

УДК 614.2 (476)

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ И СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

М.Ю. Сурмач, к.м.н.; Е.М. Тищенко, д.м.н., профессор
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рассмотрены факторы прямого и косвенного воздействия на управление здравоохранением Беларуси, охарактеризованы наиболее важные из них. Раскрыто понятие социальной ответственности в управлении здравоохранением.

Ключевые слова: внешние факторы, доказательная медицина, медицинская культура, потребители услуг медицинского назначения, правовая медицина, рационализация медицинской помощи, социальная ответственность, социальный контроль, управление здравоохранением.

External factors of direct and indirect influence upon Belarusian health care system management have been studied, the most important among them have been characterized. The notion of social responsibility in health care system management has been revealed.

Key words: external factors, evidence-based medicine, medical culture, consumers of medical aid, legal medicine, rationality of medical aid, social responsibility, social control, health care system management.

Прогресс техники, технологий и социальные изменения затрагивают все сферы деятельности человека. Организации здравоохранения как объекты управления подвергаются воздействию множества факторов, составляющих внутреннюю и внешнюю среду управления. Среди факторов внешней среды в управлении здравоохранением Беларуси выделяются две основные группы:

1. *Внешние факторы прямого воздействия.* К ним, прежде всего, следует отнести законы и органы государственной власти; потребителей услуг медицинского назначения; объём финансовых средств, выделяемых государством (объём средств, гарантируемый социальными стандартами по обслуживанию населения Республики Беларусь в области здравоохранения и плановыми показателями территориальных программ государственных гарантий по медицинскому обслуживанию граждан); обеспеченность кадрами. Внешними факторами прямого воздействия на управление организацией здравоохранения являются также наличие постоянно восполняемых оборудования, энергоресурсов, материалов, их поставщики; конкурирующие организации здравоохранения.

2. *Внешние факторы косвенного воздействия:* демографические факторы, достижения научно-технического прогресса в медицине, состояние экономики страны, социальные и политические факторы, факторы международной среды, культурные факторы.

Охарактеризуем наиболее важные в управлении здравоохранением Беларуси внешние факторы.

Система здравоохранения Республики Беларусь отличается преимущественно линейной организационной структурой управления, предусматривающей высокую степень централизации в принятии решений и реализацию принципа единоначалия. В связи с этим управление здравоохранением Бела-

руси строго регламентировано такими факторами прямого воздействия, как *законодательство, органы государственной власти.*

Понятие «*потребители услуг медицинского назначения*» [12] включает не только количество обслуживаемого населения, но и его качественный состав, обладающий демографическими особенностями, спецификой показателей состояния здоровья, социальными свойствами (медико-гигиеническая грамотность населения, социальные нормы образа жизни, основы самосохранительного поведения), биологическими особенностями и экономическими характеристиками. В условиях отсутствия прямого регулирования рынка медицинских услуг посредством спроса, население не является фактором непосредственного воздействия на управление здравоохранением Беларуси. Тем не менее, основной задачей управления здравоохранением является укрепление и охрана здоровья населения (общественного здоровья), достигаемые при помощи максимально высокого качества медицинской помощи. Последнее, согласно данным ВОЗ, включает удовлетворённость пациентов, квалификацию медицинского персонала, оптимальность использования ресурсов, степень риска для пациента от медицинского вмешательства [11]. В рамках идеологии всеобщего управления качеством (TQM), под качеством медицинских услуг понимается не столько достижение каких-либо их частных характеристик, сколько соответствие нуждам и ожиданиям потребителей [5], для достижения которого в ряде стран, в том числе в России, осуществляется медико-социологический мониторинг [4; 6]. Следовательно, население (потребители услуг медицинского назначения) является наиболее важным фактором внешней среды управления здравоохранением Беларуси, действие которого опосредовано целым рядом факторов косвенного воз-

действия, таких как состояние экономики, социокультурные факторы (стереотипы, жизненные ценности, традиции), политические факторы, факторы международной среды (глобализация, экономическое взаимодействие, политическая обстановка). Именно потребители услуг медицинского назначения, или население, определяют действия законодательной и исполнительной власти, регулирующей управление здравоохранением Республики Беларусь.

Большинство из характеристик потребителей услуг медицинского назначения являются экономически обусловленными. *Экономический фактор* — третий по значимости фактор внешней среды управления здравоохранением. Он определяет качество медицинской помощи и регулирует среду управления как непосредственно (финансирование здравоохранения), так и опосредованно (посредством изменения экономического состояния и качества жизни потребителей услуг медицинского назначения).

Решение проблемы финансирования здравоохранения является приоритетным для белорусского государства [10]. Согласно рекомендациям ВОЗ, финансирование здравоохранения должно осуществляться на уровне не менее 5% ВВП, поэтому, начиная с 2002 г., расширяются объёмы инвестиций в здравоохранение. За последние пятнадцать лет удельный вес расходов государственного бюджета на здравоохранение и физическую культуру в проценте от ВВП увеличился в два раза. Для решения проблем финансирования в Беларуси создаётся организационно-экономическая модель развития здравоохранения, предусматривающая финансирование как на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов в расчёте на одного жителя, так и на основе внебюджетных источников. Уровень внебюджетных средств в общем объёме финансирования здравоохранения составляет в среднем около 12% и имеет тенденцию к росту. В общей структуре внебюджетных средств в Беларуси более 60% — платные услуги медицинского назначения (собственно медицинские и санаторно-оздоровительные). Создаются государственные унитарные предприятия, имеющие статус юридического лица, специализирующиеся на оказании платных медицинских услуг населению и составляющие рыночную конкуренцию организациям здравоохранения негосударственной формы собственности.

Ни в одной стране мира не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи для населения. В стратегических планах развития белорусского здравоохранения предусматривается возрастание привлечения соплатежей: использование в комплексе с бюджетным финансированием средств добровольного, а в долгосрочной перспективе — и обязательного медицинского страхования.

Современной особенностью управления здравоохранением Республики Беларусь является воз-

растающее значение правовых факторов, определяющих распространение *принципов правовой и доказательной медицины*.

Под правовой медициной понимают оказание населению медицинской помощи и медицинских услуг в рамках совокупности мероприятий по формированию правосознания населения и медицинского персонала, развитие полноценной нормативно-правовой базы здравоохранения, обеспечение её доступности не только для руководителей учреждений здравоохранения, но и для рядовых медицинских работников и потребителей услуг медицинского назначения, формирование правовых механизмов взаимодействия всех субъектов и объектов оказания медицинской помощи [16]. Согласно принципам правовой медицины, все общественные отношения, возникающие в сфере охраны здоровья, должны быть законодательно оформлены в виде прав, обязанностей и ответственности участников этой деятельности: государства, граждан, юридических и физических лиц, пациентов и медицинских работников.

Права пациентов находят отражение в различных международных соглашениях, начиная от Рекомендаций по медицинскому обслуживанию (приняты МОТ в 1944 г.) и Всеобщей декларации прав человека (приняты Генеральной ассамблеей ООН в 1948 г.), включая такие документы, как Лиссабонская Декларация прав пациентов (Всемирная медицинская ассоциация, 1981 г., пересмотрены в 1995 г.), Европейская Хартия по правам пациентов (Европейский парламент, 1984 г.), Декларация ВОЗ по развитию прав пациентов в Европе (1994 г.), Соглашение по правам человека и биомедицины (Совет Европы, 1996 г.) и других. Права пациентов отражены и в общегосударственных законах, в гражданском и уголовном праве. Среди прав пациентов выделяют права, отражающие доступность и качество медицинской помощи (право выбора врача и организации здравоохранения), права на информацию, на добровольное согласие, на ответственность (право обжалования действий медицинских работников в гражданских судах).

Обеспечение равной юридической защищённости пациентов и медицинских работников — проблема, решаемая на общегосударственном уровне. В Республике Беларусь появилась и развивается новая отрасль науки и практической деятельности — медицинское право, изучающее и регулирующее правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической и санитарно-гигиенической деятельности. Среди внутриотраслевых мер в данном направлении следует отметить создание стандартов оказания медицинской помощи по различным нозологиям.

Влияние правовых факторов тесно связано с информационным обеспечением, составляющим основу *доказательной медицины*. Доказательная медицина основывается на принципе осуществления лечебного процесса только на основе достоверной и полной информации о клинической эф-

фективности и экономической обоснованности используемых методов диагностики и лечения. Согласно главным постулатам доказательной медицины, каждое решение врача должно основываться на научных данных, вес каждого факта тем больше, чем строже методика научного исследования, в ходе которого он был получен.

Особое значение в управлении здравоохранением имеют *культурные факторы*. Человек, воспитывающийся в том или ином обществе, вырастает в рамках определённой культуры. Усвоение социальных норм — социализация — происходит посредством социального контроля. Будучи продуктом многовековой жизнедеятельности людей, культура является своеобразным генофондом общества, отражающим его традиции, той базой, на которой формируется профессиональная культура.

Специфика социального института здравоохранения состоит в выраженной корпоративности. Деятельность каждой организации здравоохранения осуществляется не только во внешней среде, но и в профессиональной среде медиков. В свою очередь, в медицинской среде, как ни в какой другой, существуют строгие социальные регуляторы, контролирующие профессиональную деятельность представителей медицинской профессии. Ключевым регулятором всей медицинской деятельности является *профессиональный долг*. В Республике Беларусь действует принятый в 1998 г. I съездом врачей РБ и утверждённый Министерством здравоохранения «Кодекс врачебной этики». Белорусским общественным объединением медицинских сестёр (Бел ООМС) были разработаны и вступили в 2003 г. в силу «Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры».

В процессе исторического взаимодействия социального института здравоохранения с обществом сформировалась *медицинская культура*. Она регулирует действия людей в сфере их здоровья: создаёт образцы социально одобряемого и неодобряемого поведения при взаимодействии с медициной, системой здравоохранения, мотивирует и накладывает ограничения на то или иное поведение людей, связанное со здоровьем. Благодаря исторической преемственности медицинской культуры, достигаемой посредством социализации, медицина и здравоохранение сохраняются и развиваются как социальные институты, содержащие совокупность традиций и обычаев того или иного народа, включающие множество специфичных и не всегда явно декларируемых процедур, установок, при помощи которых они успешно функционируют.

Особой формой ответственности в практике менеджмента является ответственность руководителя перед обществом — *социальная ответственность*, которая предполагает выполнение возглавляемой им организацией определённых социальных обязанностей.

Традиционное для практики менеджмента понятие социальной ответственности, подразумева-

ющее, что приносящие прибыль организации обязаны использовать свои ресурсы таким образом, чтобы общество оставалось в выигрыше (добровольная необходимость выделять часть средств из прибыли на социальные нужды), было введено в начале 20 века Эндрю Карнеги. В середине 20 века между бизнесом и правительством начало развиваться сотрудничество, и деловой мир оказался вовлечённым в решение вопросов не только социальных, но и политических. Современный интегральный подход рассматривает социальную ответственность организаций в трёх аспектах: *ответственность за роль организации в обществе* (будучи частью общества, организация должна удовлетворять некие конкретные потребности данного общества), *ответственность за способности* (то есть за те общественные проблемы, которые организация способна решить с использованием собственных возможностей), *причинная ответственность* (ответственность за свои действия и за последствия этих действий, то есть за те факты, причиной происшествий которых данная организация является).

Социальная ответственность в практике менеджмента является добровольной, во многом определяется личностью руководителя, его отношением к тем или иным социальным проблемам, определяющим выбор при вкладывании средств. Любое управленческое решение имеет социальные аспекты [14, с. 276]. Реализация социальной ответственности инициируется социумом и всегда сопровождается его моральным давлением.

Традиционное для менеджмента понятие социальной ответственности нельзя непосредственно перенести на медицинскую деятельность: медицинская деятельность не завершается созданием материальных благ, не завершается актом их присвоения; она направлена на изменение неблагоприятного состояния отдельного человека и социума в целом до такого уровня, которое можно считать социальным благом. Продукт медицинской деятельности формируется в процессе оказания медицинской услуги. Медицинская услуга, в отличие от любого другого продукта потребления, неосознаема, несохраняема (существует только в период непосредственной её реализации), неотделима от источника (выражает собой единство производства и потребления), характеризуется непостоянством качества (одна и та же услуга, даже произведенная одним специалистом в одинаковых условиях, но в разные периоды времени, может иметь разные качественные характеристики, не говоря об услугах, произведенных разными работниками). Некоторые медицинские услуги, как правило, профилактического характера (например, иммунизация), являются собой прямое противоречие между общественными и индивидуальными интересами: в индивидуальном отношении услуга может не иметь индивидуальных потребительских свойств и даже иногда приносить потребителю вред, в общественном отношении — являться благом.

Организации здравоохранения относятся к социальной сфере, их непосредственная деятельность уже сама по себе социально ответственна. Упрощённо можно считать, что для организаций здравоохранения социальная ответственность — это есть следование миссии здравоохранения, практически выраженное в качественном выполнении своей работы. В то же время качественное выполнение медицинских обязанностей — понятие неоднозначное.

Система государственного финансирования избила здравоохранение Беларуси от остро актуальной проблемы ряда соседних стран, где рыночная ситуация нередко приводит к неравенству между потребителями медицинских услуг и даже между отдельными организациями здравоохранения. Так, по данным некоторых российских авторов [1], в то время как закон подтверждает равенство всех форм собственности, частные (негосударственные) медицинские учреждения России находятся в ущербном положении по сравнению с муниципальными и федеральными. Платные услуги ограничены, и врачи «выталкиваются» в нелегальную продажу лекарственных средств и услуг. Рыночная реальность породила понятие «рационирования» медицинской помощи в условиях недостатка её финансирования: необходимость уменьшать затраты на здравоохранение приводит к необходимости выбора между качественной, но дорогой, и менее качественной, но более дешёвой услугой, то есть, к необходимости ограничивать доступ потребителей к той или иной медицинской помощи. В ситуации выбора могут оказаться пациенты (особенно при системе соплатежей), врачи (нередко вынужденные вступать в противоречие с этическим кодексом), плательщики (страховые организации, бюджет, рационизирующие доступ населения к медицинской помощи по своему усмотрению), и, наконец, само общество, посредством законодательной и исполнительной власти. Рационирование может быть оправдано только тогда, когда средства сохраняются в интересах других пациентов. Однако общим для большинства случаев является то, что пациент не знает о произошедшем рационировании.

В настоящее время здравоохранение Беларуси, помимо охраны здоровья населения, взяло на себя и ряд других социальных функций: оно становится своеобразным «ядром» внедрения социальной идеологии государства (идеология здорового образа жизни, приоритета охраны матери и ребёнка, формирования здоровья), что накладывает на управление здравоохранением дополнительную социальную ответственность. Успех управления здравоохранением в современных условиях определяется не только умением руководителя своевременно ориентироваться в ситуации непрерывно изменяющихся факторов внешней среды, знанием особенностей данных факторов, но и способностью эффективно решать проблемы социальной ответственности, носящие интердисциплинарный, во многом философский характер.

Литература:

1. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. — М.: Изд-во «Триумф», 2000. — С. 395.
2. Здравоохранение — важнейший сегмент построения информационного общества Республики Беларусь / Л.Н. Величко [и др.] // Вопр. организации и информатизации здр-я. — 2006. — № 2. — С. 25–32.
3. Злотникова, Л.М. Здоровье человека в новых социальных реальностях / Л.М. Злотникова // Взаимосвязь демографических и социально-экономических процессов на рубеже XX — XXI веков: сб. науч. ст. / БГЭУ; под ред. А.Г. Злотникова. — Гомель, 2003. — С. 84.
4. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. — № 5. — С. 3–6.
5. Лукашев, А.М. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз / А.М. Лукашев, А.С. Акопян, Ю.В. Шилленко; под ред. Н.Ф. Герасименко. — М.: Изд-во «Оверлей», 2001. — 96 с.
6. Медик, В.А. Анализ динамики медико-социальной ситуации в Новгородской области (по данным социологического мониторинга) / В.А. Медик, А.М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 1. — С. 28–31.
7. Назарова, И.Б. Взаимоотношения «Врач — пациент»: правовые и социальные аспекты / И.Б. Назарова // Социол. иссл-я. — 2004. — № 11. — С. 142–147.
8. Нормативное обеспечение стандартизации деятельности в здравоохранении / А.А. Гракович [и др.] // «Здоровье населения — основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11 — 12 мая 2006 г. / Мин-во здр-я РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и орг-ров здр-я; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] — Минск, 2006. — С. 62–65.
9. Плиш, А.В. Основы создания медико-экономической модели управления ресурсосберегающими технологиями / А.В. Плиш // «Здоровье населения — основа благополучия страны»: материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11 — 12 мая 2006 г. / Мин-во здр-я РБ, Белор. ассоциация социал-гигиенистов и орг-ров здр-я; ред. совет: В.П. Руденко [и др.] — Минск, 2006. — С. 406–409.
10. Полоник, И.С. Здоровье человека — наивысшая социально-экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики / И.С. Полоник // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2006. — № 2. — С. 11–15.
11. Решетников, А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А.В. Решетников, Л.М. Астафьев // Социология медицины. — 2005. — № 1 (6). — С. 32–38.
12. Решетников, А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике / А.В. Решетников // Социологические исследования. — 2003. — № 1. — С. 92–101.
13. Совершенствование структуры управления организациями здравоохранения Республики Беларусь / В.П. Руденко [и др.] // Вопр. организации и информатизации здр-я. — 2006. — № 1. — с. 10–20.
14. Социальный менеджмент: Учебник / Ю.А. Афонин [и др.]. — М.: Издательство Московского университета, 2004. — С. 276–291.
15. Чередниченко, О.В. Законодательство Республики Беларусь, регулирующее права пациентов в сфере оказания медицинской помощи / О.В. Чередниченко // Мед. новости. — 2005. — №3. — С. 71–79.
16. Шарабчиев Ю.Т. Новая парадигма здравоохранения: причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю.Т. Шарабчиев // Медицинские новости. — 2005. — №3. — С. 18
17. Шарабчиев, Ю.Т. Нормативно-правовое регулирование профессиональной деятельности в здравоохранении в рамках правовой и доказательной медицины / Ю.Т. Шарабчиев // Мед. новости. — 2002. — № 4. — С. 32–41.
18. Шарабчиев, Ю.Т. Общественное здоровье: роль социально-экономических факторов, финансирования здравоохранения, благосостояния / Ю.Т. Шарабчиев // Мед. новости. — 2004. — №8. — С. 58–68.

Поступила 06.03.08