

ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И СОДЕРЖАНИЯ ТРУДА ЗАНЯТЫХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Л.А. Еловиков, К.Л. Полежаев

*Омский государственный университет, кафедра экономики и социологии труда
644077 Омск, пр. Мира, 55-А*

Получена 28 марта 2001 г.

The concept of public health services system. Economic relations in system of public health services. Changes in character and medical personal work contents. The newest developments in public health services and control system perfection of this people activity field.

Все кто имел дело с работодателем мог наблюдать его недовольство, когда работник, кормящая мать или мать, у которой заболел ребенок, не выходят на работу и приносят документ о нетрудоспособности. И хотя на издержках производства фирмы непосредственно это не отражается (данные выплаты идут за счет фонда социального страхования, уже вошедшего в издержки производства), тем не менее простаивает оборудование, какие-то виды работ не выполняются. И лишь на крупных предприятиях можно позволить содержать дополнительных подменных работников. Малое предприятие этого себе позволить не может.

От таких работников стараются избавиться. Матерей, имеющих детей дошкольного возраста не принимают на работу. Да и сам работник чувствует себя неуютно не только перед работодателем, но и перед своим семейным бюджетом: во время болезни уменьшаются доходы работника.

Физическое состояние человека в значительной мере зависит от социального благополучия и душевного состояния. Можно наблюдать, как неустроенность быта, сложности с трудоустройством, неумение устанавливать нормальные отношения в семье и в трудовом коллективе приводят к нарушениям душевного равновесия, а впоследствии - к серьезным заболеваниям. Поэтому поддержание здоровья является обязанностью не только (и не столько) медицины, но и психологии, социологии, экономики и других наук, изучающих поведение человека.

В условиях преобладания рыночных методов управления, возрастания такого источника затрат на поддержание здоровья, как семейный бюджет, возникновение частных медицинских учреждений, усложняются социально-экономические отношения по поводу поддержания здоровья населения, система управления деятельностью общества по поддержанию и охране здоровья населения. По поводу здоровья человека в обществе складываются очень сложные экономические отношения, которые определяют поведение работника, государства и работодателя в этой сфере деятельности.

Проблемы совершенствования методов управления деятельностью общества по сохранению и улучшению здоровья населения, следует рассматривать с нескольких сторон:

1. Плохое здоровье означает ограниченные возможности работника для приобретения, развития и использования способностей к труду. Постоянно болеющего работника ждут пониженные заработки и недовольство окружающих, которым приходится выполнять его обязанности.

2. Больной человек может заразить десятки здоровых, и общество вынуждено будет расходовать дополнительные ресурсы на их лечение, нести большие потери в производительности труда и снижении заработков.

3. Со стороны расходов на здравоохранение - кто и в каких размерах должен возмещать расходы поддержание здоровья человека? Государство, сам работник или работодатель?

4. В каком соотношении должны находиться расходы на устранение причин заболеваний и лечение заболевших? Опыт свидетельствует, что дешевле устранить условия, приводящие к заболеванию, нежели лечить саму болезнь. С этим связана широко распространенная практика в развитых странах - стимулирование здорового образа жизни.

5. Роль медицинских учреждений в сохранении и улучшении здоровья человека.

В недалеком прошлом об экономике здоровья человека в нашем обществе не принято было говорить. Считалось, что это - категория социальная, общество должно проявлять милосердие к больным, заботиться о душевном здоровье. Лишь финансисты определяли, сколько средств необходимо выделить на развитие и содержание учреждений здравоохранения, чтобы подтвердить лозунг: забота о здоровье человека - функция государства. Независимо от размеров зарплаток и технической оснащенности труда врач в любой обстановке обязан оказать помощь заболевшему.

Централизация части стоимости рабочей силы в государственном бюджете, выделение из него средств на здравоохранение позволили в нашей стране создать в довольно короткие сроки одну из лучших в мире систем охраны здоровья человека, поставить заслон эпидемиям, которые уносили ранее миллионы жизней. Ряд заболеваний вообще ушли из жизни людей. В несколько раз сократилась детская смертность, увеличилась продолжительность жизни.

Была создана и соответствующая система управления здравоохранением и другими видами деятельности общества, способствующими укреплению здоровья населения. Но это могло продолжаться лишь до определенного периода. Назовем его первым этапом развития здравоохранения.

Здоровье человека определяется не только уровнем развития здравоохранения. Если сгруппировать все факторы, определяющие показатели здоровья, то в мире уже признано, что приходится заболеваний:

- вследствие недостаточного развития системы здравоохранения (неточная диагностика заболеваний, вследствие слабой технической оснащенности техникой клиник и больниц, недостаточная квалификация медицинских работников, недоступность многих лекарств) - 10-15%;

- обусловленных наследственностью - 15-20%; от больных родителей редко рождается здоровый ребенок; это наблюдается во всем животном и растительном мире на Земле;

- вследствие плохой заботы человека о собственном здоровье и здоровье своих детей - 65-

70%. Плохая забота чаще всего выражается в образе жизни, несоответствующем требованиям человеческого организма: неблагоприятные для организма условия труда (загазованность, запыленность, нарушающий здоровье режим труда и отдыха), малоподвижный образ жизни, курение, употребление спиртных напитков и наркотиков, неумение преодолевать стрессовую ситуацию, плохие жилищные условия, несбалансированное питание и т.д.

В специальной литературе, доступной любому, это подробно обосновано.

Здесь лишь выделим:

- общую культуру человека и его способности противостоять стрессам, поддерживать здоровый образ жизни;

- рациональное питание;

- состояние окружающей среды на глобальном и местном уровнях (загазованность поселений и качество жилья, условия труда).

Как видим, около половины показателей здоровья человека не требует особых затрат на их улучшение. Необходимо лишь приобрести определенные знания и уметь их использовать.

”Продолжительный труд при весьма низкой степени его продуктивности, утомляет больше, чем менее продолжительный, хотя бы и более напряженный. И это потому, что усталость является результатом отравления организма продуктами его распада в процессе труда.... Чем дольше мы задерживаем эти ядовитые продукты распада в своем организме, тем отравление полнее...” (Струмилин С.Г. Проблемы экономики труда. М.: Наука, 1982. С. 55).

Открытие медицинской науки последних лет позволили перейти ко второму этапу развития системы здравоохранения. К таким открытиям следует отнести новые методы лечения (сегодня врач может делать до 10000 назначений, фактически делая не более 400), новые средства диагностики, открытия на генном уровне, позволяющие вносить исправления в генную наследственность, глубинные причины заболеваний. Это потребовало изменений функций врача и возврата от врача-специалиста к семейному доктору, использование компьютерной техники для диагностики и выбора соответствующих методов лечения. Второй этап (для многих стран он уже наступил) потребует создания принципиально нового рабочего места врача, территориального размещения учреждений здравоохранения. Рабочее место врача должно оснащаться электронной техникой, подключенной к единой информационной системе, позволяющей получать информацию о всех заболеваниях пациента с момента его рождения, о заболеваниях его родителей, подключения к диагностическим центрам и

учреждениям фармации. До 90-х годов в нашей стране преобладало стремление основные проблемы здоровья людей решить за счет развития государственных учреждений здравоохранения. По количеству врачей на тысячу жителей мы догнали самые развитые страны, а по коечному фонду превзошли их (в России он и сегодня в 2,5 раза выше, чем в Америке). В то же время квалифицированные врач, учитель и психолог в школе, техникуме, вузе, которые должны учить матерей и отцов, как рожать здоровых детей, являются исключением. В этом вопросе наши неграмотные предки были опытнее и знали, в какое время года можно играть свадьбы, сколько молодым за свадебным столом можно пить спиртного и т. п.

Известный миру немецкий врач Рудольф Вирхов (XIX век) считал, что болезнь - жизнь при ненормальных условиях. Ненормальные условия жизни в нашей стране обострились в период социально-экономического кризиса 80-90-х годов. Безработица, снижение уровня жизни, кризис мотивации труда, отсутствие перспектив и другие явления привели к росту заболеваний и смертности населения.

Попытка повысить эффективность здравоохранения была сделана в России в период реформы 90-х с помощью страховой медицины. Она предполагала не только привлечение дополнительных средств в здравоохранение, но и в принципе меняла подход к движению финансовых ресурсов на поддержание здоровья человека.

Были выработаны следующие принципы его функционирования:

1. Возрастает доля личной ответственности каждого за свое здоровье и здоровье своих детей. При этом сохраняется ведущая роль государства в профилактике заболеваний. Люди имеют ряд болезней, с которыми можно бороться только сообща, а значительная часть граждан нашего общества еще не скоро приобретут такие качества, как личная ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих. Поэтому массовые профосмотры, прививки, санитарный контроль еще долго будут организовываться централизованно и даже носить элементы административного и экономического принуждения. Ибо здоровье отдельного человека - это не только его личное дело. Оно затрагивает интересы общества и коллектива: многие заболевания имеют свойство переходить от одного человека к другому.

2. Экономический механизм в системе здравоохранения строится таким образом, чтобы финансовые, материальные и трудовые ресурсы направлялись по тем каналам, которые обеспечивают не только наиболее эффективное их использование, но и удовлетворяют важнейшую

потребность общества в сохранении здоровья и обеспечении наибольшей продолжительности жизни человека.

3. Количество и качество услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения (как государственными, так и частными), сопровождается их экономической ответственностью перед страховыми компаниями и гражданами. В то же время качественное лечение приводит к сокращению расходов на лечение и профилактику заболеваний конкретного человека, а следовательно, увеличению прибыли лечебного учреждения.

Этот доход определяется как разница между нормативом средств на лечение, выделяемых медицинскому учреждению, и фактическими расходами на медицинские услуги и профилактику заболеваний.

4. Богатый лечит бедного. Здравоохранение основано на государственных расходах и использовании взносов в фонды страховой медицины. Они представляют часть цены рабочей силы, которую работодатель реализует в стоимости произведенного продукта и по поручению государства вносит в фонд социального страхования. Проценты взносов установлены от фонда заработной платы одинаковыми для всех работодателей. Равные установлены и нормативные расходы на лечение одного гражданина (нормативы существенно превышали фактическое финансирование здравоохранения до 1990 года). Система создавала возможность богатым осуществлять дополнительные расходы (сверх нормы) на поддержание своего здоровья.

К сожалению, введение обязательного медицинского страхования и попытка создать рынок медицинских услуг не привели к ожидаемому результату. Сократилось финансирование учреждений здравоохранения за счет средств бюджета. Фонд страховой медицины превратился в источник "латания дыр" в сметах учреждений здравоохранения и не смог выполнять возлагаемых на него функций.

Само здравоохранение не было подготовлено к введению новой системы финансовых потоков на его содержание. Многие учреждения не были готовы к получению лицензии на право лечения болезней, предусмотренных государственным стандартом, а значительная часть врачей не смогла сдать экзамен на должность, т.е. не была готова к лечению тех заболеваний, которые были предусмотрены стандартом.

С введением страховой медицины возникли сложные экономические и правовые отношения между государством, работодателем, работником, лечебными учреждениями и страховыми компаниями. К тому же в самой системе не имелось специалистов соответствующей квалифи-

кации. Все было отдано под управление медицинским работникам, обученным лишь лечить людей. В результате затянулось внедрение новой прогрессивной системы, которая весьма существенно увеличивала цену рабочей силы и положительно влияла на поддержание и развитие способностей работника к труду.

Политика правительства, работодателей и профессиональных союзов в области доходов и заработной платы должна исходить из того, что расходы на охрану здоровья работника являются постоянно растущей статьёй в издержках на воспроизводство рабочей силы и соответственно ее цены.

Во-первых, это обусловлено возрастанием требований со стороны производства к состоянию здоровья человека. Труд становится все более сложным и творческим. Он требует поддержания в здоровом состоянии тех качеств человека, которые определяют его интеллектуальный уровень.

Во-вторых, возрастание стоимости и цены рабочей силы увеличивает потери общества и самого работника от болезней. В период болезни работник не реализует или реализует частично свои способности к труду, но значительная часть заработка и социальных трансфертов ему выплачивается.

Исходя из этих причин, необходимо увеличить расходы по следующим направлениям:

- обучение членов общества здоровому образу жизни на всех уровнях, включая период сдачи "экзамена на должность" (любой работодатель заинтересован, чтобы работник как можно меньше болел);
- организация централизованной профилактики заболеваний (профосмотры, прививки от болезней, санитарный контроль);
- улучшение экологической обстановки и условий труда, вызывающих заболевание и преждевременную смерть работника;
- развитие диагностики и лечение заболевших в поликлиниках и больницах;
- материальное стимулирование работников спортивных и образовательных учреждений за показатели улучшения здоровья подрастающего поколения;
- использование части средств, предназначенных на лечение, на стимулирование тех, кто не болеет.

Расходы на лечение складываются не только из затрат непосредственно на лечение, но и выплат из средств социального страхования в период болезни и временной утраты трудоспособности, стоимости недопроизведенных товаров и услуг в период болезни работника, недополученной прибыли.

По каким направлениям наиболее быструю отдачу получает общество от улучшения здоровья граждан, еще предстоит определить. Сегодня, выражаясь экономическим языком, вложение средств в улучшение здоровья человека является весьма выгодным вложением капитала. Об этом свидетельствует поведение владельцев капитала, в том числе и собственников человеческого капитала в развитых странах. Работник знает, что, поддерживая свое здоровье, улучшая его, он не только сохраняет, но и увеличивает свои способности к труду.