

### СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР КАЧЕСТВЕННОГО ВОСПРОИЗВОДСТВА ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

И. Г. Иванова

*Воронежский государственный университет*

Поступила в редакцию 15 января 2010 г.

**Аннотация:** в статье рассматривается здоровье как важная качественная характеристика трудового потенциала. Основное внимание уделяется современной системе здравоохранения: выделяются проблемы организации, обосновываются перспективные с позиций качественного воспроизводства здоровья направления ее совершенствования.

**Ключевые слова:** трудовой потенциал, здоровье, система здравоохранения, обязательное медицинское страхование, первичная медпомощь, профилактика.

**Abstract:** in the article the health is considered as an important qualitative characteristic of a labour potential. The author focuses on the system of public health services. Modern problems of a health services organization are allocated. From a position of a qualitative health reproduction perspective directions of public health services system perfection are allocated and substantiated.

**Key words:** labour potential, health, system of a public health services, obligatory medical insurance, primary medical aid, preventive maintenance.

Проблемы сохранения и улучшения здоровья населения становятся все более актуальными. За годы реформы здравоохранения в России существенного изменения этой социально значимой сферы, к сожалению, не произошло. Отсутствие грамотного государственного регулирования привело к полной разбалансировке когда-то стройной и единой структуры системы здравоохранения.

Значимость здравоохранения объясняется его влиянием на проблемы общественного здоровья:

- смертность (снижение);
- рождаемость (рост);
- поддержание качественных показателей здоровья.

Здоровье – основа общественного благополучия нации, ее экономического и социального процветания. Значение общественного здоровья для экономического и социального статуса страны, ее места в мировом сообществе, отношения к ней других стран чрезвычайно велико.

В настоящее время принят к исполнению приоритетный национальный проект «Здоровье» и концепция «Новое общественное здоровье» (НОЗ). Реализация проекта «Здоровье» заметно повысила

внимание федеральных и региональных органов государственного управления к процессам развития системы здравоохранения и их влиянию на сохранение и улучшение здоровья людей, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Выделение значительных средств обеспечило увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала, некоторый рост средней заработной платы в отрасли, селективное обновление ее материально-технической базы. Однако, несмотря на ряд позитивных начинаний, национальный проект «Здоровье» и фонд ОМС до сих пор не смогли кардинально улучшить состояние системы российского здравоохранения. Уровень качества и доступности медицинских услуг по-прежнему не удовлетворяет потребностям основной массы населения.

Общество может развиваться планомерно только в том случае, когда заданные пропорции экономического роста обеспечены достаточными резервами, одним из которых является трудовой потенциал. Рабочую силу индивида по своему происхождению (свойство организма и социальной личности) и состоянию до использования в труде можно рассматривать как трудовой потенциал (ресурс)

личности – источник рабочей силы. Следовательно, трудовой потенциал – это постоянный резерв повышения производительности и эффективности труда. Величина трудового потенциала постоянно меняется и для общества весьма важно не только определять и учитывать возможные колебания, но и управлять ими.

Для стабильного развития экономики важно качество трудового потенциала в долгосрочной перспективе – с учетом возраста, образования, практического опыта, деловых качеств, уровня мотивации. Качество потенциала определяется демографическими, медико-биологическими, профессионально-квалификационными, социальными, психофизиологическими, идейно-политическими и нравственными характеристиками. В современных условиях весьма важной становится психофизиологическая составляющая трудового потенциала работника и прежде всего его здоровье.

На данный момент по интегральному показателю здоровья мы находимся на 68-м месте в мире. Детская смертность в России в 2-3 раза выше, чем в развитых странах. С 1992 г. начался процесс сокращения численности жителей (число умерших стало больше числа родившихся). Особенно высока в нашей стране смертность мужчин в возрасте 25–45 лет, по сравнению, например, с Германией она выше в 3 раза [1, с. 10]. Средняя продолжительность жизни населения в 2005 г. составляла 66,1 лет, что на 10 и более лет меньше, чем в развитых странах. Планируется увеличить этот показатель в 2015 г. до 70 лет, в 2020 г. – до 70,5 лет [2].

Анализ трансформации населения Воронежской области позволяет установить наличие устойчивой тенденции к сокращению его численности, в том числе по причине ухудшения здоровья. Коэффициент смертности увеличился с 16,6 до 18,2 [1, с. 289–290].

Среди взрослого населения выросло число заболеваний эндокринной системы, участились нарушения обмена веществ и иммунитета на 11,5 %; болезни крови и кроветворных органов на 24 %. Особенно резкий скачок заболеваемости наблюдается по болезням кожи и подкожной клетчатки – на 64 %, болезням кожно-мышечной системы и соединительной ткани – на 27 %; количеству врожденных аномалий (пороков развития) – на 41,6 % [2].

Постоянно увеличивается число онкологических больных, за последние 4 года обращаемость

по поводу онкозаболеваний выросла на 7 %. В последнее время довольно остро стоит проблема психических заболеваний. Число таких больных увеличилось на 9 %. Особенно вырос этот показатель у детей – на 12,3 % [там же].

Для стабилизации и роста показателей здоровья требуется повышение эффективности функционирования социальных институтов, в первую очередь системы здравоохранения. Одна из первых причин неэффективной работы данной системы здравоохранения – малорезультативная система организации и финансирования. В целях изменения неблагоприятной ситуации в 1991 г. было принято решение о переходе с бюджетной модели на бюджетно-страховую. В новой системе финансирования предусматривалось сохранение государственных органов управления здравоохранением, которые должны контролировать соблюдение нормативных требований к организации и качеству медицинской помощи, предоставлять консультативно-методическую помощь и заниматься разработкой и реализацией целевых программ. Финансирование целевых программ должно осуществляться из бюджета. Таким образом, новая система финансирования здравоохранения изначально предусматривала два источника финансирования учреждений здравоохранения. С созданием фондов ОМС в системе финансирования здравоохранения РФ появились новые субъекты, призванные аккумулировать значительные финансовые средства и распределять их между страховщиками и медицинскими организациями. Это не сопровождалось преобразованием органов государственного управления здравоохранением. Права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены законодательно. Все это создало основу для двоевластия в финансировании медицинских организаций.

Закон 1991 г. не предусматривал создания специальных организаций для сбора, аккумулирования и перераспределения взносов на ОМС. В процессе введения ОМС в практику здравоохранения появилась проблема выравнивания финансовых условий предоставления медицинской помощи для групп застрахованных, различающихся по половозрастным характеристикам и по месту жительства.

В 1993 г. в закон «О медицинском страховании» были внесены существенные изменения – он был дополнен положениями о создании Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФ ОМС) и территориальных фондов обязатель-

ного медицинского страхования (ТФ ОМС), которые получили статус самостоятельных некоммерческих финансово-кредитных учреждений. ТФ ОМС должен быть создан в каждом из 89 субъектов Федерации. Финансовые средства фондов ОМС являются федеральной государственной собственностью, не входят в состав бюджетов и других фондов.

Специальным решением Верховного Совета Российской Федерации в 1993 г. филиалам территориальных фондов ОМС временно, сроком на один год, предоставили право выполнять функции страховщиков и непосредственно взаимодействовать с медицинскими учреждениями. В результате организационная структура покупателей медицинских услуг стала «двухъярусной»: сначала средства ОМС поступают в государственные фонды обязательного медицинского страхования, затем – страховым медицинским компаниям, которые заключают контракты непосредственно с медицинскими учреждениями. Но если страховых компаний в том или ином регионе недостаточно, то фонды через свои филиалы сами заключают контракты с медицинскими учреждениями.

Изменения, внесенные в законодательство о медицинском страховании в 1993 г., создали возможность применения трех моделей ОМС, различающихся по типу организаций, выполняющих функции страховщиков в границах субъекта Федерации: модель с конкурирующими страховщиками; модель с одним страховщиком; модель с неоднородной структурой страховщиков – функции страховщиков выполняют страховые медицинские организации и филиалы фонда ОМС. Последняя модель ОМС не имеет аналогов в мире. В ней ТФ ОМС аккумулирует все средства на ОМС и распределяет их между собственными филиалами и страховыми медицинскими организациями.

Филиалы – это подразделения, которые полностью контролирует фонд. Страховые компании – самостоятельные организации, с которыми фонд обязан сосуществовать (поскольку у них есть договоры со страхователями), делиться с ними собранными деньгами, контролировать которые он может в ограниченных пределах. Присутствие конкуренции в такой модели маловероятно, она возможна только между страховыми компаниями. При прочих равных условиях данная схема будет побуждать фонд к вытеснению других страховщиков из системы ОМС и к движению в сторону второй модели.

Опасность такой ситуации нам видится в следующем. Здравоохранение является общественным

благам с особым достоинством, т.е. потребление этого блага общество стремится сделать обязательным для всех членов. Основная характеристика подобных благ – позитивные экстерналии, присутствие которых способствует стабильному развитию общества. Обеспечение этого блага предполагает, в первую очередь, конкуренцию между поставщиками. Переход же на модель с одним страховщиком изначально не может способствовать развитию конкуренции, а модель со смешанной структурой поставщиков содержит риск сговора между поставщиками медицинских услуг и лично заинтересованными представителями государства, проводящими отбор. Фактически это бесперспективный путь финансирования сферы здравоохранения.

Ситуацию осложняет и то, что вторым условием эффективности финансирования общественно-го сектора (в нашем случае – здравоохранения) является жесткий контроль заказчика за выполнением установленных условий и объемов производства, а также качеством медицинских услуг. В здравоохранении очень сложно применить стандартные формализованные требования к качеству. Стандарты же качества, применяемые в настоящее время страховыми компаниями, не способствуют его росту, а приводят к обратному результату.

Формально с введением страховой медицины отчетность увеличилась на один документ (страховой талон)\*, а в реальной действительности время на заполнение отчетно-учетных форм резко возросло из-за большого числа реквизитов в документах. При этом норматив приема одного больного практически не изменился\*\*. Кроме того, используемый вариант страховой медицины фактически устраняет врача от лечения, так как, во-первых, угроза штрафных санкций не способствует выбору оптимального варианта лечения, во-вторых, врач ориентируется на выполнение требований страховой компании по лечению (в строго расписанных пределах), а не на реального больного с его спецификой. Очевидно, что обеспечить рост качества лечения в таких условиях достаточно сложно.

\* За смену врач поликлиники заполняет карточку амбулаторного приема, справку временной нетрудоспособности, статистический талон, направления на обследования, страховой талон, журнал амбулаторного приема, журнал регистрации справок.

\*\* Наиболее трудоемким является страховой талон. В поликлинике он частично заполняется в регистратуре, частично врачом. В здравпунктах страховой талон полностью заполняет врач.

Теоретически взамен жесткой фиксации параметров качества выполненных медицинских услуг можно предложить альтернативный метод – вовлечение потребителей (пациентов) в рыночные или квазирыночные отношения. Это позволит повысить эффективность работы сферы здравоохранения за счет финансирования более востребованных медицинских услуг. Главным условием для развития рыночных отношений в здравоохранении является свобода выбора пациентом лечебного учреждения, которая в реальной действительности отсутствует. Введение страховой медицины ограничилось лишь декларированием доступности выбора.

Таким образом, даже теоретически действующая модель организации и финансирования здравоохранения не в состоянии обеспечить качество трудового потенциала. Следует отметить, что перечисленные недостатки не являются специфическими для России. Они присущи самой модели страховой медицины вне зависимости от места ее действия. Так, основное декларируемое достоинство модели – возможность выбора лечебного учреждения и конкретного доктора – отсутствует и в американском варианте страховой медицины вне зависимости от престижности страхового полиса.

В настоящее время предлагается развивать систему здравоохранения в направлении первичной медицинской помощи.

*Воронежский государственный университет*

*Иванова И. Г., аспирантка кафедры региональной экономики и территориального управления экономического факультета*

*Тел.: (4732) 66-08-81*

Большие надежды в вопросах сохранения здоровья граждан в свете Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления» возлагаются на местные органы власти, хотя и отмечается их низкая компетенция и неготовность участвовать в реализации концепции «Новое общественное здоровье». Алогичным выглядит предложение направить усилия на внедрение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению на фоне одновременной критики приоритета ПМСП как малоэффективного направления совершенствования здравоохранения. Мы полностью согласны с низкой эффективностью первичной помощи по сравнению с профилактикой заболеваемости, на которую в настоящее время если и обращают внимание, то исключительно в теоретическом плане.

Считаем, что перспективным и, главное, результативным направлением развития современной медицины должно стать профилактическое направление, в котором особая роль должна быть отведена возрождению и развитию санаторно-курортных учреждений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Овсянников А.* Власть и народ : размышления в связи с результатами социологического исследования / А. Овсянников. – М., 2003.
2. URL: [www.gm.ru](http://www.gm.ru)

*Voronezh State University*

*Ivanova I. G., Post-graduate Student of the Regional Economics and Territorial Management Department*

*Tel.: (4732) 66-08-81*