ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Смайловская М.С.
Администрация Пушкинского района Московской области, Пушкино

Современный этап общественного развития характерен расширением масштабов, ростом значимости третичного сектора экономики государства – сферы услуг. Усложнение экономических взаимоотношений, обострение конкуренции на большинстве рынков, увеличение темпа жизни, рост качества жизни обусловили повышение значимости вопросов построения эффективного управления социальной сферой государства.

Проблема распределения ограниченных ресурсов при неограниченных потребностях обусловила необходимость координации действий производителей и потребителей благ. Исторически, сформировались два «полярных» вида экономических отношений:

– рыночная экономика, отличающаяся свободой хозяйствующих субъектов в принятии управленческих решений;

– командно-административная или плановая экономика, построенная на централизации процессов решений об объемах и структуре производства.

Однако, развитие экономики, политики, борьба данных двух систем объективно привела к развитию смешанной экономики.

В настоящее время, смешанная экономика представляет собой «тип хозяйственного механизма, который сочетает в себе рыночные и плановые начала, частную и общественную собственность на факторы производства, капитализированный и социализированный сектора народнохозяйственного комплекса»[1]. Основным принципом смешанной экономики является, таким образом, оптимального сочетания экономической эффективности и социальной справедливости, реализуемый посредством функции социально справедливого распределения и перераспределения национального дохода государства.

При выделении социальной сферы государства ряд ученых включают в нее образование, культуру и искусство, здравоохранение, физическую культуру и спорт, социальное обеспечение, жилищно-коммунальное хозяйство и т.д[2]. Определение состава социальной сферы традиционно основывается на теории общественных благ, согласно которой к таковым относятся блага, неконкурентные и неисключаемые из потребления гражданина, что и отличает их от частных благ. Действительно, например, услуги здравоохранения обладают данными характеристики: их нельзя исключить из жизни ни одного члена современного общества, а также практически невозможна конкуренция между благами здравоохранения и какими-либо другими благами.

В свою очередь, социальный комплекс «относится к третичному сектору народного хозяйства – сфере услуг, являющейся составной частью народнохозяйственного комплекса, а значит входит в общую систему экономических отношений, подчиняется общим экономическим законам, господствующим в данном обществе»[3].

Особое место в социальном комплексе государства занимает отрасль здравоохранения, прямо влияющая на качество жизни населения, качество трудовых ресурсов государства. Необходимость реформ здравоохранения, накопившиеся проблемы его развития в России повышают актуальность вопросов о управлении здравоохранением.

Выбор методов и форм управления каким-либо объектом определяется, прежде всего, особенностями, структурой данного объекта и внешней средой его функционирования. Структура системы здравоохранения будет представлена в п. 1.2. настоящего диссертационного исследования. В данном разделе рассмотрим специфику сферы здравоохранения, как особого вида деятельности, его место в национальной экономике, а также особые требования со стороны внешней среды к формированию методов и форм управления.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый гражданин «имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь»[4]. Тем самым государство, в соответствии с международными правовыми положениями, принципами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) придает социальный характер здравоохранению, признавая неисключаемость медицинской помощи и иных мероприятий здравоохранения из потребления граждан.

При этом охрана здоровья гражданина и общества трактуется как сложный комплекс мероприятий, объединенных единой целью. Так, законодательством признается, что «охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации»[5].

---

[1] ., например, Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, 1996. С. 11

[2] См., например, Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, 1996. С. 9; Некрасов Н.Н. Региональная экономика. М., 1978. С. 41. и пр.

[3] Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, 1996. С. 9

[4] Конституция Российской Федерации. Ст. 41

[5] Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Ст. 1 N 5487-1 от 22 июля 1993

Таким образом, общепринято отнесение здравоохранения к социальной сфере или социальному комплексу государства.

Признание социального характера здравоохранения означает ряд требований к управлению.

Прежде всего, отметим, что согласно теории общественного блага, общественный сектор замещает рынок там, где рыночные механизмы не срабатывают[6]. Данным фактором объясняется значительное участие государства в становлении и развитии социальной сферы в целом и ее отдельных отраслей в частности, обеспечивающее достижение полного рынка социальных услуг. Например, в США, в период функционирования чистой частной системы здравоохранения более 17 млн. человек не имели доступа к медицинскому обслуживанию[7]. Особую значимость приобретает постоянный мониторинг и прогнозирование потребностей в услугах здравоохранения.

Во-вторых, неконкурентность услуг здравоохранения повышает значимость таких факторов, как преимущество крупных масштабов деятельности организаций, дифференциацию услуг в организациях, неценовой конкуренции, саморегулирования. В совокупности данные факторы обусловливают невозможность организации данной сферы на принципах чистой конкуренции, и приводят к организации монополистического или олигополистического рынка. В свою очередь подобное ограничение конкуренции требует особого регулирования государства по вопросам доступности услуг здравоохранения (как ценовой, так и неценовой доступности).

В-третьих, внешние эффекты в социальной сфере в целом, и в здравоохранении в частности, оказывают значительное влияние на функционирование самой системы предоставления конкретных услуг. Например, здравоохранение, восстанавливая работоспособность, продлевая период жизни, повышая качество жизни, в свою очередь создает новые потребности в медицинском и ином обслуживании, а также способствует экономическому росту. Данное обстоятельство требует особого подхода к планированию и организации системы здравоохранения со стороны государства.

В-четвертых, принципы смешанной экономики поднимают вопрос сочетания экономической эффективности и социальной справедливости в деятельности системы здравоохранения. Следовательно, принимаемые решения в сфере здравоохранения должны быть экономически обоснованы и способствовать реализации социальной функции здравоохранения.

В целом, роль государства в социально-экономическом развитии общества в условиях смешанной экономики определяется тремя основными функциями:

– стабилизационная функция – заключается в регулировании должных показателей макроэкономических параметров;

– функция распределения ресурсов (аллокативная) означает распределение ресурсов между частным и общественным секторами;

– функция распределения доходов (дистрибутивная) предполагает распределение дохода исходя из принятых принципов[8].

За период формирования смешанной экономики сформировались ряд подходов к управлению социальной сферой в целом и здравоохранением в частности, отличающиеся особенностями выполнения вышеперечисленных функций государства.

М.Фотаки[9] рассматривает современные системы здравоохранения, классифицируя их по критериям уровня социального развития и способов управления социальной сферой:

– универсалистская (модель Бевериджа),
– социального страхования (модель Бисмарка),
– “южная модель” (Испания, Португалия, Греция и частично Италия),
– институциональная или социал - демократическая “скандинавская модель”,
– либеральная (остаточного социального обеспечения),
– консервативная корпоративная (Япония),
– латиноамериканская,
– системы здравоохранения индустриальных государств Восточной Азии,
– системы здравоохранения стран с переходной экономикой.

По нашему мнению, множество данных подходов на современном этапе развития можно свести к следующему:

1. Государственный (социалистический) подход, заключающийся в централизованном управлении социальной сферой и здравоохранением в частности. Согласно данному подходу все управленческие решения определяются централизованно органами управления здравоохранением, а финансирование бюджета здравоохранения осуществляется за счет налоговых отчислений. При данном подходе самостоятельность субъектов системы здравоохранения минимальна, их действия должны соответствовать государственным решениям. Управление здравоохранением на региональном и местном уровнях становится детализацией и конкретизацией управленческих решений в области здравоохранения федерального уровня. В данном случае преимущественно реализуются административные формы управленческого воздействия.

2. Частный (рыночный) подход, согласно которому государство практически не вмешивается в управление здравоохранением, за исключением общих административных функций (защита прав потребителя, регулирование договорных отношений и пр.). Здесь все управленческие решения принимаются самостоятельно субъектами системы здравоохранения.

[6] См., например, Ахинов Г.А. Основы экономики общественного сектора. М., ТЕИС, 2003. С. 16

[7] См., например, Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. Казань, 1996. С. 25

[8] Ахинов Г.А. Основы экономики общественного сектора. М., ТЕИС, 2003. С.46-49

[9] Фотаки Марианна Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта Сб. “Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)” – М., - 1999. – С.8 –11

Этот подход приводит к формированию неполного рынка, отсутствию доступа к медицинскому обслуживанию ряда категорий населения, что противоречит социальному характеру здравоохранения. Управление представляет собой в целом децентрализованный процесс. Управленческие решения на региональном и местном уровнях принимаются по принципам рыночной экономики, по законам спроса и предложения. Превалирующее значение в частном подходе к управлению здравоохранением принимают экономические методы управления, позволяющие косвенно воздействовать на интересы субъектов системы здравоохранения.

3. Социальный подход, основанный на признании значимости социальной сферы и необходимости особого ее регулирования в смешанной экономике. Здесь сочетаются принципы экономической целесообразности управленческих решений и социальной справедливости в распределении социальных благ (в частности благ здравоохранения). Управление основано на применении смешанных методов управления, в том числе, административных, экономических, социально-психологических и пр. В социальном подходе следует в свою очередь, выделить ряд способов (форм) управления здравоохранением, являющихся, по сути, различными способами распределения доходов:

– управление, основанное на обязательном медицинском страховании (ОМС), предполагающее активное развитие фондов ОМС по уровням управления (федеральный, региональный, местный) и оказание медицинской помощи гражданам в структуре и объемах, предусмотренных полисами ОМС и по нормативам подушевого финансирования. Данная система является наиболее адресной и персонифицированной из всех существующих на сегодняшний день подходов. Однако ее функционирование требует особых системных управленческих решений особенно в сфере финансового менеджмента и формирования информационной среды;

– управление, основанное на государственных минимальных социальных стандартах (ГМСС), предусматривающее разработку определенного стандарта оказания услуг, являющегося по сути конкретной государственной гарантией гражданину. ГМСС принимает вид удельного норматива финансирования в стоимостном выражении. При этом сам норматив формируется на основе отраслевых (или профессиональных) стандартов, предъявляющие особые требования к объему и качеству предоставления базового набора государственных услуг. в свою очередь в качестве подобных стандартов выступюат натуральные нормы обеспеченности объектами инфрастурктуры, материальными и трудовыми ресурсами, используемыми в процессе оказания конкретных услуг[10]. Основная особенность данного подхода заключается в разработке усредненного перечня медицинских услуг, дифференцированного по территориям и категориям граждан;

– маркетинговый подход в отличие от перечисленных выше, не является общей или распространенной практикой. Специфика маркетингового подхода в управлении здравоохранением заключается в отслеживании динамики потребностей населения и принятии управленческих решений по финансам, кадрам и иным ресурсам здравоохранения в перспективе развития выявленных потребностей,

– смешанный подход, предполагающий сочетание представленных выше подходов.

В настоящее время в Российской Федерации реализуется социальный подход к управлению здравоохранением, в рамках которого сформировалась система ОМС и закладываются основы разработки ГМСС, маркетинговые подходы, как показывает практика, эпизодически применяются в частном секторе здравоохранения.

[10] В.А. Тупчиенко. Стандартизация как инструмент экономического регулирования сферы государственных услуг. М., Информ-Знание, 2003. с. 150-153

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ И РАЗДЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ПРОБУКОЛА У ЖИВОТНЫХ С LLC

Соломанина О.О., Микуляк Н.И.,
Кинзирский А.С., Моисеева И.Я.
Пензенский государственный университет,
Пенза

К настоящему времени накоплено много факторов о положительном влиянии как традиционных, так и относительно новых лекарственных препаратов на метаболизм миокарда, подвергшегося действию того или иного фактора, ведущего к развитию миокардиодистрофии. Это позволяет регулировать его метаболизм, влияя на конкретные звенья обмена. Но такая регуляция требует разработки новых и пересмотра традиционных схем. Данные литературы подтверждают важное место антиоксидантов в комплексной терапии миокардиодистрофии, вне зависимости от ее клинического варианта. Принимая во внимание, что в большинстве случаев основной причиной развития токсической кардиопатии является инициация противоопухолевыми агентами процессов перекисного окисления липидов в миокардиоцитах, представляется вполне оправданным использование антиоксидантов для профилактики и лечения индуцированных кардиопатий при химиотерапии опухолевых заболеваний, что и определило выбор научных исследований.

Среди лекарственных средств, регулирующих процессы перекисного окисления липидов был выбран препарат из группы пространственно затрудненных фенолов – пробукол, обладающий выраженной антиоксидантной активностью. Модель экспериментальной миокардиодистрофии вызывали у крыс с перевитой под кожу опухолью карциносаркомой Уокера-256 массой 180-250 г, путем двухкратного внутрибрюшинного введения циклофосфана в дозе 7,5 мг/кг. Противоопухолевое действие препаратов и их антиметастатические свойства оценивали в соответствии с существующими «Методическими рекомендациями по изучению специфической активности противоопухолевых препаратов, предлагаемых для испытания в клинике»