

К.Н. КАЛАШНИКОВ
А.А. ШАБУНОВА
М.Д. ДУГАНОВ

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ УПРАВЛЕНИЯ
РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Вологда
2012

Александра Шабунова

**Организационно-
экономические факторы
управления региональной
системой здравоохранения**

«ИСЭРТ РАН»

2012

Шабунова А. А.

Организационно-экономические факторы управления
региональной системой здравоохранения / А. А. Шабунова —
«ИСЭРТ РАН», 2012

ISBN 978-5-93299-194-7

Монография посвящена одной из наиболее актуальных для современной России социально-экономических проблем – проблеме развития и реформирования здравоохранения. В работе проанализированы теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как подсистемы региональной социально-экономической системы, выделены и теоретически обоснованы главные организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения, проведена количественная и качественная оценка их современного состояния на примере здравоохранения Вологодской области. Книга будет полезной для научных работников, специалистов в области экономики социальной сферы и здравоохранения, преподавателей высших учебных заведений, студентов и всех, кто интересуется вопросами социально-экономического развития России.

ISBN 978-5-93299-194-7

© Шабунова А. А., 2012
© ИСЭРТ РАН, 2012

Содержание

| | |
|--|----|
| Введение | 6 |
| Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как социально-экономической системы | 7 |
| 1.1. Место и роль здравоохранения в социально-экономическом развитии территорий | 7 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 16 |

**А. А. Шабунова, К. Н.
Калашников, М. Д. Дуганов**
**Организационно-экономические
факторы управления региональной
системой здравоохранения**

© ФГБУН ИСЭРТ РАН, 2012

© Калашников К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д., 2012

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Введение

Актуальность изучения организационно-экономических аспектов регионального здравоохранения обусловлена, с одной стороны, устойчивыми негативными тенденциями в состоянии здоровья населения Вологодской области, высоким уровнем заболеваемости и преждевременной смертности, оборачивающимися масштабными экономическими потерями для региона, в предотвращении которых роль здравоохранения немаловажна, а с другой стороны, низкой структурной, организационной, финансовой эффективностью здравоохранения (его состояние и в РФ в целом, и в отдельных регионах оценивается экспертами как системный кризис), что приводит к нерациональному расходованию бюджетных и страховых средств.

По уровню расходов на здравоохранение Российская Федерация существенно уступает постиндустриальным странам мира. Согласно данным ВОЗ, подушевые расходы на здравоохранение в России составили в 2009 г. 1 038 межд. долл. по ППС, что в 3–4 раза меньше, чем в развитых странах мира. Так, в Финляндии в 2009 г. расходы на здравоохранение по тем же оценкам достигли 3 357 межд. долл., во Франции – 3 934, в Дании – 4 118, в Канаде – 4 196, в Германии – 4 129. Доля расходов на здравоохранение в ВВП в России, по данным за 2008 г., составила 4,8 %, тогда как в Финляндии – 8,8 %, Канаде – 9,8, Дании – 9,9, Германии – 10,5 %, во Франции – 11,2 %. Этих средств недостаточно, чтобы обеспечить даже минимально необходимый уровень оказания медицинской помощи должного качества и широкой доступности.

Помимо дефицита ресурсов для отечественного здравоохранения характерны глубокие структурные диспропорции, проявляющиеся в широком и повсеместном использовании неэффективных медицинских технологий. В первую очередь речь идёт о гипертрофированности стационарных служб, которые стали приоритетным звеном в общей цепи медицинской помощи, отодвинув на второй план амбулаторную помощь и профилактическую деятельность.

В этих условиях важными аспектами деятельности здравоохранения становится обеспечение эффективности освоения финансовых ресурсов за счёт рационализации структуры медицинской помощи, организации системы оценки эффективности затрат и использования передовых методов управления финансами, а также реализации межотраслевого взаимодействия в решении вопросов общественного здоровья и здравоохранения территории, то есть в целом регулирование организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

Цель данной монографии – обобщить результаты научных исследований, осуществлённых в период с 2006 по 2010 г. сотрудниками Института социально-экономического развития территорий РАН при содействии специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области, по разработке и научному обоснованию мер, направленных на регулирование организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как социально-экономической системы

1.1. Место и роль здравоохранения в социально-экономическом развитии территорий

Первое, что необходимо сделать, приступая к исследованиям в контексте региональной социально-экономической проблематики, это определить, что будет пониматься под регионом. Существует множество определений региона, но можно выделить два принципиально различающихся подхода. Популярным в научной среде стало определение академика А. Г. Гранберга, которое сам автор назвал «абстрактным»: регион – это определённая территория, отличающаяся от других территорий по ряду признаков и обладающая некоторой целостностью, взаимосвязанностью составляющих её элементов [3]. Существенными признаками региона, по А. Г. Гранбергу, являются целостность и специфичность, причём последняя и определяет научный интерес.

Другие авторы конкретизируют понимание региона, называя в качестве его ключевого признака административную определённость границ. Согласно одной из подобных дефиниций, регион – территориальное образование, имеющее чётко очерченные административные границы, в пределах которых воспроизводятся экономические и социальные процессы, направленные на обеспечение жизни населения региона и обусловленные его специфическим положением в системе разделения труда [22]. Следовательно, регион должен обладать своим социально-экономическим портретом, то есть спецификой экономической структуры, чёткостью административных границ и внутренней системой жизнеобеспечения (экономические структуры, социальные службы, инфраструктура др.).

В Основных положениях региональной политики Российской Федерации, утверждённых Президентом страны в 1996 г., содержатся следующие определения региона: регион – часть территории Российской Федерации, обладающая общностью природных, социально-экономических, национально-культурных и иных условий. Регион может совпадать с границами территории субъекта Российской Федерации либо объединять территории нескольких субъектов. В тех случаях, когда регион выступает как субъект права, под ним понимается только субъект Российской Федерации [35].

Соглашаясь с А. Г. Гранбергом в том, что понятие региона может существенно различаться в зависимости от задач исследования, а также в том, что регион является целостной системой, отметим, что в рамках настоящей работы под регионом будет пониматься субъект федерации, поскольку характерный для региональной экономики чёткий прикладной аспект и практическая ориентированность требуют от учёных-регионалистов «приземлённости» результатов исследований, иными словами, они должны адресовать свои выводы региональным властям.

Одной из важных научных проблем, поднятых в настоящей монографии, стала оценка места и роли здравоохранения в целостной системе регионального хозяйства. С позиций классической теории систем любая система представляет собой комплекс элементов, взаимосвязанных между собой с целью достижения определённой цели. Это сложная структура, включающая несколько подсистемных (субсистемных) уровней (подсистемы первого, второго, третьего и т. д. порядков), объединённых в рамках единой системы сложными функциональными свя-

зями, и выполняющая свою специфическую функцию, направленную на достижение общей системной цели [68; 81].

Таким образом, регион, будучи подсистемой национальной экономики, также является сложной, открытой и неравновесной системой, поскольку состоит из множества элементов и подсистем, отношения между которыми не отвечают правилам линейности, а цели региона связаны с обеспечением жизни населения за счёт воспроизводства внутренних социально-экономических процессов (рис. 1).

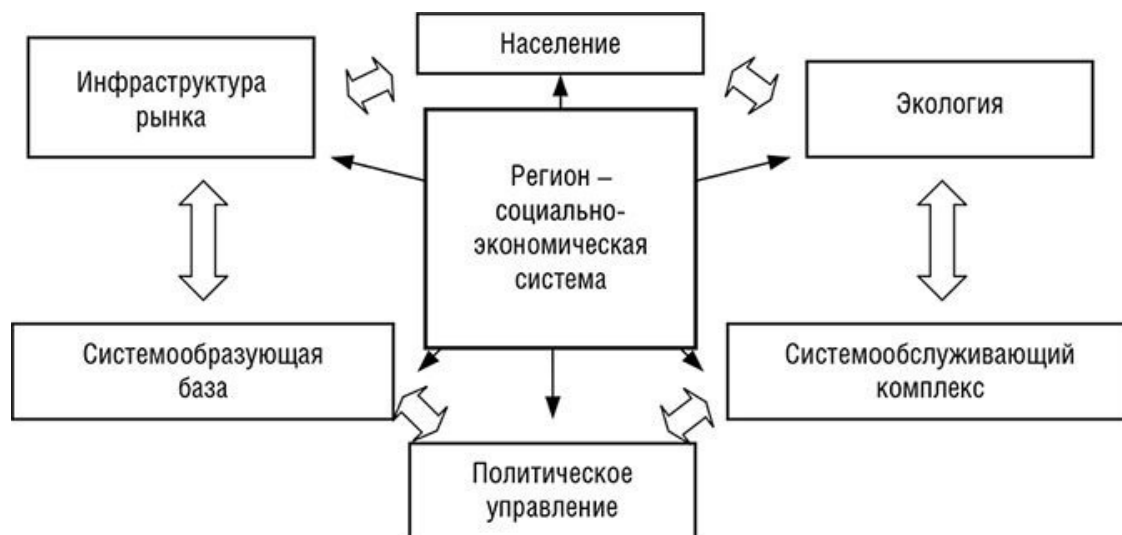


Рис. 1. Социально-экономическая система региона

Признаки детерминации подсистем затрагивают три аспекта: структурный, функциональный, коммуникационный.

Здравоохранение является подсистемой региональной экономики, т. к. удовлетворяет таким классификационным признакам, как:

- *Структурный*. Подсистема здравоохранения входит в состав системы региона как её сложный структурный компонент.

- *Функциональный*. Функция подсистемы здравоохранения заключается в ориентации на достижение общих целей системы – вклад в региональный доход и в трудовой потенциал региона, обеспечение жизнедеятельности жителей региона.

- *Коммуникационный*. Подсистема связана с другими компонентами и подсистемами системы региона финансовыми, административными, информационными и другими связями, она гармонически вписывается в общий структурно-функциональный контекст системы; подсистема действует не только по сугубо «внутренним», специфическим законам, но и по законам, определяющим функционирование системы в целом.

Система может «дробиться» на подструктуры до тех пор, пока каждая вновь выделяемая подсистема удовлетворяет всем приведённым критериям. Например, отдельное лечебно-профилактическое учреждение не может рассматриваться как подсистема региональной экономики, поскольку функционирует в рамках микроуровня и цель его заключается в оказании медицинской помощи приписному населению, а не в увеличении экономического потенциала региона в целом. В данном случае медицинское учреждение (как и кадровый состав) может рассматриваться как компонент, элемент подсистемы здравоохранения, но не как отдельная подсистема региона.

На основе анализа и декомпозиции структуры региональной экономики отметим, что *здравоохранение является социально-экономической подсистемой второго порядка*, входящей в состав подсистемы первого порядка – *системообслуживающего блока региона* (суще-

ствующего наряду с прочими подсистемами первого порядка – системообразующим блоком, инфраструктурой, населением, подсистемой политического управления и экологией) или регионального хозяйственного комплекса в рамках целостной социально-экономической системы региона (рис. 2).

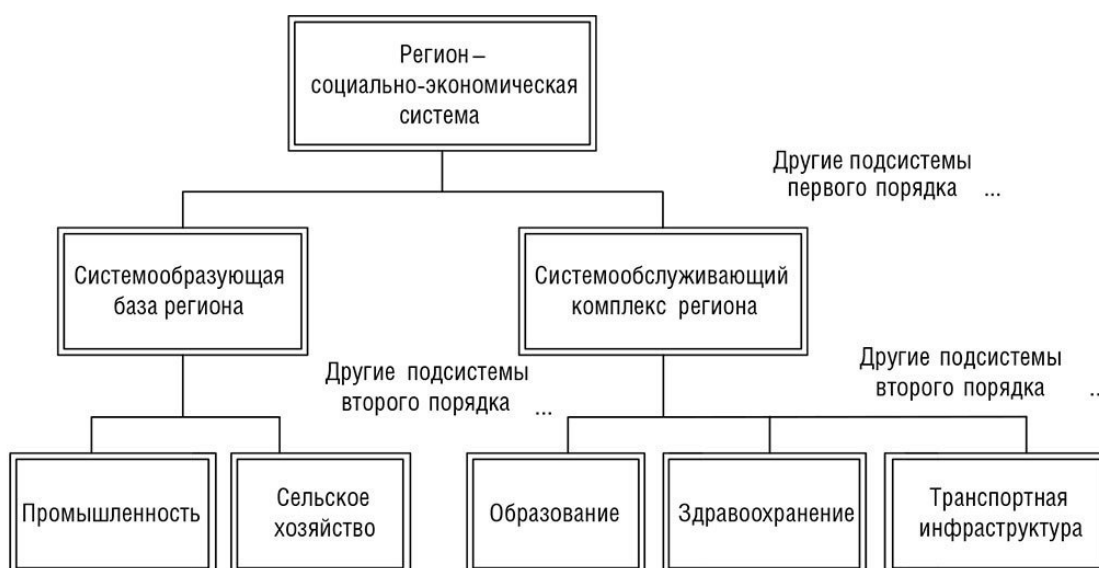


Рис. 2. Декомпозиция социально-экономической системы региона

Вместе с тем подсистема, как сложная структура, может рассматриваться отдельно от системы, элементом которой является, но она не в состоянии существовать и функционировать вне системы. В этом смысле каждая система имеет три ключевые составляющие: структурные элементы, связи между ними и цели, на достижение которых ориентирована система, причём каждый сложный элемент системы является подсистемой.

Подсистема здравоохранения состоит из элементов (это медицинские учреждения и кадры, органы власти и т. д.), связей и отношений между ними (прежде всего это финансовые взаимодействия и нормативно-правовые акты, регламентирующие эти интеракции), а также целей, ради достижения которых она существует (сохранение и укрепление здоровья граждан, поддержка системной эффективности и пр.) (рис. 3).

Эмерджентное свойство региона как социально-экономической системы, то есть её несводимость к арифметической сумме отдельных элементов, говорит о необходимости системного, комплексного, целостного подхода к оценке эффективности и специфики развития отдельных подсистем, в том числе и подсистемы здравоохранения, неотделимой от всего регионального хозяйственного комплекса.

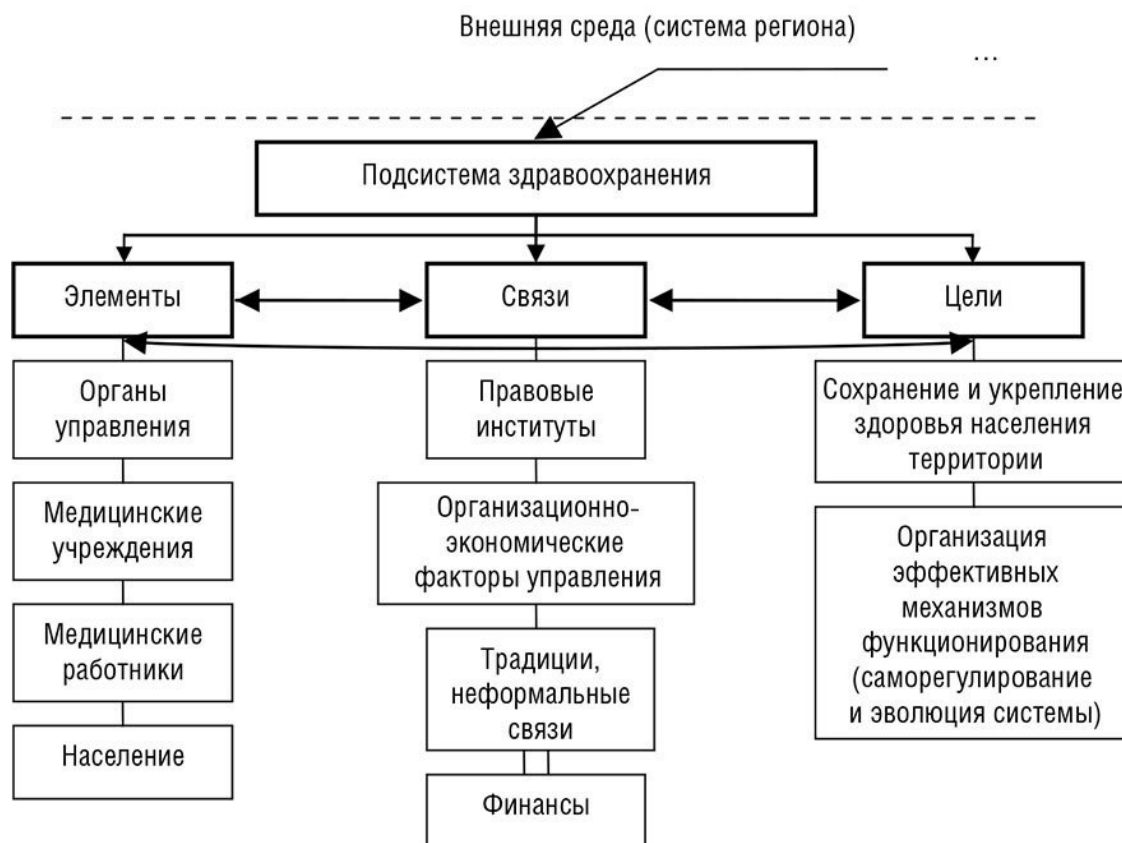


Рис. 3. Структура подсистемы (системы) здравоохранения

С позиций практического управления требуется реализация межотраслевого подхода к управлению здравоохранением, важность которого настолько неоспорима, что межсекторальное сотрудничество (наряду с ориентированностью на показатели мезоуровня экономической системы, акцентом на укреплении здоровья и профилактике заболеваний, умеренностью в вопросах личности и индивидуальных потребностей) называют родовым признаком общественного здравоохранения как функциональной подсистемы региона в сравнении с медицинской деятельностью (табл. 1) [77].

Таким образом, здравоохранение ориентировано на население территории в целом, а не на отдельного человека; его эффективность достигается путём объединения конструктивных управленческих усилий различных отраслей власти и различных ведомств (и не ограничивается оказанием медицинских услуг). Так, в содержание здравоохранительной деятельности вписывается обеспечение государством общественных благ, таких как безопасность питьевой воды, контроль качества пищевых продуктов, лекарств, производственной безопасности и пр., что шире оказания медицинской помощи по месту жительства [61].

Таблица 1. Различия между общественным здравоохранением и медициной

| Общественное здравоохранение (Public health) | Медицина (Medicine) |
|--|---|
| Первоочередная ориентированность на популяцию, население территории Умеренность в вопросах личности Акцент на укреплении здоровья и профилактике заболеваний Межсекторальное сотрудничество | Ориентация на индивидуальном, на потребностях человека Личностная этика, опирающаяся на социальную ответственность Акцент на диагнозе и посещении, всецельная помощь пациенту Кооперация между медицинскими службами |

Эффективное управление системой здравоохранения необходимо реализовывать в русле общего управления системой региона и общей региональной социально-экономической политики, одной из составляющих которой выступает *региональная здравоохранительная политика*.

Признаем, что в российской науке недостаточно исследованы проблемы здравоохранительной политики, о чём говорит низкий уровень проработанности понятийного аппарата. В русском языке слово «политика» употребляется и в сфере борьбы за политическую власть на каком-либо уровне, и в стратегическом планировании. Отсюда сложность и непрозрачность государственных преобразований, а также часто встречающаяся в политических заявлениях подмена понятий, поэтому требуется основательная ревизии данных терминов. В английском языке указанные понятия терминологически и сущностно разделены. Английское слово «politics» относится к сфере политической игры и борьбы за власть, тогда как слово «policy» охватывает гораздо более широкий спектр понятий – от правоохранительной деятельности до реализации общественных программ с привлечением общественных институтов (в России это называют общественной политикой).

В зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвящённых изучению региональной политики, однако обратной стороной богатого научного опыта является множество разнообразных подходов к интерпретации данной категории (табл. 2).

Таблица 2. Подходы к пониманию здравоохранительной политики

| Определение здравоохранительной политики | Авторы |
|---|-----------------|
| Область науки и практической деятельности, относящаяся к вопросам приоритетов распределения ресурсов здравоохранения и анализу факторов, их определяющих | Mosby |
| Официальные решения относительно целей здравоохранения и способов их достижения | |
| Комплекс официальных решений, которые приняты правительством и непосредственно относятся к здоровью граждан или могут косвенно повлиять на него | Longest |
| Система основных компетенций, решений и действий, реализуемых теми, кто непосредственно входит в состав власти или может влиять на её позицию | по Gerston |
| Здравоохранительная политика даёт представление о том, что делает правительство для поддержания здоровья населения территории, зачем оно это делает и какое это имеет значение | Dye |
| Курс действий (или бездействие) правительства по решению социальных проблем (в частности, проблем здоровья и здравоохранения) | Kraft, Furlong |
| Политика, относящаяся к решениям, планам и мероприятиям, принимаемым для достижения определённых целей здравоохранения («specific health care goals») в обществе | ВОЗ |
| Совокупность направлений, принципов и функций, действий органов управления всех уровней, которые реализуют национальную идеологию охраны здоровья, обеспечивающую выравнивание медицинской помощи населению | Л.И. Васильцова |

Одни авторы приближают сферу политики к области разработки и принятия решений, то есть управленческой деятельности и деятельности властных структур. Соответственно, политика (policy) в их понимании – это *официальные решения, принимаемые законодательной, исполнительной или судебной властью, рассматриваемые другими как директива к действию либо влияющие на действия, поведение или решения других*. И здравоохранительная политика определяется в этом же ключе, то есть как *комплекс официальных решений, которые приняты правительством и непосредственно относятся к здоровью граждан или могут косвенно повлиять на него* [70; 79]. Таким образом, главным свойством политики называется её официальность. Положительным в данном научном подходе видится широкое понимание природы и значения здоровья для общества, несводимость политики по охране здоровья населения к компетенциям здравоохранительных ведомств и медицинских служб, из чего вытекает необходимость межсекторального сотрудничества в решении вопросов здоровья населения.

Описанный подход имеет и ряд недостатков. Во-первых, понимание здравоохранительной политики сужается до совокупности официальных решений, тогда как политика – многоступенчатый процесс, включающий постановку повестки дня, принятие политики, её реализацию и т. д. Во-вторых, авторы этого подхода не придают существенного значения деятельности неправительственных объединений и гражданской позиции (в целом – роли гражданского общества) в реализации социальной политики, однако без их активного участия она не может быть эффективной и нацеленной на нужды человека. Этот нюанс учтён другими исследователями, которые приводят следующее определение *общественной политики: система основных компетенций, решений и действий, реализуемых теми, кто непосредственно входит в состав власти или может влиять на её позицию* (см. [70]). Соответственно, и политика по охране здоровья населения должна пониматься как сфера деятельности властных и гражданских институтов.

Curtis P. McLaughlin и Craig McLaughlin в книге «Анализ политики в области охраны здоровья: междисциплинарный подход», не давая конкретной дефиниции здравоохранительной

политики, тем не менее определяют её ключевые признаки, выдвигая ряд важнейших аспектов их анализа:

- оценка нынешнего положения дел;
- постановка перспективных задач;
- критическая оценка возможных путей развития;
- соответствие принятых преобразований общему институциональному контексту региона;
- участие граждан и ассоциаций в решении вопросов здоровья и здравоохранения;
- оценка возможностей по расширению воздействия гражданского общества на политические решения в здравоохранении [76].

Таким образом, на основе анализа и критической оценки подходов к пониманию здравоохранительной политики нами выделены существенные признаки региональной здравоохранительной политики:

- широкий спектр её субъектов (помимо органов власти влияние на формирование политики должны оказывать профессиональные ассоциации и гражданские объединения);
- многоступенчатый характер (политика не ограничивается реализацией управленческих решений, а включает несколько последовательных фаз);
- межотраслевой характер (в разработке и реализации политики участвуют не только отрасли и ведомства, непосредственно относящиеся к оказанию медицинской помощи, но и прочие.

На основе выбранных признаков нами было сформулировано рабочее определение *региональной здравоохранительной политики*: *это деятельность правительства и неправительственных общественных организаций, которая имеет целью сохранение и укрепление здоровья населения данного региона, результатом которой выступают официальные решения о практических мерах, прямо (в рамках отрасли здравоохранения) или косвенно (в других отраслях социальной сферы и в национальном и региональном хозяйстве в целом) направленных на поддержание общественного здоровья и реализуемых на основе межотраслевого подхода к управлению.*

Региональная здравоохранительная политика – сложный процесс, включающий шесть основных ступеней (фаз) (см. [76]):

1. Постановка повестки дня («Agenda Setting»).
2. Формирование политики («Policy Formulation»).
3. Принятие политики («Policy Adoption»).
4. Реализация политики («Policy Implementation»).
5. Оценка результатов политики («Policy Assessment»).
6. Корректировка политики («Policy Modification»).

Две последние стадии имеют особое значение, поскольку выполняют регулируемую функцию при внесении поправок в прочие ранее проведённые мероприятия (принцип обратной связи) (рис. 4).

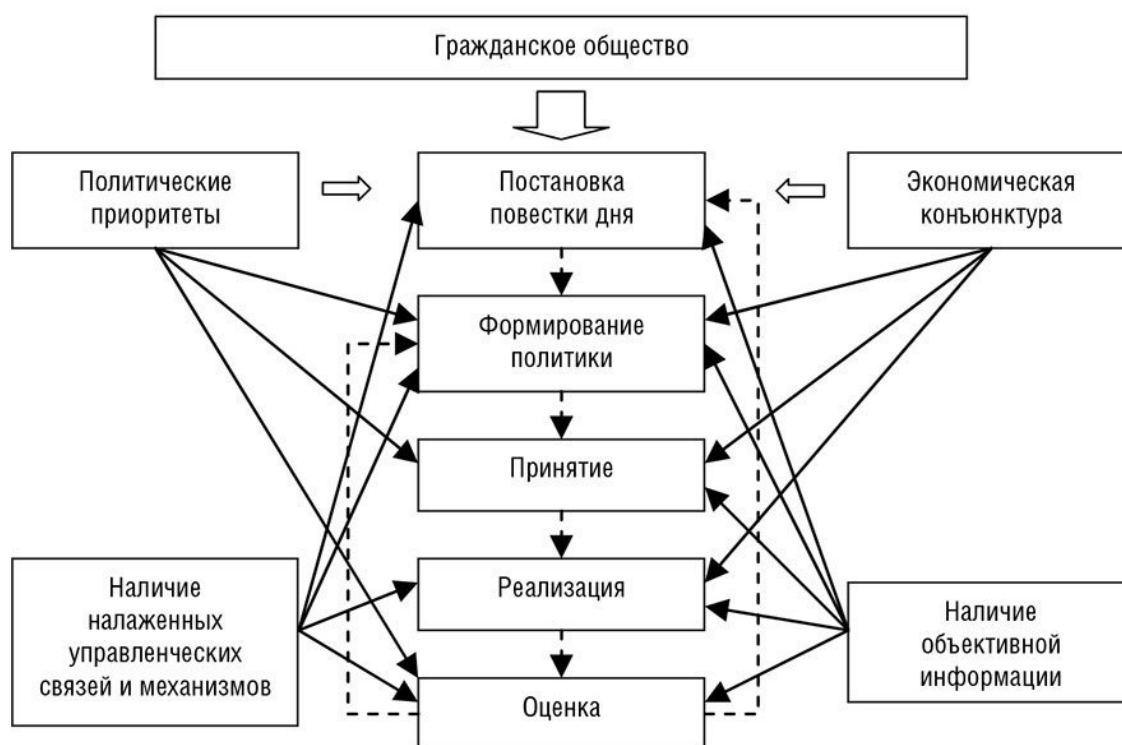


Рис. 4. Ключевые стадии региональной здравоохранительной политики и факторы, её детерминирующие (схема по George R. Palmer, Stephanie D. Short)

Принципиальным условием эффективной реализации региональной здравоохранительной политики представляется подчинённость всех перечисленных фаз воздействию усилий гражданских объединений, профсоюзов, гражданского общества в целом, что препятствует волюнтаризму в принятии решений в такой социально значимой сфере, как здравоохранение.

На действенность, прозрачность и эффективность региональной здравоохранительной политики влияют следующие факторы: экономическая обстановка в отдельном регионе и в стране в целом; политическая ситуация и система политических приоритетов; зрелость управленческой системы и налаженность конкретных финансовых механизмов; наличие объективной информации, позволяющей адекватно оценивать ситуацию со здоровьем населения региона и, следовательно, принимать необходимые управленческие решения и оценивать их итоги.

Базовыми факторами здравоохранительной политики, как и региональной социально-экономической политики в целом, являются политический (а также идущие в связке с ним идеологический и социокультурный) и экономический контексты. Примат того или другого в современной науке вызывает споры. С одной стороны, общество, слабо развитое экономически, имеет меньше возможностей выполнять социальные функции по сравнению с обществом, находящимся на более высоком уровне экономического развития и обладающим большим национальным доходом. С другой стороны, то, какую долю своего ВВП общество выделяет на нужды здравоохранения (как и на оборону, потребление и т. д.), есть вопрос политических приоритетов, которые определяются в сфере сознания, идеологии¹ [58].

На региональном уровне (то есть в рамках субъекта федерации) организация управленческих механизмов и наличие объективной информации как факторы ведения политики имеют большее значение, поскольку являются более гибкими и поддающимися регулированию за счёт

¹ Показательным в этом отношении фактом может служить установленная Д. Керником (D. Kernick) прямая статистически значимая корреляционная связь между богатством страны, выраженным в подушевом ВВП, и размерами финансирования здравоохранения в расчете на душу населения (Kernick, D. Getting health economics into practice. – UK. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2002. – P. 430).

местных управленческих усилий и рычагов. Об этом отчасти свидетельствует заметная дифференциация субъектов РФ по уровню организации механизмов управления и финансирования. Она сложилась в России в 1990 – 2000-е гг. после принятия закона о местном самоуправлении, в период наибольшей автономии регионов в проведении социально-экономических преобразований [39].

Таким образом, анализ основных научных теорий и концепций, посвящённых роли здравоохранения в экономике региона, показал следующее:

1. В целом, вклад здравоохранения в экономический рост региона характеризуется, во-первых, объёмом оказанных населению медицинских услуг, выраженным в стоимостной форме и обуславливающим рост создаваемого в отрасли регионального дохода, и, во-вторых, формированием производственного потенциала территории, определяющим ключевые параметры региональных трудовых ресурсов.

2. Уровень развития здравоохранения неразрывно связан с социально-экономическим развитием региона и страны в целом, которое, в свою очередь, определяется зрелостью общественного сознания и гражданского общества.

3. Затраты на здравоохранение оправданы экономической целесообразностью, и человек является объектом государственных инвестиций, выражающихся в общественных расходах на нужды отраслей социальной сферы, прежде всего образования и здравоохранения, которые становятся главным источником национального богатства; в этом смысле государственные ассигнования на здравоохранение нельзя понимать исключительно как затраты – они являются инвестициями в человеческий капитал, дающими экономическую отдачу в будущем.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.