

**АННА ЛИХТЕР, АНДРЕЙ
ЯМЩИКОВ**

**СПЕЦИФИКА
СОЦИАЛЬНОЙ
ИНФРАСТРУКТУРЫ
СИБИРСКИХ ГОРОДОВ
И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

**Андрей Сергеевич Ямщиков
Анна Валерьевна Лихтер
Специфика социальной
инфраструктуры сибирских
городов и перспективы
ее совершенствования**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=40133488

*Специфика социальной инфраструктуры сибирских городов и
перспективы ее совершенствования:
ISBN 978-5-7638-1915-1*

Аннотация

В монографии рассмотрена инфраструктура отраслей социальной сферы как комплекс социальной инфраструктуры. Приведен зарубежный опыт инфраструктурного обеспечения социальной сферы. В системном виде представлено нормативно-правовое обеспечение функционирования и развития социальной инфраструктуры в Российской Федерации. На основе проведенного анализа современного состояния социальной инфраструктуры в России определены основные проблемы социально-инфраструктурного обслуживания населения. Выявлены особенности функционирования

социальной инфраструктуры сибирских городов. Разработаны организационно-экономические механизмы модернизации социальной инфраструктуры сибирских городов и определены перспективы ее формирования, в том числе на вновь осваиваемых территориях Сибири. Монография будет интересна специалистам государственного и муниципального управления, занимающимся территориальной организацией населения, организацией социально-инфраструктурного обслуживания населения, а также студентам, бакалаврам и магистрам экономики, преподавателям и всем тем, кто интересуется данной проблематикой.

Содержание

Введение	5
Раздел 1	11
Глава 1.1. Инфраструктура отраслей социальной сферы как комплекс социальной инфраструктуры	11
Глава 1.2. Зарубежный опыт инфраструктурного обеспечения социальной сферы	24
1.2.1. Опыт инфраструктурного обеспечения системы здравоохранения в некоторых зарубежных странах	24
Конец ознакомительного фрагмента.	37

А.С.Ямщиков, А.В.Лихтер **Специфика социальной** **инфраструктуры сибирских** **городов и перспективы** **ее совершенствования**

Введение

Социальная инфраструктура, к элементам которой относятся здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное хозяйство, систему физической культуры и спорта, культуру, оказывает непосредственное влияние на состояние жизнедеятельности человека.

Если инженерная инфраструктура (водо-, газо-, электро- и теплоснабжение) создает условия для жизнедеятельности человека, то социальная инфраструктура – для повышения качества жизни человека и его воспроизводства.

Состояние социальной инфраструктуры имеет важнейшее значение для развития потенциала личности, общества, государства и, следовательно, укрепления позиции государства на международной арене, его экономического роста.

Актуальность изучения современного функционирования социальной инфраструктуры сибирских городов тем более велика сейчас, когда в развитии местного самоуправления страны начинается принципиально новый этап. С одной стороны, сама система организации местного самоуправления подвергается коренному реформированию «сверху» – это касается как территориальной организации, так и полномочий муниципалитетов и взаимодействия между уровнями власти. Реформирование определяется принятым 6 октября 2003 г. в новой редакции Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» № 131-ФЗ. Кроме того, следует учитывать масштабные изменения, внесенные Федеральным законом от 04 июля 2003 №95-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», Федеральным законом от 22 августа 2004 №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления».

С другой стороны, относительная экономическая стабилизация в стране и критическая масса накопленного опы-

та позволяют городам переориентироваться с решения текущих проблем на стратегическое планирование их развития. Эти факторы могут вступить во взаимное противоречие: необходимость перестраиваться на новые принципы работы способна затормозить развитие муниципальных образований.

При этом необходимо учитывать тот факт, что расселение по территории Сибири чрезвычайно неоднородно: на территории 13,1 млн км² располагаются более 4000 населенных пунктов, из которых только 131 населенный пункт является городом. Рассредоточение населения на сибирских территориях таково, что тяготеет к крупным городам, что подтверждает статистика – региональные центры сосредотачивают четверть населения того или иного региона (от 18,4 % общей численности населения в г. Иркутске до 56 % населения в г. Омске).

Кроме этого, социальная инфраструктура сибирских городов отличается от городов европейской части России. Это отличие связано с тем, что освоение Сибири подчинялось народно-хозяйственным задачам, стоящим перед правительством СССР (быстрое освоение и вовлечение в производство природных богатств). В результате именно на территории Сибири возникло достаточно большое количество малых монопрофильных городов, социальная инфраструктура которых зависела от градообразующих предприятий.

Переход к рыночной экономике открытого типа, устране-

ние государства от решения экономических проблем промышленных предприятий привели к остановке целого ряда производств ВПК, машиностроения, легкой, пищевой, сельскохозяйственной, перерабатывающей промышленности, т.е. отраслей, которые составляют градообразующую основу малых городов. В настоящее время, в условиях бурного развития рыночных отношений, многие градообразующие предприятия переживают период реструктуризации, модернизации, перепрофилирования. Для оптимизации структуры издержек объекты ведомственной социальной инфраструктуры передаются на баланс муниципалитетов, которые в условиях недостатка бюджетных средств не могут в полной мере содействовать поддержанию и развитию социальной инфраструктуры.

Между тем, если большие города вместе с агломерациями представляют собой рассеянные по территории урбанизированные ядра и их влияние распространяется лишь на 0,7 % территории России, то небольшие городские поселения являются преобладающей формой городского расселения во всех регионах России, и под их влиянием находятся практически все населенные пункты (более 150 тыс.).

В результате социальная инфраструктура, имеющая первоочередное значение для нормального воспроизводства человеческого капитала, ухудшается, и это незамедлительно сказывается на качестве жизни людей, которые стремятся перебраться в населенные пункты, обеспечивающие нор-

мальное качество жизни, т.е. имеющие достаточно развитую социальную инфраструктуру.

Необходимо учитывать также следующее: на территории Сибири реализуются крупные инвестиционные проекты, затрагивающие развитие некоторых городов. При этом возникает вопрос об оптимальной структуре социальной инфраструктуры, обеспечивающей, с одной стороны, нормальное качество воспроизводства человеческого капитала, а с другой – выполнение условия максимально эффективного использования бюджетных средств.

Таким образом, в условиях проводимых в России административной и социальной реформ, разграничения полномочий между Федерацией, субъектами РФ и органами местного самоуправления, актуально обоснование организационно-экономических механизмов развития социальной инфраструктуры сибирских городов и разработка мер по ее совершенствованию на основе анализа современных тенденций и прогнозов развития.

В эпоху научно-технической революции в структуре производительных сил наиболее значимым фактором экономического роста является сам работник. Человеческий капитал столь же важен, как и природные ресурсы или накопленное богатство, так как служит главным фактором конкурентоспособности и экономического роста страны.

В связи с этим исследование экономических проблем управления социальной инфраструктуры сибирских городов

– актуальное направление научных исследований, имеющее как теоретическую, так и практическую значимость.

Часть I нашей монографии посвящена изучению и систематизации научных взглядов и подходов к организационно-экономическому обеспечению и развитию социальной инфраструктуры. Исследуются понятия «система», «градосистема» с позиций использования их в теории и практике управления социальной инфраструктуры города. Рассматривается зарубежный опыт инфраструктурного обеспечения социальной сферы. Исследуются нормативно-правовые основы функционирования социальной инфраструктуры Российской Федерации, выявления тенденций и соответствия их тем целям и задачам развития российского общества, которые закреплены в положениях Конституции РФ.

Во II части монографии анализируется состояние социальной инфраструктуры Российской Федерации и даются перспективы ее совершенствования. Проводится анализ современного состояния социальной инфраструктуры в России, а также выделяются особенности функционирования социальной инфраструктуры сибирских городов. Исследуются организационно-экономические механизмы модернизации и перспективы развития социальной инфраструктуры сибирских городов.

Раздел 1

Теоретико-методологические основы функционирования и развития социальной инфраструктуры

Глава 1.1. Инфраструктура отраслей социальной сферы как комплекс социальной инфраструктуры

Понятие «инфраструктура» как научная категория возникло относительно недавно. По мнению Ж.Т. Тощенко [71], термин «инфраструктура» появился в конце 40-х гг. XX в. и был заимствован из военного лексикона, где им обозначался комплекс вспомогательных учреждений, обеспечивающих эффективность действий вооруженных сил. Затем он стал использоваться в экономических науках, в управлении территориями, в архитектуре. Вместе с тем анализ и изучение общих условий производства, макроэкономических проблем вызвали потребность более тщательного и внимательного анализа внепроизводственных связей, глубоко про-

никших в экономику и представлявших большой практический интерес.

Родовым понятием инфраструктуры считается понятие «материально-техническая база». Действительно, процесс трудовой деятельности невозможно представить без ряда материальных условий, без которых он не будет качественным. Материальные условия разделяются на внешние, созданные самой природой, климатом, географической средой. К ним относится наличие полезных ископаемых, водных ресурсов, иных природных материальных ресурсов. Кроме того, существуют материальные условия, созданные человеком и являющиеся важнейшими компонентами, обеспечивающими деятельность человека. Примером могут служить рабочие здания, дороги, технические коммуникации и т.д. Эти материально-вещественные элементы создают общие условия для рациональной организации трудовой деятельности людей. Они органически соединяют различные сферы общественного производства, а также многообразные подразделения внутри каждой из них. Именно эти элементы образуют то, что называют производственной инфраструктурой, которая состоит из различных видов связи, коммуникаций, транспорта, дорожной сети, вспомогательных организаций, делающих возможным снабжение городских и сельских поселений энергией, водой и т.д.

Кроме того, современное развитие общественных отношений происходит в рамках государства. Именно поэтому

необходима институциональная инфраструктура – это совокупность организаций, которые непосредственно заняты созданием и дальнейшим развитием тех материально-вещественных элементов, которые обеспечивают функционирование общества и государства.

Для успешной и активной производственной деятельности человека необходимо, чтобы он был образован, здоров, культурен, имел питание, жилье, т.е. чтобы была возможность удовлетворять как простейшие биологические и социальные потребности, так и потребности более высокого уровня. Для этого и нужна некая материально-техническая база, в которой непосредственно создаются услуги, направленные на обеспечение условий для деятельности людей, на развитие человека. Эта база и есть социальная инфраструктура.

Как отмечает С.П. Федулов [73], в конце 60-х – начале 70-х гг., в результате обстоятельной теоретической разработки проблем природы и сущности инфраструктуры, ее роли и места в общественном развитии, классификации ее элементов было сформулировано определение социальной инфраструктуры как совокупности отраслей, направленных на создание условий функционирования производственной сферы и обеспечения нормальной жизнедеятельности и удовлетворения потребностей населения.

В изучении природы и сущности социальной инфраструктуры, по мнению С.П. Федулова, выделяют два концептуаль-

ных под хода: «отраслевой» и «деятельностный». К первому тяготеют в основном экономические и экономико-географические исследования [36]. Социологические и философские исследования в большинстве случаев можно отнести ко второму подходу [71]. «Отраслевой» под ход в исследовании социальной инфраструктуры получил свое развитие в научных традициях двух видных экономических школ: англо-американской и советской (российской).

Западная экономическая наука внесла большой вклад в исследование инфраструктуры. Важное теоретическое и практическое значение имело определение в качестве одного из ее главных признаков комплексного характера развития, способствующего созданию необходимых условий для обеспечения эффективного функционирования производства и удовлетворения потребностей населения. Западные исследователи обратили внимание и на то, что инфраструктура представляет собой совокупность общих условий, а не отдельных элементов, объектов и т.п. Удовлетворение потребностей населения в общественных благах и услугах признавалось ее важнейшей функцией.

В формировании представлений об инфраструктуре советская экономическая наука и экономическая география сыграли весомую роль. Советские экономисты понимали инфраструктуру как *совокупность структурных и функциональных элементов хозяйственной системы: отраслей, производств, предприятий, учреждений, организаций, объ-*

ектов, включенных в производственные отношения, направленные на создание общих условий общественного прогресса. Приоритетное место среди них занимают общие условия общественного производства (подготовка квалифицированных трудовых ресурсов, физическое и нравственное здоровье работающих, уровень их благосостояния), а также компоненты (транспорт, связь, энергоснабжение, водоснабжение и т.д.), непосредственно обеспечивающие условия производства материального продукта.

Отраслевой подход состоит в том, что инфраструктура представляется как механическая совокупность отдельных отраслей, производств, организаций и учреждений. Все отмеченные объекты выступают лишь носителями содержания и смысла развития инфраструктуры. Деятельность данных объектов обеспечивает и функционирование материального производства и жизнедеятельность населения. При изучении социальной инфраструктуры с точки зрения отраслевого подхода она рассматривается как явление производства, развивающееся по экономическим законам.

Ж.Т. Тощенко считает, что понятие «социальная инфраструктура» применяется в социологии только с середины 70-х гг. XX в. [71]. Именно тогда перед наукой и практикой остро встал вопрос о создании надлежащих условий для осуществления трудовой и повседневной жизни населения. Это явилось отражением возросшего значения социальной инфраструктуры для эффективного функционирования обще-

ственной жизни, которая немыслима без особой, специфической части материально-технической базы, т.е. той части объектов, которые образуют «кровеносную» систему, обеспечивающую созидательную деятельность людей и всего общества.

В это же время возник иной подход к социальной инфраструктуре – деятельностный, который заключается в следующем:

– главным критерием и целью развития социальной инфраструктуры является предоставление рациональных условий жизни человека; в качестве факторов ее развития рассматриваются потребности, ожидания и ценностные установки населения. Все другие задачи, в том числе создание и совершенствование материально-вещественных элементов социальной инфраструктуры, направлены на достижение стратегической цели общественного развития – создания условий, необходимых для полноценного бытия человека и рационального развития личности;

– деятельностный подход видит цель функционирования социальной инфраструктуры в обеспечении жизнедеятельности населения, осуществляемой в пространственном и временном измерении. Сторонники «деятельностного» подхода акцентировали внимание на ограниченности сведения условий жизнедеятельности только к отдельным проявлениям, например материальным или бытовым,

говоря об их важности и для духовного развития личности, и для стимулирования общественно-политической активности [72];

– деятельностный подход предусматривает то, что главенствующая роль в процессе создания и обеспечения общих условий жизнедеятельности отводится материально-вещественным элементам, а в качестве критериев эффективности этого обеспечения выступают базовые потребности населения.

С точки зрения деятельностного подхода социальная инфраструктура определяется как совокупность материально-вещественных элементов, создающих и обеспечивающих общие условия для пространственной и временной организации жизнедеятельности населения в контексте его социально-экономических, демографических и культурных особенностей [1].

Ж.Т. Тощенко выделяет следующие подвиды инфраструктуры: социоэкономическую, социально-политическую, социально-культурную, социально-бытовую. Кроме того, в подвидах выделяются звенья: например, в социокультурной есть инфраструктура дошкольного, среднего и высшего образования, учреждения искусства, средства массовой информации. Объектный подход к инфраструктуре заключается в том, что можно выделить объекты как линейного (дороги, связь), так и точечного характера (стадионы, школы, клубы). Инфраструктура может рассматриваться также на уровне общества в целом, государства-региона, муници-

пального образования, отдельной отрасли, сдельной организации. Возможен анализ социальной инфраструктуры экономических зон, промышленных узлов, малых поселений, производственных объединений территориально-рассредоточенного типа.

Еще одним важным аспектом рассмотрения социальной инфраструктуры является ее анализ в рамках макросреды (всей страны), мезосреды (региона или муниципального образования) и микросреды (непосредственных условий жизни отдельных людей).

Развитие и функционирование социальной инфраструктуры целесообразно анализировать и с позиций удовлетворения потребностей населения. Существуют такие инфраструктурные элементы, которые призваны обслуживать повседневную жизнь людей, набор которых по месту работы и жительства крайне необходим. Взаимозаменяемость таких элементов невозможна: например, нельзя наличием учреждений образования оправдать отсутствие медицинских организаций или считать, что организации культуры могут заменить потребность в детских учреждениях. Эти элементы социальной инфраструктуры должны существовать только в полном наборе, так как они предназначены не только для рациональной организации повседневной жизни людей, но и для ее повседневного обеспечения.

Кроме того, в обществе существуют потребности, которые необходимо удовлетворять не всему населению и не во все

периоды жизни. Удовлетворение этих потребностей связано, например, с получением высшего образования, занятием туризмом, использованием отдельных видов пассажирского транспорта и т.д. Часть элементов социальной инфраструктуры, например профессиональные театры, не могут быть созданы на всех уровнях социальной организации общества.

Каждый объект социальной инфраструктуры обладает лишь ему присущим набором специфических свойств и характеристик. Поэтому всесторонний анализ всех единичных объектов вряд ли возможен, да и не сможет помочь выявлению наиболее общих тенденций их развития. Именно поэтому целесообразно классифицировать элементы социальной инфраструктуры.

Из всего многообразия конкретных объектов социальной инфраструктуры следует выделить определенные группы структурных элементов в зависимости от видов человеческой деятельности. При этом рассматриваются материально-вещественные объекты, создающие общие условия для каждого конкретного вида этой деятельности. Данный принцип классификации материально-вещественной основы различных видов деятельности человека позволяет представить элементы социальной инфраструктуры с точки зрения их проявления в человеческом сообществе. В соответствии с этим принципом социальную инфраструктуру можно разделить на инфраструктуру трудовой деятельности, инфраструктуру общественно-политической деятельности, инфра-

структуру образования и культуры, инфраструктуру охраны здоровья и окружающей среды (в том числе инфраструктуру здравоохранения), социально-бытовую инфраструктуру.

Ю.И. Саенко [68] классифицирует социальную инфраструктуру в зависимости от функционального назначения и места социальной инфраструктуры в отраслевой структуре народного хозяйства. Исходя из этого, выделяется:

– **институциональная инфраструктура** (управление, юридическая служба и судопроизводство, партийные и общественные организации, кредитование и госстрах, наука и научное обслуживание, оборона);

– **производственная инфраструктура** (транспорт грузовой, связь по обслуживанию сферы производства, геология и разведка недр, водное хозяйство в сфере производственной деятельности, материально-техническое снабжение и сбыт, заготовки);

– **социальная инфраструктура** (торговля, общественное питание, жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание, пассажирский транспорт, связь для сферы услуг и населения, здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт, народное образование, культура и искусство, церковь).

Социальная инфраструктура, представленная в данной классификации, достаточно пестра, но возможна более укрупненная классификация отраслей в зависимости от того, какие услуги оказываются, а именно: материализованные

услуги (торговля, общественное питание, бытовое обслуживание, жилищно-коммунальное хозяйство, пассажирский транспорт и связь), и отрасли, предоставляющие нематериализованные услуги (здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт, народное образование, культура и искусство) [68].

В этом разделении есть доля условности. Так, культура и искусство производят услуги в материализованном виде (кинофильм, скульптура, книга, картина и т.д.) и в нематериализованном. Однако такое разделение весьма показательно: разная основа экономической деятельности, социально-экономической эффективности, использования ресурсов и кадров и т.д.

Т.И. Арбузова [37] в соответствии с классификацией отраслей, принятой Госкомстатом СССР, относит к социальной инфраструктуре следующие отрасли: жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание населения, народное образование, здравоохранение, физическую культуру, культуру и искусство, пассажирский транспорт, связь по обслуживанию населения, розничную торговлю, общественное питание.

По мнению Т.И. Арбузовой, роль услуг в удовлетворении разнообразных потребностей человека неоднозначна [37]. Неодинаково и их место в процессе воспроизводства. С этой точки зрения отрасли, составляющие социальную инфраструктуру, можно объединить в две группы: отрасли, на-

целенные на удовлетворение социально-культурных, духовных, интеллектуальных запросов человека, на поддержание его нормальной жизнедеятельности (образование, здравоохранение, физкультура, социальное обеспечение, культура, искусство), и отрасли материально-бытового обслуживания (жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание, пассажирский транспорт, непроизводственная связь, розничная торговля и общественное питание), сокращающие затраты труда на ведение домашнего хозяйства, обслуживание членов семьи, увеличивающие возможности для удовлетворения духовных запросов.

По мнению Т.И. Арбузовой, можно сделать вывод о том, что социальная инфраструктура выступает как субъект интеграции отраслей социальной сферы в единый комплекс, что экономически вполне обосновано, т.к. существует общность функционального назначения всех видов занятого в них труда, а также ресурсов, направляемых из национального дохода на удовлетворение потребностей населения в услугах, роли отраслей в воспроизводственном процессе. Этот комплекс отраслей «играет важную роль в формировании разумных потребностей и интересов людей» [40].

Мы определяем **социальную инфраструктуру** как совокупность материально-вещественных элементов, создающих и обеспечивающих общие условия для организации жизнедеятельности населения с учетом его экономических, демографических и культурных особенностей.

Однако необходимо отметить, что различные элементы социальной инфраструктуры имеют свои особенности, связанные со спецификой своего развития.

Глава 1.2. Зарубежный опыт инфраструктурного обеспечения социальной сферы

1.2.1. Опыт инфраструктурного обеспечения системы здравоохранения в некоторых зарубежных странах

Инфраструктура, созданная в прежние времена, зачастую становилась тормозом в развитии медицинской деятельности. В большинстве развитых стран стал использоваться модульный принцип инфраструктуры, когда тот или иной объект инфраструктуры здравоохранения может формироваться из различных модулей в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данному объекту. Кроме того, в последние годы на Западе в связи с изменяющимися потребностями населения, в первую очередь связанными со старением, активно развивается новый вид медицинской деятельности – интегрированный медицинский уход. Например, в Англии в рамках правительственной программы развития государственных центров стационарного ухода открыто около 40 таких центров. Уход за больными в таких центрах осуществляется медицинскими сестрами, которые используют про-

токолы лечения, как и у врачей. Главной целью подобных центров является повышение доступности первичного медицинского ухода, организация качественного лечения в удобное время, снижение нагрузки на дорогостоящие стационары. Подобные организации существуют и в Голландии, Австрии, Испании, где интегрированный медицинский уход организован на несколько иных принципах, с использованием средств медицинского страхования.

Опыт зарубежных стран целесообразно рассматривать исходя из характеристик элементов инфраструктуры, имеющих в большинстве стран. Эти характеристики следующие:

- модель здравоохранения, используемая в стране (страховая, централизованная, смешанная);
- типы и виды инфраструктуры лечебных учреждений;
- типы инфраструктуры медицинского страхования;
- виды собственности инфраструктуры;
- профессиональные врачебные организации;
- система органов управления здравоохранением.

Модель здравоохранения, используемая в стране, оказывает существенное влияние на его инфраструктуру. Это связано с тем, что если используется медицинское страхование в любом виде (добровольное или обязательное), то возникает необходимость в специализированных организациях (страховых фондах, страховых компаниях и других). В стра-

нах с развитой системой страхования (Германия, Голландия, Испания) инфраструктура медицинского страхования представляет собой достаточно мощную сеть кредитно-финансовых организаций, осуществляющих многомиллионные денежные трансакции, связанные с оказанием медицинской помощи населению. Отметим, что в большинстве стран страховые компании, занимающиеся медицинским страхованием, являются частными; в Германии развита корпоративная система страхования, когда на предприятиях создаются и функционируют больничные кассы; в Великобритании существуют государственные страховые компании; в США, наряду с частными компаниями, функционируют страховые организации со смешанным капиталом. Вместе с тем в странах с устоявшимся типом экономики отсутствуют проблемы собственности страховой организации, т.к. организации любой формы собственности рассматриваются как равные участники страхового процесса. Например, в США государственное финансирование страховой программы для пожилых людей (MEDICARE) реализуется через частные страховые компании.

Следует отметить, что реформы многих странах Европы направлены на ограничения государственных функций в управлении здравоохранением. Это связано с тем, что в большинстве стран было достигнуто определенное равновесие, нивелирующее социальное неравенство и гарантирующее реализацию прав граждан на получение медицинской

помощи. Именно поэтому государственное страхование и негосударственное развивались совместно в течение последних десятилетий.

В большинстве зарубежных стран удалось преодолеть стремление к созданию узкоспециализированных медицинских организаций. Возобладал принцип организации крупных многопрофильных медицинских организаций, способных оказывать медицинскую помощь в полном объеме. Создана и достаточно эффективная система эвакуации, позволяющая доставлять пациентов к месту лечения вовремя.

В большинстве европейских стран первичная медицинская помощь оказывается врачами общей практики. В Голландии врач общей практики является основной фигурой при оказании первичной медицинской и амбулаторной помощи. Он выполняет функции «привратника» и ведет прием пациентов, независимо от пола, возраста и болезни. Функции врача общей практики в Голландии следующие:

- учет, при котором каждый житель страны занесен в список того или иного врача общей практики;
- «привратник» – врач общей практики – ответственен за пациента. Прием врачами-специалистами и поступление в больницу могут быть осуществлены только по направлению врача общей практики;
- обеспечение лечебно-профилактической помощи всей семье как за счет приема в амбулатории, так и при

посещении на дому.

Оплата такой деятельности осуществляется страховыми медицинскими организациями по специальному счету, обязательно подписанному пациентом, что подтверждает факт оказания медицинской помощи. Предусмотрена обязательная регистрация застрахованных и членов их семей у врача общей практики, т.к. минуя его, медицинскую помощь нигде получить невозможно.

Амбулаторную помощь в Германии оказывают врачи общей практики, работающие как индивидуально (75 %), так и в группах (25 %). Кроме того, существуют амбулатории, в которых оказывается специализированная помощь, при этом 5 % амбулаторных врачей обладают лицензиями на лечение своих пациентов в стационарах [48]. Широкое распространение получили центры дневной хирургии. Вторичная и третичная помощь оказывается в больницах общего профиля и в университетских специализированных клиниках, которые, как правило, имеют амбулаторные отделения. Вместе с тем, в Германии амбулаторная помощь и стационарная полностью разделены и обычные больницы, как правило, не располагают амбулаторными отделениями. Общественные больницы всех уровней включают более половины всех больничных коек, частные некоммерческие больницы, нередко находящиеся под опекой религиозных организаций, насчитывают 35 % всех коек, а частные коммерческие больницы содержат – 14 %.

Инфраструктура оказания медицинской помощи в Швейцарии представлена 406 больницами, 226 из которых муниципальные больницы общего профиля, а 180 – кантональные многопрофильные больницы. Кроме того, медицинская помощь оказывается в пяти университетских клиниках. Все эти медицинские организации общественные и финансируются за счет обязательного медицинского страхования. Специализированные больницы (хирургические клиники, реабилитационные, психиатрические и другие) являются частными и финансируются в большинстве случаев за счет средств добровольного страхования и за счет прямых платежей пациентов. 46 частных клиник получают субсидии из кантональных бюджетов. Таким образом, стационарная помощь в Швейцарии – двухуровневая. К первому уровню относятся больницы общего типа, а ко второму – крупные многопрофильные кантональные и университетские клиники, оказывающие высококвалифицированную стационарную медицинскую помощь. В большинстве кантонов имеются интернаты, где осуществляется медицинская помощь хроническим больным, медицинские исследовательские лаборатории и центры психотерапевтической помощи. Во многих городах работают центры амбулаторной помощи (служба патронажных сестер, служба сестринского обслуживания на дому). Амбулаторную помощь можно получить в негосударственных хирургических клиниках, в некоторых отделениях больниц, а в крупных городах – и в поликлиниках. В му-

ниципалитетах работают профилактические Центры здоровой жизни, службы планирования семьи, охраны женского здоровья. Развита инфраструктура оказания помощи пожилым и инвалидам, которая представлена специальными домами сестринского ухода. Большая часть амбулаторной помощи в Швейцарии оказывается в индивидуальных независимых практиках, где работают 56 % всех врачей. При этом около 80 % из них являются врачами общей практики, а 20 % – узкими специалистами. Все врачи работают с помощниками.

В Великобритании сложилась экономичная и эффективная первичная медицинская помощь. Инфраструктура, на базе которой осуществляется эта помощь – общая врачебная практика, на которую приходится до 90 % всех обращений за медицинской помощью. Достаточно четко налажена система направления пациентов после первого обращения к врачам общей практики, только 6,5 % пациентов направляется к специалистам. Врачи общей практики являются частнопрактикующими врачами (юридическими лицами) и работают с медицинскими сестрами общей практики и общинными медицинскими сестрами. Пациент не может попасть в больницу, минуя врача общей практики, кроме специальных ситуаций (несчастные случаи и неотложные состояния). Этот принцип считается основополагающим в государственной системе британского здравоохранения. По данным Ю.М. Комарова [49], в настоящее время 65 % всех об-

щих практик состоит из четырех врачей, менее 10 % практик – одиночные. Среднее число прикрепленных жителей к одной врачебной практике составляет 1880 человек. У медицинских сестер общей практики круг обязанностей включает в себя помощь врачу внутри практики, наблюдение за хроническими больными, профилактическую работу, проведение прививок, оценку здоровья у пожилых людей. Все общеврачебные практики включены в национальную систему здравоохранения и финансируются за счет бюджета. Врачами общей практики работает третья часть всех практикующих в Великобритании врачей.

Больничная помощь построена по трехуровневой системе. Первым уровнем выступают общинные больницы на 50-200 коек. В таких больницах врачи общей практики лечат своих пациентов в стационарных условиях, поэтому одним из источников финансирования таких больниц служит бюджет врачей общей практики. Больницы оснащены необходимым диагностическим оборудованием, там есть операционные, перевязочные, место для оказания помощи при незначительных повреждениях и травмах.

Вторичный уровень представлен районными больницами общего профиля. Клиническая деятельность этих больниц направлена на оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи и определяется набором отделений, где работают врачи-консультанты.

На третьем уровне оказывается высокоспециализирован-

ная медицинская помощь, которую обеспечивают региональные и межрегиональные больницы. Они могут быть клиниками университетов и участвуют в подготовке медицинских кадров. В эти больницы пациенты поступают только по направлениям из районных больниц, строго по показаниям. В последние десять лет происходят существенные изменения инфраструктуры стационарной помощи – сокращение коечного фонда стационаров и перемещение их в дневные стационары и стационары дневной хирургии, где за счет использования новых медицинских технологий и современных лекарственных средств удастся максимально сократить сроки лечения многих заболеваний. Более эффективное использование инфраструктуры в 2003 г. позволило увеличить количество пролеченных в стационарных условиях пациентов на 30 %.

Инфраструктура, обеспечивающая оказание медицинской помощи жителям Норвегии, имеет три уровня и относительно проста. Амбулаторная помощь в муниципалитетах оказывается врачами общей практики. Здесь же работают дома сестринского ухода. В каждом из 19 округов имеются в среднем по четыре больницы общего типа мощностью 200 коек, которые оказывают также консультативную амбулаторную помощь, и по одной на округ психиатрической больнице. Здесь оказывается помощь 75 % госпитализированным. В каждом из пяти регионов Норвегии открыты специализированные университетские клиники, где получают помощь

25 % госпитализированных. В связи с развитием дневных стационаров и амбулаторной помощи количество коек в стационарах общего типа сократилось за последние 20 лет на 35 %, а в психиатрических – на 66 %.

В Испании врачи общей практики стали постепенно объединяться в группы в виде центров первичной медицинской помощи с более широкими функциями. Наряду с традиционными функциями диагностики, лечения и «просеивания» пациентов появились и такие функции, как профилактика, укрепление здоровья, реабилитация, а также определение потребностей населения в планировании всех видов медицинской помощи внутри районов обслуживания. Поликлиники с врачами-специалистами и групповой общеврачебной практики находятся под управлением больниц, что улучшает координацию вторичной и третичной помощи. Вторичная и третичная помощь оказывается в больницах общего типа, которые находятся в каждой автономной общине, и в крупных специализированных больницах, которые располагаются в центре каждой провинции. Инфраструктура оказания психиатрической помощи представляет собой амбулаторные профильные центры (1 центр на 70 тысяч человек), специализированные психиатрические койки в больницах общего типа и специализированные психиатрические стационары. В Испании наиболее эффективными считаются такие экономические отношения в здравоохранении, которые построены на основе планирования и распределения ресурсов.

Инфраструктура медицинского страхования в большинстве европейских стран и США зависит от степени развитости обязательного и добровольного страхования. Анализ, проведенный Ю.М. Комаровым [48], показывает, что в США система частного страхования «Медикэр» (Medicare) действует с 1966 г. В настоящее время эта программа охватывает почти всех людей в возрасте 65 лет и старше, взрослых с долгосрочной утратой трудоспособности (инвалидов) и лиц с терминальными состояниями почечных заболеваний. Источники финансирования: налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. Собранные налоги помещаются в трастовые фонды, которые за средства, собранные с работающих, сегодня оплачивают медицинские пособия пенсионерам. В фондах удерживается часть средств за счет непропорциональных различий между числом работающих и числом пенсионеров.

Получатели пособий по программе «Медикэр» платят 50 долларов в месяц в качестве взносов за обслуживание врачами общей практики (остальная часть покрывается за счет программы), оплачивают невозмещаемую сумму за первый день пребывания в больнице. Практически программа «Медикэр» не ограничивает расходы на амбулаторную и стационарную помощь. Лекарства оплачиваются из программы только при стационарном лечении, стоматологическая помощь программой не охвачена, для безнадежных больных частично оплачивается пребывание в хосписах.

Хотя «Медикэр» и представляет собой государственную программу, оформление, обработка требований и выплаты по ним осуществляются частными организациями, работающими по контракту с Управлением по финансированию здравоохранения Департамента здравоохранения и социального обеспечения (ДЗСО) – Федерального министерства США. Одни частные организации, называемые посредниками, оплачивают лечение в стационаре и основную долю расходов при уходе на дому (раздел А программы «Медикэр»), а другие частные организации, называемые перевозчиками, оплачивают работу врачей, амбулаторную помощь, оборудование и другие услуги. Средние выплаты по программе «Медикэр», по данным Ю.М. Комарова, ниже коммерческих цен, однако больницы стараются заполучить их себе как наиболее стабильный источник дохода (от 35 до 50 % и более от общего дохода больницы).

Кроме программы «Медикэр», в США действует программа страхования «Медикейд» (Medicaid), в рамках которой предоставляется медицинская помощь лицам с низкими доходами. Подавляющее большинство участников программы составляют дети из семей с низкими доходами или целые семьи с низким доходом. Самые большие затраты идут на граждан, длительно пребывающих в домах сестринского ухода или домах престарелых, а также на медицинскую помощь инвалидам. Программа «Медикейт» является по сути благотворительной, неадресной программой. Для того чтобы

воспользоваться услугами этой программы, нужно доказать, что материальное положение данного человека ниже определенного уровня и он нуждается в материальной помощи государства. Обратим внимание на критерии уровня бедности: доход ниже 7 тысяч долларов в год – для одиноких, 12 тысяч долларов – для семей из трех человек и 16 тысяч долларов – для семьи из четырех человек [48].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.