

УДК 301

Н.А. Вялых

кандидат социологических наук, доцент

Южный федеральный университет

г. Ростов-на-Дону, Россия

Sociology4.1@yandex.ru

АГЕНТЫ И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

**[Vyalykh N.A. Agents and conditions of formation
an accessible medical care environment in Russia]**

The topicality of the article is the necessity to construct an accessible and effectiveness medical care environment in Russia. The novelty of the work is expressed in the indication of contradiction between explicit functions and real interests of agents in the medical care system. A special attention is given to the consequences of government participation reduction in the healthcare. It's argued that, in general, the government interests and consumers' interests in the field of medical support are the same. However society still expects support and care from government, but the government gradually «comes out of the game». Finally the author comes to the conclusion about the possibility of increasing the medical care accessibility by means specification guarantees of free medical care and responsibility of agents, reduction of patients' direct payments, integrating of treatment process, and social dialogue of agents.

Key words: health institute, medical care, medical care accessibility, agents, functions, interests.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ведущим фактором риска, влияющим на общественное и индивидуальное здоровье, является образ жизни. От него зависит примерно 50 % здоровья. По 20 % приходится на воздействие окружающей среды и генетические факторы, и только 10 % общественного здоровья зависит от деятельности медицинских организаций. Данные расчеты подтверждаются отечественными исследователями [5]. Логично, что наука и общество должны бросить все силы на формирование здорового образа жизни, здорового генофонда и благоприятной окружающей среды. Однако конструирование здорового образа жизни – очень длительный процесс, сопряженный с «ломкой» общественного сознания, привычек, традиций, стереотипов мышления и социальных алгоритмов поведения. Наследственные факторы риска изменить практически невозможно, а об улучшении экологической обстановки в условиях необходимости новой индустриализации в России говорить преждевременно.

На институт здравоохранения, а точнее на его частные медицинские функции (лечебные, диагностические, профилактические, реабилитационные) ложится такая нагрузка, которую на сегодняшний день он выдержать просто не в состоянии. Рано или поздно люди, соблюдающие или не соблюдающие здоровый образ жизни, обращаются за помощью к медицинским профессионалам. Это очевидный факт. Очевидно и то, что коррекция или устранение наследственных заболеваний – прерогатива медицины. Только доказательная медицина способна значительно снизить степень неблагоприятного воздействия агрессивной окружающей среды (экологии, условий труда и быта) на человека. Именно поэтому следует выработать научно-обоснованные подходы к расширению доступности и улучшению качества медицинской помощи. Врач в поликлинике, скорая медицинская помощь, госпитализация – для миллионов людей может стать единственным и последним способом сохранения трудоспособности, здоровья и даже жизни. Десять процентов для отдельно взятого человека в один миг могут дорасти до ста процентов.

Необходимо научно обосновать роль агентов и социальных условий в создании доступной среды медицинского обеспечения в России, необходимо решить ряд задач: концептуализировать понятие доступной среды медицинского обеспечения, рассмотреть формальные функции и выявить противоречивость реальных интересов агентов в сфере медицинского обеспечения, предложить меры по расширению доступности медицинской помощи.

Большинство зарубежных авторов нацелены преимущественно на изучение контекстуальных факторов, детерминирующих доступность медицинской помощи [2; 3; 9]. В центре их внимания находятся институт и политика здравоохранения. И.Б. Назарова связывает доступность медицинской помощи с самосохранительной активностью личности [6]. Методологическое значение теории самосохранительной активности заключается в признании сознательной деятельности личности в качестве основополагающего условия доступа к медицинской помощи. Действительно, потребление медицинской помощи во многом зависит от того, посчитает ли человек нужным и целесообразным вступить во взаимоотношения с медицинскими организациями института здравоохранения.

Под доступной средой медицинского обеспечения мы подразумеваем, во-первых, наличие адекватных для удовлетворения медицинской потребности ресурсов системы здравоохранения, во-вторых, минимальную высоту соци-

ально-экономических, социокультурных и организационных барьеров на пути к удовлетворению медицинской потребности для всех слоев общества, в-третьих, сбалансированность интересов всех заинтересованных агентов системы медицинского обеспечения.

Именно третьему пункту мы уделим особое внимание, так как конфликт интересов, и как следствие, разновекторность стратегий различных агентов порождают институциональную ловушку в системе медицинского обеспечения. Больше всех от этого проигрывают, конечно, потенциальные и реальные пациенты.

Основными агентами системы медицинского обеспечения в России являются: государство (включая федеральные, региональные и муниципальные органы управления здравоохранением, федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования), персонал медицинских организаций, персонал страховых медицинских организаций, потребители медицинской помощи, работодатели (отчасти).

Вышеупомянутые агенты совпадают с субъектами и участниками обязательного медицинского страхования (ОМС), обозначенными в законе [8]. Однако мы оперируем понятием «агент» для того чтобы акцентировать внимание на сознательной активности субъектов и участников системы ОМС, являющихся не просто функциями в системе, но заинтересованными акторами. Есть и «третьи силы», но от этого не менее значимые: фармацевтические корпорации и организации, производители портативной медицинской техники для домашнего использования, медицинская реклама в СМИ. В таблице обозначены формальные функции и реальные интересы агентов.

Мы не претендуем на исчерпывающее описание функций и интересов различных агентов, но из таблицы видно, как вступают в противоречия формальные функции и реальные интересы отдельно взятых агентов, а также реальные интересы всех агентов между собой.

Функции и интересы агентов в сфере медицинского обеспечения России

Агенты	Формальные функции	Реальные интересы
Государство	Обеспечение и регулирование условий для удовлетворения медицинских потребностей общества	Повышение качества и количества популяционных и трудовых ресурсов страны при минимальных издержках

Медицинские организации	Лечение, диагностика, профилактика заболеваний; непосредственное удовлетворение медицинских потребностей общества	Монополия на оказание медицинской помощи и защита профессиональной репутации; извлечение прибыли
Страховые медицинские организации	Посредническое финансирование, организация и экспертиза в сфере оказания медицинской помощи	Максимизация прибыли
Потребители медицинской помощи	Выбор стратегии и тактики медицинского поведения	Получение своевременной, безопасной и адекватной медицинской помощи с минимальными временными и финансовыми издержками
Производители и реализаторы фармацевтической и медико-технической продукции	Производство и реализация фармацевтической и медицинской продукции	Максимизация прибыли
Медицинская реклама в СМИ	Информирование потребителей о возможностях удовлетворения потребности в здоровье в пространстве медицинского дискурса	Максимизация прибыли
Работодатели, организации	Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование; организация первичного и периодических медицинских осмотров работников (обучающихся); элективное инициативное участие в программах добровольного медицинского страхования	Повышение трудоспособности работников при минимальных издержках

Приведем несколько примеров диссонирования интересов в сфере медицинского обеспечения.

Концептуально интересы государства и личности в сфере медицинского обеспечения совпадают, но население до сих пор ожидает поддержки и заботы со стороны государства, а государство планомерно сокращает объем гарантированной бесплатной медицинской помощи и постепенно «выходит из игры», делегируя ответственность за здоровье самому человеку, а экономические и организационные функции здравоохранения страховым медицинским организациям (СМО), не говоря о бесконтрольно расширяющемся секторе коммерческой медицины.

Интересы государства и производителей, реализаторов фармацевтической и медико-технической продукции также совпадают, если не считать того обстоятельства, что любой предприниматель от медицины стремится максимизировать свою прибыль, увеличивая объемы продаж как отечественных, так и импортных лекарств, как действенной, так и бесполезной продукции, в общем – всего, что можно продать. Рост цен на медикаменты наносит удар по репутации, прежде всего, государства, а не производителя или реализатора. Государство, в свою очередь, обеспечивает достаточно большую свободу действий фармацевтическим корпорациям и производителям медицинской техники, так как они являются налогоплательщиками. СМИ – все равно, что рекламировать, а для медицинских организаций, производителей медицинских препаратов и прочей продукции, СМО, реклама – это один из инструментов конкурентной борьбы за пациентов и застрахованных. Вот и получается, что ключевые игроки рынка медицинских услуг и препаратов сливаются в «экономическом экстазе».

Медицинские организации фактически находятся в зависимости от СМО, которые в итоге платят по счету. Разумеется, каждый год производятся расчеты стоимости территориальной программы государственных гарантий, осуществляется согласование тарифов на оказание медицинской помощи при участии всех заинтересованных сторон [8], но очевидно, что главной целью СМО является извлечение прибыли и минимизация объема финансирования услуг, оказываемых медицинскими организациями по территориальной программе ОМС. Медицинские организации мотивированы на сверхкомпенсацию затрат на оказание медицинской помощи. И как может быть иначе? Ведь теперь все издержки на производство медицинской помощи, включая зарплату медицинских работников, закупку и обслуживание медицинского оборудования, закупку медикаментов, оплачиваются из фонда ОМС. Как правило, в этой борьбе основной удар на себя принимают не столько медицинские организации, сколько потребители медицинской помощи, вынужденные платить дважды: посредством обязательных страховых взносов и прямых (официальных и неформальных) платежей.

Функционально интересы медицинских организаций и их клиентов конвергируются. Врачи заинтересованы в повышении числа положительно законченных случаев оказания медицинской помощи, а пациенты в динамиче-

ском улучшении своего здоровья. Однако обозначенная выше проблема взаимодействия СМО с медицинскими организациями вынуждает последних возводить организационные барьеры для потребителей во избежание штрафных санкций за необоснованно завышенные объемы предоставления медицинской помощи. Куда более интересной для медицинских организаций является сфера платных медицинских услуг. Пациенты само собой ориентируются на «бесплатную», в обыденном понимании, медицинскую помощь.

Можно было бы и дальше изобличать противоречивость интересов различных агентов, однако социально-гуманитарное знание способно ответить не только на извечные вопросы: «Что делать? Кто виноват?», но и на вопрос: «Как сделать?..». Полагаем, что сделать среду медицинского обеспечения доступнее невозможно без соблюдения и обеспечения ряда организационно-финансовых условий функционирования института здравоохранения.

1. Детализация «зон ответственности» агентов. Для обеспечения равенства шансов, например, на лечение в стационаре следует ввести прозрачную и понятную систему санкций не только по отношению к медицинскому персоналу за немотивированный отказ от госпитализации или необоснованную длительность ее ожидания, но и по отношению к СМО, в которой застрахован потребитель. СМО и медицинские организации должны разделять риски неоказания или неадекватного, несвоевременного оказания медицинской помощи. Параллельно должна существовать открытая система стимулов для СМО, медицинских организаций и врачей. Данная мера необходима для снижения коррупции в сфере здравоохранения. Однако она может привести к погоне за количественными показателями в ущерб качеству медицинской помощи.

Персональная ответственность за исход оказания медицинской услуги на каждом этапе лечения и диагностики повысит как качество, так и доступность медицинской помощи. Во-первых, врач и медицинская организация будут заинтересованы в оказании медицинской помощи каждому потребителю независимо от его социального статуса и тяжести заболевания. Во-вторых, снизится количество необоснованных медицинских направлений и «перенаправлений», когда от пациента хотят просто избавиться, подстраховав себя. Бремя ответственности должен нести и потенциальный пациент, так как невыполнение рекомендаций врача, обращение в медицинские организации на поздних, запущенных стадиях заболевания, самолечение, неустранение

пациентом известных ему рискогенных для его здоровья факторов, отсутствие документов (полис, паспорт, СНИЛС) существенно затрудняет выполнение медицинскими организациями своих функций.

2. Преемственность процесса лечения и наблюдения пациента. Данный принцип и так заложен, но де-факто не работает. Для этого каждый пациент должен иметь не только правовую, но и реальную информационную возможность выбирать медицинскую организацию и врача на каждом этапе потребления медицинской помощи, понимать, на какие формы и виды медицинского вмешательства и на каких условиях он имеет право. В региональных Интернет-ресурсах содержатся рейтинги медицинских организаций, но потребители о них не знают, к тому же для обывателя остаются неясными критерии подобного ранжирования.

3. Сокращение непосредственных платежей потребителей за медицинскую помощь. Лечение больных, особенно хроническими и тяжелыми заболеваниями, требующее высоких денежных и транспортных расходов, не должно быть непосильным бременем для бюджета семьи заболевшего, поскольку недостаток средств зачастую приводит к отказу от полноценного лечения или диагностики. Личные расходы и расходы домохозяйств на медицинскую помощь могут быть по образцу некоторых стран Запада (Германия, Ирландия) сокращены путем введения финансового потолка, выше которого затраты компенсируются из общественных фондов.

Если Россия пока не готова к прогрессивной шкале налогообложения, то стоит задуматься о прогрессивной шкале социальных гарантий в сфере медицинского обеспечения. Действительно, в основе бюджетно-страховых систем здравоохранения, каковой считается и система ОМС РФ, лежит принцип: «Богатый платит за бедного, здоровый платит за больного». Увы, в странах с пропорциональной системой налогообложения, в том числе в России, реализуется только формула: «здоровый платит за больного».

Существенно дифференцирует потребителей медицинской помощи, нарушает принцип социальной справедливости в распределении медицинских услуг и их доступности – коррупция. Мы солидарны с Н.А. Агеевой в том, что коррупционная составляющая в работе системы здравоохранения «деструктивно воздействует на систему государственного управления, углубляет дискриминацию пациентов по их социальному статусу, приводит к массовому нарушению

конституционных прав и свобод граждан, способствует утверждению приоритета «платных» медицинских услуг над «бесплатными», усиливает недоверие народа к власти, снижает возможности экономического роста страны» [1, с. 49].

4. Конкретизация государственных гарантий оказания медицинской помощи. Процесс оказания медицинской помощи в нашей стране должен управляться точными, детализированными регламентами, а не документами, содержащими абстрактные и двусмысленные формулировки. Следует в полной мере реализовать контроль над развитием платных медицинских услуг. Вовсе не обязательно запрещать или жестко ограничивать медицинскую деятельность частного сектора. Нужно остановить именно вытеснение бесплатной медицинской помощи платными услугами, так как в России еще не сложились социально-экономические и культурно-исторические предпосылки перехода к исключительно рыночным механизмам функционирования системы медицинского обеспечения.

5. Перераспределение кадровых, технологических, финансовых ресурсов с целью выравнивания условий для организации охраны и укрепления здоровья населения регионов РФ, а также сел и городов. По некоторым данным, различия в финансировании здравоохранения регионов достигают двенадцатикратного размера [7], что негативным образом отражается на возможности получить качественное обслуживание в депрессивных и старопромышленных регионах. Не обязательно вводить систему, допустим, административного распределения медицинских работников. Прежде всего нужно заинтересовать медицинский персонал прогрессивной оплатой труда, предоставлением социального жилья и обеспечением достойных условий для профессиональной деятельности и профессионального развития, чтобы стимулировать приток квалифицированных кадров в малые и средние города, сельские поселения.

6. Социальный диалог агентов системы медицинского обеспечения. Многие проблемы произрастают от недосказанности и недопонимания, которые трансформируются впоследствии в социальное недоверие потребителей к медицинским организациям, СМО, государству и другим агентам. Потребители медицинской помощи в современном российском обществе уже более двух десятилетий играют роль экспериментальной группы, а пространство института здравоохранения перманентно становится экспериментальной площадкой всевозможных новаций и реформ. Однако сами потребители медицинской помощи и медицинское сообщество фактически выключены из процесса принятий

решений. В.И. Курбатов справедливо отмечает, что неперенным условием социального диалога является «изначальное равенство позиций и принципиальное равенство субъектов. Никто в диалоге не имеет изначального приоритета: все его участники равны, пока созидание диалога не выявит преимущество или более обоснованную ценность той или иной позиции» [4, с. 110].

Таким образом, отсутствие социального диалога в сфере медицинского обеспечения, либо существенная асимметрия коммуникации между агентами, подрывает стабильность функционирования не только института здравоохранения, но и всего российского общества как социетальной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агеева Н.А.* Коррупция в системе здравоохранения РФ как уродливая форма правосознания индивидов // Гуманитарные и социальные науки. 2014. № 1.
2. *Guagliardo M.* Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges // International Journal of Health Geographics. 2004. № 3 (3).
3. *Gulliford M.* Modernizing concepts of access and equity // Health Economics, Policy and Law / Cambridge University Press, 2009. Vol. 4 (02).
4. *Курбатов В.И.* Социальный диалог: концептуальный анализ // Гуманитарий Юга России. 2014. № 1.
5. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2007.
6. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М., 2007.
7. *Нюдюраниева С.Ф.* Обязательное медицинское страхование – как основа финансирования системы здравоохранения регионов // Управление экономическими системами: электронный научный журнал (30). 6/2011. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.uecs.ru/uecs30-302011/item/494-2011-06-20-10-15-52>.
8. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/popular/oms/>
9. *Williams J.S., Byles J.E., Inder K.J.* Equity of access to cardiac rehabilitation: the role of system factors // International Journal for Equity in Health. 2010. № 9 (2).

REFERENCES

1. *Ageeva N.A.* Corruption in Russian health care system as a malformed kind of men's law cognition // Humanities and Social Sciences. 2014. № 1.
2. *Guagliardo M.* Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges // International Journal of Health Geographics. 2004. № 3 (3).
3. *Gulliford M.* Modernizing concepts of access and equity // Health Economics, Policy and Law / Cambridge University Press, 2009. Vol. 4 (02).
4. *Kurbatov V.I.* Social dialogue: a conceptual analysis // The Humanitarian of the South of Russia. 2014. № 1.
5. *Lisitsyn Y.P.* Public health and health care. M., 2007.
6. *Nazarova I.B.* Health of the employed population. M., 2007.
7. *Njudjuralieva S.F.* Obligatory medical insurance as the basis for financing regional healthcare system // Management of economic systems: electronic scientific journal (30). 6/2011 [electronic resource]. URL: <http://www.uecs.ru/uecs30-302011/item/494-2011-06-20-10-15-52>.
8. Federal law «About the obligatory medical insurance in the Russian Federation» № 326-FL of November 29, 2010 [electronic resource]. URL: <http://www.consultant.ru/popular/oms/>.
9. *Williams J.S., Byles J.E., Inder K.J.* Equity of access to cardiac rehabilitation: the role of system factors // International Journal for Equity in Health. 2010. № 9 (2).

29 апреля 2015 г.
