

ду массового выезда из региона населения, адаптированного к производственной и социальной инфраструктуре и территориям. Они ведут к дальнейшему уменьшению плотности населения этих слабозаселенных территорий и снижению уровня их хозяйственной освоенности. В обозримой перспективе, здесь вполне может возникнуть проблема территориальной экспансии со стороны населения Китая, которая может быть обусловлена изменениями в перераспределении иммиграционного потенциала на территории самого Китая, а также возможным ослаблением центральной власти на Дальнем Востоке.

Приоритеты демографической, в том числе – миграционной политики в Дальневосточном федеральном округе должны определяться не столько региональной, сколько общегосударственной геополитической стратегией. Это подталкивает доминанту общегосударственных финансовых рычагов реализации конкретных демографических, в том числе и миграционных, программ. Миграционная политика здесь должна быть нацелена на корректировку создавшейся ситуации посредством активизации, во-первых, внутрирайонных миграционных потоков, преимущественно из северных районов в южные, приграничные. Во-вторых – межрайонных российских потоков, при формировании соответствующих социально-экономических условий для привлечения сюда населения. И, в-третьих, она должна быть нацелена на закрепление на этих территориях мигрантов из стран нового зарубежья, уже прибывших в эти регионы прошедших начальные стадии адаптации, поскольку привлечение сюда новых контингентов иммигрантов, особенно – приграничные территории, с геополитических позиций не представляется рациональным.

Кононенко Р.

к.соц.н., старший преподаватель НИУ ВШЭ

Ярская В.Н.

д.филол.н., профессор СГТУ

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОЦИАЛЬНЫЙ ДИСКУРС

Здоровье как социальная проблема

Здравоохранение находится в центре внимания нашего государства и общества – тому свидетельство осуществление Национального проекта, постоянное реформирование, существенное изменение федерального законодательства. Государственная политика модернизации национальной системы здравоохранения, имеющая целью улучшение качества и доступности медицинского обслуживания населения с одновременным формированием рыночных механизмов, влечет разноплановые изменения¹. Остаются нерешенными многие проблемы медицинского обслуживания в государственных и частных учреждениях, в регионе, столице, городе и селе.

Изменились стратегии поведения пациентов и врачей в контексте субъект-объектных отношений. Одновременно потребители медицинских услуг формируются представление о том, что качество услуг должно включать и манеру обслуживания. Дифференциация общества обуславливает изменение ценностных и жизненно стилевых ориентиров определенных групп населения, приводит к изменению оценки качества и доступности медицинских услуг. В предлагаемой статье мы привлекаем результаты исследований мнений потребителей медицинских услуг методом интервью, проведенных группой ученых Москвы и Саратова под нашим руководством и с нашим участием в 2010–2012 гг.

Мнение населения о модернизации здравоохранения

Обычным потребителям услуг отечественной системы здравоохранения и медицинских учреждений, в том числе пациентам лечебных, медицинских учреждений, пациентов больниц мы задали вопрос, который ожидал достаточно общего ответа по ситуации в стране. Изменилось ли что-нибудь, с вашей точки зрения, в нашем здравоохранении за последние 3–4 года? Ожидаете ли изменений после принятия нового закона о здоровье? Некоторые информанты фокусируются на негативных сторонах реформ: *«Кардинальных изменений в системе здравоохранения за последние 3–4 года нет. После принятия нового закона, изменения будут, но не факт, что в лучшую сторону. Главный минус – «узаконивание» платной медицины, усиливает расслоение общества. Где гарантии, что «бесплатным» пациентам будет уделяться столько же внимания...»* (r1). Опрошенные испытывают недоверие к закону, прежде всего, в связи с традиционным российским расхождением де факто и де юре: *«Принятие очередного закона хорошо, но законы как плохо действуют»* (r3); *«Пока будут связи, взятки и низкие зарплаты, все останется на том же уровне и отношение врачей останется такое же наплевательское»* (r19).

Клиенты и пациенты в значительной мере нуждаются не только в эффективных услугах, но и позитивном восприятии и уважении их личности со стороны врачей, доверии и предоставлении информации о характере рекомендуемых средств сохранения здоровья. Пессимизм в отношении существующих практик высказывают родители маленьких детей: *«Всегда приходится обращаться в поликлинику по месту жительства за справками и это невыносимо... поражает равнодушие, бюрократические проволочки. Яркий пример: детская поликлиника, запись в живую очередь, в регистратуре»*

¹ Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики / Под ред. Е. Ярской-Смирновой, Ворона. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2009. – 278 с.; Здоровье населения и национальные реформы: социально-антропологический анализ / Под ред. засл. деят. науки России В. Ярской. – М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011. – 176 с.

1–2 человека, телефон, чтобы не звонил, снимают трубку и кладут на стол. Надо в понедельник в 8.00 взять талончик, а в пятницу вечером почему-то нельзя. Конечно, это отталкивает, раздражает, возмущает» (r7).

Ответы содержат множество жалоб на повсеместно существующие очереди, грубость персонала, невнимание врачей: «Ухудшились отношения врач-пациент по сравнению с советским временем. Больше равнодушия и формализма» (r31); «Бесконечные очереди... запись к узким специалистам за месяц и «погоня» за талонами. В СМИ сообщения о врачебной халатности, что вызывает отрицательные эмоции по отношению к системе здравоохранения» (r1); «Можно записаться в регистратуре, получить талон на определенное время, занять очередь и простоять 2 часа... есть очередь из тех, кто по талонам, тех, кто по очереди, и тех, кто по знакомству!» (r19).

У многих опрошенных в их жизненном опыте накоплены яркие истории и вопиющие случаи, связанные с их контактами с медициной: «Друг попал в аварию, сломал ключицу. Врач вместо снимка правой ключицы прописал снимок левой... Врач перепутал снимки моего товарища и его отца – фамилии одинаковые, решил переписать сыну историю болезни задним числом, выбросив верную информацию.... Медсестра, разбив градусник в палате, отказалась убирать... картина жутковатая» (r17); «врачи пациентов за людей не держат, вколола хлористый под кожу, ну и что – с третьего раза попала в вену, потому что болтала с подружкой... не нравится, лечитесь в платной» (r19). Страховая медицина по многим параметрам не выдерживает критики: «Как можно отчислять деньги государству в виде налогов и приходиться к врачу со своими перчатками, бахилами, бинтами, шприцами, про обшарпанность и грязь больниц я молчу!!!» (r19); «Хорошие врачи увольняются из бюджетных больниц и уходят в частный сектор, там и з/п большие, и не такие жесткие требования» (r21).

Другие информанты указывают на пробелы в инфраструктуре здравоохранения: «Человек, проживающий в области, попадает в больницу, а его родственники об этом не знают, доктора и младший медперсонал не обязаны оповещать родственников, а социальных работников в системе нет» (r18). Отметим, что ставки социальных работников были введены в систему здравоохранения еще в 1990-е годы, но редко в какой больнице сегодня можно найти таких специалистов.

Здравоохранение не может без особых мер поддержки осуществлять обслуживание бедных слоев населения, которые пока что не могут быть активными покупателями рыночных услуг. Многие не могут отказываться от услуг государственных медицинских учреждений. В то же время платные услуги бывают навязанными, вытесняющими обычную медицинскую помощь:

«Многое стало платным в бюджетных больницах, что за пределами консультации врача, оплачивается, УЗИ, рентген, принять закон – это недостаточно, нужно следить, как он работает, а не оперировать статистикой. Если приходишь в частную, сервис на высоте, но не везде. В обычных поликлиниках врачи озлоблены, механически выполняют работу, без внимания к человеческим чувствам. В аптеках проводится политика навязывания, ты пришел купить одно, тебе постараются «впихнуть» что-нибудь еще» (r21).

В российском обществе с большим сегментом бедного населения не всем платные услуги по карману, порой они оказываются на грани здравого смысла: «Платная медицина оснащена хорошо, но цены запредельные» (r15).

В перспективе социологии потребления сегодня говорят о новом феномене – «рынке здоровья». Платную медицину в целом одобряют, приветствуют некоторые респонденты: «С отечественным здравоохранением встречаюсь редко и в основном с платным. Хорошо, что появились услуги, за которые надо заплатить, но позволяют экономить время, дают возможность попадать к тем врачам, которым доверяешь» (r7); «Радует качество обслуживания в платных мед учреждениях... а там, где господствует только медицинский полис – без взяток и подарков получить качественную помощь затруднительно» (r18). И все же респондентов раздражает коммерциализация услуг (r15), врачи рассматривают пациента исключительно как источник обогащения, не оказывая квалифицированной помощи больным, практикуют приписки в карточки здоровых (r13). Но многие респонденты не одобряют рыночный стиль здравоохранения: «Система услуг в медицинских учреждениях сложилась, но неэффективна и «заражена» «рыночным духом» наживы (r8)».

По убеждению информантов, не соблюдаются многие обязательства по федеральным программам: «Современные обследования и диагностика требуют оплаты, страховая медицина дискредитирует себя (роженица, имея сертификат, обязательно платит акушеру 15 тыс. рублей (цены прошлого года в г. С.), доктора открытым текстом говорят, что денег по родовым сертификатам они не видят, для них это абсолютно ничего не значит» (r18).

В ответах звучит шок, возмущение медицинскими «услугами»: «Шокирует непрофессионализм врачей – назначают взаимоисключающие препараты, не учитывают противопоказания, не умеют читать анализ крови... в гематологическом отделении анализы берутся раз в неделю и через неделю результат! О каком лечении может идти речь, если из отделения выписывают через 5 дней без диагноза и отправляют «долечиваться» в поликлинику. Напрягают сложные взаимоотношения терапевтов и узких специалистов по принципу: кто больше получает, тот пусть лечит» (r30).

Жена военнослужащего сетует на упразднение ведомственных медицинских учреждений: «До 2008 года мы, семья военнослужащего, были прикреплены к военной поликлинике при военном медицинском институте и получали мед. помощь и путевки (1 раз за 23 года службы в армии). Врачи работали квалифицированные, нареканий не было, взяток никто не требовал. Гражданская поликлиника произвела ужасное впечатление... стараемся обходить стороной, по профилю заболеваний бесплатных анализов, УЗИ не предусмотрено. Надеемся, принятый закон позволит нам вернуться в военное здравоохранение (r13).

Однако, наши респонденты отмечают и позитивы в результате реформ, связывая их с расширением выбора.

Один из плюсов – бесплатная скорая помощь без предъявления паспорта и полиса, вне зависимости от места проживания, возможность делать выбор в пользу медучреждения и лечащего врача (r2). В последнее время происхо-

... развитие негосударственных медицинских учреждений, модернизируется оборудование, позволяющее проводить высококачественное обследование и аппаратную терапию (r16).

Социально-экономические преобразования, осуществляемые в России в последние десятилетия, коснулись и традиционных принципов организации медицинской помощи. С новыми позитивами сохраняются, однако, и старые негативы. Старое и новое не хотят расставаться:

«Человек вне зависимости от прописки может прикрепиться к поликлинике, его субъект Федерации будет переводить деньги. Это повысит возможность получать медицинское обслуживание людям, которые перемещаются по стране, получая образование, работая в разных городах. О здравоохранении могу судить по городской поликлинике г. Ж.: там делали ремонт, стало появляться новое оборудование, ввели электронный талон на посещение, выдается по полису к любому врачу. [Но] не чувствуется изменения отношения к людям, талоны можно получить ранним утром в порядке живой очереди, их мало, талон может не достаться и с третьей попытки. Вынуждены просиживать в очереди» (r17).

Потребители услуг здравоохранения в большинстве своем не высказывают оптимизма. Это согласуется и с вопросами об отношениях врач-пациент в новой системе ценностей. Коммерческие практики потребления медицинских услуг направлены на расширение границ рынка здоровья, но выступают вынужденными, из-за низкой оценки качества функционирования государственного сектора здравоохранения.

Столичное здравоохранение для молодых семей и пожилых людей

В декабре 2011 – январе 2012 нами был проведен ряд интервью в Москве с молодыми семьями и проживающими отдельно пенсионерами, в которых выделены некоторые достоинства и недостатки здравоохранения столицы. Пенсионеры в целом удовлетворены работой медицинских служб, положительно высказываются о профессионализме медсестер и врачей, перечне оказываемых услуг, высоко оценивают заботу государства: *«Дорогие если лекарства. Но это нечасто, но были годы, когда больше, или меньше денег. Те, которые мне нужны ежедневно, я их получаю. Вот час врач заходил, говорит, вот это мы сделаем, а уколы купите себе сами, у нас нет в списке»* (М, 85 л).

Хотя социальных работников редко можно встретить в больницах и поликлиниках, они косвенно задействованы в системе здравоохранения, помогая пожилым подопечным получать необходимые лекарства: *«со работник может зайти к врачу, взять рецепт, взять льготные лекарства, приносит мне, покупает в аптеке, если нужно»* (М, 85 л). Социальные работники, центры социального обслуживания населения играют важную роль в медицинском обслуживании пенсионеров и лиц с ограниченными возможностями: *«Пенсионеры защищены, достаточная социальная помощь, социальный работник – это просто подарок от государства. Говорю маме: «радуйся, что это есть» к людям после 80 лет пристальное, внимательное отношение, после 90 – тоже»* (Ж, 70л)

Пенсионеры используют чаще бесплатные медицинские услуги, хотя пользуются и платными, квалификацию персонала и оснащенность ЛПУ оценивают одинаково: *«Оснащена платная клиника так же, как и государственная, просто там меньше очередей! Единственное, что невозможно... в бесплатных клиниках очень много очередей. Хорошо, что живем в центре – не такой густонаселенный район, в центре офисов больше, чем квартир, я боюсь предположить, что творится в новых районах, где живут мои подруги»* (Ж, 70 л.)

Однако пенсионерам иногда приходится пользоваться платными медицинскими услугами. Это обусловлено отсутствием необходимых бесплатных услуг: *«Когда надо поставить капельницу, я вызываю частную медсестру»* (Ж, 70л).

Современные государственные медицинские учреждения вводят дополнительные платные услуги. К тому же существенной преградой на пути пенсионера в медицинское учреждение становится расстояние. Однако в Москве есть развитая сеть социального такси, которой пенсионеры уже научились пользоваться: *«Есть еще социальное такси, потрясающе! Я получаю справку, беру талоны и еду, сейчас вся Москва об этом узнала – стало сложнее, спрос большой»* (Ж, 70л); *«Поликлиника – две остановки. Но все равно приходится мне ездить, потому что я с палочкой хожу – тяжело. Если надо съездить в поликлинику не нашу, то заказываю социальную машину заранее. Машину заказываю в поликлинике, через социальный отдел. У нас есть социальный работник, который приходит к нам, выясняет потребности продуктов, и все делает нам»* (М, 85л)

В целом столичные пенсионеры чувствуют заботу столичного здравоохранения, чего не скажешь о молодых людях, молодых семьях с детьми. Информанты жалуются на слабую оснащенность стационаров, непрофессионализм врачей, недоступность медицинских услуг: *«Я вызвала скорую, у ребенка были уши воспаленные. Я с ним легла в больницу беременная. На выходных дело было. Ребенку уши ничем не лечили в Тушино детская больница. Был сухой климат, мой насморк превратился в застой, что дало гайморит. Рентген нельзя делать во время беременности, нужно было УЗИ... в государственных учреждениях не делают. Пошла через дорогу в платную, там за определенную сумму сделали, диагностику поставили, лечение провели без прокалываний, хирургических вмешательств... забыла об этой болезни»* (Ж, 33, пятеро детей).

Таким образом, молодые люди гораздо охотнее идут в платные клиники, или вовсе избегают обращаться в государственные учреждения здравоохранения. Некоторые не хотят испытывать на себе власть, контроль медицины по культурным соображениям: *«Есть государственные стандарты... не все родители согласны. Например, что связано с вакцинацией, я не знаю как в других странах... у тебя как у гражданина есть право выбора, но в полной мере ты не можешь им воспользоваться, будет оказано давление. Например, я не хочу прививать своих детей. Вакцинацию проводить, как мать... считаю это не приемлемо. Или, например, я могу считать не приемлемым по религиозным убеждениям. Но тут же органы опеки берут меня на заметку»* (Ж, 23г, трое детей).

По ощущению наших информантов, особое внимание со стороны министерства здравоохранения уделяется беременным и матерям: «Чувствуется, что они понимают ответственность большую, поэтому так строго» (Ж, 23, трое детей); «Поликлиника одна, по сути, не справляется, потому что многодетных семей у много. Они стараются делать очереди по записи, чтоб не стояла с грудным ребенком, а пришел к назначенному времени. ... Это намного удобнее, есть забота о людях (Ж, 33, пятеро детей).

Но, как мы смогли убедиться, и столичная система оставляет желать лучшего. В интервью с пенсионерами мы уже видели пример предложения врачами пациентам платных услуг. На следующем примере мы видим некую коммерческую хитрость, даже коррупцию, вынуждение пациентов пользоваться платными услугами за невозможностью использования бесплатных, или с помощью установления неправильного диагноза, который предусматривает дорогостоящее лечение, или покупку дорогих лекарств: Если отклоняешься от заданного курса, например, мы не проходим всех специалистов, потому что лишнее мытарство. Хотя умом понимаю, что это нужно. Если они ко мне пришли домой – это одно. Плюс человеческий фактор. У Леры в детсаду была диспансеризация, пришли врачи. А у Леры насморк два дня, я как мать знаю... И врач поставила подозрение, что у нее гайморит ... воспитательнице сказала, что «все – снимайте ребенка», ну, чтобы посидела дома, прогревание, нужно ходить там, потому что для таких врачей, как лор, гайморит – это единственная возможность заработать (Ж, 33, пятеро детей).

Мы брали интервью в Москве, где проживает и работает много приезжих из других регионов России. Прописаться на новом месте сложно, по словам информантов, бесплатные медицинские услуги в Москве им недоступны. Лечиться они ездят домой, в свои регионы: «Стараясь не болеть, если надо провести какое-то профилактическое лечение, к дантисту сходить, мы подгадываем под поездку домой, в Томск. А здесь, в крайнем случае, ходим в платную» (М, 28, дочь 3 года).

Пенсионеры в Москве скорее довольны, чем не довольны медицинским обслуживанием, тогда как молодые мамы уже решительно сдвигают свое мнение в сторону негатива. Причем, наши информанты не могут выявить явных изменений в системе здравоохранения за последние несколько лет, а многие моменты, по их мнению, остались неизменными с советского времени.

Сельское здравоохранение как отдельная острая проблема

Заглохли прежние советские лозунги о стирании граней между городом и деревней, нет ничего такого, что бы предвещало хоть какое-то сближение города и села по условиям – технологическим, культурным, экономическим, не только по уровню комфорта существования и отдаленности от натурального хозяйства. Нет сближения и по уровню медицинского обслуживания, а, следовательно, обеспечения здоровья и продолжительности жизни, которое выступает важнейшим фактором развития человеческого потенциала.

В системе сельского здравоохранения основной принцип организации медицинской помощи сельскому населению – этапность организации и оказания амбулаторной и стационарной помощи пока сохраняется. Однако объемы, перечень медицинских услуг, оказываемых сельским жителям на разных этапах сельского здравоохранения, существенно изменяются¹. Руководители страны неоднократно обращали внимание на плачевное положение медицины на селе, а то, что она в большинстве регионов страны находится в упадке, не секрет.

Известно о ликвидации районных ФАПов, амбулаторий, скорая помощь забыла дорогу в отдаленные села и деревни. Проблема лекарств, отсутствие медицинских работников, полный развал местных больниц поставили людей в положение изгоев². В ряде территорий с оптимизмом рассматривают возможности развития, проведена работа по повышению качества жизни сельчан, строительству дорог, укреплению материально-технической базы медицинских учреждений. Вместе с тем в программе модернизации других регионов планируется закрыть половину ФАПов, осталась лишь пятая часть учреждений помощи сельскому населению, число участковых больниц сократилось более чем в шесть раз.

И сами врачи – не везде врачи «земские», о которых можно лишь вспоминать с лирической ностальгией по образу, созданному русской литературной классикой: «Сравнивая, например, городскую и сельскую поликлиники, можно сказать, что в городе врачи относятся более внимательно. В сельских поликлиниках и больницах складывается впечатление, что лечить вообще не хотят» (r20).

Нерадостная картина с амбулаторной помощью, был план на одного сельского жителя в год 9,5 посещения врача, а сейчас 3,5-3,6 посещения в год по стране, по некоторым регионам 2,2–2,3. Дать характеристику состояния здоровья сельского населения невозможно, это тайна, покрытая мраком. Нет целевого управления сельским здравоохранением³. О плачевной ситуации говорят и респонденты: «Заваливать цифрами и процентами, как делает Голикова, похвально, но нет подлинной информации по настоящей обстановке дел, особенно в регионах, сельской местности... закрываются больницы, если есть, работают на несколько населенных пунктов, врач, если есть, иногда один на 3–

¹ Сельская медицина – особо острая проблема российской современности. – http://www.krinfo.ru/articles2/item/1224.zemskie_vrachi_novoi_erohi.html; Лобжанидзе В.А. Научное обоснование деятельности хирургических отделений центральных районных больниц в условиях реформирования сельского здравоохранения. – Санкт-Петербург, 2008; Осокина О.В., Головина С.М. Особенности состояния здоровья сельского населения и организации медицинской помощи в территориях с низкой плотностью населения // Проблемы региональной экологии. 2006. – № 2. – С. 31–35.

² Здесь и далее приводятся числовые данные из интервью с профессором кафедры общественного здравоохранения 1-го Московского медицинского университета Г. Сквирской / Медицинская Газета / Профессиональное врачебное издание № 87 от 11 ноября 2011 г. Здравоохранение / Куда шагает сельская медицина. – <http://www.mgzt.ru/article/2616>

³ Там же.

4 деревни. У нас было несколько врачей, сперва уволился один, потом другой, только медсестры, и тех хотят сокращать. Больница превратилась в амбулаторию, услуг нельзя предоставлять по стандартам, приходится ехать в районный центр, не у всех машины, автобусы ходят в определенное время. Нет денег на отопление, топливо, скоро вообще закроют. Лекарства приходится покупать, в больницах нет» (г21).

Были политические решения по нацпроекту, селу, первичному звену, качеству медицинской помощи, и разрушение фельдшерско-акушерской, первичной врачебной, консультативной, скорой, медико-социальной помощи на селе противоречит здравому смыслу, никак не сохраняя здоровье сельских жителей¹. Обратимся к оценке ситуации нашим респондентом: «В моем селе приезжал зубной, по определенным дням, сейчас не приезжает. Поэтому ходили лечить зубы к бабушке, у нее старая зубная машина. Но она уже не лечит в силу преклонного возраста, у нее не такие современные технологии как в больницах. ... Прослеживается тенденция – пациент перестает доверять врачам, пытается перепроверить, участились случаи судебных исков. Врачи стали относиться к пациентам, больше как к вещи ... в больнице г. К. отношение к пациентам плохое... К врачу относятся как члену семьи, звонят в любое время ... идут за советом. В городе так не сделаешь, сперва нужно записаться на прием. В сельских больницах и районных устарело оборудование, так и знания, сельскому врачу трудно устроиться на работу в городе, из-за компьютеризации, много препаратов, которые не распространены в селе» (г21).

В связи с ликвидацией или репрофилированием маломощных сельских участковых больниц в стационары медико-социального профиля в сельских районах снижается территориальная доступность стационарной медицинской помощи: терапии, хирургии, гинекологии. Что же происходит, например, в городе, районном центре?

«В системе здравоохранения г. Б. очевидны результаты финансовых вливаний... реконструировали детскую больницу, роддом, гинекологическое отделение, хирургический корпус. Частично обновили медицинское оборудование в поликлиниках. Но огорчений больше, есть стационары, где капремонта не было с 1960-х годов. Очевидна тенденция – укрупнять поликлинические структуры за счет обескровливания поликлиник по месту жительства. В базовых поликлиниках огромные очереди к узким специалистам, диагностические кабинеты. Успешность модернизации относительна, за год в городе **уволилось 47 специалистов, пришло три... более 50% – пенсионного возраста. Оптимизация привела к сокращению койко-мест в стационарах...** хроники не имеют возможности лечиться за средства ФМС: лекарства приходится покупать. Закон может быть хорош как декларация о намерениях... не очевиден механизм его реализации» (г30).

Ситуация усугубляется проблемой транспортного обеспечения удаленных от районных центров малонаселенных сельских населенных пунктов, лошади иногда заменяют машины скорой помощи в Орловской губернии, Ивановской области. Ведь мерину или кобыле никакое бездорожье не страшно². Российское бездорожье обостряет и без того явное неравенство прав на получение медицинской помощи. А вот взгляд со стороны врача, его миссии в новой ситуации:

Появилось больше требований к врачу, ужесточился контроль, строгое следование стандартам. Если раньше врач-терапевт, даже медсестра могли зашить рану, теперь нужен сертификат, больному приходится ехать в районный центр, что проблематично. В некоторых больницах, имею в виду бюджетные, врачам приходится заниматься созданием «мертвых душ», писать пациентов, которые не приходят на прием, это от них требуют, чтобы получить финансирование по страхованию. Появилось много национальных программ по здравоохранению, открываются центры, закупается оборудование, но не везде и не всегда работает (г21).

В последнее годы возрос интерес к самым различным аспектам реформ здравоохранения, социальному статусу врача, уровню жизни медицинских работников. Жительница села в прошлом, наш респондент, попадает в городскую больницу: «Я лежала в *N* горбольнице, данные вбиваются в электронную систему, удобно для пациента и врача. на прием к специалисту не требуется брать карточек, листков с анализами, всё внесено в одну базу. Надеюсь, что поликлиники и больницы будут работать по такой системе. Ожидая ли я изменений, конечно – да! И надеюсь в лучшую сторону» (г27).

В результате реорганизации сельский врачебный участок не всегда выполняет традиционную функцию – оказание стационарной медицинской помощи, показатели смертности и младенческой смертности в сельской местности превышают общероссийские.

Вывод

Главная цель социального государства обозначена: сделать все для нормальной жизни человека, среди приоритетов – качество и доступность *медицинской помощи*. Результаты исследований по нашему проекту внедрялись в практику государственных учреждений, обсуждались на всероссийских и международных конференциях, в рабочих группах региональных Министерств здравоохранения и социального развития. Движемся ли мы к указанной цели, если давнее географическое неравенство углубляется и разрастается до чудовищных размеров: столица, регионы, город, село.

¹ Здесь и далее приводятся числовые данные из интервью с профессором кафедры общественного здравоохранения 1-го Московского медицинского университета Г. Сквирской / Медицинская Газета / Профессиональное врачебное издание № 87 от 11 ноября 2011 г. Здравоохранение / Куда шагает сельская медицина. – <http://www.mgzt.ru/article/2616>

² Скорая медицинская лошадь. Реквием по русской деревне. Слова и музыка Татьяны Голиковой / 27 апреля 2011, 16:30 «Аргументы Недели», Надежда Попова. – <http://www.argumenti.ru/print/toptheme/n286/104344>

Наше исследование, несмотря на высказываемые респондентами позитивы и негативы, в целом дает оценку скорее пессимистическую, нежели оптимистическую. Модернизация национальной системы здравоохранения, кроме выраженной стратификации населения по уровню жизни, вскрыла реальные проблемы в сфере качества и доступности медицинских услуг, элементы непрофессионализма и деградацию ценностной системы врач-пациент.

Высказанное мнение респондентов раскрывает социальную направленность дискурса российского здравоохранения, социального неравенства и доступности медицинской помощи разным группам населения. Вместе с тем, общая картина, полученная в результате изучения общественного мнения пациентов, потребителей медицинских услуг становится рельефной и прозрачной. Сегодня ясно представлен социальный дискурс отечественного здравоохранения, возможные направления по преодолению социального неравенства и дискриминации в российском здравоохранении.

Мартыничук С.А.

д.м.н., зав. лабораторией НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

martsa@inbox.ru

Соколова О.В.

н.с. НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

sov3@cch.pmc.ru

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТОВ БЮДЖЕТИРОВАНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕЗУЛЬТАТ, КАК СИСТЕМА МЕР ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО (МУНИЦИПАЛЬНОГО) УЧРЕЖДЕНИЯ

Введение. В документах федерального законодательства (ФЗ РФ от 08.05.2010 г. №83-ФЗ) и нормативных актах (письмо Минздравсоцразвития РФ № 20-0/10/2-5067 от 29.06.2009 г.) заявлены цели по модернизации управления финансами государственного (муниципального) учреждения здравоохранения (ГМУЗ) с использованием механизма установления государственного (муниципального) задания (ГМЗ) [12, 14].

При этом ГМЗ рассматривается как обновленный бюджетный инструмент, устанавливающий требования к составу, качеству (в рамках стандарта учреждения) и/или объему услуг (в натуральном и стоимостном выражении), условиям, порядку установления цен (тарифов), покрывающих затраты на оказание услуг, и к результатам деятельности ГМУЗ [9, 11].

В связи с этим актуализируется поиск адекватных методов финансирования, с ориентацией на конечный результат; увязывание стратегического и бюджетного планирования; определение плановых результатов бюджетных расходов и проведения мониторинга их достижения, с точки зрения целеполагания бюджетных расходов [1, 2, 6].

Вместе с тем, закон не содержит разъяснений о том, какие элементы должно содержать ГМЗ, устанавливаемое ГМУЗ. Также отсутствуют нормативные акты, содержащие порядок формирования задания для ГМУЗ [7, 10].

Особую значимость приобретает разработка концепции для перехода к бюджетированию ГМУЗ для решения задач [5, 11]:

- обеспечение связи объемов финансирования с достигнутыми результатами;
- повышение эффективности бюджетных расходов;
- создание прозрачной и понятной системы предоставления бюджета;
- реализация принципов, заложенных в федеральном законодательстве.

При этом бюджетирование (финансовое планирование) рассматривается как управленческая технология, используемая для обоснования принимаемых управленческих решений, составления бюджетных планов, программ, поставленных стратегических целей/результатов.

1. Теоретико-методологические аспекты формирования государственного (муниципального) задания в здравоохранении

Для эффективного перехода к финансовому обеспечению ГМУЗ на основе субсидий, в том числе субсидий на оказание государственных (муниципальных) услуг, разработано методическое сопровождение реализации формирования, финансового обеспечения и контроля исполнения ГМЗ.

Методология процесса планирования бюджетных ассигнований на выполнение ГМЗ приведена на рис. 1.

В соответствии с рис. 1., процесс планирования бюджетных ассигнований на выполнение ГМЗ включает разработку новых процедур организации бюджетного процесса ГМУЗ [13, 15]:

- параметры государственной (муниципальной) услуги (перечень, объем, состав, система показателей качества);
- определение структуры стоимости государственной (муниципальной) услуги (виды затрат, предельные цены и тарифы);
- расчет стоимости государственной (муниципальной) услуги (многовариантный расчет и сравнение стоимости услуги при различных сценарных условиях);
- методика планирования бюджетных субсидий на выполнение ГМЗ (расчет объема бюджетирования расчетно-аналитическим и нормативным методами на очередной год и плановый период);
- формирование механизмов мониторинга исполнения ГМЗ.