

УДК 323:614.2
DOI: 10.26140/anie-2020-0903-0048

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА: МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОСТСОВЕТСКИЙ ПЕРИОД

© 2020
SPIN: 2804-2949
AuthorID: 586148

Короткова Мария Николаевна, кандидат политических наук, доцент кафедры
«История Отечества, история медицины, политология и социология»
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера
(614990, Россия, Пермь, улица Петropавловская, 26, e-mail: rector@psma.ru)

Аннотация. Объектом исследования является социальная политика государства. Предметом исследования – политика модернизации системы здравоохранения в постсоветский период. В статье рассматриваются такие вопросы как определение, цели и механизмы реализации политики модернизации в системе здравоохранения, а также отношение медицинского персонала ко всему вышеперечисленному. В работе были использованы: нормативно-правовые акты, суждения первых лиц государства, официальная статистика, результаты авторского социологического опроса (проводился на базе 51 медицинского учреждения Пермского края). Среди основных выводов статьи необходимо назвать следующие. Под модернизацией следует понимать комплекс мероприятий, направленный на: 1) транзит рыночных принципов; 2) оптимизацию ресурсов; 3) повышение качества медицинской помощи. Политика модернизации реализуется за счет: внедрения страховой модели финансирования, развития государственно-частного партнерства, реструктуризации материально-технических и трудовых ресурсов, сосредоточения внимания на амбулаторно-поликлиническом звене и внедрения персонализированной медицины. Отношение медицинского персонала к развитию частного сектора в системе здравоохранения постсоветского периода неоднозначно. Медицинский персонал выступает против оптимизации/реструктуризации ресурсов во всех направлениях. Среди основных результатов модернизации медицинский персонал чаще всего видит не повышение, а снижение уровня доступности медицинских услуг.

Ключевые слова: социальная политика, модернизация, оптимизация, реструктуризация, страховая модель, государственно-частное партнёрство, персонализированная медицина, амбулаторно-поликлиническое звено, стационар, социологический опрос.

SOCIAL POLICY: MODERNIZATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE POST-SOVIET PERIOD

© 2020

Korotkova Mariya Nikolaevna, candidate of political sciences, associate professor, docent of the department
of «Russian History, history of medicine, political and social sciences»
Perm State Medical University

(614990, Russia, Perm, street Petropavlovskaya 26, e-mail: rector@psma.ru)

Abstract. The research object is the social policy. The research subject is the modernization of the health care system in the post-Soviet period. The article deals with such issues as the definition, goals and mechanisms for its implementation in the health care system, as well as the attitude of medical personnel. The article uses: general documents, speech by top public officials, official statistics, and results of a sociological study conducted by the author (conducted in 51 medical institutions of Perm region). Modernization should be understood as a set of measures aimed at: 1) transit of market principles; 2) optimization of resources; 3) improving the quality of medical services. The modernization policy is implemented through: the introduction of an insurance financing model, the development of public-private partnerships, the restructuring of material, technical and labor resources, the focus on outpatient clinics and the introduction of personalized medicine. The attitude of medical personnel to the private sector is ambiguous. Medical personnel are opposed to optimizing/restructuring resources. Medical personnel often face reduced access to medical services as a result of the modernization.

Keywords: social policy, modernization of the health care system, optimization, restructuring, funding insurance model, public-private partnership, personalized medicine, outpatient clinics, in-patient care, sociological survey.

ВВЕДЕНИЕ.

По мнению Всемирной организации здравоохранения, распад Советского Союза, вызванный «крахом социально-экономической системы», сопровождался «серьезными изменениями в состоянии здоровья населения, характеризующимися ростом преждевременной смертности, плохим здоровьем и инвалидностью среди молодых людей» [1]. Неудивительно, что модернизация системы здравоохранения, ее поддержание и развитие, стали одним из главных приоритетов социальной политики новой политической власти.

На сайте электронной библиотеки e-library можно найти примерно 2200 научных статей, посвященных модернизации здравоохранения и примерно 1900 статей – оптимизации здравоохранения (на апрель 2020). Оптимизация и модернизация чаще всего упоминаются исследователями либо в финансово-управленческо-организационном аспекте, либо социальном. В первом случае специалисты поддерживают преобразования, оценивают в позитивном ключе. Во втором случае, преобразования воспринимаются только в рамках сокращений (ЛПУ, койко-мест, численности врачей), коррелируются с ухудшением здоровья населения и оцениваются негативно [2-5].

Экономисты, как правило, видят в реформах вынужденную меру, связывают ее с недостаточностью государственных средств на поддержание и развитие системы здравоохранения. Они призывают к развитию страховой медицины, государственно-частного партнерства, аутсорсинга, расширению коммерциализации услуг и созданию новых принципов нормирования [6-8].

Специалисты в области общественного здравоохранения чаще всего говорят о реструктуризации ЛПУ, стационарзамещающих технологиях, стимулировании производительности труда, оптимизации нагрузки, административно-кадровых перестановках, новых методах экспертизы и контроля, унификации отчетности [9].

Значительная доля научных исследований связана с информатизацией как способом модернизации здравоохранения [10-12].

Таким образом, процесс модернизации, во-первых, рассматривается не в рамках общей политики государства, а как бы «частями». А, во-вторых, в исследованиях, как правило, не учитывается мнение рядовых работников системы здравоохранения. В соответствии с вышесказанным, целью работы является рассмотрение процесса модернизации в комплексе общей политики, с учетом мнения медицинских работников.

МЕТОДОЛОГИЯ.

В исследовании были использованы общенаучные методы (анализ, синтез...), метод социологического опроса (проводился на базе 51 медицинского учреждения Пермского края), а также системно-структурный подход.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Во-первых, модернизация означает переход советской системы здравоохранения к рыночным принципам, то есть к расширению частного сектора, формированию дополнительных (негосударственных) источников финансирования и стимулированию производительности труда.

Во-вторых, модернизация является процессом оптимизации ресурсов, обусловленным как стремлением государства к сокращению своих расходов, так и стремлением решить проблемы, связанные с демографическим кризисом и структурными изменениями в заболеваемости населения [13].

С официальной позиции, под модернизацией/оптимизацией «нужно понимать комплекс мероприятий, цель которых — повышение доступности и качества медицинской помощи» [14].

1. На протяжении всего постсоветского периода правительство постулирует приверженность снижению роли государства и стимулированию частных инициатив. Так, в Послании Президента Федеральному Собранию от 1994 года озвучена необходимость движения к «социальному государству через рыночную форму».

2. Идея о модернизации как оптимизации или эффективном использовании государственных ресурсов впервые была озвучена в Послании Президента Федеральному Собранию в 2004 году. Политика оптимизации проводится в финансовом, материально-техническом и трудовом направлениях. Рассмотрим их подробнее.

2.1. Оптимизация финансирования. Серьезным вызовом для развитых стран сегодня является постоянное увеличение расходов на здравоохранение, которое, кроме того, еще и характеризуется убывающей природной отдачей. Среди основных причин — старение населения и рост налоговой нагрузки [1].

Оптимизация государственных расходов в Российской Федерации осуществляется за счет нескольких механизмов. Во-первых, с помощью перехода на страховую модель, когда часть издержек по медицинскому обслуживанию переносится на работодателя (ОМС). А также стимулирование развития добровольного страхования, когда часть издержек по медицинскому обслуживанию переносится на работника [15].

Расходы федерального бюджета постоянно сокращаются (в % от ВВП страны), а расходы бюджетов субъектов РФ и системы обязательного страхования — постоянно увеличиваются [16-17]. Так, Фонд ОМС сегодня финансирует более 80% всего объема медицинской помощи [18]. В целом структура расходов на здравоохранение выглядит примерно следующим образом: около 19% — расходы федерального бюджета, 15% — регионального, 66% — ОМС [19, с. 72].

Во-вторых, оптимизация расходов реализуется с помощью новых норм оплаты медицинских услуг. Удельный норматив, связанный, например, с таким показателем, как количество коек, и предполагавший экстенсивный путь развития отрасли в сторону увеличения ресурсов, был заменен на нормативно-поголовной, связанный с законченным случаем лечения, направленный на производительности труда и стимулирующий работу по профилактике заболеваний [19-20].

2.2. Оптимизация как реструктуризация ресурсов обусловлена, во-первых, изменениями в заболеваемости населения. Согласно ВОЗ, в результате эпидемиологической революции/транзита XX века в развитых странах мира «растет доля бремени болезни, приходящаяся

на неинфекционные заболевания, несчастные случаи и другие внешние причины» [21]. Проводимая оптимизация направлена на изменения в структуре специальностей врачей в соответствии с новыми потребностями времени (например, на увеличение численности врачей-терапевтов и сокращение численности врачей противозидемической группы) [22].

Во-вторых, оптимизация связана с требованием минимизации государственных расходов. В первичном звене, например, она сопровождается сокращением стационара и увеличением амбулаторно-поликлинической помощи за счет развития стационарзамещающих технологий и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля [14]. Так, за период 1990-2018 гг. количество больничных организаций в России сократилось с 12,8 до 5,3 тыс. единиц, то есть на 58% [23]. В аналогичный период произошло сокращение количества больничных коек с 2037,6 до 1172,8 тыс., примерно на 42% [24]. С 2011 года в России наблюдается непрерывный рост амбулаторно-поликлинических организаций (с 16,3 до 20,2 тыс.). В целом, в 1990-2018 гг. их мощность выросла на 20,2% (с 217 до 272 посещений на 10 000 населения) [23].

Так как увеличение мощности амбулаторно-поликлинического звена не успевает за сокращением коечного фонда, для выхода из ситуации (при одновременном сохранении курса на оптимизацию расходов), государство, во-первых, усиливает акцент на ЗОЖ, во-вторых, стремится к развитию превентивной персонализированной медицины [25].

Отношение медицинского персонала к модернизации здравоохранения в постсоветский период. Осенью 2019 года кафедра «Истории Отечества, истории медицины, политологии и социологии» ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России выступила организатором социологического опроса в 51 медицинских учреждениях Пермского края. Опрос был проведен в форме анкетирования, в котором приняли участие все желающие (264 человека). Целью опроса было выяснение отношения медицинского персонала к политике модернизации здравоохранения.

Таблица 1 — Характеристика респондентов

Врачи	Средний и минимальный возрастной порог	Стаж работы (по специальности)		Пол		Квалификационная категория				Место работы	
		Менее трех лет работы	Более трех лет работы	Женский	Мужской	Высшая	Первая	Вторая	Нет категории	г. Пермь	Пермский регион
146	105	28	223	204	47	115	39	17	80	119	132

С точки зрения большинства респондентов, главной целью правительства России является: «сохранение здоровья граждан, так как Россия — социальное государство с социальными гарантиями» (48%); «сохранение здоровья граждан, так как экономика России нуждается в здоровой рабочей силе» (39%), «сокращение материальных издержек, так как экономика России не в состоянии обеспечить запросы общества во всех медицинских благах» (30%), «сокращение материальных издержек, так как это соответствует принципам новой экономической политики России (неолиберальной политике)» (26%).

Расширение частного/коммерческого сектора приветствуется только четверть респондентов (23%). Более благосклонно медицинский персонал относится к «расширению хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений (например, сдаче помещений в аренду частным организациям)» (35%), менее благосклонно к «государственно-частному партнерству или привлечению частного сектора в государственный сектор» (по 28% соответственно), совсем неблагосклонно к приватизации государственных медицинских учреждений (10%).

Развитие ОМС поддерживают 44% респондентов. Развитие добровольного страхования — 31% респондентов. Однако если в первом случае против страхования выступают 28% респондентов, то во втором случае —

уже 40% респондентов. Очевидно, что добровольное страхование, как механизм оптимизации издержек, вызывает у медицинских работников серьезные сомнения.

Против оптимизации стационара (койко-мест) высказываются 73% респондентов. Против оптимизации/сокращения количества медицинских учреждений – 81% респондентов. Против оптимизации/сокращения врачей по специальностям – 83% респондентов.

Среди результатов модернизации здравоохранения респонденты выделяют три позитивных и три негативных. Более половины респондентов (52%) беспокоят: «формирование потребительского отношения к профессии врача, его роли в жизни общества» и «снижение уровня доступности медицинских услуг для малообеспеченных слоев населения (как результат, рост самолечения и ухудшение здоровья населения)». Треть респондентов (27%) волнует нацеленность на максимальное «вытягивание» денег с пациентов.

Среди позитивных моментов респонденты указывают: повышение заработной платы медицинскому персоналу (22%), решение проблемы нехватки медицинских изделий и улучшение условий лечения пациентов (по 18% соответственно).

Некоторые респонденты в качестве результата модернизации персонально указали на проблемы с дефицитом кадров; увеличение рабочей нагрузки на медицинский персонал; «закрытие ФАПов» и «снижение доступности услуг на селе»; «снижение заработной платы работникам»; «снижение финансирования». Два респондента заявили о «развале медицины». Как результат вышеперечисленного, «ухудшение условий лечения» и «ухудшение демографической ситуации».

ВЫВОДЫ. Подводя общий итог, следует отметить, что под модернизацией следует понимать сложный комплекс мероприятий, направленный на несколько целей, прежде всего, на переход к рыночным отношениям, на минимизацию государственных расходов, на приведение имеющихся ресурсов в соответствие с новой социально-демографической реальностью. Социологический опрос позволил выявить степень успешности этих мероприятий с точки зрения медицинского персонала. Медицинские работники продемонстрировали серьезные сомнения в эффективности страховой модели финансирования здравоохранения и целесообразности оптимизации/реструктуризации материально-технических и трудовых ресурсов России. Главным «болевым» моментом для них стала взаимосвязь между внедрением рыночных принципов и снижением уровня доступности услуг населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мировая статистика здравоохранения 2017: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития (ЦУР) // World Health Organizations. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279717> (дата обращения: 06.05.2020).
2. Шилов Л.С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. 2018. № 4(24). С. 148-160.
3. Федотова Л.С. Здравоохранение как общественное благо и национальные модели организации системы медицинских услуг // Экономика и право. 2017. Т. 27. Вып. 4. С. 54-63.
4. Беляев С.А. О неравномерности обеспеченности врачами в федеральных округах страны в контексте процессов оптимизации в здравоохранении // Наука и практика регионов. 2019. № 1 (14). С. 110-115.
5. Фадеева Е.В. Оптимизация здравоохранения и пенсионная реформа как факторы вытеснения медицинской интеллигенции из государственного сектора здравоохранения // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». 2018. № 4 (14). С. 107-117.
6. Юзович Л.И., Юзович А.В., Стукова Н.В. Эволюционная парадигма системы финансирования здравоохранения в российской федерации // Sciences of Europe. 2017. № 13-4 (13). С. 88-93.
7. Швец А.Ф. Рефлексивное управление изменениями в сфере здравоохранения: противоречия и пути их разрешения // Теоретическая экономика. 2019. № 1. С. 84-88.
8. Махнова Н.А. Совершенствование финансового обеспечения системы здравоохранения российской федерации в современных условиях // Сервис в России и за рубежом. 2015. Т. 9. № 2 (58). С. 133-140.
9. Верткин А.Л. и др. Дневной стационар: «старая» и «новая»

модели // Земский врач. 2013. № 1 (18). С. 10-14.

10. Короткова М.Н., Сухоева М.А. Политика государства в сфере здравоохранения: к вопросу об информатизации и автоматизации медицинских учреждений России на примере Пермского края // Политика и общество. 2016. № 1 (133). С. 90-96.

11. Рожков Н.Н., Матвеева А.В. Управление качеством процессов в области здравоохранения с помощью математических моделей и критериев оптимизации // В сборнике: Моделирование и ситуационное управление качеством сложных систем Сборник докладов научной сессии ГУАП. 2018. С. 219-222.

12. Скрыль Т.В., Парамонов А.С. Цифровая трансформация сферы здравоохранения: российская и зарубежная специфика // Карельский научный журнал. 2017. Т. 6. № 3 (20). С. 137-140.

13. Русанова Н.Е. Демографический эффект оптимизации российского здравоохранения // Аист на крыше. Демографический журнал. 2018. № 7. С. 8-11.

14. Сковорова В.И. В результате оптимизации здравоохранения никто не останется без помощи / Беседовала И. Финочка // ТАСС. URL: <https://tass.ru/interviews/3944526> (дата обращения: 14.05.2020).

15. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации (1994, 1998-2004, 2008, 2010, 2013-2015 гг.). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

16. Улумбекова Г.Э., Калаишвили А.В. Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018-2020 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2017. № 4 (10). С. 17-23.

17. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. Финансирование здравоохранения в 2017 году – очередной парадокс: средств стало меньше, чем планировалось на 2016 год, но финансовое обеспечение отрасли улучшилось // Менеджер здравоохранения. 2017. № 1. с. 61-74.

18. Сковорова В.И. Министр здравоохранения Вероника Сковорова в интервью «Российской Газете» рассказала о доступной, бесплатной и качественной медицине // Российская газета. URL: <https://rg.ru/2016/11/23/skovorova-rashody-na-zdravooohranenie-prevysiat-trilliona-rublej.html> (дата обращения: 14.05.2020).

19. Деханов У.А., Давыдова Е.Ю., Мычка С.Ю. Проблемы финансирования предоставления качественной медицинской помощи населению // В сборнике: Финансы России в условиях глобализации Материалы III Международной научно-практической конференции, приуроченной ко «Дню финансиста – 2018». 2018. С. 126-131.

20. Кузнецова Н.Н. Выдержать конкуренцию и сохранить доступность медицинской помощи // Московская медицина. 2017. № 5 (20). С. 20-22.

21. Мировая статистика здравоохранения: 2009 год // World Health Organization. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/RU_WHS09_Full.pdf?ua=1 (дата обращения: 14.05.2020).

22. Численность врачей по отдельным специальностям // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения: 14.05.2020).

23. Медицинские организации // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения: 14.05.2020).

24. Число больничных коек по специализации // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения: 14.05.2020).

25. Куракова Н.Г., Сон И.М., Петров А.Н. Переход к модели персонализированной медицины: барьеры и возможные решения // Менеджер здравоохранения. 2017. № 8. С. 53-57.

Статья поступила в редакцию 20.05.2020

Статья принята к публикации 27.08.2020