

УДК 316.4.06

РЕФОРМА БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Александрова Ольга Аркадьевна,

*д-р экон. наук, профессор Департамента социологии, Финансовый университет,
заместитель директора по научной работе ИСЭПН РАН, Москва, Россия
a762@rambler.ru*

Аннотация. В статье представлены данные двух социологических исследований, посвященных изучению ситуации в здравоохранении, проведенных с интервалом в два года. В первом в качестве респондентов выступали руководители учреждений здравоохранения и жители областных центров. У руководства медицинских организаций выяснялись финансовые аспекты работы учреждений и представления о рисках, связанных с реформой. Основные проблемы здравоохранения и будущие риски медики связывали с недостаточным уровнем бюджетного финансирования и низкой платежеспособностью населения. Этим объяснялся и скепсис существенной части медработников в отношении достижения результатов реформы. Жителей городов спрашивали об основных причинах складывающейся в здравоохранении ситуации и о готовности платить за медицинские услуги в случае существенного расширения их платности. Большинство горожан в качестве основных детерминант негативных тенденций назвали отсутствие надлежащего государственного контроля и недостаточность выделяемых государством средств. Второе исследование представляло собой зондаж мнений врачей и пациентов о текущих тенденциях в части доступности и качества медицинской помощи. Оказалось, что ряд негативных прогнозов, высказанных в 2012 г. руководителями учреждений здравоохранения и обычными горожанами, сбывается: происходит заметный рост платности при неизменности или снижении качества медицинских услуг, не решается и проблема теневых платежей. Основной причиной указанных явлений служит дальнейшее снижение объема бюджетных ассигнований при низком платежеспособном спросе со стороны населения. Соответственно решения, направленные на повышение качества жизни россиян, следует искать в области корректировки бюджетных приоритетов и реализации эффективной политики доходов.

Ключевые слова: качество жизни; здоровье; доступность медицинской помощи; реформа бюджетных учреждений; финансирование здравоохранения.

REFORM OF BUDGETARY INSTITUTIONS: THE VIEW OF PATIENTS AND DOCTORS

Aleksandrova O.A.,

*Doctor of Science, Economics; Professor of Applied Sociology Department, Financial University Deputy Director for Science of ISESP RAS, Moscow, Russia
a762@rambler.ru*

Abstract. The article presents the results of two sociological research on the situation in health care, which were held at two-year intervals. In the first study, as respondents were managers of health institutions and residents of the regional centers. The management of medical institutions were asked about financial aspects of the work of their institutions and about reform-related risks. Medics associated major problems in healthcare and future risks with insufficient budget financing and low solvency of the population. This explains the skepticism of a substantial part of doctors regarding the achievement of the reform results. Residents of the cities were asked about the main reasons of adverse trends in the healthcare and about their willingness to pay for medical services in the event of a significant expansion of payment. The majority of citizens cited the lack of proper state control and lack of funds allocated by the state as the main determinant of the negative trends. The second study was the sounding of opinions of doctors and patients about the current trends in terms of accessibility and quality of care.

It turned out that a number of negative forecasts made in 2012 by the heads of health institutions and ordinary citizens, is coming true. There is a marked increase of payment on the background of constant or decreasing quality of health services; the problem of shadow payments is not solved. The main cause of these phenomena is the further reduction of budget allocations in conditions of low effective demand from the population. Accordingly, the decisions aimed at improving the quality of life of the Russians, to be found in the area of corrections of budget priorities and implement of the effective incomes policy.

Keywords: *quality of life; health; access to health care; reform of budgetary institutions; health care financing.*

Одним из важнейших индикаторов качества жизни населения является выражаемый через различные показатели уровень здоровья [1], среди основных детерминант которого — организация системы здравоохранения [2]. За последние несколько лет в условиях функционирования медицинских организаций произошли радикальные изменения, связанные, прежде всего, с реформой бюджетных учреждений. В основу реформы положен Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Закон № 83-ФЗ). Ниже представлены данные двух социологических исследований, позволяющие составить представление о промежуточных результатах преобразований и основных факторах, влияющих на доступность и качество медицинских услуг.

Первое исследование проводилось летом 2012 г. — в преддверии окончательного перехода учреждений социальной сферы на предусмотренные Законом № 83-ФЗ новые условия хозяйствования. В пяти регионах (Воронежской, Новосибирской, Псковской, Тверской областях и Краснодарском крае) в качестве респондентов выступали:

- руководители учреждений здравоохранения: поликлиник, больниц, санаториев (по 20 руководителей в каждом субъекте РФ), метод исследования — анкетный опрос;
- руководство региональных органов управления здравоохранением и бюджетно-финансовых департаментов (всего было опрошено 15 представителей региональных администраций), метод исследования — глубинное структурированное интервью;
- жители Твери и Новосибирска, имевшие в три предшествующие опросу года опыт обращения (собственный либо членов семей) в учреждения здравоохранения (600 человек в

каждом городе), метод исследования — телефонный опрос.

Руководителям медицинских организаций задавали вопросы о ситуации в отрасли и в подведомственном им учреждении, об ожиданиях в связи с переходом на условия работы согласно Закону № 83-ФЗ, о возможностях привлечения внебюджетных средств и, наконец, о влиянии, которое реформы окажут на доступность и качество медицинской помощи. Аналогичные вопросы задавались региональным чиновникам. Горожанам также предлагалось оценить ситуацию в здравоохранении и перспективы повышения доступности и качества медицинской помощи и, кроме того, охарактеризовать свое поведение в случае существенного расширения платности медицинских услуг и спрогнозировать на ближайшую перспективу изменения в уровне материальной обеспеченности [3, 4].

Второе исследование представляло собой пилотный анкетный опрос с целью зондажа ситуации в здравоохранении на фоне интенсификации реформ (весна 2014 г.). В качестве респондентов выступали:

- потребители медицинских услуг: с использованием случайной выборки было опрошено 130 жителей Москвы и Московской области (72,3% москвичей и 27,7% жителей области);
- врачи и заведующие отделениями московских районных, консультационно-диагностических и ведомственных поликлиник (28 респондентов).

И пациентам, и медикам задавались вопросы, направленные на выявление тенденций, касающихся возможности получения медицинской помощи приемлемого качества.

Итак, что же показали результаты исследований?

Прежде всего, требовала ли ситуация в здравоохранении серьезных управленческих воздействий? Безусловно, по мнению опрошенных горожан, доминирующими тенденци-

ями в указанный период были снижение уровня доступности и качества медицинских услуг либо консервация весьма невысокого уровня обеспечения медицинской помощью. Так, снижение доступности было отмечено 32% респондентов и еще 31% участников опроса не наблюдали каких-либо изменений. Что касается качества, то 41% респондентов не заметили его улучшения, снижение же отмечал каждый четвертый. Прежде всего, нарекания касались поликлиник, в качестве работы которых 45% респондентов не видели изменений к лучшему, а 27% — ощущали ухудшение. В стационарах ситуация была немногим лучше: почти четверть горожан отмечали снижение качества лечения, а 38% — не наблюдали каких-либо изменений. Руководству учреждений здравоохранения ближайшая ретроспектива виделась более оптимистичной: 59% главврачей отмечали улучшение качества, а 54% — рост доступности медицинских услуг. Тем не менее и в этой группе более трети респондентов указывали на отсутствие роста доступности (каждый десятый отметил ее снижение), а более четверти — на отсутствие повышения качества (12% указали на его ухудшение).

Следующий вопрос был о детерминантах, обуславливавших, по мнению потребителей и поставщиков медицинских услуг, наблюдаемые ими проблемы. Горожанам предложили набор из наиболее часто звучавших причин неблагополучия в системе здравоохранения, и каждый из вариантов набрал абсолютное большинство голосов (табл. 1). Коротко вер-

дикт населения звучал так: отсутствие денег и государственного контроля.

С руководителями медицинских организаций финансовые аспекты были обсуждены подробно. Выяснилось, что в преддверии реформы бюджетных учреждений двум третям попавших в выборку организаций не хватало средств на накладные расходы; абсолютно-му большинству — на улучшение материально-технической базы и еще половине — на стимулирующую часть фонда оплаты труда. Имевшиеся у двух третей учреждений внебюджетные доходы, основу которых составляли платные услуги, компенсировали нехватку бюджетных средств далеко не в полной мере: по словам 27% главврачей — «совсем не компенсировали», по мнению еще 29% — «скорее не компенсировали» и еще 15% — затруднились с оценкой.

Руководителей учреждений также попросили оценить размер норматива финансирования и порядок его расчета, и более половины (56%) главврачей указали на несоответствие между тем, как рассчитываются нормативы, и реальными затратами учреждений (26% охарактеризовали ситуацию как «полностью не соответствует» и еще 30% — как «скорее не соответствует»). Аналогично — в отношении размера нормативов: полностью либо скорее не соответствующим потребностям учреждений его сочли две трети руководителей медицинских организаций.

И, наконец, вопрос об ожиданиях в отношении результатов реформы со стороны на-

Таблица 1

Представления населения о причинах снижения качества и доступности медицинских услуг, %

	Согласны и скорее согласны	Не согласны и скорее не согласны	Затруднились с ответом	Итого
Государство выделяет слишком мало денег	68	19	13	100
Нет надлежащего контроля со стороны государства	83	8	9	100
Снижение квалификации медперсонала	75	16	9	100
Низкая оплата труда медперсонала	62	18	20	100

Примечание. Здесь и далее указывается доля респондентов, выбравших тот или иной вариант ответа. С учетом незначительности разницы в ответах на этот и иные вопросы жителей обоих городов, в большинстве случаев приводятся данные по выборке в целом — без дифференцирования по городам.

селения и представителей медицинской отрасли — ведь согласно парадигме так называемых *implementation research*, успех преобразований, особенно в социальной сфере, определяется тремя факторами: концепцией реформы, качеством работы институтов, отвечающих за ее реализацию, и ожиданиями, и установками затрагиваемых реформой социальных групп [5].

Начнем с населения и сразу отметим: на старте полномасштабной реализации Закона № 83-ФЗ и спустя два года после его принятия абсолютное большинство опрошенных горожан (87%) проявило полную неосведомленность о задуманной реформе. Будучи в ходе опроса о ней проинформированы (источником информации о сути реформы служили вопросы анкеты), абсолютное большинство респондентов выразили согласие с тем, что целями государства являются повышение качества медицинских услуг (71%) и эффективности бюджетных расходов (78%). Но одновременно большинство респондентов (порядка 57%) полагало, что государством движет стремление переложить часть бремени оплаты услуг здравоохранения на население, в том числе путем легализации, через перевод в статус платных услуг, теневых платежей (такое мнение высказал 61% горожан). В то же время только 39% респондентов согласились с тем, что у государства нет средств на финансирование здравоохранения в полном объеме.

В результате, применительно к поликлиникам, улучшения качества услуг ожидали порядка 40% респондентов и почти столько же не рассчитывали на позитивные изменения (35% прогнозировали, что все останется на прежнем уровне, а 6% ожидали снижения качества работы поликлиник). Аналогичный расклад мнений обнаруживался и в части изменения качества лечения в стационарах. Рост доступности поликлинических услуг ожидали чуть более 40% респондентов, в то же время каждый пятый не рассчитывал на изменения и еще 14% прогнозировали снижение доступности медицинской помощи на уровне поликлиник. В отношении доступности стационарного лечения каждый четвертый не рассчитывал на изменения, а каждый восьмой — прогнозировал ее снижение. В то, что новые условия работы медицинских учреждений послужат сокращению объема теневых платежей, верили 22% респондентов, почти 40% были уверены в том,

что ничего не изменится, а пятая часть полагала, что «взяткоемкость» даже вырастет. Стоит отметить и существенную (на уровне 20–25%) долю тех, кто затруднился с прогнозом по каждому из перечисленных вопросов.

Говоря об ожиданиях руководителей медицинских организаций, начнем с прогноза в отношении объемов бюджетных ассигнований. Лишь треть руководителей учреждений ожидала, что они будут расти, в то время как порядка 16% ожидали их снижения и еще порядка 40% — консервации на прежнем уровне. Отсюда — прогнозирование привычной разбалансированности размеров субсидий и реальных затрат: лишь 12% главврачей рассчитывали на приведение издержек и субсидий на выполнение госзадания в полное соответствие (еще 51% — надеялись на то, что они будут приведены в относительное соответствие). Аналогичный расклад мнений — в отношении приведения в соответствие с реальными потребностями размера субсидий на содержание недвижимости и иные цели. При этом пятая часть руководителей-медиков ожидала запаздывания перечисления субсидии на выполнение госзадания (14% респондентов — несущественного запаздывания и 6% — существенного). И более трети респондентов не исключали задержки перечисления субсидий на содержание имущества и на иные цели (10% респондентов выражали уверенность, что задержки будут). Кроме того, существенное число главврачей (48%) не исключало возможность сокращения размера субсидий в ходе исполнения госзадания без уменьшения объемов последнего, а 15% были уверены в том, что именно так и произойдет.

В подобных условиях привлечение средств населения становится для медицинских организаций насущной необходимостью, но следом встает вопрос о готовности населения платить. Данные говорят о том, что еще летом 2012 г., в условиях, гораздо более благоприятных, нежели сегодня, значительная часть жителей областных центров выражала готовность отказаться от медицинских услуг при существенном расширении их платности. Разумеется, степень готовности платить за медицинскую помощь зависит от ее вида (*табл. 2*). Так, почти 40% респондентов собирались отказаться от платных амбулаторных услуг (из них треть — от любых, половина — от некоторых, и

еще почти четверть не смогла определиться). В то же время половина опрошенных горожан намеревалась изыскивать средства для оплаты в поликлиниках необходимых им исследований, процедур и консультаций. Несколько большее число респондентов, планирующих изыскивать средства на оплату лечения в стационарах, очевидно, связано с представлением о серьезности заболеваний, требующих помещения в больницу. Но и в этом случае, из тех, кто заявил о намерении отказаться от платных услуг, треть намерена отказаться от всех платных услуг, а каждый пятый не смог определиться с ответом. Заметно меньше респондентов, готовых изыскивать средства на профилактику и реабилитацию здоровья: из тех, кто в случае резкого расширения платности намерен отказаться от услуг санаториев и т.п., 60% выразили намерение отказаться от части платных услуг, а 35% — от всех.

Относительно высокая доля выразивших готовность изыскивать средства на оплату медицинских услуг не вызывает удивления. В то же время осуществимость таких намерений зависит от того, что будет происходить с теми источниками средств, на которые рассчитывает население (табл. 3), а это практически всецело связано с ситуацией в экономике, определяющей и возможности занятости, и уровень оплаты труда, и успешность поиска дополнительного заработка, и сохранность сбережений.

Судя по полученным данным, еще до всех «внешних шоков», негативно сказавшихся на российской экономике, существенная часть жителей двух областных столиц была настроена в отношении перспектив роста благосостояния в стране в целом весьма скептически: порядка трети опрошенных были уверены, что в ближайшие три года все останется на прежнем

уровне, еще около четверти прогнозировали снижение доходов основной массы россиян (табл. 4). Рост благосостояния своих земляков виделся респондентам еще менее вероятным: в зависимости от региона, доля тех, кто не ожидал заметных изменений, составляла от трети до половины, а доля пессимистов, прогнозовавших снижение доходов, составляла 17% в Новосибирске и 28% — в Твери. Прогноз в отношении роста собственного благосостояния был несколько более оптимистичным, однако и в этом случае порядка трети респондентов в каждом из городов ожидали стагнации своих доходов, а почти каждый десятый в Новосибирске и почти каждый пятый в Твери — их снижения.

Прогнозы относительно уровня благосостояния населения в ближайшие три года, высказанные руководителями медицинских учреждений, были весьма схожи с ожиданиями населения. Более трети главврачей ожидали роста благосостояния в стране, еще одна треть — не предполагали особых изменений и порядка 13–15% — прогнозировали снижение доходов россиян. Примерно такой же расклад обнаруживался и в рамках прогноза изменения уровня благосостояния населения своего города. Таким образом, на момент опроса руководители учреждений здравоохранения демонстрировали весьма сдержанный оптимизм в отношении роста уровня обеспеченности населения, которым теперь определялись еще и перспективы расширения платежеспособного спроса на услуги подведомственных им учреждений.

Заметный скепсис в отношении как объемов бюджетного финансирования, так и возможностей широкого привлечения средств пациентов обусловил ожидания руководителей учреждений в части вероятности реализации

Таблица 2

Модели поведения населения в случае существенного расширения платности медицинских услуг, %

	Откажутся от платных услуг	Будут искать деньги для оплаты	Затруднились с ответом	Итого
В поликлиниках	38	50	12	100
В стационарах	31	55	14	100
В санаториях	50	46	4	100

Таблица 3

Источники средств для оплаты медицинских услуг в случае существенного расширения платности, %

	Да	Нет	Затруднились с ответом	Итого
Зарплата, пенсия	86	11	3	100
Сбережения	49	45	6	100
Дополнительный заработок	49	46	5	100
Кредит	33	63	4	100
Помощь родных и близких	77	20	3	100

Таблица 4

Представления населения о перспективах роста благосостояния, %

	Как в ближайшие три года изменится благосостояние...				Итого
	Улучшится	Ухудшится	Останется без изменений	Затруднились с ответом	
...населения в стране в целом?					
Тверь	23	26	35	16	100
Новосибирск	26	22	30	22	100
...жителей Вашего города?					
Тверь	18	28	41	13	100
Новосибирск	27	17	36	20	100
...Вашей семьи?					
Тверь	32	16	35	17	100
Новосибирск	41	9	30	20	100

ряда рисков, способных негативно повлиять на доступность и качество медицинских услуг (табл. 5).

Таким образом, 44% руководителей медицинских учреждений весьма вероятным событием («точно произойдет» и «скорее произойдет») считали недостаток средств для оказания медицинской помощи, а более половины респондентов — рост доли платных услуг, сокращение штата основного и технического персонала, оптимизацию сети. Отсюда — заметная разноголосица ожиданий в отношении результатов реформы. Применительно к качеству услуг более половины респондентов прогнозировали его повышение, но из ответов почти 40% руководителей учреждений такая перспектива не просматривалась (табл. 6).

То же и в отношении доступности медицинской помощи (табл. 7): хотя свыше 60% руководителей с той или иной степенью уверенности прогнозировали, что для всех граждан качественные услуги станут более доступными, твердую убежденность в этом выразили менее четверти респондентов. Что же касается перспектив расширения доступности качественных услуг для социально-уязвимых групп, то треть главврачей полагали, что для них доступность, наоборот, снизится (каждый десятый респондент был в этом уверен твердо и еще пятая часть — с некоторой долей сомнений). Однако большинство их коллег с прогнозом снижения доступности качественных услуг для малообеспеченных граждан были не согласны (четверть главврачей были твердо убежде-

Таблица 5

Прогноз вероятности наступления рисков в ходе реализации реформы бюджетных учреждений, в %

	Точно произойдет	Скорее произойдет	Скорее не произойдет	Точно не произойдет	Затруднились с ответом	Итого
Получение субсидии на выполнение госзадания не в полном объеме	6	41	36	10	7	100
Необходимость увеличения доли платных услуг	18	39	24	13	6	100
Существенная нехватка средств для осуществления основной деятельности	17	27	35	16	5	100
Сокращение численности медперсонала	13	40	37	8	2	100
Сокращение численности технического персонала	15	43	30	11	1	100
Сокращение размера ФОТ	7	16	45	29	3	100
Сокращение размера стимулирующей части ФОТ	10	21	40	23	6	100
Оптимизация сети учреждений	30	43	11	4	12	100

Таблица 6

Прогноз руководителей учреждений здравоохранения относительно изменения качества медицинской помощи, %

	Улучшится	Ухудшится	Останется без изменений	Затруднились с ответом	Итого
Качество медицинских услуг	57	5	32	6	100

ны, что этого не произойдет, и 40% — делали аналогичный прогноз с меньшей степенью уверенности), что, по-видимому, объясняется ожиданием повышения качества работы медицинских учреждений, которое должно сказаться и на малообеспеченных пациентах.

Теперь обратимся к результатам реализованного спустя 2 года зондажа ситуации в здравоохранении на основе пилотного опроса потребителей медицинских услуг. Из попавших в случайную выборку респондентов — жителей Москвы и Московской области — только 47% не приходилось платить за услуги в своей поликлинике, остальным платить доводилось, причем каждый пятый делал это часто. Мотивы использования платных услуг: нужные медицинские услуги оказываются только за деньги (41% плативших); ради ускорения попада-

ния к специалисту либо на диагностическое исследование (39%); ради более внимательного отношения врача (29%). При этом 60% респондентов указали на заметное расширение платности в поликлиниках, что, по их мнению, связано, прежде всего, с сокращением объемов бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне (отметили 42% респондентов) и стремлением поликлиник больше заработать (45%).

Другие причины, приводящие к росту платности в поликлиниках: увеличение сроков ожидания приема врача либо обследования (отметили 28% респондентов) и сокращение численности медперсонала (22%). Из попавших в выборку пациентов 67% приходилось обращаться за так называемой высокотехнологичной помощью. Из них 13% лечились по кво-

Таблица 7

Прогноз изменения качества медицинской помощи, %

	Полностью согласны	Скорее согласны	Скорее не согласны	Полностью не согласны	Затруднились с ответом	Итого
Качественные услуги станут более доступными для всех граждан	23	45	18	12	2	100
Качественные услуги станут менее доступными для малообеспеченных граждан	9	21	41	25	4	100
Принципиально ничего не изменится	19	23	27	27	4	100

Примечание. В вопросе о доступности услуг респондентов не ограничивались выбором какого-либо одного варианта ответа – предусматривалась шкала согласия для каждого из указанных утверждений. В силу этого некоторые респонденты, не вполне определившиеся в своих прогнозах, могли дать несколько расходящиеся ответы.

те и полностью бесплатно, 17% также получили квоту, но за лечение пришлось доплачивать, 48% пациентов полностью оплатили лечение ввиду слишком длинной очереди на квоту.

Почти каждому пятому респонденту, в последние год-два побывавшему в стационаре (таковых в выборке оказалось 35%) по линии скорой помощи или в плановом порядке, пришлось самому оплачивать часть услуг. Причем только пятая часть из них платила за уровень комфорта, остальным приходилось платить за лечение — за необходимые для уточнения диагноза анализы и обследования (платил каждый пятый); лекарственные препараты (платил каждый седьмой), ускоряющие выздоровление процедуры (15% респондентов). При этом к официальной оплате нередко добавлялись неформальные платежи — прежде

всего, в стационарах, где платить медперсоналу довелось каждому четвертому респонденту; в районных поликлиниках платить доводилось 16% пациентов. При этом в половине случаев инициаторами «благодарности» были сами пациенты, в каждом десятом случае оплата производилась по подсказке других больных, в 2% случаев на оплату намекнул сам врач.

Заметный рост платности, судя по оценкам пациентов, не влияет на качество медицинской помощи: 61% пациентов считает, что в целом ее уровень практически не изменился, а 22% — что он снизился. В отношении лечения в стационарах мнения противоречивы (табл. 8): с одной стороны, больше половины респондентов оценили важные стороны лечебного процесса на «4» и «5», с другой — даже в Москве и Подмосковье каждый третий/чет-

Таблица 8

Оценка качества лечения в стационаре, %

	Баллы				
	1	2	3	4	5
Квалификация врачей	4	2	25	23	46
Комфортабельность условий	10	14	33	14	29
Отношение медицинского персонала	7	9	24	26	34
Наличие необходимого медицинского оборудования	3	7	28	22	40
Наличие необходимых лекарственных препаратов	3	6	30	24	37

вертый пациент оценил их на «3», а каждый десятый — на «2» (исключение — показатели «квалификация врачей» и «комфортабельность условий»).

Представления пациентов о росте платности в здравоохранении корреспондируются с мнением самих медработников: каждый пятый попавший в выборку врач указал на существенный рост объема платных услуг и еще каждый десятый — на некоторый рост; почти треть медиков указала на существенное либо определенное снижение доступности медицинской помощи и еще половина не увидела каких-либо изменений.

Что касается качества услуг, то практически по каждой из его детерминант (время, затрачиваемое врачом непосредственно на пациента; доступность эффективных лекарственных препаратов; нагрузка на медицинский персонал) более чем половиной врачей отмечены выраженные либо определенные негативные тенденции; исключение — несколько выросший показатель оснащенности медицинским оборудованием. Соответствующей оказывается и интегральная оценка качества бесплатных медицинских услуг: половина медработников полагает, что ничего не изменилось, и еще почти треть — что качество в той или иной степени снизилось. Просматривается и главная причина негативных явлений — сокращение государственного финансирования (более четверти врачей оценили его как «существенное» и еще каждый пятый — как «определенное») или его консервация на прежнем уровне.

Заметим: хотя проведенный нами зондаж мнений населения и врачей не претендовал на репрезентативность, выявленные оценки оказались весьма близки к тем, что обнаружались в ходе всероссийского опроса пациентов, реализованного ВЦИОМ летом 2015 г. [6].

Итак, ряд негативных прогнозов, высказанных как руководителями учреждений здравоохранения, так и обычными горожанами, к сожалению, сбывается: повышения доступности для широких слоев населения медицинских услуг необходимого качества пока не происходит, не исчерпана и проблема теневых пла-

тежей. Что же касается экономии бюджетных средств, то эта цель в определенной мере достигается. Однако если рассматривать проблему комплексно и ориентируясь на долгосрочные социально-экономические эффекты (а отвечающая за человеческий потенциал страны социальная сфера требует именно такого подхода), то и здесь остаются вопросы. В частности: не потребуют ли последствия этой экономии (в виде роста инвалидизации и преждевременной смертности населения) существенно больших затрат на их преодоление?

В заключение следует отметить и такой аспект: успешность реформы в чувствительных для больших социальных групп сферах при весьма неоднозначном социально-экономическом контексте, на фоне которого она реализуется, зависит от продуктивности взаимодействия структур управления, иницирующих и обеспечивающих реализацию преобразований, — с одной стороны, и представителей профессиональных сообществ и руководителей-практиков — с другой. Однако, как следует из данных опроса руководителей учреждений здравоохранения, качество обратной связи с теми, кто ежедневно сталкивается с проблемами населения, пока оставляет желать лучшего. Лишь 37% главврачей полагали, что медицинское сообщество имеет возможность влиять на принятие решений, серьезно сказывающихся на условиях работы отрасли, но и из них большинство (62% респондентов) были вынуждены признать, что их мнение, если и учитывается структурами управления, то в «очень слабой степени».

Таким образом, проведенные социологические исследования позволили получить информацию об основных факторах, тормозящих процесс повышения качества жизни населения, связанный с доступностью качественных медицинских услуг: недостаточный объем бюджетных ассигнований и низкий уровень платежеспособности населения. Соответственно, и поиск решений должен идти в направлении изменения бюджетных приоритетов и проведения эффективной политики доходов, тем более, что возможности для этого у такой страны, как Россия, имеются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубец А.Н., Тарба И.В. Качество жизни в России // Финансы. 2013. № 12. С. 51–53.
2. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия, 2013. С. 27.

3. Александрова О.А., Ненахова Ю.С. Человеческий потенциал России и реформа социальной сферы // Народонаселение. 2012. № 4 (58). С. 51–60.
4. Александрова О.А., Ненахова Ю.С. Реформа бюджетных учреждений и российская школа: ожидания и прогнозы // Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Демографические проблемы России: взгляд из прошлого в будущее» (к 300-летию М.В. Ломоносова). СПб.: Институт социологии, 2011. С. 260–275.
5. Hill M., Hupe P. Implementing Public Policy. 2nd edition. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2009.
6. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // Пресс-выпуск ВЦИОМ. 2015. № 2919. [Электронный ресурс] URL: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 27.02.2016).

REFERENCES

1. Zoubets A.N., Tarba I.V. Quality of life in Russia [Kachestvo zhizni v Rossii]. *Finansy – Finance*, 2013, no. 12, pp. 51–53 (in Russian).
2. Grigor'eva N.S., Chubarova T.V. Modern healthcare: politics, economy, management [Sovremennoe zdravooхранenie: politika, ekonomika, upravlenie]. Moscow, Avtorskaya akademiya Publ., 2013, p. 27 (in Russian).
3. Aleksandrova O.A., Nenahova Ju.S. Human capacity of Russia and reform of the social sphere [Chelovecheskij potencial Rossii i reforma social'noj sfery] // *Narodonaselenie – Population*, 2012, no. 4 (58), pp. 51–60 (in Russian).
4. Aleksandrova O.A., Nenahova Ju.S. Reform of budgetary institutions and Russian school: expectations and forecasts [Reforma bjudzhetnyh uchrezhdenij i rossijskaja shkola: ozhidaniya i prognozy]. *Sbornik materialov Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Demograficheskie problemy Rossii: vzgljad iz proshlogo v budushhee» (k 300-letiju M. V. Lomonosova) – Collection of materials of the International scientific and practical conference “Demographic problems of Russia: a look from the past in the future” (to M. V. Lomonosov’s 300 anniversary)*. St. Petersburg, Institut sociologii, 2011, pp. 260–275 (in Russian).
5. Hill M., Hupe P. Implementing Public Policy. 2nd edition. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2009.
6. The availability and quality of the Russian healthcare: evaluation of patients [Dostupnost' i kachestvo rossijskogo zdravooхранeniya: otsenki patsientov]. VTsIOM Press release [Press-vipusk VTsIOM]. Available at: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (Accessed 27 February 2016) (in Russian).