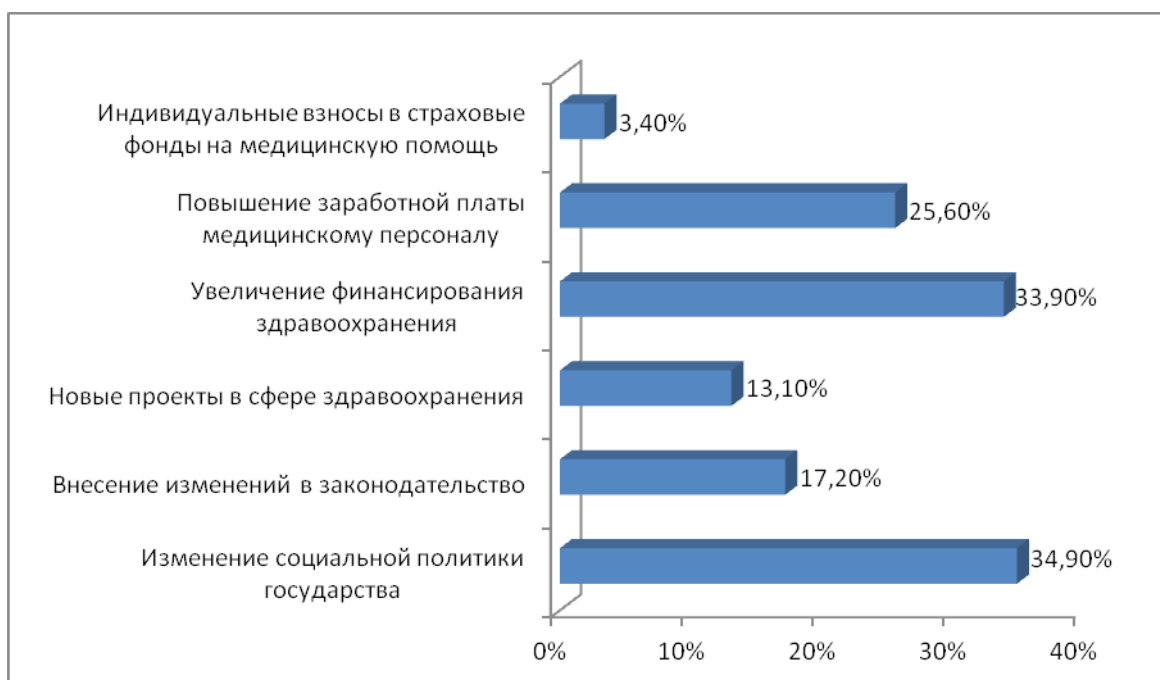
Вопрос 28 Считаете ли Вы , что проводимые реформы сделали здравоохранение более доступным для населения?



Вопрос 29 Знаете ли Вы что-нибудь о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Хабаровском крае?



Вопрос 30 Что, по Вашему мнению, существенно изменило бы систему здравоохранения края в лучшую сторону?



ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Основные социально экономические показатели системы здравоохранения РФ

Показатель	2000	2005	2010	2011	2012
экономические показатели					
Среднегодовая численность занятых в здравоохранении / %	4408 / 100 %	4548 / 101,3%	4621 / 99,6 %	4604 / 99,6%	4573 / 99,35
Платные услуги населению,	27,448	109756	250474	268058	333895

млн.руб.					
Удельный вес в общем объеме платных услуг, оказываемых населению в%	4,6	4,8	5,1	5,2	5,5
Расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение	153,4	797,1	1708,8	19933,1	2283,3
Среднемесячная номинальная заработная плата, руб.	1371	5906	15724	17545	20641
медицинское обслуживание					
Число больничных организаций, тыс.	10,7	9,5	6,3	6,3	6,2
Число коек, тыс	115	110	93,8	94,2	92,9
Число врачей, тыс.	46,8	48,6	50,1	51,2	49,1
Медицинский персонал, тыс	107,6	107,7	105,6	107,0	106,1

Численность населения (тыс.человек)

Территория	Годы				
	2000	2005	2007	2011	2012
РФ	146304	143236	142865	143056	143347
ДФО	6832	6460	6285	6266	6252
Хабаровский край	1460	1376	1343	1342	1342

Источник: URL: www.gks.ru > БГД – Здравоохранение в России – 2013 г.

Заболеваемость в группах населения с разным уровнем дохода (в%)

	Высокий уровень дохода	Средний уровень дохода	Низкий уровень дохода	Всего
Гипертоническая болезнь	16,6	22,8	44,3	24,3
Остеохондроз	14,4	25,0	33,1	24,8
Артрит	5,3	9,2	18,5	9,8
Другие	11,9	1,6	-	-
Нет никаких заболеваний	52,6	37,5	18,6	36,8
Затрудняюсь ответить	4,5	4,2	4,1	4,3

Самооценка здоровья мужчинами и женщинами

Как вы оцениваете свое здоровье	мужчины	женщины	Всего
очень хорошее	8,6	4,2	6,1
хорошее	39,5	32,9	35,7
удовлетворительное	43,3	47,9	46,0
плохое	6,9	12,2	10,0
очень плохое	1,3	2,3	1,9
затрудняюсь	0,4	0,5	0,4

Удовлетворенность мужчин и женщин медицинской помощью в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях (в %)

Удовлетворены медицинскими услугами	Мужчины	Женщины	Всего
да	61,6	58,1	59,4
нет	29,3	32,8	31,5
затрудняюсь	9,1	9,1	9,1