УДК 316.33

Гареева Ирина Анатольевна – канд. социол. наук, доцент кафедры социальной работы и психологии ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный университет путей сообщения» (г. Хабаровск). *E-mail: gar_ia@mail.ru*

И.А. Гареева
I.A. Gareeva

Селективная модель организации социально-медицинской помощи в региональной системе здравоохранения

В статье рассматриваются возможные модели развития социальной сферы, в частности системы здравоохранения. Выявляются факторы, которые могут сдерживать или способствовать развитию данной модели. Анализируются механизмы реализации социальной политики в сфере здравоохранения. 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, а также разрабатывать механизмы осуществления адресной социальной помощи при потреблении услуг здравоохранения. Отсутствие должного учета реальной нуждаемости, сохранение уравнительности влекут за собой не только завышенный уровень налогообложения, неэффективность расходов в этой 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 региональной селективной организации предоставления медицинских услуг становится условием выживания и самосохранения общества.

Selective model of the socio-medical help in the regional health system

The article discusses the possible model of social development, in particular the health system. The factors that may hinder or facilitate the development of this mode are identified. The mechanisms of social policy in health care are analyzed. The current state of social spheres of public life, reinforces the need for the development of social mechanisms to reduce the social tensions, protect people from the negative consequences of social change. Among them – the rationalization and implementation of social policy, which should provide some social priorities, create a system of medical and social protection of the population, to identify the groups

which need help, and to develop mechanisms for the implementation of targeted social assistance in the consumption of health services. Lack of proper accounting of real needs, saving of equalization entail not only to the overestimated level of taxation, inefficient spending on, but the ineffectiveness of the health system itself, as it unfairly spreads over a huge number of its consumers are not always in urgent need of medical services, but having the ability to get them. In this situation, the system of regional selective organization of medical services is a condition of survival and self-preservation of the society.

Ключевые слова: *система здравоохранения, модели организации здравоохранения, социально-дифференцированное здравоохранение, фрагментарное здравоохранение, интегрированное здравоохранение, адресная помощь, селективная модель.*

Keywords: *health systems, health care organization model, socio-differentiated health, fragmented health care, integrated health care, address assistance, selective model.*

Современное состояние социальных сфер общественной жизни усиливает потребность в развитии социальных подходов, позволяющих ослабить социальное напряжение, защитить социально-уязвимые слои населения от негативных последствий социально-экономических преобразований.

Социальные затраты на медицинскую помощь не всегда согласованы с финансовыми возможностями отрасли. Медицинские услуги относят к дорогостоящим услугам, поэтому в случае необходимости (вне зависимости от уровня дохода) все нуждающиеся граждане должны иметь доступ к их получению. Критерий общественной целесообразности в осуществлении удовлетворения медицинских потребностей населения в настоящее время становится чрезвычайно актуальным. В соответствии с этим критерием выявляется контингента тех, кто по объективным причинам полностью или частично лишен возможности самообеспечения при потребности в дорогостоящих медицинских услугах.

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, к их реализации к изменению социальной ситуации [1].

В силу различий социально-экономических, демографических, природно-климатических, финансовых и других условий регионы апробируют разнообразные подходы к организации систем селективной социально-медицинской помощи, но все они сталкиваются с проблемами определения критериев, нормативов и показателей предоставления помощи наиболее нуждающемуся контингенту. Поэтому перед социальной сферой стоит задача поиска модели, способной к решению социальных проблем в здравоохранении. Накопленный опыт нуждается в анализе и обобщении в целях создания модели селективной медико-социальной поддержки населения.

Таким образом, 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.

В качестве вариантов развития выделяют три возможные модели развития здравоохранения в современных условиях:

- фрагментарное здравоохранение;
- интегрированное здравоохранение;
- социально-дифференцированное здравоохранение [2].

Модель фрагментарного здравоохранения характеризуется сохранением основополагающих принципов существующей в России системы здравоохранения. Эта модель характеризуется значительно различающимся друг от друга по уровню развития и наполнению государственными гарантиями территориальными (региональными) системами здравоохранения.

Модель интегрированного здравоохранения, в которой функционирование и развитие разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем является взаимосвязанным и эффективно координируемым государством профессиональным сообществом.

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.

Представленные 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 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.

Модель селективной медико-социальной помощи населению по критерию охвата включает несколько блоков:

- универсальный – для всего населения;
- категориальный – для определенной социальной или демографической группы;
- адресный – для населения с низким уровнем дохода.

Универсальные модели селективной медико-социальной помощи направлены на организацию и реализацию профилактических медицинских направлений: иммунизация детей и 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.

Категориальная – медицинская помощь пожилым гражданам, пенсионерам, многодетным, инвалидам (вне зависимости от доходов) по отдельным видам.

Адресная – медицинская помощь безработным, малоимущим и иным категориям граждан с низким уровнем дохода, попавшим в трудную жизненную ситуацию в связи с заболеванием.

Определяя уровень использования модели для определенной группы населения необходимо оценить:

- институциональный статус группы населения (физический, психический, социальный и др.);

-клинические показатели данной группы населения (смертность, заболеваемость);

- функциональные предписания (механизм предоставления медицинских услуг, восприятие преимуществ для здоровья);

- затраты (прямые и косвенные).

Для реализации модели селективной адресной социально-медицинской помощи необходимо распределение функций управления в секторе здравоохранения на различных его уровнях.

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; мониторингом и оценкой деятельности региональной системы здравоохранения; профилактикой и управлением здоровьем населения; санитарно-гигиеническим просвещением; повышением квалификации специалистов; контролем над качеством продуктов; обеспечением лекарственными препаратами; медико-социальной поддержкой тех, кто нуждается в ней по показателям здоровья [3].

На местном уровне функции управления ограничиваются: распределением ресурсов; регистрацией первичной медицинской документации; организацией и предоставлением амбулаторной и стационарной помощи; мониторингом и оценкой деятельности лечебно-профилактических учреждений; профилактикой и управлением здоровьем населения; эпидемиологическим надзором; медико-социальной поддержкой тех, кто нуждается в ней по показателям здоровья.

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 соответствующего социального института для поддержки внедрения модели;

- наличие институциональных факторов, которые поддерживают внедрение модели (бесперебойное поступление налогов в бюджет региона);

- доступность информации по результатам внедрения модели селективной адресной социально-медицинской помощи в регионе;

- компетентность управленцев, ответственных за внедрение модели;

- наличие обратной связи от тех, для кого предназначена модель;

- наличие механизмов взаимодействия с другими субъектами, заинтересованными в реализации модели [4].

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 обходится достижение желаемой цели.

Предполагается расчет потребностей населения в социально-медицинской поддержке осуществлять для:

- универсальной программы: (число жителей региона х Х руб. в год) х k.

- категориальной программы: (инвалиды + пенсионеры + пожилые граждане + др. категории) х (Хх3) руб. в год) х k.

- адресной программы: (число населения с низким уровнем дохода х (Хх5) руб. в год) х k.

Любая социальная модель должна учитывать возможные издержки [5]. 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.

Механизм селективности заключается в следующем: метод оценки доходов и имущественного положения; косвенный метод определения доходов; категориальный метод; самоадресация; метод обеспеченности.

Для определения степени нуждаемости в социально-медицинской помощи используется формула оценки степени нуждаемости:

P= Pk¡Pc¡Pr¡Ph¡Pa¡Pe¡Pb¡Pf¡Pi,

где, P – балл нуждаемости;

Pk – принадлежность членов семьи к одной из социальных категорий;

Pc – число нетрудоспособных членов семьи;

Pri – место жительства;

Ph – жилищные условия;

Pa – наличия автомобиля личного пользования;

Pe – месячный расход электроэнергии;

Pb – отношение к предпринимательской деятельности;

Pf – заключение территориального центра о материальном положении семьи;

Pi – общий семейный доход.

Для исключения ошибок в применении формулы нуждаемости коэффициенты Pa, Pe, Pb, Pf приняты как фильтрующие коэффициенты. Если эти коэффициенты принимают значение «ноль», то и коэффициент нуждаемости будет равен нолю.

Для оценки эффективности реализации моделей предлагается использовать социальную, медицинскую и экономическую эффективность, которая обычно применяется в ходе оценки каких-либо технологий в области здравоохранения. В идеале все три вида эффективности должны учитываться при принятии решения по использованию той или иной технологии [6].

Индикаторами уровня медицинской и социальной эффективности здравоохранения региона могут являться критерии результативности (табл. 1).

Таблица 1

Критерии социальной эффективности здравоохранения

<table>
<tr><th>Макросоциальные
(на уровне региона)</th><th>Микросоциальные
(на уровне ОЗ)</th></tr>
<tr><td>1. Коэффициент изменения показателей рождаемости и смертности</td><td rowspan="3">1. Эффективность нормативно-правового обеспечения региональной системы здравоохранения.
2. Эффективность охвата населения профилактическими медицинскими услугами и степенью профилактической подготовки населения.
3. Оценка качества медицинской помощи (экспертные оценки и данные медико-социологических исследований)</td></tr>
<tr><td>2. Частота заболеваемости и распространённость заболеваемости</td></tr>
<tr><td>3. Динамика коэффициента обращаемости населения за медицинской помощью (в случае заболевания, с профилактической целью, иные цели)</td></tr>
<tr><td>4. Интегральный показатель медицинской грамотности населения</td><td rowspan="3">4. Коэффициент удовлетворённости населения как потребителя услуг медицинского назначения</td></tr>
<tr><td>5. Коэффициент востребованности здравоохранения в качестве информационного источника по вопросам охраны здоровья</td></tr>
<tr><td>6. Распространённость негативных поведенческих стратегий (пассивная модель, самолечение, «теневые» формы оплаты услуг)</td></tr>
<tr><td>7. Коэффициент различий значений макро- и микросоциальных критериев между городским и сельским населением</td><td>5. Эффективность кадровой политики:
- укомплектованность персоналом;
- текучесть кадров;
- удовлетворённость работников</td></tr>
</table>

Таким образом, предложенная региональная модель организации селективной социально-медицинской помощи в современной системе здравоохранения имеет следующие признаки:

- региональная модель адресной медико-социальной помощи имеет свою специфику и должна основываться на учете социальной дифференциации населения, предотвращении социального иждивенчества, индивидуализации медико-социального обслуживания;

- организация региональной селективной модели медико-социальной помощи населению предполагает возможность определять допустимые границы действий во взаимоотношениях с другими субъектами;

- модель региональной селективной социально-медицинской помощи позволит применять ее на различных территориях, а также оценивать количественно социальную эффективность региональной системы здравоохранения.

Вместе с тем, предложенная модель имеет недостатки. Так, объективная оценка качества деятельности здравоохранения сведена к узкой экономической оценке («низкий уровень заболеваемости – меньше затрат; высокий уровень здравоохранения») либо к субъективизированной оценке, основанной на мнении потребителя (пациентов или населения), экспертные возможности которого ограничены.

Литература и источники:

1. Григорьева, Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества / Н. С. Григорьева // Мир перемен. – 2008. – № 1. – С. 82 – 95.

2. Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / А. Г. Вишневский [и др.] // VII Международная научная конференции «Модернизация экономики и государство». – М., 2006. – С. 43 – 53.

3. Сурмач, М. Ю. Социальная эффективность как основной показатель деятельности здравоохранения по формированию здоровья молодёжи [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач –.– Режим доступа: http://www.hse.ru/data/165/185/1241/zdravoohr.pdf

4. Куркина, М. П. Развитие региональной системы здравоохранения в оценке качества жизни населения / М. П. Куркина. – Курск, 2008. – 202 с.

5. Григорьева, Н. С. Социальная работа и здравоохранение: 200 основных терминов по-английски и по-русски / Н. С. Григорьева, А. В. Соловьев, Т. В. Чубарова. – М., 1996. – С. 50.

6. Шейман, И. М. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи / И. М. Шейман. – М. : Изд. дом ГУВШЭ, 2009. – 66 с.