

© Пачгин И.В., Кича Д.И., 2015
УДК: 614.2

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ПРИОРИТЕТНОЙ ПОДСИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СФЕРЫ РЕГИОНА

И.В. Пачгин¹, Д.И. Кича²

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Кемеровской области, г. Кемерово (1)
Российский университет дружбы народов, г. Москва (2)

В статье рассмотрены методологические и методические основы создания медико-социального страхового кластера. Обосновано объединение действий секторов экономики и социальной сферы для улучшения здоровья работающих экономически активного возраста (рабочие металлургических и горнодобывающих предприятий). Регион рассматривается как организованная и структурированная социально-экономическая система, развитие которой строится по типу оптимальных взаимосвязей между приоритетными секторами.

Ключевые слова: *медико-страховой социальный кластер, работающие экономически активного возраста, рабочие металлургических и добывающих предприятий, здравоохранение, здоровье, регион.*

В условиях недостатка финансового содержания для обеспечения медицинской помощи требуется разработка инновационных средств и технологий для совершенствования мер по охране здоровья. Система здравоохранения работает на эффективность других секторов социально-экономической сферы, улучшая здоровье работающих. В этом направлении содержатся резервные возможности привлечения потенциалов ведущих секторов производства для совместных действий по дополнительному обеспечению здравоохранения. Предметом исследований приоритетной актуальности представляется здоровье экономически активных групп граждан, работающих в ресурсоемких отраслях – добывающей и металлургической.

Материалы и методы

Объект анализа – медицинский, социальный, страховой, экономический сектор региона применительно к здоровью, рабочие металлургических и добывающих предприятий. Материалами по-

служили данные научной литературы, выступлений и отчетов отдельных лиц и органов центрального и регионального уровней, собственные результаты авторов. Применены методы логического и сравнительного анализа, контент-оценок, системных наблюдений и взаимосвязей.

Результаты и их обсуждение

Тезис о том, что здоровые граждане способны трудиться с более высокой производительностью труда, чем нездоровые, является аксиомой. Это положение стало предметом анализа экономической составляющей региональной политики в области охраны здоровья и социального обеспечения граждан. Сфера деятельности здравоохранения распространяется на здоровье – один из приоритетных объектов, обеспечивающих социально – экономическое развитие региона. В этом нужен новый подход, нетрадиционные решения, привлечение третьей, четвертой и далее сторон, заинтересованных в лучшем здоровье экономически активных групп населения [8, 10, 11, 13, 14].

В исследовании Кемеровский регион рассматривается как организованная и структурированная социально-экономическая система, развитие которой строится по типу оптимальных взаимосвязей между приоритетными секторами. Эти взаимосвязи методологически правильно рассматривать на основе методических положений предмета экономики и управления народным хозяйством в аспекте задач отрасли здравоохранения [1, 7, 13].

Сущность этой экономической составляющей в том, что уровень и поступательность социально-экономического развития региона зависит от здоровья экономически активной группы населения. Следует подчеркнуть, что именно эта группа населения, в особенности, работающие на ресурсоемких производственных предприятиях, обеспечивает общий экономический рост и средства для социальной сферы [3, 6, 9].

Положительные тенденции в области экономического развития вызывают положительные социальные сдвиги, например, увеличение доходов населения, пенсий, взносов в фонд обязательного медицинского и социального страхования и др. Не требует особых доказательств то, что в группах более здоровых работающих производительность труда выше, заболеваемость с временной утратой трудоспособности ниже, мотивация индивидуальной эффективности выше и т.д. Эти процессы в аспекте роли здравоохранения и социально-экономических взаимосвязей детально раскрыты в диссертационной работе Э.Н. Карницкой [5].

Ввиду приведенных положений требует разработки и обоснования экономический механизм реализации региональных отношений в фокусе сфер здравоохранения и социально-экономического обеспечения. Социальная сфера в Российской Федерации, в частности, система здравоохранения, хотя и остается звеном народного хозяйства, требующим значительных издержек, но отдача в направлении проделанных реформ может быть существенной [12, 14].

В экономике наблюдаются значительные различия по отраслям и сферам

деятельности, что делает трудным оценку вклада всех ее отраслей в здоровье и его охрану. Поэтому в наших исследованиях рассматривается одно из направлений, как наиболее реально отражающее состояние здоровья населения и формирующее его качество – форматирование медико-страхового социального кластера (МССК) [2, 3, 5, 6, 7].

В результате анализа в состав регионального МССК мы включаем медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС, территориальный фонд социального обеспечения, департамент здравоохранения и департамент финансов правительства, юридические лица–предприятия. Роль каждого субъекта в кластере нами конкретно оценивается и обосновывается в специальном фрагменте исследования в модульном подходе (рис. 1).

В МССК интегрированы действия региональных организаций и органов, несущих или берущих на себя социально-экономическую ответственность за охрану здоровья граждан региона. МССК по составу субъектов, его формирующих, менее сложен для оценки вклада в здоровье, так как матрица воздействий на здоровье может выражаться в более конкретных составляющих единицах.

Можно заметить, что в МССК задействованы граждане, население, проживающее на территории региона и являющееся объектом воздействия участников – субъектов кластера. Действительно, люди потребляют продукты и услуги кластера, но роль людей чрезвычайно многообразна, а в то же время многополярна. Многополярность людей в кластерном подходе в том, что люди сами являются субъектом кластера, работая в различных субъектах кластера. Там они вырабатывают и поставляют в известной мере необходимые для своего здоровья продукты и услуги.

Но многополярность действий людей во взаимодействиях субъектов кластера намного шире и значимее: наблюдается одновременность человеческих ролей. Являясь объектом кластера, люди могут активно влиять на оптимизацию

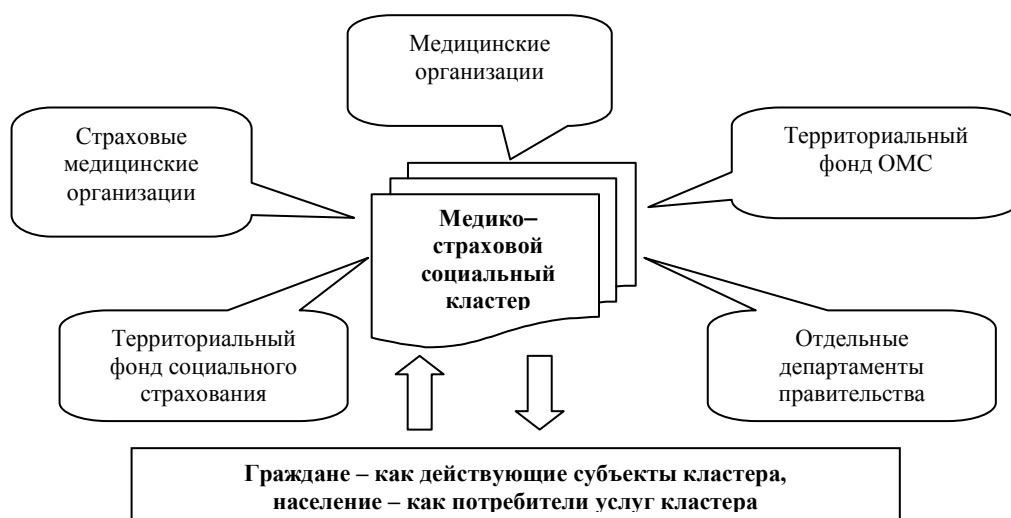


Рис. 1. Медико-страховой социальный кластер в модельном исполнении

своего здоровья, поддерживая здоровье в необходимой для активной жизни и работы форме, предпринимая своевременные превентивные меры против возникновения болезней. Ввиду этого, люди стоят выше других субъектов МССК и этот феномен нуждается в особых оценках для принятия корректных решений по взаимодействию субъектов кластера. Целью таких взаимодействий является создание и формирование возможностей и условий для совершенствования здоровья граждан, проживающих на территории региона. Региональный подход кластеризации позволяет учесть конкретные условия региона, специфику законодательства и права, образ жизни проживающих здесь граждан, уровень развития субъектов кластера, меру их взноса в векторное развитие внутрикластерного взаимодействия.

Ввиду экономической значимости для МССК, работающих на ресурсоемких предприятиях трудящихся региона, в выборку для анализа включены только люди, работающие на металлургических и добывающих предприятиях региона. В таком случае становится более возможным проанализировать, а в потенциале и оценить, возможно более корректно вклад в охрану и совершенствование здоровья

экономически активной фокус-группы – т.е. работающих в производственной ресурсоемкой сфере. Эта группа граждан находится в экономически активном возрасте, обладает креативным и мотивационным потенциалом для формирования своего здоровья и для создания условий его совершенствования в рамках кластерного взаимодействия.

Выбор отраслей металлургического и добывающего комплексов определен характером валового регионального продукта, сложившейся критической ситуацией финансирования в здравоохранении, проблемной значимостью здоровья, в особенности экономически активных групп работающих на ресурсоемких предприятиях, актуальностью социальной значимости здоровья населения для социально-экономического развития региона. Как видно, эти факторы направлены на конечное совершенствование состояния здоровья населения и ориентированы на интенсификацию взаимного функционирования субъектов кластера, межотраслевой интеграции в условиях объективно существующих особенностей каждой отрасли социальной, финансовой, производственной, административной, законодательной сферы и органов власти. С учетом

этих факторов и условий создается методология формирования регионального МССК, постановка цели внутрикластерного взаимодействия, оценки эффективности мероприятий субъектов МССК, качественного развития объекта кластерного воздействия – человеческого потенциала. Качество здоровья отдельных социальных и возрастных групп граждан при этом является только частью этого потенциала, в данном контексте МССК мы затрагиваем только этот аспект – формирование потенциала здоровья экономически активных групп работающих в ресурсоемких отраслях.

Такая постановка цели требует необходимости перехода к качественно иным показателям оценки результатов воздействий каждого субъекта МССК на здоровье объекта и его роли в формировании здоровья и создании качественных условий жизни отдельных экономически активных групп людей. При этом требуется учет специфики разных сфер, где параметрами эффективности служат показатели ликвидности, прибыльности [5], но и заболеваемости, производительности, обращаемости населения в медицинские организации, оперативной активности, качества продукции и медицинских услуг, количества врачебных приемов и т.д.

Главным препятствием выработки интегрально подхода является то, что в здравоохранении, как социальной сфере, система показателей экономической сферы не приемлема, так как приоритеты отдаются объектам и процессам, которые приносят наибольшую выгоду, наряду с тем, что целью функционирования социальной здравоохранительной сферы является совершенствование здоровья населения [2, 7, 11].

В этом и состоит суть научных поисков по обоснованию методологии и организационно-методических подходов в отношении механизмов объединения взаимодействий социальных и экономических секторов региона в поле «производства здоровья». Весьма трудным решением является выработка методических механизмов и параметров к ком-

плексной оценке эффективности весьма разнообразных секторов, например, заболеваемости, количества использованных медицинских услуг, стоимости потребляемых услуг, коэффициент «взноса» каждого сектора в улучшение здоровья, производительность труда и уровень издержек при разных тенденциях здоровья работающих, эффективность средств ТФОМС в пересчете на показатели здоровья, эффективность использования средств медицинскими организациями, в конце концов, т.н. прибыльность каждого сектора в аспекте здоровья работающих. Как видно, развитие оценок феномена «взноса в здоровье» идет в направлении оценки эффективности деятельности институтов, предприятий, органов и организаций, имеющих отношение к здоровью работающих и занимающимися софинансированием охраны здоровья [4, 8, 9, 11].

Важнейшим аспектом, определяющим актуальность для экономик и социальной сферы, разработки этой проблемы, является возрастание роли регионов в решении социальных вопросов и, в частности, вопросов, касающихся здравоохранения. В связи с перераспределением социальных полномочий и источников финансирования между федеральными органами управления и субъектами Российской Федерации «в пользу» последних актуальными становятся вопросы формирования новых подходов к управлению здравоохранением на уровне региона [2, 3, 9].

Трудности решения проблем управления в здравоохранении на уровне региона, как показывают наши оценки, появляются, в первую очередь, при распределении средств между территориальными образованиями региона. [2, 9, 10]. Эти трудности связаны с недостаточной проработанностью методики распределения средств здравоохранения между муниципальными образованиями региона, а также оценки эффективности распределения этих средств. Вопрос относится к той же метрической базе: какими показателями это оценивать, и возможна ли выработка таких показателей в принципе.

Таким образом, в условиях реформирования всех социальных процессов, и, в частности, в сфере здравоохранения важное значение имеет формирование научно обоснованной системы распределения всех имеющихся ресурсов региона в этой сфере. Такой подход позволит выработать стратегию развития здравоохранения региона как составной части региональной социальной политики [11, 14].

В экономической науке уделяется больше всего внимание отдельным аспектам социальной политики (образование, социальная защита населения, здравоохранение, причем без тесной увязки между собой и др.). В тоже время исследования по комплексной оценке социальных факторов на экономику и здоровье практически отсутствуют [4, 5, 6].

Ввиду неудовлетворительной степени научной разработанности рассматриваемой в статье по ходу изложения проблемы, приводятся ссылки на ключевые приоритетные публикации и документы, которые подтверждают значимость взаимодействия социального сектора с другими отраслями хозяйства, государственного распределения в условиях ОМС и рыночных элементов, сохранения финансово-социальной стабильности, роли государства в экономике [4, 10].

При этом рассматриваются работающие в странах модели и механизмы экономически устойчивого здравоохранения с участием населения [14], когда расходы на медицинские нужды в экономически развитых государствах с более эффективным здравоохранением перекладываются на население в плане софинансирования гражданами оплаты медицинской помощи. Но это только частичное понимание проблемы, вся проблема концентрируется в рамках обоснования в наших исследованиях МССК, и базируется на следующих принципах его действий:

- взносов работодателей в специальные целевые фонды вне ОМС и ФСС;
- обеспечения балансов и перераспределяющая регулирующая роль государства;

– учетной оценочной функции органов здравоохранения;

– оценке финансового обеспечения медицинских услуг конкретного качества;

– организующая и координирующая функция субъектов медико-страхового социального кластера;

– обеспечение конкуренции и перераспределения объемов медицинских услуг государственными органами.

Заключение

Выполненный анализ позволяет обосновать методологические основы для разработки организационно-методических механизмов взаимодействия социально-экономических секторов для влияния на экономику региона посредством достижения лучшего здоровья и наоборот. Методологические подходы к решению проблемы «экономики и здоровья» концентрируются в рамках обоснования в наших исследованиях медико-страхового социального кластера, и базируется на скоординированных принципах взаимодействий его субъектов. В медико-страховом социальном кластере интегрированы действия региональных организаций и органов, несущих или берущих на себя социально-экономическую ответственность за охрану здоровья граждан региона.

Методические трудности связаны с недостаточной проработанностью методики оценки эффективности потребления средств здравоохранения и метрической базы выработки показателей этой оценки.

В условиях реформирования всех социальных процессов и здравоохранения важное значение имеет формирование научно обоснованной системы распределения имеющихся ресурсов региона. Такой подход позволит выработать стратегию развития здравоохранения региона как приоритетной составной части региональной социально-экономической политики для здоровья, в особенности экономически активных групп населения.

Многополярность действий людей во взаимодействиях субъектов кластера заключается в формировании ресурсов, активном влиянии на оптимизацию свое-

го здоровья, поддержание здоровья в необходимой для активной жизни и работы форме, предпринимая своевременные превентивные меры против болезней.

Литература

1. Бутов В.И. Основы региональной экономики: учебное пособие / В.И. Бутов, В.Г. Игнатов, Н.П. Кетова. – М.; Ростов н/Д., 2001. – С. 88.
2. Глазьев С. Социально-экономический смысл бюджета 2005 г. / С. Глазьев // Российский экономический журнал. – 2004. – № 9-10. – С. 27-31.
3. Государственное регулирование рыночной экономики: учебник / под ред. д.экон.н., проф. В.И. Кушлина. – М.: Изд-во РАГС, 2002. – С. 479-654.
4. Гришин В.В. Охрана здоровья нации объединение усилий / В.В. Гришин // Бюллетень экспертно-консультативного совета при председателе Счетной палаты РФ. – 2002. – №2 (7).
5. Карницкая Э.Н. Формирование экономического механизма развития здравоохранения региона в условиях социально-ориентированной рыночной среды: дис. ... канд. экон. наук / Э.Н. Карницкая. – Чебоксары, 2006.
6. Куликов В. Социальная политика как приоритет и приоритеты социальной политики / В. Куликов, В. Роик // Российский экономический журнал. – 2005. – № 1. – С. 279.
7. Микроэкономический уровень организационных процессов в здравоохранении / И.В. Пачгин [и др.] // Микроэкономика. – 2014. – №4. – С. 14-17.
8. Митронин В.К. О некоторых неэффективных и отсутствующих элементах рыночного экономического механизма отечественной системы ОМС, или о необходимости модернизации этой системы / В.К. Митронин // Экономика здравоохранения. – 2004. – №8. – С. 9-12.
9. Программа развития бюджетного федерализма в Российской Федерации на период до 2005 года. – Программа Правительства РФ. – 2005.
10. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений / М.Е. Путин // Экономика здравоохранения. – 2002. – №3. – С. 14-18.
11. Социально-экономические процессы в здравоохранении: характер изменений / И.В. Пачгин [и др.] // Горизонты экономики. – 2014. – №4 (16). – С. 74-78.
12. Чен Маргарет. Выступление на совещании по финансированию и координации научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ (НИОКР) по выполнению рекомендаций доклада Консультативной рабочей группы экспертов по исследованиям и разработкам: финансирование и координация. 26.11.2012 / Маргарет Чен. – Женева: ВОЗ, 2012.
13. Экономика здравоохранения: учебник / под общ. ред. А.В. Решетникова. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 271 с.
14. Borowya Iris. Устойчивое здравоохранение: необходимость новых моделей развития / Iris Borowya // Bull. World Health Organ. – 2014. – 92:699. – doi: 10.2471 /BLT.14.145219. – Вып. 92, №7-12, 2014.

**METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL BASES OF DEVELOPMENT
OF PUBLIC HEALTH AS A PRIORITY SUBSYSTEM OF SOCIAL
AND ECONOMIC SPHERE OF REGION**

I.V. Pachgin, D.I. Kicha

Methodological and methodical bases of creation of medico-social of insurance cluster are considered by in the article. The integration action of sectors of the economy and social sphere to improve the health of workers of the economically active working age (workers of metallurgical and mining enterprises) is substantiated. The region is considered as an organized and structured socio-economic system. The development of this system is based on the optimal linkages between priority sectors.

Keywords: *medico-social of insurance cluster, workers of the economically active working age, workers of metallurgical and mining enterprises, public health, health, region.*

Пачгин И.В. – к.м.н., директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

E-mail: pahiv@kemoms.ru

Кича Д.И. – д.м.н., проф. кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов.

E-mail: pahiv@kemoms.ru