



лизация и современные изменения в современной России». М., 2007; Послание Президента РФ Федеральному Собранию. URL: <http://archive.kremlin.ru/text/appears/2008/021159528.shtml> (дата обращения: 03.12.2011).

- <sup>3</sup> См.: Маркин В. В. Социальное благополучие регионов : преодоление диспропорций в уровне и качестве жизни населения. Основные направления преодоления диспропорций социально-экономического развития регионов России : сб. материалов / под общ. ред. В. В. Маркина, А. А. Нелюбина, С. Л. Красноядцева. М., 2008. С. 25–29.
- <sup>4</sup> См.: Мальшев В. А. Социальные лифты в жизни россий-

ской молодежи : Социальная значимость и специфика функционирования : автореф. дис. ... канд. социол. наук. Ростов н/Д, 2012.

- <sup>5</sup> См.: Бурдые П. Социология политики. М., 1993 ; Коулмен Дж. Капитал социальный и человеческий // Общественные науки и современность. 2001. № 3. С. 12–23.
- <sup>6</sup> Бауман З. Мыслить социологически / пер. с англ. под ред. А. Ф. Филиппова. М., 1996. С. 47.
- <sup>7</sup> См.: Климова С. Г. Идентификация и политический выбор // Поле мнений. Дайджест результатов исследований. Фонд «Общественное мнение». Вып. 3. Апрель 2000.

## СЛОВО МОЛОДЫМ СОЦИОЛОГАМ

УДК 316.4.063 (316.4.066)

# МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ И РЕГИОНЕ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ СРЕЗ

М. С. Ивченкова

Институт социологии Российской академии наук, Москва  
E-mail: m.ivchenkova@gmail.com

В статье по результатам социологического исследования раскрываются этапы модернизации российского здравоохранения, особенности современного его реформирования, проблемы и противоречия данного процесса в России и регионе.

**Ключевые слова:** здравоохранение, управление здравоохранением как процесс, системные характеристики здравоохранения, модернизация здравоохранения.

### Modernization of Public Health Care in Russia and in the Region: Sociological Overview

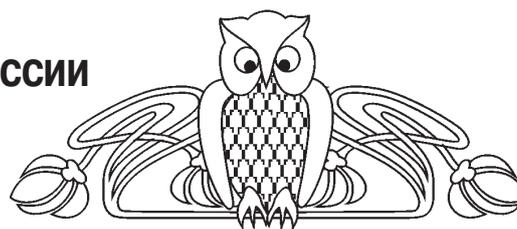
M. S. Ivchenkova

Based on sociological research data the article deals with phases of Russian public health care modernization. The features of its contemporary reformation, problems and contradictions of that process in Russia and in the region are observed.

**Key words:** public health care, public health care management, system characteristics of public health care, public health care modernization.

Проблемы здоровья населения России еще с 1990-х гг. получили статус проблем национальной безопасности в силу «сверхсмертности» мужчин в трудоспособном возрасте в связи с неблагоприятными показателями младенческой смертности, высокими темпами роста социальных заболеваний, низкой продолжительностью жизни, воспроизводством неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения. Критичность ситуации потребовала в рамках социальной политики государства начать модернизацию системы здравоохранения.

Проведенный анализ показал, что государственное управление здравоохранением как



процесс – это целенаправленная, планомерная, непрерывная деятельность органов государственной власти, которая проявляется в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения) и преследует своей целью обеспечение граждан гарантированным государством правом на получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи.

Система управления здравоохранением в России – одна из подсистем управления обществом. Будучи подсистемой более сложной системы социальной политики, она представляет собой целостную структурированную совокупность взаимосвязанных элементов; находится в единстве с иными подсистемами (социальными институтами) общества, оказывая на них взаимное влияние; является относительно самостоятельной, имеет свои функции, внутренние и внешние связи, иерархическую структуру, состоящую из ряда уровней управления – относительно обособленных образований, различающихся полномочиями (правами и обязанностями). Она обладает определёнными устойчивыми свойствами, динамична, то есть способна к развитию и совершенствованию.

Однако в настоящее время многие системные свойства как самого здравоохранения, так и управления им носят декларативный и противоречивый характер, что негативно сказывается на медицинском обслуживании населения. Это проявляется в доминировании командно-административных методов управления, недостаточном учете социальной специфики объекта, обратной связи с ним как важнейшим коммуникационным ресурсом, а также в несовпадении декларируемой функци-



ональной ориентации на профилактику заболеваемости населения и реальными практиками, доминантно ориентированными на лечение пациентов. Правовое обеспечение отстает от развития общественных отношений, складывающихся в области здравоохранения. Сегодня здравоохранение существует автономно от других социальных институтов: не комментирует рынок альтернативных медицинских услуг, фармакологическую рекламу, медицинскую информацию СМИ, хотя и является основным экспертом в этой сфере.

Ни один из субъектов управления и самого здравоохранения не мотивирован на выполнение этих функций. Это нарушение критериев системности (взаимосвязи с внешней средой и другими подсистемами общества) выступает значимым барьером его эффективности в поддержании здоровья всего многонационального народа России. Эти проблемы и противоречия можно рассматривать как основные стимулы модернизации российской системы здравоохранения.

С социологических позиций модернизация российского здравоохранения – взаимообусловленный, целенаправленный социальный процесс совокупности технологических, экономических, социальных, культурных, политических перемен, направленных на совершенствование общественной системы здравоохранения в целом, придание ей современного характера, адекватного мировым стандартам, социальным потребностям общества, социальным групп и индивидов.

Проведенный анализ эволюции российского здравоохранения позволил выделить несколько этапов модернизации отечественного здравоохранения.

Первый этап – дореволюционный, когда были все предпосылки для формирования эффективной системы здравоохранения, однако этот процесс был прерван, не завершен.

Второй этап – советский, когда была сформирована достаточно эффективная система здравоохранения традиционного паталогического типа, адекватного потребностям социума. Ее эффективность базировалась на том, что при финансовом дефиците максимально использовались мобилизационно-организационные и коммуникативные ресурсы. Социальная ответственность за здоровье практически целиком перекладывалась на государственное здравоохранение, характеризующееся массовой доступностью медицинских услуг для всех слоев населения. К реализации задач борьбы с болезнями активно привлекались другие социальные институты (семья, спорт, культура, СМИ, образование, промышленность и все сферы экономики, наука), а также общественные организации (профсоюзы, детские и молодежные организации). Все перечисленные моменты и определяли системную целостность и высокую эффективность здравоохранения этого типа. К 1980-м гг. системная целостность здравоохранения фактически распалась. Снижающееся

финансирование не создавало условий для изменения организации предоставления медицинских услуг, для переоснащения первичного звена медицинским оборудованием. При усилении внимания к профилактическим видам деятельности популяризация здорового образа жизни свелась к формальному декларированию.

Третий этап переходного постсоветского периода (1990-е гг. – 2005 г.) характеризуется резким ухудшением условий модернизации российского здравоохранения, активизацией профилактической деятельности. По сути, модернизация провозглашалась, но сводилась к формированию негосударственного сектора медицинских услуг. Все это способствовало резкому ухудшению здоровья населения, росту заболеваемости, смертности, снижению рождаемости и активизации депопуляционных процессов в России.

Четвертый этап модернизации здравоохранения (2005 г. и по настоящее время) отличается нацеленностью (декларативной) на формирование системных характеристик современного превентивного типа здравоохранения, активизацией профилактической деятельности первичной помощи и повышением доступности и качества медицинских услуг (что является адекватным ответом на внутренние потребности и международный опыт), относительным увеличением финансирования, формированием пакетов нормативных актов и законов, регулирующих деятельность медицинских учреждений, введением системы страхования, ориентацией на повышение эффективности использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов в системе здравоохранения, а также формированием личностных установок людей в пользу здорового образа жизни и восприятия здоровья как важнейшей жизненной ценности.

Реформы в здравоохранении носят характер запаздывающей модернизации. Она происходит «сверху» и является скорее «догоняющей». Государство, будучи монополистом проведения модернизации, не проявляет заинтересованности в формировании в обществе таких групп населения и профессионального сообщества, на которые оно могло бы опираться, которые были бы заинтересованы в результатах преобразований. Иными словами, коммуникативный ресурс модернизации не используется. Основное значение уделяется экономическим аспектам развития. Недостаточное финансирование здравоохранения совмещается с низкой эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры медицинской помощи. Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи во многом носит декларативный характер. Отсутствует конкретизация государственных гарантий медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания, что приводит к росту объемов «теневых» медицинских услуг, служебным злоупотреблениям. Снизились качество и доступность



медицинской помощи населению. Следствием этого, к тому же на фоне резкой дифференциации населения по уровню доходов, все преобразования здравоохранения сопровождались негативным отношением населения и отсутствием мотивации к преобразованиям со стороны медицинских работников. Поэтому модернизация здравоохранения и сегодня носит не системный, а фрагментарный и спонтанный характер.

На территории Саратовской области модернизация здравоохранения, по сути, является «калькой» общероссийского процесса реформирования со всеми его проблемами и противоречиями. Вопросы модернизации системы здравоохранения в регионе уделяется приоритетное значение, но они не носят системного характера. В ходе проводимой реформы областная подсистема здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база модернизации здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования; проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения. Несмотря на это, функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями: снижением качества медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли.

Анализ конфигурации интересов и позиций субъектов в системе здравоохранения Саратовской области показал, что она в сложных социально-экономических условиях дефицитного бюджета сохраняет государственный характер, объемы и качество бесплатной медицинской помощи, обеспечивая тем самым относительную реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья. Наряду с этим продолжается развитие многоукладности здравоохранения и сохраняется дисбаланс по объемам, качеству и доступности медицинской помощи городского и сельского населения, а также между различными доходными категориями саратовцев. Предложенный реформаторами механизм конкурентности среди врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, фактически не

работает. Пациенты в поликлиниках выступают как пассивные потребители услуг, практика защиты их интересов не сформирована до сих пор. Не удовлетворенное медицинскими услугами население не видит способов и смысла в предъявлении протеста учреждениям здравоохранения как в силу институционального недоверия, так и по причине собственной правовой неграмотности. Страхование медицины гарантирует только получение медицинских услуг, но не результат лечения. Платные услуги в том виде, в каком они существуют сегодня, не приводят к персонализации отношений врача и пациента, не способствуют мотивации врача ни к повышению качества услуг, ни к профилактической деятельности в отношении пациентов. Это способствует сохранению стабильной тенденции снижения здоровья населения и воспроизводству иррациональных девиантных стратегий населения по отношению к своему здоровью (практики самолечения, обращение к альтернативной медицине и пр.). Они приводят в лучшем случае к запущенным формам болезней, к разрастанию рисков индивидуального и общественного здоровья, которые обладают большой инерционностью.

Ключевой задачей дальнейшей модернизации системы здравоохранения России является реальный переход к новому типу превентивного здравоохранения: повышение эффективности работы учреждений здравоохранения на основе более полного использования материальных, финансовых, кадровых и коммуникативных ресурсов; возрастание доступности и качества медицинских услуг при усилении внимания к профилактическим видам деятельности; популяризация здорового образа жизни

Для достижения поставленных целей и задач дальнейшей модернизации здравоохранения России и региона необходимо: разработать комплекс мер по обеспечению доступности и повышению качества медицинской помощи населению, развитию профилактической направленности здравоохранения; активизировать работу по созданию сети федеральных медицинских центров, оказывающих высокотехнологичные виды медицинской помощи; расширить меры по улучшению лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и т. д. Важно провести мероприятия: по обеспечению лечебно-профилактических учреждений медицинскими кадрами; по расширению перечня заболеваний, при которых долечивание (реабилитация) больных в условиях санаторно-курортных учреждений осуществляется за счет средств социального страхования; по утверждению стандартов скорой медицинской помощи. Также необходимо принятие нормативных актов, регламентирующих обращение медицинской техники и совершенствование обязательного медицинского страхования.