

SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS OF OLDER AGE PATIENTS GROUPS WITH HYPERTENSION

I. P. Artuhov, V. Ph. Kapitonov,
E. I. Harkov, E. L. Davidov

Krasnoyarsk State Medical University named
after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The article presents the results of the main indicators of socio-economic characteristics of patients with arterial hypertension (AH) - 211 elderly people, 107 older patients and 108 patients of middle ages resulting by the sociological survey. It is concluded that there are a lot of patients who live alone, also that more qualitative treatment get the patients living with children and grandchildren.

It is found that most patients are satisfied with the level of medical care provided to them. Thus, more than 2/3 of elderly patients and 3/4 of old patients believe that health care should be only free, at the same time, about 50 % of the patients have to pay for the treatment of hypertension.

Key words: elderly and old age, hypertension, socio-economic characteristics.

Литература

1. Аарва П., Ильченко И., Шеек О. Удовлетворенность населения Тюмени и Липецка услугами поликлиник // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2007. — № 5. — С. 13-21.
2. Антонова, Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социология медицины. — 2007. — № 1. — С. 39-41.
3. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Семейная медицина: закономерности формирования здоровья

сельских семей (Перспективные когортные исследования). — Новосибирск: Наука, 2010. — 296 с.

4. Белоконь О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002-2006 гг.) // Клиническая геронтология. — 2008. — № 4. — С. 11-20.

5. Решетников А.В. Социология медицины. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — 256 с.

6. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. — 2006. — № 2. — С. 24-31.

7. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Успехи геронтологии. — 2009. — Т. 22, № 1. — С. 49-59.

Сведения об авторах

Артюхов Иван Павлович — доктор медицинских наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2121395; e-mail:rector@krasgmu.ru.

Давыдов Евгений Леонардович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2217766; e-mail:devgenii@bk.ru;

Капитонов Владимир Федорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2681122; e-mail: vkarit5@mail.ru.

Харьков Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2217766; e-mail: harkov-50@mail.ru.

© БАТИЕВСКАЯ В. Б., ШАБАШЕВ В. А.

УДК 614.2

ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Б. Батиевская¹, В. А. Шабашев²

¹ ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. В. М. Ивойлов; кафедра экономики и управления здравоохранением; зав. — к. э. н.

В. Б. Батиевская; ² ФГБОУ ВПО Кемеровский государственный университет Минобрнауки РФ, ректор — д. и. н., проф. В. А. Волчек; кафедра экономической теории, зав. — д. э. н., проф. В. А. Шабашев.

Резюме. Эффективность системы охраны здоровья населения оказывает влияние на основные макроэкономические и демографические показатели развития государства. В настоящее время медицинские услуги оказываются как в государственных, так и в частных организациях. Частным и государственным клиникам присущи свои уникальные возможности и ограничения. Это необходимо использовать в процессе программно-целевого управления развитием отрасли, встраивая в целевые программы механизмы государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: частно-государственное партнерство в здравоохранении, программно-целевое планирование, рынок медицинских услуг.

Эффективность функционирования национальной системы здравоохранения опосредованно влияет на ряд ключевых макроэкономических и демографических показателей, определяющих конкурентную позицию России в современном геополитическом пространстве [8]. Состояние общественного здоровья и демографические изменения затрагивают следующие экономические процессы:

- определяют предложение труда на рынке, так как старение населения и снижение его численности создает дефицит такого фактора производства как труд (уменьшается совокупный фонд рабочего времени за счет высокой смертности и низкой продолжительности здоровой жизни);
- влияют на количественные и качественные характеристики трудовых ресурсов (их численность, структуру по различным критериям, психофизиологическую и физическую способность к труду граждан трудоспособного возраста);
- изменяют размер и структуру потребительского рынка и рынка услуг, успешность которого является основным фактором развития в условиях современного экономического уклада;
- влияют на конъюнктуру рынка сбережений через поведение, мотивы и стимулы индивидуального потребителя (норма потребления и сбережения линейно зависит от текущего дохода, который существенно варьирует в течение жизни);
- ограничивают инвестиционные возможности государства за счет роста расходов на социальные нужды, влияют на систему налогообложения и обязательного государственного страхования – пенсионного, медицинского, социального (например, несоответствие состояния российской пенсионной системы, сложившейся после 2010 года, критериям Всемирного Банка [9]).

Именно поэтому решение задач в сфере здравоохранения и здоровья нации в среднесрочной и долгосрочной перспективе является предметом национальной безопасности государства [6].

Как позитивную динамику в сфере управления здравоохранением можно рассматривать происходящий в настоящее время переход от традиционной для России патерналистской модели к инновационным технологиям в управлении. Авторы считают, что результаты модернизационных процессов должны определяться не столько объемами финансирования, сколько повышением качества управления на основе научно-обоснованных инновационных технологий современного менеджмента при адекватном правовом, экономическом, финансовом, нормативном, кадровом и организационном обеспечении [2].

Для облегчения понимания сложившихся на современном этапе подходов к государственному регулированию

развития отрасли необходимо рассмотреть трансформацию механизмов государственного управления здравоохранением в историческом аспекте.

Модель советского здравоохранения Н. А. Семашко (1918-1991/1992 годов), будучи эффективной в своем историческом контексте, заслужив мировое признание и многочисленные одобрения экспертов ВОЗ, к концу XX века себя исчерпала. Основной направленностью данной системы являлось актуальное в то время санитарное просвещение и борьба с эпидемиями инфекционных заболеваний, что требовало экстенсивного развития отрасли: наращивание сети и мощностей медицинских учреждений, рост числа медицинских кадров, способных к оказанию массовой и относительно недорогой медицинской помощи [4]. Тем временем в мире происходило стремительное развитие технологий диагностики и лечения, появлялись новые области знаний в медицине, генетике и биологии, что требовало серьезных инвестиций в научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы (НИОКР), материально-техническую базу здравоохранения и в высшее медицинское образование. В силу известных причин в советской России этого не происходило, что привело к безнадежному отставанию отечественной медицины от мировых стандартов. К началу 90-х годов XX века несостоятельность советского здравоохранения (равно как и всей экономической системы) стала очевидной. Дефицит бюджетного финансирования неоправданно крупной сети медицинских учреждений сочетался с декларированным правом граждан на всеобщую бесплатную медицинскую помощь, которое не имело никакого социально-экономического обоснования, а носило исключительно политико-идеологический характер.

Методика директивного централизованного планирования, поддерживала экстенсивный путь развития отрасли и перепроизводство врачебных кадров невысокой квалификации. Острый дефицит государственного финансирования при провозглашенной бесплатности медицинской помощи неизбежно привел к снижению качества и к практике теневой оплаты медицинских услуг.

После распада СССР одновременно с децентрализацией власти происходила и децентрализация системы здравоохранения. Традиционные институты разрушались, появлялись новые, в частности, система медицинского страхования, переход к которой породил позитивные ожидания в отношении рыночных регуляторов деятельности отрасли. Предполагалось, что конкуренция между медицинскими организациями, страховщиками и прочими субъектами рынка медицинских услуг будет способствовать повышению качества медицинской помощи и росту эффективности использования ресурсов [5]. Но в отличие от ряда западноевропейских стран, где выбор рыночной системы основывался на определенной теоретической модели, в нашей стране он стал результатом лоббирования страхового бизнеса без серьезных научных обоснований. По мнению отдельных

аналитиков в России до сих пор отсутствует ясная концептуальная основа для определения оптимального соотношения роли государства и конкуренции, плановых и рыночных регуляторов [7].

Общетеоретические критерии необходимости вмешательства государства в рыночные процессы определены в процессе перманентных дискуссий неоклассиков и кейнсианцев. Государственное регулирование необходимо:

- при производстве общественных благ;
- для минимизации отрицательных и поощрения положительных экстерналий;
- для пресечения асимметричной информации;
- при защите конкуренции;
- при сглаживании макроэкономических колебаний;
- для проведения политики поддержания доходов населения (если она не носит инфляционный характер) [1].

На сегодняшний момент в здравоохранении Российской Федерации сложились квазирыночные отношения, предполагающие сочетание достаточно жесткого государственного регулирования (нормативно-правового, финансового, организационного) с отдельными рыночными механизмами (возможность потребительского выбора, конкуренция между производителями). В рамках программно-целевого регулирования развития отрасли за счет средств бюджетов всех уровней и средств системы обязательного медицинского страхования финансируются медицинские организации преимущественно государственной и муниципальной формы собственности, в которых размещается заказ на предоставление медицинской помощи определенного вида. Параллельно существуют обособленные субъекты и институты, прямо или косвенно участвующие в предоставлении медицинской помощи населению: мощная система добровольного медицинского страхования, представленная, как правило, акционерными обществами различного типа; предприятия ведомственного здравоохранения различной организационно-правовой формы (РЖД, Росэнерго, МВД и прочие); частные медицинские организации, предоставляющие в основном консультативно-диагностические услуги и стоматологическую помощь населению и использующие наиболее популярную в этой среде форму объединения капитала – общество с ограниченной ответственностью. При этом каждая подсистема российского здравоохранения существует относительно обособлено, и, в силу этого сталкивается с рядом проблем и получает ряд возможностей, которые не приводят к мультипликативному эффекту.

Возможности государственной (муниципальной) системы здравоохранения. Как явное преимущество государственного здравоохранения необходимо отметить, что при условии удовлетворительного финансирования (бездефицитная территориальная программа государственных гарантий, национальный проект, программа модернизации):

- обеспечивает возможность предоставления высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи, ведения НИОКР (частные клиники не в состоянии занять этот сегмент, так как с коммерческой точки зрения издержки в данном случае неоправданно высоки);
- сохраняется профилактическая направленность системы;
- гарантируется оказание помощи отдельным категориям граждан на льготных условиях, чего не обеспечат ведомственные и частные клиники, так как это противоречит их экономическим интересам и не соответствует их ресурсным возможностям.

Возможности частной системы здравоохранения.

Частная система здравоохранения, являясь неотъемлемой частью здравоохранения РФ, представляет собой разрозненную, слабо структурированную совокупность субъектов, потенциал которой в должной мере не востребован государством: на законодательном и нормативно-правовом уровне устанавливается дискриминация частных медицинских организаций, которая выражается в неравенстве доступа к государственному (муниципальному) заказу.

Прочие проблемы, с которыми сталкивается частное здравоохранение, достаточно четко сформулированы в проекте «Концепции развития частной системы здравоохранения», разработанном первой общероссийской ассоциацией врачей частной практики [3]:

- высокие административные барьеры входа в отрасль и коррупция со стороны надзорных органов;
- существующая система налогообложения, не учитывающая социальной роли частных клиник;
- проблемы инфраструктуры, например непредсказуемость арендных отношений;
- отсутствие бюджетных инвестиций, бюджетных кредитов и программ поддержки лизинга дорогостоящего оборудования;
- внедряемые порядки оказания медицинской помощи, когда для соблюдения стандартов оснащения кабинетов частники вынуждены закупать ненужное оборудование;
- наличие «квазирынка» медицинских услуг в виде платных услуг в государственных и муниципальных клиниках, который препятствует становлению и развитию нормальных рыночных отношений.

Так как предоставление медицинских услуг – затратный, низкорентабельный и рискованный вид деятельности, авторы концепции предлагают разработать целевые программы развития частного здравоохранения, содержащие меры правового, финансового и административного характера с целью создания благоприятных условий инфраструктурного, технологического и кадрового развития частного здравоохранения:

- налоговые преференции;
- льготные кредиты, аренда, лизинг;
- соплатежи и бюджетные субсидии для снижения стоимости услуг и другое.

Подведя итог вышесказанному, можно отметить, что как на уровне государственного стратегического управления [6], так и на уровне объединения частных производителей медицинских услуг [3] в качестве основного инструмента воздействия на развитие системы здравоохранения рассматривается программно-целевой метод. Однако, к реализации государственных целевых программ недостаточно широко привлечены частные медицинские организации, что существенно снижает эффективность программного управления. Развитие механизмов частно-государственного партнерства позволит создать атмосферу конструктивной конкуренции и улучшить качество медицинской помощи гражданам.

Таким образом, важным аспектом социально-экономического благополучия любой экономики на современном этапе является развитие здравоохранения, которое прямо или косвенно влияет на ключевые параметры состояния общества: демографические характеристики, показатели общественного здоровья, конъюнктуру рынка труда, уровень доходов и потребления, вероятность различных социальных рисков.

Подходы к государственному регулированию развития здравоохранения постоянно трансформировались от модели советского здравоохранения до современных квазирыночных отношений, предполагающих сочетание достаточно жесткого государственного регулирования и отдельных рыночных механизмов (бюджетно-страховая модель).

Несмотря на наличие возможностей и угроз как в государственной, так и в частной подсистеме охраны здоровья граждан, использование программно-целевого механизма регулирования развития отрасли является приоритетным. При этом интеграция частных медицинских учреждений в систему государственного обязательного медицинского страхования позволит привлечь дополнительные ресурсы для эффективного выполнения задачи по охране здоровья граждан.

PRIVATE-PUBLIC PARTNERSHIPS IN SPHERE OF PUBLIC HEALTH PROTECTION AS A MECHANISM FOR INCREASING THE HEALTH CARE SYSTEM EFFECTIVENESS

V. B. Batievskaya¹, V. A. Shabashev²

¹ Kemerovo state medical academy;

² Kemerovo state university

Abstract. The effectiveness of the health care system has an impact on key macroeconomic and demographic development of the country. Currently, medical services are provided in both public and private organizations. Private

and public hospitals have its own unique possibilities and limitations. It must be used in the process of program-oriented managing of the development, embedding in targeted programs the mechanisms of public-private partnership.

Key words: private-public partnerships in health care, program-oriented planning, health care market.

Литература

1. Административно-бюджетное управление при Президенте США (OMB). – Официальный сайт [Электронный ресурс]. <http://www.whitehouse.gov/omb/part>.
2. Батиевская В. Б. Системная оценка эффективности регионального здравоохранения. – Кемерово: изд-во ГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет», 2011. – 263 с.
3. Концепция развития частной системы здравоохранения Российской Федерации. Проект разработан Первой общероссийской ассоциацией врачей частной практики / Под ред. А.В. Каменева, А.А. Самошкина [Электронный ресурс]. <http://www.anoufrieв.ru/index.php?id=663>
4. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
5. Обязательное медицинское страхование: итоги 2011 года. Доклад Карчевской С. А., заместителя председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ. – Издательский дом «Бюджет», Здравоохранение. – 2012. – № 9 [Электронный ресурс]. [<http://bujet.ru/article/200713.php>].
6. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. N 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года». Российская газета [Электронный ресурс]. <http://www.rg.ru/2009/05/19/strategia-dok.html>.
7. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
8. Шупер В. А. Модернизация России: геополитические аспекты [Электронный ресурс]. <http://spkurdyumov.narod.ru/shupers.htm>.
9. Holzmann R., Paul R., Dorfman H. et al. Pension Systems and Reform Conceptual Framework. World Bank, 2008 [Электронный ресурс]. <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Pensions-DP/0824.pdf>.

Сведения об авторах

Батиевская Вероника Богдановна – кандидат экономических наук, доцент, заведующая кафедрой экономики и управления в здравоохранении, ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Адрес: 660029, Кемерово, ул. Ворошилова, г. 22а; тел. 8(384)2734888; e-mail. batvb@kemsma.ru.

Шабашев Владимир Алексеевич – доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой экономической теории экономического факультета, ФГБОУ ВПО Кемеровский государственный университет Минобрнауки РФ.

Адрес: 660043, Кемерово, ул. Красная, г. 6; тел. 8(384)2581735; e-mail: bash@kemsu.ru.