

УДК 614.332

Т.Н. Носулич, к.э.н., с.н.с.

ГУ «Институт экономики природопользования и устойчивого развития НАН Украины»

И.М. Царук, к.э.н., доц.

Житомирский государственный технологический университет

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ИННОВАЦИОННОЙ МОДЕЛИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

Рассматриваются актуальные вопросы исследования системы здравоохранения в контексте инновационной модели устойчивого развития. Особое внимание акцентируется на основных проблемах системы здравоохранения на пути обеспечения устойчивого развития и необходимости поиска новых рациональных форм организации медицинского обслуживания населения. Авторы рассматривают возможные варианты сегментирования рынка медицинских услуг с учетом различных параметров; основные факторы риска, существенно влияющие на функционирование системы здравоохранения; тенденции предупреждения угроз в данной сфере.

Ключевые слова: устойчивое развитие, здравоохранение, факторы риска, медицинская услуга, рынок медицинских услуг.

Актуальность. Проблемы устойчивого развития особенно актуальны для государств, которые находятся на стадии переходного общества и переживают глубокий эколого-экономический кризис. В нашем государстве продолжается экстенсивный тип развития экономики, что приводит к нерациональному использованию природных ресурсов и деградации среды обитания людей, усугубляются диспропорции общегосударственных и региональных экономических интересов, усиливается несоответствие между размещением природно-ресурсного и социально-экономического потенциала, возрастает научно-техническая и технологическая отсталость. Как следствие, развиваются негативные процессы и явления: усиливаются радиационное, химическое, тепловое и другие виды загрязнений, что в значительной степени влияет на уровень жизни организма, в том числе человека, прежде всего на его здоровье и продолжительность жизни.

Анализ последних исследований и публикаций. Вопросами исследования и научного анализа развития системы здравоохранения большинства стран постсоветского пространства, в том числе и Украины, в разное время занимались достаточно много ученых. Например, в работах А.Ф. Возианова, Ю.А. Гайдаева, Р.А. Галкина, Л.Н. Грибиной, М.Д. Дуганова, Г.О. Искандаряна, К.Н. Калашникова, Н.Г. Кураковой, В.Н. Лехан, В.Ф. Москаленко, А.В. Пидяева, В.М. Пономаренко, В.И. Сабанова, Т.А. Сибуриной, А.А. Шабуновой, С.В. Шишкина, О.П. Щепина много внимания уделяется направлениям реформирования отечественной системы здравоохранения, при этом практически отсутствуют исследования, посвященные вопросам ее роли в достижении устойчивого развития, и в тоже время влияния такого развития на саму систему здравоохранения. Поэтому **целью** данной статьи является глубокий анализ существующих теоретико-методологических подходов к исследованию системы здравоохранения в контексте инновационной модели устойчивого развития; разработка предложений по улучшению ее функционирования, с учетом влияния внешних факторов.

Изложение основного материала. Приоритетным направлением развития системы здравоохранения в нынешних условиях является усиление ее превентивных функций, в частности: совершенствование системы информирования по вопросам здоровья и санитарного благополучия на всех уровнях; сосредоточение на детерминантах здоровья, в частности, на вредных факторах, связанных с образом жизни, создание механизмов быстрого реагирования на основе угрозы для здоровья.

Основными принципами устойчивого развития системы здравоохранения являются:

- профессиональная автономия врача, высокий профессионализм, правовая и этическая компетентность;
- равенство поставщиков медицинских услуг;
- саморегулирование предпринимательской деятельности в здравоохранении;
- технологическая и кадровая обеспеченность;
- создание инвестиционной привлекательности здравоохранения;
- высокий уровень сервисного сопровождения медицинской помощи;
- высокий уровень информированности пациента и другие [6].

До 25 % имеющихся заболеваний обусловлены экологическими факторами. Во многих случаях, благодаря эффективному управлению природопользованием, можно достичь довольно успешной их профилактики. Экологический подход к решению вопросов здравоохранения подчеркивает сложный характер взаимосвязей между различными составляющими, которые влияют на состояние здоровья

человека, и обусловлены не столько поведением людей, сколько качеством их жизни и условиями работы. Такой подход способствует реализации более широкой концепции предотвращения болезней. Он также предусматривает поиск комплексных решений, разработку которых осуществляют не только органы системы здравоохранения, но и различные правительственные структуры.

Влияние экологической составляющей на здоровье человека, а соответственно и на саму систему здравоохранения, усиливается с каждым годом, особенно учитывая быстрые изменения климата. В часто напряженных дебатах по поводу изменения климата высказывается много идей о том, как снизить выбросы парниковых газов и смягчить последствия изменения климата. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) содержится прогноз о том, что реализация некоторых из этих предложений может положительно повлиять на здоровье людей еще до того, как их эффект скажется на состоянии окружающей среды.

Важной задачей, которую обществу придется решать в ходе формирования новой социальной политики в рамках устойчивого развития, является поиск рациональных форм организации медицинского обслуживания населения. Среди основных проблем системы здравоохранения на пути обеспечения устойчивого развития можно выделить следующие:

- предоставление населению качественной бесплатной помощи для восстановления и поддержания здоровья в короткие сроки;
- осуществление структурных преобразований в системе здравоохранения для увеличения объема и улучшения качества медицинской профилактики и помощи;
- улучшение первичной медицинской помощи и лекарственного обеспечения;
- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении;
- участие населения в решении вопросов здравоохранения;
- повышение уровня квалификации медицинских работников (совершенствование системы подготовки, переподготовки, сертификации, социальная защита работников здравоохранения от профессиональных рисков) [2, 4].

Классические цивилизованные рыночные отношения, как известно, подчинены экономическим законам и специфичны в управлении. Входя в поле рыночных отношений, медицинская помощь, как своеобразный вид производственной деятельности, наполняется экономическим смыслом.

Условные группы пациентов (больные одной нозологии, декретированные контингенты, диспансерные группы наблюдения и др.) начинают соотноситься с характерными для рынка структурами. Поле реализации отношений в медицине становятся определенные сегменты рынка медицинских услуг, разнообразие которых по форме и содержанию отражает в здравоохранении, как в социальной структуре общества, один из принципов демократичности.

Вместе с тем, при наличии определенных равенств взаимоотношения в здравоохранении порождают фрагментацию рынка медицинских услуг в соответствии с определенным уровнем потребностей в таких услугах. Именно широкий спектр медицинских потребностей, начиная от индивидуальных и заканчивая групповыми, их эффективное и качественное удовлетворение с учетом разнообразия и общности, определяют сущность районирования системы здравоохранения по территориальному признаку [8, С. 8].

Качество медицинского обслуживания, свободный доступ к методам и формам лечения, естественная возможность и реализация выбора и обращения к любому поставщику медицинских услуг, возможность юридического и экономического влияния при неудовлетворении или некачественном удовлетворении медицинских потребностей, заработок медицинского работника, зависящий от результатов труда и удовлетворенности пациента, правовая и экономическая защищенность, как потребителя, так и поставщика медицинских услуг – далеко неполный перечень положительных характеристик, присущих территориальным системам здравоохранения.

Вместе с тем, необходимо раскрывать и исследовать негативные составляющие рынка медицинских услуг. В частности, к негативной сущности взаимоотношений в здравоохранении относят ослабление профилактических мероприятий, неприятие медицинских услуг с высокой долей гуманитарной миссии здравоохранения и низкой степенью прямой экономической выгоды, опасения дискриминации больных социально уязвимых групп и бедного населения в медицинской помощи и прочее. Некоторых противоречий в этих проблемах можно избежать при правильном методологическом подходе, который рассматривает такие группы пациентов, их медицинские потребности в качестве своеобразных и специфических сегментов рынка, определяет их место в структуре системы здравоохранения, формы и методы удовлетворения потребностей и спроса клиентов этих сегментов. Учитывая это, сегментацией рынка принято называть процесс классификации потребителей на группы с различными потребностями, характеристиками или поведением [5, С. 32].

Эффективность сегмента рынка с экономической точки зрения определяется следующими его характеристиками:

- должна быть возможность его измерения, т.е. может быть получена информация по принципиальным параметрам покупателя;

- сегмент должен быть достаточно широким и рентабельным, для того, чтобы для него стоило разрабатывать специфический план маркетинга;
- возможность доступа. Предприятие должно иметь возможность эффективно реализовывать свои коммерческие усилия в поле выбранного сегмента;
- сегменты должны быть действительно разными, т.е. отличаться друг от друга с точки зрения установленных переменных;
- должна быть возможность выполнения предприятием своего плана.

С сегментацией рынка тесно связана сущность дифференцированного и недифференцированного медицинского маркетинга. Стратегия недифференцированного маркетинга медицинских услуг заключается в минимизации различий между сегментами рынка, когда, в первую очередь, принимаются во внимание общие характеристики потребителей медицинских услуг, а затем их отличия. Лечебно-профилактическая практика должна получить лицензию и представить на рынок такие медицинские услуги (виды медицинской помощи), которые привлекут как можно большее количество пациентов и создадут уникальный имидж в сознании покупателя медицинских услуг. Такая стратегия применяется, если с ее помощью может быть достигнуто сокращение расходов, но предприятие рискует попасть или в интенсивную конкуренцию в данном сегменте, или понести существенные экономические издержки. К условно недифференцированному маркетингу медицинских услуг можно отнести иммунопрофилактику, профилактические осмотры населения и т.д. Вполне вероятно, что в рамках недифференцированного маркетинга медицинских услуг, с его негативными экономическими рисками для производителя, должны определяться так называемые «точки прибыли» государственных гарантий, то есть по существу покупателем таких медицинских услуг должна выступать государство [3, 8].

Дифференцированный маркетинг медицинских услуг – разработка различных видов медицинских услуг и целенаправленных программ врачебных действий для каждого сегмента; используя вариации медицинских услуг и изменяя их лечебно-профилактическое применение, врач надеется получить более высокую прибыль при оптимальных результатах и качестве медицинской помощи.

Динамизм стратегии предоставления медицинских услуг заключается в разумном и своевременном объединении дифференцированного и недифференцированного маркетинга медицинских услуг. Возможность перехода потребителя медицинских услуг из одного сегмента в другой определяет динамичность и область рыночной жизнеспособности лечебно-профилактической помощи или врачебной практики, а относительная степень доступности медицинских услуг характеризуется спецификой сегмента рынка.

Медицинская услуга, являясь специфической формой товара, по своей сути определяет и специфичность сегментирования рынка медицинских услуг. По основным характеристикам потребителей медицинских услуг фрагментация рынка может осуществляться по двум основным направлениям: социальным и медицинским потребностям. Фрагментация рынка по спросу на медицинские процедуры осуществляется в соответствии с экономическими группами, которые характеризуются видом медицинской услуги, медико-диагностической группой, стоимостью процедуры, платежеспособностью и личностью пациента.

Разработка предполагаемой классификации сегментирования рынка медицинских услуг возможна по следующим параметрам:

- половозрастные признаки (мужчины, женщины, дети, подростки, взрослые, старики);
- виды обеспечения медицинской помощью (амбулаторно-поликлиническая, госпитальная, родовспомогательная, стоматологическая, лекарственное обеспечение и т. д.);
- декретированные группы (здоровые, больные, работники, работающие в условиях, связанных с вредными условиями на производстве, военнослужащие, студенты и т. д.);
- нозологические группы (как частный случай – по группам диспансеризации);
- медико-диагностические группы;
- группы равного медицинского стандарта;
- экономические группы (уровень благосостояния и платежеспособности);
- медицинские услуги [5, С. 32].

Невозможно одновременно обратиться сразу ко всем покупателям медицинских услуг, так как они имеют разные потребности и отличаются по стилю покупки, а также по уровню доходов. Отсюда определяется направление специализированных сегментов рынка медицинских услуг. К тому же, на некоторых субрынках могут быть удачно расположены конкуренты. Поэтому лечебно-профилактическая помощь (врачебная практика) должна быть заинтересована в выявлении тех субрынков, которые окажутся для них наиболее привлекательными и совместимыми с его целями и ресурсами. В идеале, лечебно-профилактическое учреждение (субъект врачебной практики) предпочитает быть единственным в своей нише, чем сильнее эта ниша наполнена, тем меньше конкурентов. Но при этом сужается и вероятность продаж медицинских услуг. Ниша сегмента рынка медицинских услуг тем привлекательнее, чем больше она соответствует следующим характеристикам:

– пациенты имеют сложные и специфические потребности в удовлетворении медицинских потребностей;

– пациенты готовы платить более высокую цену, чтобы получить медицинскую помощь высокого качества;

– производитель медицинских услуг имеет высокую профессиональную и общественную компетенцию; получение этой компетенции позволяет обойти конкурентов, отсюда способность медицинского работника учиться становится все более важным качеством, даже важнее практического опыта, который быстрее теряет свою ценность [5, С. 32].

Сейчас единого подхода к сегментированию рынка медицинских услуг не существует. Необходимо опробовать варианты сегментирования на основе разных переменных параметров, одного или нескольких сразу, для поиска наиболее полезного подхода к рассмотрению структуры такого рынка. Так, реструктуризация здравоохранения осуществляется в соответствии с сегментами рынка медицинских услуг.

Территориальное деление рынка медицинских услуг позволяет оказывать медицинскую помощь (удовлетворить конкретный спрос) с учетом индивидуальности пациента и массового потребления медицинских услуг.

Осуществляя сегментацию здравоохранения по уровню ее развития, важно определить основные риски, которые существенно влияют на ее функционирование. Основные риски целесообразно классифицировать следующим образом:

– в части обеспечения населения качественными, эффективными и доступными препаратами, что, в свою очередь, связано с угрозой потери фармацевтической независимости страны и распространением фальсифицированных лекарственных средств;

– в части обеспечения учреждений здравоохранения инновационным медицинским оборудованием, что является необходимым условием развития научно-технического потенциала отечественных товаропроизводителей и повышения эффективности оказания медицинской помощи;

– в части санитарно-эпидемиологической профилактики населения, которая предусматривает предупреждение, выявление, уменьшение или устранение вредного влияния опасных факторов на здоровье людей, а также меры правового характера в отношении нарушителей; соответственно следует говорить об угрозах эпидемиологического характера и соответствующих экономических потерях вследствие направления ресурсов на их преодоление и недополучение доходов в связи с заболеваемостью экономически активного населения;

– в части качества и своевременности медицинской помощи и доступности медицинского обслуживания, что требует надлежащего финансирования, в том числе путем постепенного внедрения медицинского страхования и системы стандартизации оказания медицинской помощи [7].

Остановимся на основных тенденциях предупреждения угроз в сфере здравоохранения. Во-первых, это тенденция формирования и усиления правозащитного характера деятельности государства. То есть, по сути, государство должно создать такие условия для деятельности учреждений здравоохранения, при которых последним было бы экономически и юридически невыгодно нарушать права граждан при обеспечении их неимущественного блага – права на здоровье, и в то же время, предоставить им возможность заниматься хозяйственной деятельностью в своей сфере без лишения привилегий. Формирование и усиление социальной доминанты национальной безопасности в здравоохранении означает соблюдение государством своих конституционных гарантий.

Во-вторых, тенденция усиления хозяйственной компетенции учреждений здравоохранения является субъективным условием защиты их интересов. Хозяйственная компетенция учреждений здравоохранения должна быть связана с усилением их автономности и индивидуальности в зависимости от вида хозяйственной деятельности в сфере здравоохранения.

В-третьих, тенденция усиления контроля за деятельностью органов государственной власти, местного самоуправления и учреждений здравоохранения по обеспечению охраны здоровья в части правообразования и правоприменения. Указанная тенденция характеризуется тем, что ее реализация связана с существенными трансформациями экономических основ деятельности в здравоохранении, отсечением теневого финансового влияния.

Указанные тенденции имеют смысл лишь в случае осознания угроз. Например, угроза потери фармацевтической независимости страны, что непременно произойдет, если опасность не будет своевременно осознана и не будут предприняты радикальные меры по ее предупреждению. Так, отказ от разумного патернализма в отношении отечественных фармацевтических производителей и практически полная открытость внутреннего рынка для импорта лекарственных средств и изделий медицинского назначения – это те факторы, которые подрывают базу для самообеспечения страны фармацевтической продукцией.

Мировая практика выработала ряд важных и надежных подходов к решению данной проблемы, среди них – гибкая и эффективная защита отечественных производителей, регулирование соотношений,

позволяющих весь импорт фармацевтической продукции покрывать соответствующим экспортом продуктов, производство которых более эффективно. Кроме того, существует немало других факторов, связанных с фармацевтической независимостью, содержащие угрозу отечественному здравоохранению: зависимость Украины от импорта многих видов субстанций, необходимых для производства лекарственных средств, от иностранных кредитов и т. д. [7].

Согласно информации Департамента коммуникаций власти и общественности Секретариата Кабинета Министров Украины, в последнее десятилетие произошло существенное сокращение закупок медицинской техники, что привело к увеличению парка морально и физически устаревшей аппаратуры (до 60–70 %). Значительная часть оборудования отработала 20–25 лет, что в 2–3 раза превышает его технический ресурс. В то же время отечественная промышленность удовлетворяет потребность страны в изделиях медицинского назначения (ИМН) лишь на 30–35 %. Начиная с 2004 г., прослеживается тенденция к уменьшению объема финансирования централизованной закупки изделий медицинского назначения. Вместе с тем, согласно информации Минздрава Украины, спрос на отечественные ИМН растет, но удовлетворяется менее чем на 10 %. Переоснащение учреждений здравоохранения новейшей медицинской техникой может происходить по трем вариантам: 1-й – закупка импортного дорогого, но инновационного оборудования; 2-й – закупка за рубежом инновационных технологий и лицензий на производство; 3-й – разработка и производство отечественной медицинской техники.

Относительно качества и своевременности медицинской помощи и доступности медицинского обслуживания следует подчеркнуть, что часть привлеченных денежных средств за счет платных медицинских услуг, а именно добровольных пожертвований и добровольного медицинского страхования или через больничные кассы, в общем объеме финансирования незначительна. Основная часть расходов частных лиц за предоставление медицинских услуг в государственных и коммунальных лечебно-профилактических учреждениях носит также теневой характер в виде неофициальных гонораров медицинскому персоналу, оплаты из собственного кармана стоимости препаратов, питания, белья и т. д. В то же время неофициальные расходы граждан, как правило, непропорциональны их доходам и качеству медицинского обслуживания, при этом медицинский персонал не несет никакой ответственности [7].

Основная группа факторов риска в сфере здравоохранения связана с ее управлением. Среди них, в свою очередь, первое место занимает политическая нестабильность, в частности, отсутствие политической воли. На втором месте среди рисков этой группы – низкий уровень приоритетности системы здравоохранения для центральных органов власти. Третье место занимает несовершенство законодательной и нормативной базы, четвертое – несовершенство системы ответственности центральных органов власти за удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи.

Среди финансово-экономических рисков на первом месте недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения, далее – отсутствие отдельных средств в бюджетах всех уровней для подготовки и осуществления реформирования, промедление с введением в стране обязательного социального медицинского страхования, а также опасения медицинских работников относительно уменьшения объемов или потери теневых финансовых поступлений от пациентов.

Учитывая все вышеизложенное, для исследования системы здравоохранения предлагается применять методы многомерного статистического моделирования. Это позволит объединить в один класс схожие элементы совокупности с одновременным учетом многих признаков группировки и поэтому более точно выделить однородные типы в заданной совокупности. Используя комплексные коэффициенты, можно получить четыре группы территорий (территории с низким уровнем развития; территории у уровнем развития ниже среднего; территории с уровнем развития выше среднего; территории-лидеры), расположение которых в определенных квадрантах наглядно демонстрирует тип территории в зависимости от уровня развития интегральных показателей, а следовательно позволяет определять основные пути развития сферы.

Для такого выделения территорий важно определить эффективность здравоохранения, которую следует рассматривать с таких позиций:

- эффективность здравоохранения как социальной системы, которая способствует развитию экономики страны путем увеличения или сохранения трудовых ресурсов и повышение их качества;
- эффективность отдельных мероприятий (проектов, программ) по снижению или предотвращению заболеваемости, планирования семьи, улучшения окружающей среды и т. д.;
- эффективность использования ресурсов системы.

При исследовании эффективности здравоохранения следует определить соответствующие критерии и систему показателей (где критерии – это принципы оценки эффективности, а показатели – модель количественной характеристики явления). Критерием эффективности системы здравоохранения может быть увеличение продолжительности жизни населения (основными обобщающими аспектами здоровья считаются ожидаемая продолжительность жизни и ее качество).

Среди показателей эффективности здравоохранения целесообразно выделять те, которые характеризуют внешний эффект (социальный и экономический: первый находит свое выражение в

улучшении здоровья людей и увеличении продолжительности их жизни, второй – в сохранении рабочего времени, повышении производительности общественного труда, показателями при этом могут выступать: преждевременная смерть и соответствующие потери произведенного продукта, число сохраненных жизней в трудоспособном возрасте, инвалидность и ее динамика, прирост производства продукта за счет уменьшения затрат рабочего времени, затраты на мероприятия здравоохранения в сравнении с соответствующими объемами оказанных услуг) и внутренний (медицинский – характеризуется уровнем заболеваемости, его динамикой, качеством медицинской помощи и др.). При этом первый отражает влияние медицинских услуг на общественное производство и условия жизни людей, второй – характеризует результаты деятельности медицинских учреждений самой сферы.

Выводы. Таким образом, все вышеизложенное позволяет констатировать необходимость и важность выхода системы здравоохранения на путь устойчивого развития. Ориентация на международные стандарты функционирования медицинской сферы должна иметь приоритетный характер для отечественного здравоохранения, что, в свою очередь, обеспечит высокое качество и доступность медицинских услуг, расширит географию обслуживания (например, привлечение иностранных пациентов) и предоставит сфере возможность выйти на качественно новый уровень своего развития.

Список использованной литературы:

1. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні – 2011 р. – К. : USAID, 2011. – 155 с.
2. Ахмадедова Л.Ш. Устойчивое развитие региона на основе обеспечения экологического равновесия / Л.Ш. Ахмадедова, Г.И. Идзиев // Региональная экономика: теория и практика. – 2013. – № 8(297). – С. 13.
3. Балабанов К.Д. Впровадження наукових здобутків у галузі медичної реабілітації в реформу охорони здоров'я / К.Д. Балабанов, Т.А. Золотарьова // Науковий журнал МОЗ України. – 2012. – № 1(1). – С. 127–128.
4. Безруких М. Здоровьеэберегающая образовательная среда и факторы, препятствующие её созданию / М.Безруких // Дошкільна освіта. – 2012. – № 4. – С. 70–72.
5. Галкін Р.А. Маркетинг, лізинг, логістика в охороні здоров'я / Р.А. Галкін. – Самара–Санкт-Петербург : «Перспектива», 2003. – 175 с.
6. Загрози у галузі охорони здоров'я. Господарсько-правова характеристика та класифікація // Аптека.ua. – 30.07.2007. – № 600 (29).
7. Радий Я. Державне регулювання медичної та фармацевтичної діяльності в єдиному медичному просторі України / Я.Радий // Лікарська справа. – 2012. – № 3–4. – С. 114–115.
8. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 586 с.

НОСУЛИЧ Татьяна Николаевна – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник отдела социоэкологических проблем устойчивого развития, ГУ «Институт экономики природопользования и устойчивого развития НАН Украины» (г. Киев).

Научные интересы:

- здравоохранение;
- социальная сфера;
- социоэкологические проблемы устойчивого развития.

Тел.: (097)236–54–00.

E-mail: nosulich @ukr.net

ЦАРУК Ирина Михайловна – кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры менеджмента организаций и администрирования, Житомирський державний технологический университет (г. Житомир)

Научные интересы:

- региональное развитие;
- социальная сфера;
- система здравоохранения,
- инновационное развитие.

Тел.: (067)424–04–36.

E-mail: irinatsaruk@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції 16.07.2014