

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-2-5

УДК 316.422

ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РЕГИОНЕ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Больницкая А.Н.

В статье дается краткий анализ состояния здоровья и развития системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия). Выделяются территориальные особенности состояния и тенденций изменения здоровья населения и системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия). Делается попытка анализа причин и путей реформирования системы здравоохранения во взаимосвязи с внутрироссийскими и мировыми социальными процессами. Освещаются актуальные вопросы поиска модели социальной политики – баланса интересов между разными группами общества, определение субъектов и пределов ответственности, принципов формирования и распределения средств.

Ключевые слова: *здоровье; система здравоохранения; медицина; медицинские услуги; социальная политика; рационализация; общество; социальные изменения.*

HEALTH AND HEALTHCARE IN REGION IN CONDITION OF SOCIAL CHANGES

Bolnitskaya A.N.

A brief analysis of the state of health and development of the healthcare system in the Republic of Sakha (Yakutia) is given. Territorial features of the state and the tendencies of change of population health and the healthcare system in the Republic of Sakha (Yakutia) are marked out. An attempt of the analysis of the reasons and ways of reforming of the healthcare system in interrelations with in-Russian and world social processes is made. Topical issues of search of a model of social policy including a balance of interests of different groups of the society, definition of subjects and limits of responsibility, principles of formation and distribution of resources are elucidated.

Keywords: *health; healthcare system; medicine; medical services; social policy; rationalization; society; social changes.*

«Будущее уже наступило, но наступило неравномерно» (Б.Гейтс). Применительно к медицинским услугам можно точно сказать, что мы оказались в том месте, где оно пока не наступило, или наступило, но не для всех. При этом качество медицинских услуг варьирует в зависимости от принадлежности к той или иной точке пространства даже в рамках одной страны, определяя степень отдаленности территории от будущего. Каковы причины этой ситуации? И, собственно, при каких условиях будущее может наступить и для нас – обычных граждан? В рамках данной статьи будет сделана попытка ответить на эти вопросы.

Очереди в поликлиниках, нехватка талонов к специалистам, старое оборудование, недостаток или отсутствие лекарств, необходимость реконструкции и модернизации медицинских учреждений, зачастую возможность реализации права на здоровье, т.е. доступ к качественной медицинской помощи, лишь посредством личных контактов (знакомств), социального статуса и уровня благосостояния – все эти негативные стороны современной медицины говорят о воле проблем в системе здравоохранения общества. При этом здоровье населения – это общепризнанный фактор общественного развития, индикатор его состояния и проблем.

Неудивительно, что международные методологии расчета уровня и качества жизни включают в себя обязательно медицинский аспект. Современное общество, осознавая значение здоровья, всеми силами стремится повлиять на показатели здоровья с помощью научных разработок и исследований, а также выработки эффективной социальной политики в области здравоохранения.

Одним из весомых достижений мирового сообщества, безусловно, является прогресс в области медицины и здоровья населения. Позитивными тенденциями являются снижение заболеваемости по социальным причинам, повышение продолжительности жизни, улучшение качества услуг, развитие науки и технологий в сфере медицины, достижения в области управления и рационализации оказания медицинских услуг. На современном этапе прогресс медицины во многом связан с внедрением новых передовых технических разработок – производство лекарств нового поколения, ультрасовременного медицинского оборудования, материалов, средств ухода и др. Отлаженный механизм внедрения новых технологий, налаживание производственного процесса позволяет интенсифицировать процесс их обновления и распространения, не взирая, на расстояния и границы. Тем не менее, качество медицинских услуг в российском обществе не растет с такими же темпами, как темпы внедрения новых медицинских технологий. Причина данной закономерности, скорее всего, в освоении этих технологий, т.е. в человеческом факторе, которая является следствием использования устарелых подходов к обучению медицинского персонала, а также в организации системы здравоохранения. С другой

стороны новая социальная реальность – постиндустриальный мир – привел к возникновению новых социальных рисков – безработица, неравенство, утрата смыслов, стресс и т.д. Такие социальные и экономические процессы времени как глобализация, старение населения, экономические кризисы вынуждают государства идти по пути сокращений, экономии, оптимизации расходов бюджетов, перенесения ответственности за свое благополучие и наступление рисков на самих граждан. Эти мировые процессы затронули и нашу страну, которая развивается в условиях глобального мира, ощущая на себе влияние и достижений, и вызовов времени.

При этом развитие страны в целом, сферы здравоохранения, в частности, неравномерно, в силу таких объективных факторов как размеры территории, экономический и человеческий потенциал регионов. Это относится и к сфере здравоохранения, поскольку развитие данной сферы во многом обусловлено качеством системы образования регионов – института воспроизводства сферы здравоохранения, а также технической оснащенностью и обустроенностью медицинских учреждений, которая определяется экономическими возможностями регионов. Надо отметить, что любая сфера деятельности имеет региональный аспект, т.е. особенности развития в рамках определенной территориальной общности. Для Республики Саха (Якутия) эти особенности определяются климатическими условиями, культурой, и, безусловно, экономикой. Характерными признаками здравоохранения республики являются высокая заболеваемость; неравномерность развития сферы здравоохранения; неудовлетворенность и обеспокоенность населения качеством здравоохранения.

Для формирования общей картины состояния здоровья и ситуации в сфере здравоохранения в республике сделаем краткий описательный анализ ее признаков. Представление о характере здоровья населения дает комплекс различных показателей. Несомненно, одним из самых важных из них является – заболеваемость населения. За последние годы в республике наблюдается тенденция ухудшения состояния здоровья населения. Уровень заболеваемости¹ в республике в период с 2000 по 2013 гг. вырос на 30%. Рост заболеваемости связывается с одной стороны, с более эффективной выявляемостью заболеваний, благодаря современным методам диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. Например, численность лиц, с первые установленным профессиональным заболеваниям в период с 2000 по 2013 гг., выросла в 6,3 раза. Тем не менее, эти тенденции не сказались на уровне смертности по классам заболеваемости, которые наоборот имеют тенденцию к снижению.

¹ Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни.

В структуре смертности региона по классам причин смертности первое место занимают болезни системы кровообращения – 46,1%, второе место – несчастные случаи, травмы и отравления (18,3%), и третье – новообразования (14,5%). При этом смертность по заболеваемости и др. причинам, например, в Японии в 2008 году была в 3,5 раз ниже установленного в республике в данный период времени, в Финляндии, близкой нам по климатическому поясу – в 2,5 раза ниже. Эти цифры ярко отражают качество жизни и медицины в республике. В целом по России эти показатели еще выше. Однако, ситуация меняется в разрезе трудоспособного возраста. Если в 2012 году болезни системы кровообращения в общем числе смертности по всем заболеваниям в РФ составляли 30,9%, то в РС (Я) – 33,7%, несчастные случаи, травмы и отравления, соответственно, 28,3% и 34,6%, и новообразования – 14,3% и 11,3% [3].

Высокая доля смертности в трудоспособном возрасте по причине несчастных случаев, травм и отравлений характеризует поведенческие особенности населения территориальной общности – алкоголизация населения и преступность. В этом классе причин в период с 2000 по 2013 гг. снизилась смертность по все группам причин (самоубийства, убийства, отравления алкоголем), кроме травм, полученных в результате транспортных аварий. В группе преобладают самоубийства (23,5%), далее следуют убийства (17,2%) и транспортные травмы (13%). Согласно данным ОЭСР, средний показатель количества убийств в странах-членах ОЭСР составляет 4,1 случаев на 100 000 жителей [4]. Этот показатель в 2011 году в Республике Саха (Якутия) составил 17 убийств на 100 000 населения республики, что в 4 раза выше среднего показателя для стран-членов ОЭСР и в 1,7 раза среднероссийского уровня. И это еще не самое печальное, практически во всех развитых европейских странах данный показатель меньше 1, во Франции – 0,8, в Германии – 0,5.

Конечно, нелегко определенно ответить на вопросы о причинах заболеваний, собственно наука с помощью математических методов ищет и часто находит закономерности тех или иных проявлений и вероятности наступления болезни в случае воздействия отдельных, а также комплекса факторов – поведения (образа жизни, питания), климата, экологии и пр. Тем не менее, практически невозможно точно сказать, что является определяющим, в силу уникальности и специфичности человека. Из-за индивидуальных особенностей, человек по-разному приспособлен к окружающему миру, и, соответственно, так же своеобразно реагирует на те или иные внешние факторы. Поэтому можно лишь приблизительно говорить о причинах заболеваний.

С учетом этих предварительных оговорок можно утверждать, что основными причинами заболеваний граждан республики являются климат, питание, экология и образ жизни. Жизнь в условиях суровых климатических условий обуславливает риски, подверженность опреде-

ленным заболеваниями, отправной точкой которых часто становится фактор переохлаждения. Немаловажны особенности питания, вкусы и пристрастия к тем или иным продуктам. Потребление у северян с одной стороны имеет свои устойчивые специфические особенности, а с другой стороны, также как у всех людей, подвержено изменениям под влиянием вкусов, моды и достатка. В периоды кризиса, как правило, модели потребительского поведения населения меняются в сторону увеличения в структуре питания дешевых продуктов – хлеба, макаронных изделий, жиров, сахара, кондитерских изделий, и параллельно снижаются доля мясных продуктов, овощей и фруктов. Как правило, питание определяет и такой важнейший показатель здоровья как вес человека. В современном мире в условиях новых универсальных паттернов образа жизни, в том числе характере питания, излишний вес (ожирение) стал одной из существенных проблем общества, охвативший не только взрослое население, но и молодые группы. Республиканские исследования свидетельствуют, что именно ожирение довольно часто способствует развитию артериальной гипертензии, которая является одной из главных причин сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, среди сельского населения [5, с. 6].

Кроме того, в условиях длительного воздействия низких температур у северян выработался специфический, так называемый «полярный», белково-липидный тип обмена веществ. Это означает, что на Севере питание строится с несколько большим включением в рацион белков и жиров, при относительно меньшем энергетическом участии углеводов. Наукой доказано, что повышение количества насыщенных жиров в рационе негативно влияет на сердечно-сосудистую систему, в частности, повышает риск развития ишемической болезни сердца и инсульта. Такой тип потребления ограничивает потребление растительной пищи не только с высоким содержанием клетчатки, но также продуктов, которые богаты фитохимическими веществами и антиоксидантами, обеспечивающими защиту от рака и других заболеваний.

Еще одна проблема, имеющая влияние на здоровье населения – качество питьевой воды. В этом плане в республике есть очевидные проблемы – централизованным водоснабжением охвачено лишь 12,2% ее населенных пунктов [6]. Проблема питьевой воды особенно остро стоит перед жителями сельских поселений в летний период времени – в период, когда заканчиваются запасы льда. Кроме того, за последние годы в республике наблюдается загрязнение поверхностных и подземных водных объектов республики в результате выброса сточной воды городскими и сельскими поселениями, предприятиями золото- и алмазодобывающей промышленности, энергетики, жилищно-коммунального хозяйства, а также выброса нефтепродуктов (аварии на нефтепроводах, судоходство и маломерный флот). Как отмечают эксперты систематическое загрязнение воды, а также низкий уровень обеспеченности централизованными си-

стемами водоотведения являются основными причинами распространения кишечных инфекций, гепатита и болезней желудочно-кишечного тракта, возникновения патологий и усиления воздействия на организм человека канцерогенных и мутагенных факторов [7]. На возникновение патологий влияют и процессы загрязнения объектов окружающей среды отходами, в том числе ртутьсодержащими [8].

Не секрет, что здоровье человека определяется не только физическими данными человека, но и психологической составляющей. Весомый вклад в психологическую составляющую вносит чувство личной безопасности, которая является онтологической потребностью для человека. Личная безопасность человека определяется тем, насколько человек гипотетически ощущает возможность стать жертвой физического, морального, экономического, и других видов воздействий, а также быть более или менее подверженным вредным воздействиям окружающей среды (природным, техногенным и экологическим), последствиями которых могут быть стресс, ощущение страха, утрата имущества, потеря здоровья, смерть. Изменение самочувствия человека и территориальной общности в целом в условиях социальных рисков, развитие чувства уязвимости, т.е. потеря важнейшего для человека чувства онтологической безопасности, имеют прямое отношение к состоянию здоровья населения.

В условиях, когда в республике наблюдается высокая преступность – риск подвергнуться нападению; кроме того, идет загрязнение источников воды, почвы – риск отравиться вредными веществами; люди большую часть года живут в условиях суровых климатических условий – риск замерзнуть; многие жители республики живут на берегах бурных водоемов, которые с одной стороны приходится часто преодолевать на моторных лодках – риск утонуть, а с другой стороны они нередко затопляют населенные пункты – риск понести материальный урон; практически единственный (безальтернативный) транспорт, связывающий регион с другими территориями (многие территории республики между собой), самолет, полеты на котором в России тоже сопряжены с риском – риск не долететь; а также в условиях глобальных социальных рисков (безработица, бедность) – риск остаться без работы и без средств пропитания, можно говорить о низком уровне личной безопасности жителей республики.

Кроме того, несомненным фактором, влияющим на показатели здоровья населения, являются поведенческие характеристики – курение и потребление алкоголя, последнее часто приводит к таким печальным последствиям как травмы, а учитывая экстремальные климатические условия жизни и обморожениям. Показатель численности пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы на

100 000 человек в республике устойчиво выше среднероссийского уровня – в 2000 году он был выше на 28%, в 2012 – на 21%.

Географическое положение республики, размеры территории, низкая плотность населения, принадлежность части территории к арктической зоне, определяют ограничения и возможности медицины, в том числе организацию системы здравоохранения в республике. Главная задача организации системы здравоохранения в республике – обеспечение доступности медицинских услуг, т.е. географическая распространенность и доступность больниц разного типа, а также их обеспеченность кадрами. Географическая удаленность от столицы с его медицинскими центрами является естественным препятствием для получения высококачественной медицинской помощи жителями отдаленных районов республики. Однако в условиях финансового и кадрового дефицита, даже частичное решение данной задачи выглядит утопическим проектом, все-таки ключевая и реалистичная задача медицинского обслуживания населения на территории республики, хотя бы обеспечить кадрами уже функционирующие медицинские учреждения. Чтобы как-то решить эти вопросы в республике, кроме практически принудительного распределения молодых кадров по населенным пунктам республики (можно себе представить последствия такой реальной практики вчерашних студентов в глухих местах, где кроме них часто помочь некому, с одной стороны для психики молодых специалистов, а с другой для жителей данных районов, которым может потребоваться неотложная или срочная помощь), реализуются разные стимулирующие программы.

В условиях низкой плотности населения, особенно в арктических районах, большими расстояниями между селами и районным центром ведущую роль в организации медицинской помощи сельскому населению республики играют участковые больницы. Однако в ходе проведения всеобщей оптимизации и реструктуризации учреждений здравоохранения многие из них в отдаленных и малонаселенных пунктах придется реорганизовать. Очевидно, что в этом случае произойдет нарушение и без того часто нарушаемых прав сельских жителей в получении своевременной (неотложной или срочной) медицинской помощи. В целом развитие села, дифференциация развития между разными формами поселений, возможности сбалансированного развития актуальная тема для исследователей. Особых изменений и перелома ситуации здесь не предвидится. Проблема объективная – закономерности общественного развития (урбанизация, тенденции развития производительных сил), государственное регулирование (территориальная организация и планирование пространства), современные социальные процессы (миграция населения в города). Для некоторой компенсации географического неравенства в республике функционируют мобильные центры здоровья, а также передвижные лечебно-

диагностические комплексы. Реализуется программа «Земский доктор»², которая за 2012-2013 годы позволила привлечь для работы в сельских поселениях более 300 молодых врачей. Эти меры, безусловно, полезны, однако они не могут полностью компенсировать системные проблемы здравоохранения в сельской местности.

По сведениям Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) в 2011 году лишь 32,2% населения республики были удовлетворены качеством медицинских услуг [9]. Можно предположить, что неудовлетворенность и обеспокоенность населения качеством здравоохранения вызвана с одной стороны, качеством предоставляемых медицинских услуг, а с другой стороны, такими сопутствующими факторами как низкий уровень квалификации врачей, кроме того снижение уровня культуры врачей, и в целом престижа профессии. Качество предоставляемых медицинских услуг во многом обусловлено слабой организацией системы, в том числе подготовкой соответствующих кадров и материальной и технической оснащенностью медицинских учреждений. То есть система дает сбой по всем фундаментальным основам – инфраструктура (износ зданий больниц, поликлиник), недостаток кадров (особенно врачей узкой специализации), устаревшие технологии (оборудование, материалы и др.). И хотя в республике за последние годы в рамках модернизации здравоохранения открываются новые специализированные центры (республиканский кардиодиспансер, маммологический центр), растет заработная плата, потихоньку укрепляется материально-техническая база, идет оснащение медицинским оборудованием, в целом ситуация кардинально не меняется.

Лечебный процесс – это сложная, многофакторная конструкция, и его эффективность, в том числе определяется человеческими отношениями. Слово «медицина» происходит от латинского словосочетания *ars medicina* – «лечебное искусство», «искусство исцеления», и имеет тот же корень, что и глагол *medeor*, «исцеляю» [10, с. 519]. Искусство подразумевает духовность, творческий подход, современная медицина склонилась больше к технике, причем и в тех областях, где требуется терапевтическая коммуникация – к формализации отношений в процессе взаимодействия врач-пациент (работа по заполнению различных бланков). Рутинная врачебная практика, изо дня в день повторяющиеся процедуры, не имеющие отношение собственно к медицине, девальвировали элемент искусства в профессии. При этом современная медицина предъявляет особые требования к профессионально-личностным качествам врачей, под которым понимается не только совокупность знаний и умений, но также интеграция личностных качеств, основанных на толерантных, гуманистических, нравственных и творческих принципах [11].

² Предусматривает единовременную выплату в размере 1 млн. рублей.

К сожалению, и сегодня еще можно встретить врачей с низким уровнем культуры, игнорированием элементарных этических норм. При этом есть проблемы не только в системе отношения «врач-клиент (пациент)», но и внутрикорпоративные проблемы отношений – «врач-медсестра». Система медицинского образования в силу специфики профессии, к сожалению, имеет перекос на специальную часть, в ущерб общему развитию, включающему этические и общекультурные составляющие. На современном этапе в процесс взаимоотношений добавился контекст принадлежности больных к определенной социальной страте. В этих условиях отдельные врачи научились регулировать тон своего голоса, а иногда и уровень мастерства, если он имеется, встречая больных по одежке. Нередко в обществе можно наблюдать такое любопытное явление – люди даже малозарабатывающие, хотят выглядеть обеспеченными людьми, покупая в долг предметы роскоши (нр., норковые шубы, дорогие автомобили), т.е. стремятся всеми силами казаться обеспеченными, не являясь ими. В свете вышесказанного, возможно, это, кроме, обывательской глупости, объясняется желанием просто иметь элементарное, человеческое к себе отношение, и необходимый, положенный минимум услуг (стандарт) в любой сфере – медицина, образование, государственные услуги. Совершенно ясно, что это извращенный социальный конструкт, требующий деконструкции.

В силу присутствия таких явлений в медицине как – циничность, безответственность некоторых врачей, а также дефицит врачей по призванию в целом упал престиж профессии. Образ врача пошатнулся в сторону – надменного, поверхностного, нередко истеричного, бесчувственного человека. Медицина вплетена в сферу общественных отношений, в ней работают те же люди, ценностные убеждения и интересы которых складываются под влиянием рыночных условий. Так уж устроен рыночный мир, что люди в ней часто движимы корыстью, завистью и жадностью, к сожалению, как показывает практика, и медицина в этом плане, не стала исключением. Вряд ли стоит надеяться на качественное изменение ценностных ориентиров населения в целом, и работников сферы здравоохранения, в частности, в ближайшем будущем в ходе естественных процессов, поэтому необходимо создать условия правового регулирования ответственности медицинских работников, с одной стороны, и постепенное формирование соответствующей системы ценностей посредством совершенствования системы образования и политики материального стимулирования медицинских работников, имеющей большое значение для формирования мотивации труда и престижа профессии, с другой.

Здравоохранение – это витальная сфера, сфера, имеющая прямое отношение к жизни человека, к его нормальной жизнедеятельности, качеству жизни, поэтому имеет особую роль и значимость для общества. Неудивительно, что реформа вызвала много шума, мифов, опасений

со стороны общественности, не только имеющей отношение к профессиональному сообществу, но и обычных граждан. Реформирование системы здравоохранения России стало частью социальной политики государства в рамках новой институциональной среды – рынок, трансформация социальной структуры, изменение системы ценностей общества. В этих условиях социальная политика стала ориентироваться на рост индивидуальной социальной ответственности, адресность социальной помощи, уменьшение роли и расходов государства в социальной сфере. основополагающая цель – превратить систему здравоохранения в сферу услуг рыночного типа, т.е. использование рыночных механизмов.

Цели реформирования:

- оптимизация системы в свете новых социальных условий (изменение структуры общества, системы ценностей);
- рационализация процесса оказания медицинских услуг;
- улучшение качества и доступности медицинских услуг. При этом качество понимается широко: как достижение наилучшего возможного результата по натуральным показателям, соответствие вмешательств научным медицинским сведениям о полезности и безопасности, т.е. на первый план выходят методы взвешивания эффекта (пользы и вреда) против цены вмешательства [12].

В условиях изменения структуры общества, появления разных прослоек, с разными материальными возможностями, система управления жизнедеятельностью граждан, в том числе медицинской сферой начала подстраиваться под новую реальность, начав выстраивать систему здравоохранения, ориентированную на разных потребителей. В результате расслоения российского общества появились группы потребителей, имеющие разные запросы и возможности для получения медицинской помощи. Индивидуализация, многообразие жизненных стилей, способствовало развитию медицины, направленной на оказание индивидуальных, эксклюзивных потребностей. Однако, наличие состоятельных людей, имеющих возможность платить за медицинские услуги, привело к развитию частного сектора со всеми плюсами и минусами этого процесса, с одной стороны высококачественная медицинская помощь и инновационный потенциал, а с другой – максимизация прибыли и увеличение цены услуг.

Рационализация процесса оказания медицинских услуг подразумевает решение следующих проблем – проблем формирования ресурсов системы – источников, и принципов распределения средств, а также пределов ответственности государства. Проблемы формирования ресурсов системы напрямую зависят от институциональных характеристик системы. Сфера

оказания медицинских услуг – это отдельный социальный институт, вписанный в систему социальной защиты населения. Ее особенности определяются историей развития института и ожиданиями общества от нее. Выбор того или иного пути всегда сопряжен с ответами на следующие вопросы: что является причиной проблем, либо они имеют институциональный характер (источники, принципы распределения средств; организация, структура системы; стандарты и гарантии; неправильно расставленные приоритеты – избыточная сеть медицинских учреждений с низким материально-техническим оснащением, доминирование стационарной помощи, недостаток первичной медико-санитарной помощи, отсутствие профилактики заболеваний), либо административный (плохая собираемость взносов, проблемы управления, неэффективность использования ресурсов здравоохранения, неравенство регионов по уровню финансирования здравоохранения), либо ценностный и поведенческий (продуктивность ценностей, образ жизни населения).

Ответы на эти вопросы формируют контуры реформирования системы, расстановку акцентов при решении тех или иных проблем. В целом базовые характеристики социальной политики, в том числе института здравоохранения, сегодня претерпели существенные изменения – вместо всеобщности пришла адресность, вместо полных гарантий пришли стандарты и минимум. Основные тренды: экономия, оптимизация, организация медицинских услуг по законам рынка – максимизация конечных результатов, при минимизации затрат. Таким образом, государство меняет идеологию развития института, которая приводит к изменениям в объемах финансирования сферы и принципам распределения средств.

Одна из ключевых целей реформирования системы здравоохранения – трансформация ответственности, т.е. изменение значимости субъектов ответственности. Если раньше именно государство несло финансовую ответственность за сферу здравоохранения, то сейчас ответственность перекладывается на трудящихся граждан, посредством внедрения платных услуг и увеличения роли обязательного медицинского страхования. С одновременным уменьшением роли государства в финансировании здравоохранения происходит перераспределение государственной ответственности с федерального уровня на территориальный (региональный). Что в условиях дефицитности бюджетов и экономической слабости большинства регионов вызывает вопросы и опасения.

Принципиальное значение имеет определение пределов ответственности, гарантий в сфере оказания медицинских услуг. Каковы пределы ответственности? Что есть минимум? Насколько он достаточен? Государство декларирует в качестве одного из основных задач реформирования – качественный рост базовой медицины, недопущение разрыва в качестве услуг между

частной и государственной медициной. Это выразилось в идее необходимости обеспечения стандартных медицинских услуг для населения. Основными направлениями стандартизации здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, являются стандартизация в области медицинских услуг, лекарственного обеспечения, профессиональной деятельности, информационного обеспечения, регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи. Основной целью внедрения механизмов стандартизации явилось исключение немотивированных расходов назначений, медицинских процедур врачей и акцент на целесообразности лечебных вмешательств, т.е. допущение лишь тех вмешательств, которые имеют статистически оцененную результативность. Однако, минимум (стандарт) – это условная конструкция. Люди разные и для разного организма может быть свой минимум. В этих случаях государством, кроме фиксированной части стандарта, т.е. обязательного для всех пациентов с определенным заболеванием набором медицинских услуг и лекарственных средств, предусмотрена переменная часть – набор медицинских услуг, в зависимости от особенностей течения заболевания. Но решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации, как правило, по решению врачебной комиссии. Понятно, что в условиях медицинской практики, увязанной со стандартами, вряд ли частое задействование переменной части будет приветствоваться комиссией. Следовательно, повышается риск неполучения необходимого объема медицинских услуг даже по медицинским показаниям.

И каков, собственно, максимум. Должно ли здравоохранение обеспечивать такие вмешательства как бесплодие, косметическая хирургия, протезирование зубов. Бесспорно, что эти вмешательства также необходимы людям, и имеют прямое отношение к состоянию полного физического, душевного и социального благополучия, т.е., по мнению Всемирной организации здравоохранения, являются составляющими здоровья граждан [13]. Однако, неочевидно, кто должен стать объектом ответственности такого рода вмешательств – сами граждане, либо государство. В любом случае их необходимо обсуждать, поскольку это вопросы об общественной ответственности. К примеру, лечение бесплодия по методу экстракорпорального оплодотворения было включено в перечень государственных гарантий по полису обязательного медицинского страхования лишь в 2013 году.

Одна из самых важных задач реформы – обеспечение доступности медицинской помощи для населения. Доступность подразумевает доступность больниц, врачей, специализированной и высокотехнологической помощи. Несвоевременная и некачественная помощь может привести к потере здоровья, которая в свою очередь имеет такие социальные последствия как

бедность, потеря работы и источников средств существования, возможности качественной социализации в обществе. В масштабах страны, таким образом, фактор здоровья населения имеет большое значение, влияя на экономику, рынок занятости, демографию, конфигурацию системы мер социальной помощи и поддержки населения. При этом необходимо обеспечить охват населения и доступ к качественным медицинским услугам всех граждан страны, независимо от их материального положения и места жительства. Тем не менее, эти факторы чаще всего становятся причинами дискриминации в сфере оказания медицинских услуг. Снижение доступности медицинской помощи особенно актуально для наименее обеспеченных слоев граждан. Как правило, именно малоимущие чаще становятся объектами системы социальной поддержки и помощи населению не только по критерию материальной обеспеченности, но и по состоянию здоровья [14], что приводит к нуждаемости в конкретных медико-социальных услугах и помощи. В силу особенностей социализации некоторые группы бедных – бомжи, престарелые, алкоголики имеют проблемы с выполнением правил больничного распорядка, менее контактны, чаще создают неудобства для окружающих и медицинского персонала. Между тем, они также нуждаются в медицинской помощи и особом подходе в работе с ними, и должны получать необходимую помощь в специальной форме – через общественные, некоммерческие, благотворительные организации, дополнительные программы с государственным финансированием.

В группе риска здесь не только бедные группы, в том числе представители социального дна, но и население, проживающее в отдаленных регионах. Формально жители регионов, а также отдаленных районов этих регионов, имеют права на полный объем медицинских услуг, оплачивая страховку, но в силу территориальных ограничений ущемляются в своем праве на высокотехнологичную медицину, как правило, локализованную в крупных городах страны. Исправить эту ситуацию, наверное, невозможно, поскольку в основе этих процессов закономерности и механизмы развития рыночной системы. Однако, возможно компенсировать географическое неравенство, посредством оплаты расходов на проезд. На сегодняшний день подобная практика применяется лишь в исключительных случаях, при невозможности оказания специализированной медицинской помощи в республике и целесообразности применения других методов лечения, жители республики направляются в федеральные медицинские учреждения с оплатой проезда к месту лечения и обратно.

Как показывает история, реформы социальной сферы, как правило, сопряжены со страхом общества. Общество боится, что реформы, даже, на первый взгляд, прогрессивные, могут привести к непредсказуемым побочным эффектам и извращениям. И, в общем-то, зачастую

эти опасения бывают оправданы. Вопросы развития социальной сферы – это всегда сложные, неоднозначные вопросы. Вопросы, требующие согласования, поиска баланса разнонаправленных интересов – общественных и индивидуальных, общегосударственных и территориальных, государственных и общественных, экономических и социальных. И надо быть готовым, что многие из этих решений, санкционированных государством, не понравятся некоторым группам населения. Примечательно, что и само государство – это особый институт, институт, с одной стороны, призванный отстаивать интересы общества, а с другой стороны, имеющий свои групповые, корпоративные интересы, следовательно, здесь есть вполне определенные риски. В этом смысле обществу важно подумать над созданием инструментов, которые, при выработке решений в социальной сфере, вынудили бы государство рациональнее и скорее справедливо, чем эффективно, поскольку то, что эффективно для государства, не всегда полезно для общества. Только при создании этих условий, вероятность наступления будущего и для нас – обычных граждан – повысится.

Список литературы

1. Здравоохранение в Республике Саха (Якутия): Стат.сб. / Саха (Якутия) стат. – Я., 2014. 157 с.
2. Мировая статистика здравоохранения. 2013. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1&ua=1 (дата обращения: 23.12.2014).
3. Здравоохранение в России. 2013: Стат.сб. / Росстат. – М., 2013.
4. OECD better life index. URL: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/topics/safety-ru> (дата обращения: 23.13.2014).
5. Федорова В., Климова Т. и др. Артериальное давление и ожирение среди сельской коренной популяции Якутии. Якутский медицинский журнал. 2014. №1. С. 4-6.
6. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Саха (Якутия) в 2008 году.
7. Постановление Правительства РФ от 22 декабря 2010 года № 1092 «О федеральной целевой программе «Чистая вода» на 2011-2017 годы.
8. Указ Президента Республики Саха (Якутия) от 12 октября 2011 года № 970 «О государственной программе Республики Саха (Якутия) «Обеспечение качественными жилищно-коммунальными услугами и развитие электроэнергетики на 2012-2016 годы».
9. Официальный информационный портал Республики Саха (Якутия). URL: <http://sakha.gov.ru/minzdrav> (дата обращения: 23.13.2014).

10. Черных П.Я. Историко-этимологический словарь русского языка. – М.: Русский язык, 1999. Т. 1. 623 с.
11. Чусовлянова С.В. Коммуникативная компетенция как одна из составляющих профессиональной культуры врача // Медицина и образование в Сибири. 2009. №2. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=347 (дата обращения: 23.13.2014).
12. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов: к рациональности и справедливости. – М., Триумф, 2000. 447 с. URL: <http://osdm.org/wp-content/uploads/2014/09/pov-book-vlassov.pdf> (дата обращения: 23.13.2014).
13. Adena M., Myck M. Old-Age Poverty and Health – How Much Does Income Matter? URL: <http://freepolicybriefs.org/2013/09/30/old-age-poverty-and-health-how-much-does-income-matter> (дата обращения: 23.13.2014).
14. Wachter R.M. Rationing health care: preparing for a new era // Southern Medical Journal, 1995. Vol. 88. С. 25-32.

References

1. *Health care in the Republic of Sakha (Yakutia)*: S.c. / Sakha (Yakutia)stat. – Y., 2014. 157 p.
2. *World statistics of health care*. 2013. [Rules for the Citing of Sources]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/7/9789244564585_rus.pdf?ua=1&ua=1 (accessed December 23, 2014).
3. *Health care in Russia*. 2013: S.c. / Rosstat. – M., 2013.
4. *OECD better life index*. [Rules for the Citing of Sources]. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/topics/safety-ru/> (accessed December 23, 2014).
5. Fedorova V., Klimov T., etc. *Arterial pressure and obesity among rural radical population of Yakutia*. Yakut medical magazine. 2014. No. 1. Pp. 4-6.
6. The state report «*Sanitary and epidemiologic situation in the Republic of Sakha (Yakutia) in 2008*».
7. The resolution of the Government of the Russian Federation of December 22, 2010 N 1092 «*About the federal target program «Clear water» for 2011-2017*».
8. The decree of the President of the Republic of Sakha (Yakutia) of October 12, 2011 N 970 «*About a state program of the Republic of Sakha (Yakutia) «Providing with high-quality housing-and-municipal services and development of power industry for 2012-2016*»».
9. *Official information portal of the Republic of Sakha (Yakutia)*. [Rules for the Citing of Sources]. <http://sakha.gov.ru/minzdrav> (accessed December 23, 2014).

10. Chernykh P.Y. *Historical and etymological dictionary of Russian*. – М.: Russian, 1999. Vol. 1. 623 p.
11. Chusovlyanova S.V. *Communicative competence as one of components of professional culture of the doctor // Medicine and education in Siberia*. 2009. N. 2. [Rules for the Citing of Sources]. http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=347 (accessed December 23, 2014).
12. Vlasov V. *Meditsina in the conditions of deficiency of resources: to rationality and justice*. – М, Triumph, 2000. 447 p. [Rules for the Citing of Sources]. <http://osdm.org/wp-content/uploads/2014/09/pov-book-vlassov.pdf> (accessed December 23, 2014).
13. Преамбула к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения. [Rules for the Citing of Sources]. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf> (accessed December 23, 2014).
14. Adena M., Myck M. *Old-Age Poverty and Health – How Much Does Income Matter?* <http://freepolicybriefs.org/2013/09/30/old-age-poverty-and-health-how-much-does-income-matter> (accessed December 23, 2014).
15. Wachter R.M. *Rationing health care: preparing for a new era // Southern Medical Journal*, 1995. Vol. 88. Pp. 25-32.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ

Больницкая Айтали́на Николаевна, ведущий научный сотрудник, кандидат социологических наук

*Академия наук Республики Саха (Якутия)
пр-т Ленина, 33, г. Якутск, 677007, Россия
aitalina_575@mail.ru*

DATA ABOUT THE AUTHOR

Bolnitskaya Aitalina Nikolaevna, leading researcher, candidate of sociological sciences.

*Academy of Sciences of the Republic of Sakha
33, Lenin Str., Yakutsk, 677013, Russia
aitalina_575@mail.ru*

Рецензент:

Барашкова Анастасия Спиридоновна, ведущий научный сотрудник, кандидат экономических наук, Отдел экономики народонаселения и демографии НИИ региональной экономики Севера Северо-восточного федерального университета им.М.К. Аммосова