
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ (на примере системы здравоохранения)

Н.Н. Бурдейный

Кафедра государственного и муниципального управления

МГУ им. М.В. Ломоносова

Ленинские горы, ГСП-1, Москва, Россия, 119991

Анализируется уровень развития здравоохранения и внедрения программно-целевого метода финансирования социальной сферы, рассматривается эффективность системы социальной политики Российской Федерации.

Ключевые слова: социальная политика, человеческий потенциал, эффективность, здравоохранение, программно-целевой метод.

В современных российских условиях происходит переориентация приоритетов политического курса в направлении общечеловеческих интересов. Именно социальные и экономические проблемы всегда являлись главной целью общественной жизни, поэтому все большее внимание со стороны государства уделяется проблемам индивида. В официальных заявлениях высших должностных лиц постоянно повторяется, что в центре современной социально-экономической политики находится человек, который одновременно выступает как ее цель, предмет и субъект. Указывается, в частности, что взятый российским государством курс на модернизацию в первую очередь нацелен на «инвестирование в человека». Для осуществления заявленных целей необходимо разработать сбалансированную стратегию реализации социальной политики, направленной на комплексное развитие человека, социальных групп и общества в целом.

В социально-экономическом поле современной России на практике осуществляются «важнейшие функции государства по созданию условий, обеспечивающих каждому члену общества реализацию его потребностей с учетом одобряемой обществом системы ценностей» [9. С. 27].

Очевидно, что при реализации социальной политики реализуемые цели могут значительно отклоняться от декларируемых. Это отмечает О.И. Шкаратан, он утверждает, что социальная политика должна иметь гуманные цели, но реальность зачастую противоречит намерениям. Автор разделяет социальную политику на декларируемую и реальную, причем последняя преследует подчас противоположные декларируемым интересы. Так, если целями декларируемой политики в переходный период был и остается «быстрый рост человеческого потенциала, формирование среднего класса, развитие гражданского общества и правового государства», то реальным приоритетом являлась «концентрация ресурсов нации в руках незначительного меньшинства» [3. С. 33]. При этом, как отмечает автор, «кажущаяся неэффективность декларируемой социальной политики как политики помощи слабым скрывает ее успешно реализуемые, но не афишируемые цели и механизмы:

стабильность на основе неявного консенсуса власти и населения, который строится на экономике выживания» [3. С. 33].

В подобном контексте видно, что социальная политика может реализовываться с целью улучшения положения отдельных социальных групп, но при этом происходит относительное либо абсолютное ухудшение положения других групп [7]. А в классическом понимании социальной сферы она как раз должна быть направлена на сглаживание отношений социального неравенства и преодоление крайне высокого уровня социальной дифференциации, на гармонизацию отношений в обществе.

Однако перекосы в развитии российского социума после распада СССР, а также неудачных реформ и контрреформ 1990-х гг. постепенно выравниваются, о чем свидетельствуют, например, последние исследования ВЦИОМ и ИСПИ РАН.

В настоящее время существуют различные направления социальной политики. Однако бесспорным остается тот факт, что современная модель управления социальной политикой должна позволять теории и практике взаимно интегрироваться, обращать внимание на особенности общественных отношений, отвечать требованиям развития российского общества, учитывать специфику сложившейся ситуации, обеспечивать достойный уровень жизни и жизнеобеспечения различных социальных групп. И в данном контексте наиболее эффективной представляется модель, разработанная последователями «виталистского направления» в социологии. Именно этот тип управления социальной политикой предполагает комплексное, интегративное видение общественных проблем как на уровне России в целом, так и отдельных ее регионов. Обоснованием подобной точки зрения также может служить тот факт, что с помощью «виталистской социологии» можно проследить и проанализировать генезис и развитие человеческой жизни в разрезе государственного регулирования социальной сферы, а также «увидеть соотношения жизненных сил и жизненного пространства бытия человека в разрезе их дифференциации, осмысления различий, логики взаимодействий» [8].

В последнее время в связи с курсом на развитие человеческого потенциала социальной политике уделяется большое внимание. Ведь для социального государства реальная политика, направленная на человека, служит своеобразным каналом обратной связи, информирующим об эффективности действий, ориентирующим в динамике общественных процессов, выявляющим новые вызовы и предъявляющим новые требования. Через социальную политику социальное государство объективирует себя и получает возможность изменяться. После распада СССР и упразднения советской системы социального обеспечения возникла острая необходимость в выработке принципиально новой модели управления социальной политикой, отвечающей современным вызовам.

Россия нуждается в такой модели, ей «следует переходить от практики „латания дыр“ в социальной сфере или принятия „пожарных решений“ для предотвращения социальных конфликтов к продуманной, комплексной и долговременной модели управления социальным развитием общества» [5]. Подобные модели существуют, они уже были апробированы в европейских и других развитых странах.

Стоит отметить, что они вырабатывались годами при помощи различных методов и механизмов. И наиболее успешной является практика реализации социальных программ, с помощью которых государства противостояли избыточному социальному расслоению, пытаясь обеспечить действие принципов социальной справедливости. Изучив международный опыт, можно сделать вывод, что подобные программы реализовывались во многих странах и в дальнейшем вошли в комплекс социальной политики. Россия идет тем же путем, однако эффективность этой методики в нашей стране пока является не самой высокой.

Чтобы подтвердить этот тезис, необходимо проанализировать эффективность системы социальной политики, одним из наиболее важных показателей которой является уровень развития здравоохранения в нашей стране.

Один из печальных итогов 1990-х гг. в России — отсутствие прогресса в социальной сфере и даже ее деградация. В первом десятилетии XXI в. было предпринято несколько попыток реформ в данной области. Правда, эффективность этих преобразований не столь однозначна. Деньги, выделенные на проведение всех мероприятий, «освоены полностью», а результативность до сих пор вызывает ряд вопросов.

В международном рейтинге стран, комфортных для проживания, Россия занимает по показателю состояния здравоохранения 75-е место из 100. «Причем наша страна, гордившаяся высоким качеством и безвозмездным медицинским обслуживанием, сегодня имеет не самые лучшие показатели, ведь у россиян, единственных среди европейцев, нет даже стандартов оказания медицинских услуг» [11]. Эксперты, политики и общественные деятели не дают определенного ответа, когда же эти стандарты могут появиться. Впрочем, проблема не только в отсутствии стандартов, но и в том, могут ли услуги медиков быть бесплатными.

Точку зрения, что медицина должна частично оплачиваться из кармана больного, сочетая в себе ОМС и ДМС (обязательное и добровольное медстрахование), лоббируют в нашей стране достаточно давно, аргументируя позицию мировым опытом. Однако по разным данным лишь 12—24% россиян могут заплатить за лечение полностью или частично, поэтому многие эксперты Минздравсоцразвития России склоняются к тому, что пока говорить об элементах платности по ОМС преждевременно [2].

Итог первых десяти лет XXI в. в области здравоохранения можно выразить следующими показателями: «реформа ОМС стартовала с частичной оплачиваемости медицинских услуг в 1999 году, а через 10 лет пришла к бесплатности на бумаге и отсутствию ориентиров — стандартов оказания медуслуг» [4]. По факту медицина стала платной и менее доступной. По результатам опроса ВЦИОМ, 58% граждан не могут оплатить услуги врача. Как итог, согласно Росстату, с 2000 по 2008 г. рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы (первое место среди причин смертности) составил 27%, увеличившись с 2,4 млн до 3,7 млн человек. По онкологическим заболеваниям (третье место среди причин смертности), по данным ВОЗ, прирост составил около 17% — с 1,1 млн до 1,3 млн человек, причем заболеваемость растет не только среди пожилых людей (здесь показатель держится

на уровне 12—14%), но и среди трудоспособной части общества — как среднего поколения (+9% с 2000 по 2008 г., по данным ВОЗ), так и молодежи (+7% за тот же период) [10].

Оценить уровень предоставляемой медицинской помощи можно, проанализировав индекс доступности медицинской помощи. Для получения индекса используется методика, применяемая для расчета показателей экономических ожиданий в странах Европы. Суть методики состоит в следующем. По каждому вопросу анкеты, характеризующему качество жизни, из доли положительных ответов вычитаются доли отрицательных, и к этой разнице прибавляется 100, чтобы исключить появление отрицательных величин. Значения частного индекса могут меняться в пределах от 0 до 200. Индекс равен 200, когда все население положительно оценивает определенную сторону жизни. Индекс равен 100, когда доля положительных и отрицательных оценок одинакова. Снижение индекса ниже 100 означает преобладание негативных ответов.

По данным всероссийского мониторинга 2006 г., индекс доступности медицинской помощи составляет 98. «Это один из самых низких индексов среди всех компонентов качества жизни. Ниже 100 оценили качество медицинского обслуживания и мужчины, и женщины, все образовательные группы, жители города и села. Среди групп по занятиям только у руководителей индекс больше ста (110), самую низкую оценку медицинское обслуживание получило у специалистов (60). Три проблемы медицинского обслуживания больше всего беспокоят россиян: „трудно попасть к врачу, большие очереди“ — 1-е место; 2-е — „недостаточная квалификация врачей“; 3-е — „врачи выписывают лекарства, которые трудно достать или они очень дорогие“. Доли респондентов, отметивших эти недостатки, соотносятся как 41%, 35%, 23%» [1].

Однако стоит отметить, что в современной России есть и позитивный опыт управления системой здравоохранения. В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в состоянии здоровья населения наметился ряд положительных тенденций. По итогам 2009 г. естественная убыль населения снизилась более чем на 112,5 тыс. человек по сравнению с 2008 г. и составила чуть более 249,4 тыс. человек. Об этом говорится в отчете Федеральной службы государственной статистики. В 2008 г. почти на 1,714 млн родившихся пришлось более 2,075 млн умерших. Тогда убыль населения страны составила более 362 тыс. человек. Число умерших в России в 2009 г. составило более 2,013 тыс. человек, что более чем на 62,3 тыс. меньше, чем в 2008 г. [10].

За время успешной реализации приоритетных национальных проектов ожидаемая продолжительность жизни в России на 2008 г. составляла 67,9 лет (61,8 у мужчин и 74,2 у женщин) [10].

Несмотря на все позитивные результаты, общепризнано, что затраты на здравоохранение в нашей стране чрезвычайно низкие. Если проводить сопоставление по доле затрат «расширенного правительства» (включает федеральное правительство и местные органы власти, а также все государственные внебюджетные фонды) на здравоохранение в ВВП, то в последние годы они были следующие: в России — чуть больше 3%, в Дании — 5,8%, в Бельгии — 6,6%, в Германии —

6,7%, в Швеции — 7,7%. А эти же цифры по отношению к совокупным расходам составляют: Россия — 5%; Австралия — 17%; Чехия — 14%; Австрия, Германия, Швеция, Италия и Бельгия — 13%; Литва — 12%. Таким образом, показатели по России являются самыми низкими не только для стран Западной Европы, но и для стран Центральной и Восточной Европы. Следует отметить, что ранее планировалось увеличить расходы на здравоохранение к 2011 г. до 3,9% ВВП. Хотя этот показатель несколько выше текущего уровня, он существенно ниже уровня, рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (5—6% ВВП). Но даже этим планам, по-видимому, не суждено сбыться [10].

Как признают эксперты Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, россияне среднего и старшего возраста находятся в непрестом положении: при отсутствии закона об ОМС копить на лечение в зрелом возрасте рискованно, но и вековая модель — дети ухаживают за стареющими родителями — себя изживает. Одна из главных причин — число пожилых людей, которым требуется уход, превышает число молодых, способных его оказать. И эта тенденция в связи с ожидающимся падением рождаемости усугубится.

Еще одной проблемой является недофинансирование здравоохранения. «Стремление сохранить определенный уровень оказания медицинской помощи заставляет компенсировать имеющийся дефицит финансовых средств за счет пациентов. Расходы населения при обращении за медицинской помощью во многих регионах составляют значительную величину. Это могут быть выплаты в адрес лечебно-профилактических учреждений через систему платных услуг или нелегально непосредственно медицинскому персоналу как в виде денежной оплаты, так и через косвенные затраты. Все это способствует развитию теневой экономики в здравоохранении» [6].

С целью преодоления подобных негативных явлений в России внедряется программно-целевой метод финансирования социальной сферы. На данный момент действуют десятки федерально-целевых программ по всей стране, направленных на преодоление определенных проблем, таких как высокая смертность, большая доля социально значимых заболеваний (ВИЧ, туберкулез, онкология и т.д.), недостаточная поддержка инвалидов и проч. Стоит отметить, что программно-целевой метод доказал свою состоятельность во многих странах, поэтому интеграция подобных механизмов в РФ кажется вполне целесообразной.

Основным преимуществом программно-целевого метода является его «активность», он позволяет не только наблюдать за ситуацией, но и влиять на нее и ее последствия. Сначала необходимо определить цели, которые должны быть достигнуты, потом намечаются пути их реализации, а затем уже более детализировано — способы и средства.

Еще одним достоинством этого метода является то, что он обеспечивает реализацию одновременно двух типов интеграции социально-экономических и научно-технических процессов:

— пространственной, когда требуется объединить усилия субъектов, принадлежащих к различным отраслям, регионам или формам собственности;

— временной, когда требуется добиться четкой последовательности и единства различных этапов процесса движения к конечной цели.

Конечно, у данной методики есть и свои недостатки, и самый главный из них — отсутствие возможности адекватного расчета эффективности программ. Именно поэтому крайне важно в условиях российской действительности продумать механизмы контроля за распределением средств, а также сделать эту систему максимально прозрачной.

Несмотря на достаточно низкие показатели в системе здравоохранения в целом, благодаря программно-целевому методу был разработан целый ряд социальных программ, направленных на преодоление различных острых социально значимых проблем. И уже сейчас эти программы дают свои результаты. Так, например, федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2006—2010 годы» стартовала в связи с необходимостью борьбы с ростом численности инвалидов в РФ (1995 г. — 6,3 млн человек, 2004 г. — 11,4 млн человек). Ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн человек, в том числе более 1 млн человек впервые. Основную долю в общей численности инвалидов составляют инвалиды II группы — 64%. Вместе с инвалидами I группы этот показатель составляет около 80%. Программа является продолжением федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2000—2005 годы», в ходе реализации которой были заложены основы систем медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов, развития реабилитационной индустрии. В результате реализации указанной программы более 571,2 тыс. инвалидов вернулись к трудовой и общественной деятельности.

Также стоит отметить реализацию программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007—2011 годы», в которую включены также подпрограммы борьбы с сахарным диабетом, туберкулезом, ВИЧ, онкологическими и другими заболеваниями, показатели по которым во много раз превышают уровень развитых стран. Программа уже дает определенные результаты, — проводится профилактика онкозаболеваний, информирование общества о способах ограждения от ВИЧ-инфекций; показатели туберкулеза в наиболее развитых городах России почти нулевые.

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что система здравоохранения в России находится не в лучшем состоянии. Очевидно, что предпринимаемые шаги меняют ситуацию, однако сохраняющийся высокий уровень коррупции, а также отсутствие четких критериев оценки эффективности системы в целом не позволяют говорить о качественных изменениях. Для того чтобы изменить положение дел, необходимо понимать, что результатом предпринимаемых шагов в здравоохранении являются не столько те или иные объемы медицинских услуг, сколько состояние здоровья населения. В последнее время все чаще говорят о бюджетировании, ориентированном на результат. Именно поэтому внедрение государственных социальных программ и программно-целевой метод являются наиболее действенными механизмами распределения ресурсов. Ведь они направлены на преодоление крайне острых социальных проблем и решают их планомерно и комплексно. Однако не стоит забывать и о необходимости контроля за финансированием федеральных целевых программ со стороны государства и общественности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Беляева Л.А.* Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации // Социологические исследования. — 2009. — № 1.
- [2] *Борзова О.* Председатель комитета Государственной Думы по охране здоровья // Интервью в журнале «Итоги». — 07.06.2007.
- [3] Государственная социальная политика и стратегии выживания домохозяйств / Н.М. Давыдова и др. / Под общ. ред. О.И. Шкаратана. — М.: ГУ-ВШЭ, 2003.
- [4] *Емельяненко В.* «Бедные и больные» // Профиль. — 04.10.2010.
- [5] *Каргалова М.В.* Опыт становления Европейской социальной модели в контексте повышения эффективности социальной политики в России. — М., 2007.
- [6] *Линденбратен А.* Актуальные проблемы финансирования здравоохранения России // Интервью в журнале «Бюджет». — 07.07.2008.
- [7] *Пьянов А.И.* Теоретико-методологические аспекты социологического анализа социальной политики // Сборник научных трудов СевКавГТУ. Серия «Гуманитарные науки». — 2007. — № 5.
- [8] *Сурмин Ю.П., Туленков Н.В.* Методология и методы социологических исследований. — М., 2008.
- [9] *Храмцов А.Ф.* Социальное государство: практики формирования и функционирования в Европе и России. М., 2007.
- [10] Центральная База Статистических Данных. URL: <http://www.gks.ru>
- [11] *Щекин Г.В.* Система социологического знания. — К.: МАУП, 2005.

THE EFFECTIVENESS OF THE STATE SOCIAL POLICY IN CONDITIONS OF MODERNIZATION (Example of Healthcare Service)

N.N. Burdeyniy

Department of State and Municipal Administration
Sociology Faculty
Lomonosov Moscow State University
Leninskyie Gory, GSP-1, Moscow, Russia, 119991

The article considers the effectiveness of the system of social policy in the Russian Federation by analyzing today's level of healthcare services and the introduction of the program-targeted financing of the social sphere.

Key words: social policy; human potential; effectiveness; healthcare; a program-targeted method.