

в небогатых странах, но и в государствах с развитой, в том числе социально - ориентированной экономикой. Обычные граждане, не имеющие высокого уровня доходов, позволяющего не соприкасаться с нежелательными людьми, негативно воспринимают представителей люмпенизированного населения. Одними из причин являются и страх оказаться в аналогичной ситуации, и убежденность в преимущественно преступных способах получения средств для существования и вытекающей из этого опасности, которую представляют люмпены для населения. Их небезосновательно считают разносчиками опасных инфекций, озлобленными, несдержанными, способными к насилию. Здесь базовым является наличие факта борьбы двух взаимоисключающих представлений. С одной стороны, люди хотят, чтобы государство помогло указанным категориям граждан вернуться к социально-одобряемой жизни, с другой, готовы репрессивными мерами изолировать люмпенов от общества. Таким образом, основной мотив, которым руководствуются люди в своих установках, обусловлен потребностью избегания любых контактов с представителями «социального дна», что становится фактором поддержания и укрепления социальной эксклюзии как его основной структурно-позиционной характеристики.

### **Библиографический список**

1. *Казакова А.Ю.* Благотворительность в системе социальной поддержки и мобилизующая функция массовой коммуникации в процессе управления общественным мнением (на материале кампаний помощи детским домам в Калуге). - Труды регионального конкурса научных проектов в области гуманитарных наук. Вып. 9. - АНО "Калужский научный центр", 2008.

2. *Рогозин Д.М.* Влияние численности семьи на уровень кооперации в телефонном интервью // Социс, 2006, № 3.

**Копалова О. С.**

*РГППУ, г. Екатеринбург*

### **ДОСТУПНОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Платные медицинские услуги являются важной составляющей деятельности практически всех государственных, муниципальных, частных учреждений системы здравоохранения. Рынок платных медицинских услуг появился в Российской Федерации сравнительно недавно (в конце 1980-х - начале 1990-х гг.) и в настоящее время активно развивается, охватывая все новые направления медицины и потребительские сегменты. Российский рынок коммерческой медицины восполняет недостатки бюджетной медицины, чем привлекает к себе все большее число пациентов. Сегодня количество

пациентов, обращающихся за платными медицинскими услугами в частные медицинские организации, стремительно растет.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения можно описать с помощью трех основных экономических моделей. Однозначных, общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково. Это: государственная медицина с бюджетной системой финансирования (Россия); система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования (Германия) [6 с.87]. В России финансирование здравоохранения имеет смешанный бюджетно-страховой характер, при котором за счет государства оплачиваются целевые программы, капитальные вложения и некоторые другие расходы, а финансирование основной медицинской помощи осуществляется через систему медицинского страхования.

Сегодня для граждан страны платная медицинская помощь в своем «чистом» виде (частные медицинские учреждения, добровольное медицинское страхование) либо в «смешанном» (при оказании помощи в государственных и муниципальных медицинских организациях, обязательное медицинское страхование) – реальность. Например, по данным Комиссии Общественной палаты РФ по вопросам здоровья, более 50% населения, обращающегося за медицинской помощью, платят за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги [7].

Платными медицинскими услугами являются:

виды медицинской помощи, не включённые в перечень гарантированных государством и субъектом РФ;

медицинские услуги, предоставляемые по желанию граждан, свыше установленных стандартов объемов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации [2, с.64].

Платные услуги предоставляются в России следующими медицинскими учреждениями:

- государственными и муниципальными поликлиниками;
- «полугосударственными» медицинскими центрами, функционирующими на базе существующих государственных учреждений (часто для них создается отдельный бренд, однако финансовой самостоятельностью они не обладают, могут пользоваться диагностической базой учреждения, не нуждаются в оплате коммунальных услуг, аренды помещения);
- ведомственными поликлиниками, больницами, госпиталями, медсанчастями;
- частными российскими клиниками;
- представительствами зарубежных клиник;
- частными врачами – индивидуальными предпринимателями (обращение

к таким специалистам наиболее опасно: довольно часто среди них можно встретить тех, кто не имеет лицензий, дающих право заниматься медицинской деятельностью) [4].

Основным противоречием в современном российском обществе является соотношение «платной» и «бесплатной» медицины. «Платная» медицина в нашей стране не отделена от «бесплатной», примером могут служить муниципальные медицинские учреждения, которые находятся не на полном государственном обеспечении и, в связи с этим, предлагают пациентам «платные» медицинские услуги. «Платность» бесплатных медицинских учреждений вызывает возмущение общественности. Людям приходится платить немалые деньги за то медицинское обслуживание, которое является бесплатным и доступным по закону. Граждане должны иметь возможность получать достойный медицинский уход на уровне услуг обязательного медицинского страхования, т.к. не все могут оплатить медицинские услуги частных клиник.

В Екатеринбурге на данный момент платные медицинские услуги предоставляют около 100 многопрофильных медицинских организаций. В это число включены медицинские организации различных форм собственности: как муниципальные, так и частные.

Основными видами медицинских услуг, предоставляемыми частными многопрофильными медицинскими организациями города Екатеринбурга, являются «диагностические исследования», «консультации специалистов», «лабораторные исследования». Эти виды услуг предоставляются почти всеми частными многопрофильными медицинскими организациями города. Большинство медицинских организаций имеют дорогостоящее диагностическое оборудование, которое порой невозможно найти в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. На базе многих из них есть свои лаборатории, что уменьшает срок ожидания результатов лабораторных исследований для пациента. А консультация специалистов — это тот вид медицинских услуг, на котором, собственно, и строится вся деятельность частных многопрофильных медицинских организаций, поскольку в государственных и муниципальных медицинских учреждениях представлены врачи-специалисты не всех профилей, а к некоторым из них вообще невозможно попасть на прием из-за ограниченной записи или неудобного графика работы.

Рынок платных медицинских услуг в основном представлен медицинскими организациями, время существования которых варьируется между 5-10 годами, а также более 10 лет. Частных медицинских организаций, недавно вышедших на рынок, значительно меньше, это связано, прежде всего, с тем, что существует достаточно большое количество барьеров для выхода на данный рынок как финансовых, так и законодательных. Сегодня можно говорить о том, что рынок медицинских услуг в городе Екатеринбурге

сформировался. На нем можно выделить бесспорных лидеров – это «УГМК-Здоровье», «Доктор плюс», «Екатеринбургский медицинский центр» и т.д.

За время своего существования данные частные многопрофильные медицинские организации сформировали имидж высокотехнологичных медицинских учреждений, где работают профессионалы – профессора, доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей категории. Это современные центры, в которых есть необходимое оборудование для проведения точнейшей диагностики и осуществления максимально качественного лечения.

При принятии решения потребителями относительно использования платных медицинских услуг социальные факторы являются наиболее значимыми. К социальным факторам, больше всего влияющим на поведение потребителей можно отнести следующие: референтные группы, семья, социальные роли и социальные статусы. Эти факторы представляют собой, по сути, разнохарактерное влияние групп различного масштаба на потребителя [1, с.58]. В большинстве своем это факторы, не поддающиеся контролю со стороны деятелей рынка, но их обязательно нужно принимать в расчет при анализе поведения потребителей.

Наряду с вышеуказанными социальными факторами, особое значение имеет социальное неравенство, как барьер полноценного потребления необходимых медицинских услуг.

Социальное неравенство – условия, при которых люди имеют неравный доступ к социальным благам. Оно предполагает наличие иерархической структуры общества. Социальное неравенство в обществе порождает социальную стратификацию – совокупность расположенных в вертикальном иерархическом порядке социальных образований (групп, классов и т.д.) [5, с.123].

На сегодняшний день существует масса моделей социальной стратификации общества. Мы опираемся на модель социальной стратификации, предложенной Заславской Т.И. В своей работе: «Социальная структура современного российского общества» она выделяет четыре социальных слоя в обществе: верхний (к ним относят правящую элиту), средний или протослой (например, предприниматели), базовый (например, специалисты), нижний (например, безработные) и отдельно «социальное дно» или андеркласс (например, бомжи) [3, с.6]. В основу социальной стратификации положен уровень дохода. Таким образом, каждая из этих страт имеет свой доступ к социальным благам. Одним из таких благ возможность пользоваться услугами частных медицинских учреждений.

Стоит отметить, что сложившаяся социальная стратификация в нашем обществе создает некий барьер для использования платных медицинских услуг. Поэтому представители не всех социальных страт могут позволить себе полноценное качественное лечение, вследствие чего значительная часть населения («базовый», «нижний» слой и «социальное дно») не имеют возможности обращаться за платной медицинской помощью в частные

медицинские организации и пользуются только услугами государственных и муниципальных медицинских учреждений.

### **Библиографический список:**

1. *Алешина И.В.* Поведение потребителей [Текст] / И.В. Алешина. Москва: Экономист, 2006. 525 с.
2. *Венедиктов Д.Д.* Глобальные проблемы здравоохранения и пути их решения. М.: Медицина, 2000. 288 с..
3. *Заславская Т.И.* Социальная структура современного российского общества // *Общественные науки и современность.* 1997. № 2. С. 6.
4. *Основные* показатели российского рынка платных медицинских услуг. [Электронный ресурс]: Режим доступа: [http://www.rbc.ru/reviews/medicine2013/chapter\\_1\\_2.shtml](http://www.rbc.ru/reviews/medicine2013/chapter_1_2.shtml)
5. *Радугин А.А., Радугин К.А.* Социология: курс лекций. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Центр, 2007. 160 с.
6. *Романовский М.В.* Бюджетная система РФ [Текст] / М.В. Романовский. Москва: Юрайт, 2002. 615 с.
7. *Федеральный закон* Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>

**Логунова О. В., Сытик С. М.**  
*СибГТУ, г.Красноярск*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ**

Социальная работа - это та сфера ответственной профессиональной деятельности, которая помогает социально-незащищенным категориям населения, группам, сообществам людей установить, определить личные социальные и ситуативные трудности, вызванные различными обстоятельствами, оказывающими на них свое негативное воздействие. Социальная работа помогает нуждающимся преодолеть эти трудности посредством поддержки, защиты, коррекции, реабилитации и социального сопровождения. Одними из субъектов, владеющих обозначенным комплексом инструментов практической социальной работы, выступают специалисты социальной работы.

Специалисты социальной работы выступают в роли социальных агентов, посредников при реализации государственной социальной политики на разных уровнях. Работая на контактном уровне, например, с семьями, группами, гражданами пожилого возраста, отдельными гражданами, организациями или