

ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ КАК СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА

Аннотация. В статье рассматриваются институциональные основы трансформации системы здравоохранения в российском обществе. Анализируются основные тенденции и итоги становления страховой медицины как социального института.

Ключевые слова: социальный институт, реформа системы здравоохранения, обязательное медицинское страхование, качество медицинской помощи.

Abstract. The article considers the institutional bases of transformation of system of the medical aid system during the years of economic transition in the modern Russian society. It analyses prevailing tendencies and results of introduction of insurance medicine as a social institution.

Keywords: social institution, reformation of the medical system, compulsory medical insurance, quality of medical aid.

Как известно, социальные институты, являясь формами устойчивых социальных практик, задают «правила игры» в обществе, организующие взаимоотношения между людьми. Социальный институт обеспечивает возможность членам общества, социальных групп удовлетворять свои потребности, стабилизирует социальные отношения, вносит согласованность, интегрированность в действия членов общества.

В условиях общественных трансформаций вся система социальных институтов претерпевает значительные изменения, которые связаны как с перестройкой большинства организационно-правовых структур, так и с серьезными культурными сдвигами. При этом практически неизбежными становятся проявления институциональной разбалансированности, дисфункциональности: новые правовые формы оказываются в конфликте с более инертными культурными установками населения, сами эти новые формы нередко выстраиваются реформаторами недостаточно комплексно. Кроме того, начинает проявляться пресловутый «закон маятника», когда отказ от прежних, «устаревших» институциональных традиций приобретает чрезмерный, порой иррациональный характер.

Характерным примером действия «закона маятника» является эволюция института здравоохранения в постсоветский период.

С начала 90-х гг. XX в. в России осуществляется внедрение принципов рыночной экономики во все сферы общественной жизни. Не стала исключением и отечественная система охраны здоровья.

Наличие кризиса здравоохранения России, начавшегося еще во времена СССР, признается большинством серьезных исследователей. Попытки ее преодоления в начале 90-х гг. XX в. связаны с переходом от государственной к страховой модели медицины. К сожалению, итоги реформ оказались весьма неоднозначными. В современной России снизилась продолжительность жизни всех возрастных групп, растет распространенность социальных заболеваний. Особенно угрожающие размеры приобрела смертность мужчин трудоспособных возрастов [1].

Советская система здравоохранения, при всех ее дефектах, была законченной, системной моделью организации здравоохранения с точки зрения участия государства в финансировании медицинских услуг, медицинских и социальных мер охраны здоровья населения. Многими странами (к примеру, Великобританией при лейбористском правительстве) модель советского здравоохранения в свое время фактически была принята за образец.

Предпринятые в 90-е гг. реформы здравоохранения были направлены на разрушение существовавшей государственной модели здравоохранения, суть которой заключалась в бесплатном оказании государственными медицинскими учреждениями услуг населению с целью равного обеспечения всех его категорий медицинской помощью. Ставилась цель создания новой системы, основанной на принципах медицинского страхования. Это должно было устранить последствия многих лет жесткого бюрократического руководства. В частности, предполагалось децентрализовать управление, а как следствие, и финансирование, добавить к клиническому мышлению и экономическое, повысить эффективность и добиться того, чтобы здравоохранение лучше отвечало потребностям населения. Систему обязательного медицинского страхования (ОМС) учредил закон 1991 г., переработанный в 1993 г. Показательно, что только через пять лет после принятия закона об ОМС (июнь, 1991) была принята правительственная концепция реформы здравоохранения в России (1997), которая предусматривает всеобщность, социальную справедливость и доступность медицинской помощи населению независимо от социального статуса граждан, уровня их дохода и места жительства [2, с. 112]. Следует отметить, что реформы здравоохранения в России начались в эпоху общественного переворота и были в значительной степени вынужденными. В здравоохранении, как и в целом в экономике, ставка делалась на рыночные механизмы, запустить которые в ходе реализации обязательного медицинского страхования должны были новые рыночные структуры – страховые компании и фонды медицинского страхования, не зависящие от медицинских учреждений посредники между врачами (производителями медицинских услуг) и пациентами (покупателями медицинских услуг).

Выбор ОМС явился основной линией реформирования российского здравоохранения. При этом на выбор медицинского страхования в России повлияла достаточно успешная практика его использования в таких развитых европейских странах, как Германия и Франция. К сожалению, гораздо меньшее влияние на разработчиков реформы оказали отечественные положительные традиции и образцы развития системы здравоохранения. Между тем мировая практика показывает, что введение страхования при наличии серьезных экономических трудностей не решает проблемы расширения финансовой базы здравоохранения. Россия только подтвердила мировой опыт. Реформа не сопровождалась существенными организационными изменениями. Новый элемент системы здравоохранения – фонды ОМС, по существу, вводились в старую институциональную структуру. Это не могло не привести к конфликтной ситуации. В результате в настоящее время в системе действуют пять основных «игроков»: Минздрав, местные органы здравоохранения, федеральные и территориальные фонды ОМС, страховые медицинские компании и медицинские учреждения. Их взаимоотношения складываются не просто, особенно это касается ОМС и местных органов здравоохранения.

В процессе медицинского обслуживания как формы социального взаимодействия воспроизводится сложная система ролей и ролевых взаимоотношений участников. Развитие страховых принципов медицинского обслуживания приводит к изменению функций участников, появлению новых социальных ролей и новых отношений, строящихся по правилам рыночной экономики.

Сегодня во взаимоотношения между врачом и пациентом все чаще подключаются посредники в виде страховых компаний. Не имея прямого отношения к медицине, они активно вмешиваются в лечебный процесс. В частности, это проявляется в том, что страховые компании стоят на страже «оптимизации» затрат на лечение, стремятся «избежать дорогостоящего дублирования диагностики» и консультаций специалистов, необходимых с медицинской точки зрения, а также «оптимизировать» сотрудничество людей и институтов внутри здравоохранения [3].

Первые годы внедрения обязательного медицинского страхования получили как горячих сторонников, так и противников. Анализ медицинской литературы первых лет проведения реформы показал наличие прямо противоположных мнений по поводу реформирования здравоохранения. Чаще всего представители государственной системы здравоохранения отвергали это нововведение, а представители системы обязательного медицинского страхования пытались доказать, что это единственный способ спасения отрасли [4, с. 20].

В большинстве исследований мнений населения о состоянии здравоохранения отмечается преобладание негативных оценок об изменениях в здравоохранении либо мнения о том, что нынешнее здравоохранение, с точки зрения организации предоставления медицинской помощи, мало изменилось по сравнению с советскими временами [1]. Данные панельных опросов, проведенных А. В. Решетниковым, показали, что доля негативных оценок уровня медицинской помощи всех видов имеет тенденцию к нарастанию [5].

Нерешенными проблемами остаются государственные гарантии медицинской помощи, выполнять которые приходится в условиях острой нехватки бюджетных и страховых средств. Пациент по-прежнему не является центральным звеном преобразований, а остается бесправным потребителем медицинских услуг. Нет активной поддержки реформы населением и профессиональным медицинским сообществом. Нет достоверной информации о доступности медицинских услуг для всех слоев населения, малоэффективен механизм контроля качества медицинских услуг. Тем не менее, широкая публичная поддержка реформы может быть эффективным катализатором изменений, равно как и отсутствие такой поддержки может оказаться серьезным препятствием ее осуществления [6].

Таким образом, на данном этапе реформы российского здравоохранения далеки от завершения, и сегодня можно говорить лишь о направлениях его развития и некоторых итогах. В этих условиях важно знать, насколько население и врачебное сообщество понимают направление реформ и какие дают оценки реорганизационным изменениям.

С этой точки зрения большую роль может сыграть мониторинг удовлетворенности медицинских работников различными аспектами своей работы и решением поставленных задач, а также контроль удовлетворенности пациентов качеством, доступностью проведения лечебных и профилактических ме-

роприятий, информационным обеспечением. Такой мониторинг может положительно повлиять на достижение эффективности нынешних преобразований. Он, в частности, позволит зафиксировать успешность становления страховой медицины не просто как организационного новшества, но и как социального института, основные принципы деятельности которого разделяются всеми заинтересованными сторонами, и прежде всего врачами и гражданами – потребителями медицинских услуг. Кроме того, регулярные опросы населения способствуют выявлению слабых мест при реформировании системы здравоохранения и могут быть использованы при разработке конкретных мер по повышению эффективности функционирования системы здравоохранения в стране и регионе.

Для анализа успешности процесса институционализации страховой медицины нами был проведен анкетный опрос врачей и пациентов трех лечебно-профилактических учреждений г. Пензы (МУЗ ГКБСМП им. Г. А. Захарьина, ОКБ им. Н. Н. Бурденко, ПГКБ № 5). Опрос проводился в марте–мае 2009 г. Было опрошено 200 врачей (из них 110 – врачи поликлиники, 90 – врачи стационара) и 500 пациентов.

Показательны оценки респондентами перемен, происходящих в системе российского здравоохранения (рис. 1).

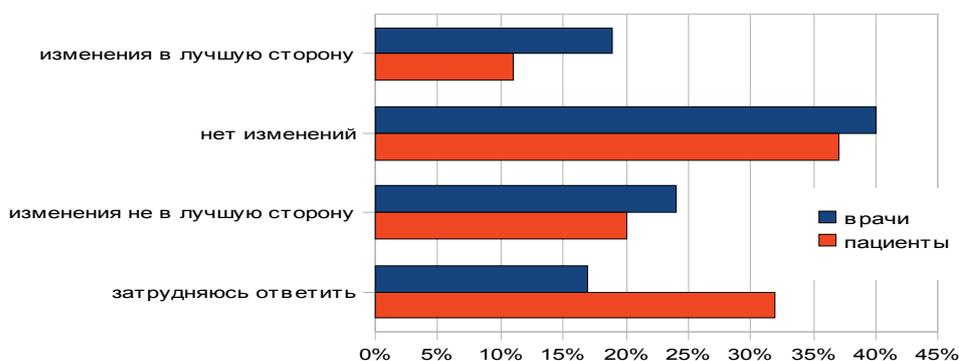


Рис. 1 Оценки изменений в системе здравоохранения, связанных с введением обязательного медицинского страхования ($N = 700$)

Как видим, 18 лет реформ и у врачей, и у пациентов не ассоциируются с ощутимыми результатами, которые бы изменили облик института здравоохранения. Это достаточно убедительное свидетельство того, что процесс интернализации новых социальных правил и норм далек от завершения – это касается и потребителей медицинских услуг, и самого врачебного сообщества. Видимо, необходимы определенные положительные результаты, которые бы связывались с происходящими переменами, чтобы предлагаемые новые социальные условия были приняты обществом [7].

Введение медицинского страхования теоретически расширило права пациентов и врачей. На практике своими правами получения медицинских услуг пациенты не пользуются. Отечественные авторы указывают, что само введение страхования не сопровождается систематическим и доступным для всех слоев населения информационным и пропагандистским обеспечением. К примеру, исследование, проведенное в Казани, показало низкий правовой уровень пациентов и врачей (свои права знали 15 % пациентов и 45 % врачей) [7].

Наше исследование дало похожие результаты. Так, на вопрос «Считаете ли Вы нужным свободный выбор пациентом медицинского учреждения?» (данное право давно законодательно закреплено) лишь 36 % пациентов и 25 % врачей ответили «положительно», в то время как ответ «Это практически неосуществимо» выбрали 40 % пациентов и 36 % врачей.

Не менее важно и то, что среди пациентов и врачей пока еще преобладают патерналистские установки, которые сформировались во времена бесплатной медицины. Сегодня проблема состоит в том, что условия оказания медицинской помощи изменились, но продолжает действовать инерция старых установок. Так, по данным нашего опроса, 65 % пациентов и 47 % врачей согласны с тем, что контроль качества должен осуществляться государством, и лишь 15 % пациентов и 17 % врачей связывают контроль качества со страховыми организациями. Такое отношение к страховым организациям может свидетельствовать и о культурной инерции, и об изначальной бесперспективности чрезмерно резкого отказа от всех стандартов советского здравоохранения, и о неэффективности конкретных механизмов государственной политики, направленной на внедрение страховой медицины. В любом случае такое отношение говорит о серьезных трудностях в процессе становления этого нового социального института

В основе определения социальной эффективности медицинского обслуживания лежит соответствие ролевым ожиданиям и требованиям участников взаимодействия в системе здравоохранения, а также способность удовлетворять предполагаемые и установленные потребности при соответствии медицинским стандартам, этическим и правовым нормам. Поэтому одним из важнейших направлений фундаментального реформирования государственных институтов является повышение качества и доступности государственных услуг. Для достижения этой цели предполагается введение принципа управления по результатам, разработка и внедрение стандартов государственных услуг.

Как известно, стандарт государственной услуги представляет собой систематизированный набор требований к ее качеству и может быть установлен, с одной стороны, исходя из потребностей клиентов, с другой стороны – с учетом технологических, материально-технических, финансовых и иных ресурсных ограничений. Выделяют следующие характеристики качества: профессиональная компетенция, доступность, результативность, межличностные взаимоотношения, эффективность, непрерывность, безопасность, удобство. При этом с институциональной точки зрения важно, чтобы критерии качества оказания медицинских услуг более или менее однозначно трактовались всеми участниками социального взаимодействия.

В нашем исследовании была сделана попытка определить различия между трактовками качества медицинского обслуживания врачами и пациентами. Итоги опроса показали, что в целом идею о необходимости контроля качества медицинских услуг разделяет абсолютное большинство респондентов.

На вопрос «Должен ли осуществляться контроль качества медицинского обслуживания?» положительно ответили 93 % пациентов и 85 % врачей; отрицательно – лишь 1 % пациентов и 10 % врачей. Затруднились ответить 6 % пациентов и 5 % врачей. При этом выбор значимости основных параметров, которые лежат в основе оценок качества медицинского обслуживания, показал некоторые различия в позициях врачей и пациентов (рис. 2).



Рис. 2 Мнения респондентов относительно значимости основных критериев качества медицинского обслуживания ($N = 700$)

Для пациентов, обслуживаемых в каком-то конкретном медицинском учреждении, качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их нуждам, является своевременной и насколько вежлив, внимателен медперсонал, оказывающий эту помощь. В целом пациенту необходимо, чтобы симптомы болезни были ликвидированы, а сама болезнь предотвращена или прекращена. Мнение пациентов очень важно, так как удовлетворенные пациенты лучше следуют предписанию врача. Таким образом, характеристики качества, касающиеся удовлетворенности клиента, влияют на здоровье населения.

Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность во взаимоотношениях между ними и медперсоналом, а также на непрерывность медицинской помощи как наиболее важные характеристики качества. Медработники же больше внимания обращают на профессиональную компетентность, эффективность и безопасность.

Разумеется, пациенты не в полной мере осознают все, в чем они нуждаются, и, в конце концов, не могут адекватно оценить профессиональную компетентность медицинских работников. Тем не менее, и разработчикам реформ, и медработникам важно не только изучать состояние здоровья населения и его потребности в здравоохранении, но и обеспечивать пациентов необходимой информацией, а также, что очень важно, вовлекать их в процесс обсуждения качества медицинской помощи. Какие решения должны быть приняты профессионалами, а какие – пациентами? Это достаточно субъективный и очень непростой вопрос, так что ответ на него требует взаимопонимания и обмена информацией с обеих сторон. Если же на эту проблему вообще не обращать внимания, противоречия между социальными ожиданиями врачей и пациентов будут приводить к различным недоразумениям, конфликтам, что блокирует сам процесс легитимизации новой системы здравоохранения как стабильного социального института.

Важным критерием успешной институционализации страховой медицины является отсутствие серьезного разрыва между ценностными установками различных групп врачей. Одной из задач проведенного нами опроса было выявление различий между установками врачей поликлиник и стационаров (как известно, реализация национального проекта «Здоровье» положительно сказалась на материальном положении прежде всего врачей-терапевтов поликлиник).

Для определения ключевых ценностей, лежащих в основе профессиональной деятельности врачей, респондентам был задан вопрос «Что, прежде всего, дает Вам ваша работа?» (рис. 3).

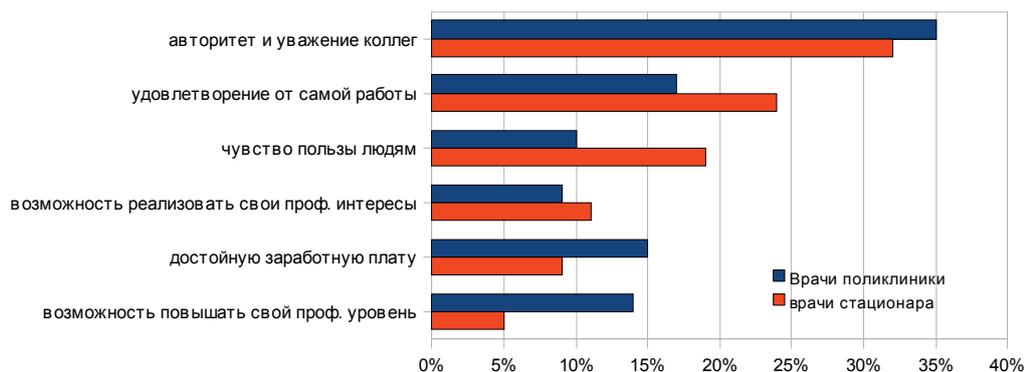


Рис. 3 Распределение ответов на вопрос «Что, прежде всего, дает Вам ваша работа?» (N = 200)

Разница в профессиональных установках оказалась довольно значительной: врачи поликлиник чаще ссылаются на достойную зарплату и уважение коллег; врачи же стационаров прежде всего говорят о чувстве пользы, которую они приносят людям, и о возможности реализовывать свои профессиональные интересы.

Эта же тенденция просматривается и при анализе ответа на вопрос «Соответствует ли, по Вашему мнению, заработная плата Вашему трудовому вкладу?». На данный вопрос ответили отрицательно 75 % врачей стационара и 61 % врачей поликлиники; 10 и 30 % респондентов, соответственно, ответили на него положительно. 15 % врачей стационара и 9 % респондентов, работающих в поликлиниках, затруднились дать ответ. В свою очередь, ответы на вопрос «Как Вы считаете, Ваша профессиональная деятельность способна Вас нормально материально обеспечить?» распределились следующим образом: положительно на этот вопрос ответили 38 % респондентов, работающих в стационаре, и 46 % респондентов, работающих в поликлинике; отрицательно – соответственно, 52 и 40 %. Затруднились с ответом 10 и 14 % респондентов, соответственно. При этом необходимо отметить, что женщины-врачи менее критично настроены, чем мужчины. Среди положительных ответов доля женщин в обеих группах более 60 %.

Еще более показательны ответы на вопрос «При каких условиях Вы могли бы работать лучше?». Здесь разрыв между двумя группами врачей оказался еще значительнее: 63 % врачей стационара при ответе на него выбрали вариант «При повышении заработной платы», 19 % – «При улучшении технического оснащения лечебно-профилактического учреждения», 10 % – «При улучшении условий труда». Мнения врачей поликлиники распределились следующим образом: 25 % респондентов из этой группы выбрали вариант «При улучшении условий труда», 35 % – «При повышении заработной платы», 10 % – «При улучшении технического оснащения лечебно-профилактического учреждения».

Такие итоги опроса свидетельствуют о наличии некоторых признаков психологического раскола во врачебном сообществе.

Очевидно, что российская система здравоохранения на данном этапе своего развития еще не является устойчивым типом и формой социальной политики, а находится на стадии становления. Здравоохранение в России в настоящий момент не в полной мере обладает набором специфических социальных норм и предписаний, регулирующих соответствующие типы поведения; главное же заключается в том, что оно не до конца интегрировано в социально-политическую, идеологическую и ценностную структуры общества. Это, в свою очередь, не позволяет социально легитимизировать формально-правовую основу функционирования новой страховой системы охраны здоровья, осуществлять социальный контроль ее деятельности [8]. Между тем только в институциональных рамках возможно четкое функционирование любой сферы человеческой деятельности, в том числе охраны здоровья.

Мировой опыт показывает, что без государственного регулирования не может быть создана наиболее функционально выгодная для общества система охраны здоровья. Государство не должно пускать процесс коммерциализации медицины на самотек, оно обязано установить строгий контроль за качеством медицинских услуг. Кроме того, государственным структурам необходимо обращать внимание не только на проблему финансирования здравоохранения, но и на социальные задачи политики в этой сфере. Среди таких задач – дальнейшая правовая социализация населения, профессиональная, юридическая и экономическая социализация медицинского персонала; активизация деятельности организаций, представляющих корпоративные интересы медицинского персонала и пациентов; привлечение медицинских работников в стан сторонников реформ отрасли, недопущение раскола медицинского сообщества. Решение этих задач требует специальных целевых программ, разработки профессиональных стандартов и системы мониторинга. Опыт развитых стран, да и наш собственный опыт последних лет, говорит о том, что формирование эффективных социальных институтов, к которым относится и здравоохранение, возможно только на основе активного участия в этом процессе граждан – получателей социальных услуг и профессионального медицинского сообщества.

Список литературы

1. **Пиетиля, И.** Российское здравоохранение: ожидания населения / И. Пиетиля, А. П. Дворянчикова, Л. С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 5.
2. **Лисицин, Ю. П.** Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицин. – М., 2002.
3. **Колесникова, И. С.** Новации в социологии медицины и здоровья / И. С. Колесникова // Социологические исследования. – 2008. – № 4.
4. Обзор развития системы здравоохранения в советское время и период реформ с конца 1980-х годов // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2007. – № 7.
5. **Решетников, А. В.** Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 12.
6. **Салтман, Р. Б.** Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М., 2000.
7. **Шилова, Л. С.** О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 9.

8. Пидде, А. Л. Здоровоохранение России – социальный институт современного российского общества (проблемы становления) / А. Л. Пидде // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 3 (4).

Воробьев Владимир Павлович

доктор социологических наук,
профессор, кафедра государственного
управления и социологии региона,
Пензенский государственный
университет

E-mail: vvp@sura.ru

Vorobyev Vladimir Pavlovich

Doctor of sociological sciences, professor,
sub-department of public administration
and regional sociology,
Penza State University

Воробьева Елена Евгеньевна

аспирант, Пензенский
государственный университет

E-mail: aabb11221@yandex.ru

Vorobyeva Elena Evgenyevna

Post graduate student,
Penza State University

УДК 61:316

Воробьев, В. П.

Проблемы становления страховой медицины как социального института / В. П. Воробьев, Е. Е. Воробьева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 3 (11). – С. 88–96.