

# Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

---

## Модернизация российского з д р а в о о х р а н е н и я : ВЫЗОВЫ, ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ



**Шилова Людмила Сергеевна** – кандидат  
социологических наук, старший научный  
сотрудник сектора исследований личности  
ИС РАН

*E-mail:* [Liudmila-shilova@ya.ru](mailto:Liudmila-shilova@ya.ru)

## Модернизация российского здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность

### Аннотация

Рассматриваются проблемы модернизации российского здравоохранения. Выясняются её основные направления, способы взаимодействия с населением, механизмы социокультурных инноваций в исследуемой сфере, а также реакции на это граждан страны.

**Ключевые слова:** технологическая и социокультурная модернизация, первичная медицинская помощь, самосохранительное поведение, стратегии получения медицинских услуг

Важным показателем в оценке успешности модернизационных процессов сегодня является индекс человеческого развития (ИЧР, или индекс развития человеческого потенциала – ИРЧП в российских публикациях), который пришёл на смену показателю общественного развития по национальному доходу. ИЧР показывает, насколько в стране созданы условия для развития личностного потенциала. В этом сводном индексе три компонента: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – эффективность здравоохранения; среднее число лет обучения взрослых и ожидаемое число лет обучения детей и молодежи – доступность образования; индекс валового национального дохода на душу населения. За последнее десятилетие в России отмечался экономический рост, который способствовал росту ИЧР. По данным ООН в 2011 г. в рейтинге стран по ИЧР Россия входила в группу 187 стран с высоким значением этого показателя и занимала 66 место после Беларуси<sup>1</sup>. Бывшие страны Балтии из состава СССР занимают по ИЧР более высокие места: Эстония – 34, Литва – 40, Латвия – 43 [Доклад ООН 2011].

Однако в России ИЧР характеризуется несбалансированностью своих компонентов, которая становится очевидной, когда расчёт индекса производится только с учётом двух его компонентов – здравоохранения и образования. Тогда его значение понижается при сравнении со странами с сопоставимыми

<sup>1</sup> Существует 4 группы стран по ИЧР: с 1 по 47 места занимают страны с очень высоким показателем, с 48 по 94 – с высоким, с 95 по 141 – со средним уровнем, со 142 по 187 – с очень низким уровнем ИЧР.

доходами на душу населения с 66 места на 74. А это, в свою очередь, указывает на то, что получаемый населением доход не конвертируется в здоровье и образование [Горина 2012]. Сам по себе экономический подъём в стране ещё не обеспечивает благосостояния населения, всё зависит от того, насколько социальная политика страны направлена на устранение социально-экономических неравенств.

Понижение ИЧР России связано с низкими показателями эффективности здравоохранения. Так, средняя продолжительность жизни в России в 2011 г. составила 68,9 лет, и её обогнали такие государства, как Ирак – 69 лет и Бангладеш – 68,9 лет [Доклад ООН 2011]. Начиная с 1990-х гг. ухудшение всех проблем здоровья населения придало им статус проблем национальной безопасности. На протяжении многих десятилетий это были одни и те же неустраняемые проблемы. «Сверхсмертность» мужчин в трудоспособных возрастах (при жизни одной женщины умирает 2,7 мужчин в возрасте от 15 до 60 лет); неблагоприятные показатели младенческой смертности; высокие темпы прироста социальных заболеваний, переходящих в эпидемии (туберкулёз, СПИД, наркомания); высокий разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (13 лет), низкая средняя продолжительность жизни в России в сравнении с показателями западных стран. Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 7 лет короче, чем в новых странах Евросоюза, то есть в бывших республиках СССР, и на 13 лет короче, чем в старых странах Евросоюза. Важный показатель эффективности здравоохранения – это средняя продолжительность жизни лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В России она составляет 12 лет, а в странах ЕС – 18-20 лет [Доклад ЮНЕСКО 2007]. Сегодня все возрастные группы населения – дети, молодёжь, трудоспособные и пенсионеры – относятся к группам риска по состоянию здоровья.

## Расходы на здравоохранение как показатель качества модернизации

Сложившийся уровень здоровья населения предъявляет серьёзные вызовы не только системе здравоохранения, но и всей социальной политике страны. Тем не менее, в структуре социальных расходов России здравоохранение на протяжении многих десятилетий, ещё со времён СССР, имеет тенденцию понижения финансирования. По данным Минздравмедпрома РФ, максимальными они были в СССР в 1960 г. – 6,6% ВВП; в 1970 – 6,1%; в 1980 – 5,0%; в 1993 – 3,5%; в 1991 – 3,2%; в 1995 – 1,4%. Снижение 1990-х гг. понятно в связи с кризисом переходного периода. Но последнее

Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 7 лет короче, чем в бывших республиках СССР, и на 13 лет короче, чем в старых странах Евросоюза. Важный показатель эффективности здравоохранения – это средняя продолжительность жизни лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В России она составляет 12 лет, а в странах ЕС – 18-20 лет.

десятилетие сопровождалось экономическим ростом в стране. Однако он очень слабо отразился на финансировании здравоохранения: в 2005 г. – 3,2%, в 2007 – 3,5%, в 2010 – 5,5% ВВП [Концепция 2008]. В то же время в последнее десятилетие расходы на образование медленно, но всё же росли с 2,9% в 2000 г. до 4 % ВВП в 2010, и это куда менее значительное отставание от стран ЕС, где в среднем расходы на образование составляют 5% ВВП [Государственные расходы 2010]. Самые высокие расходы в мире на здравоохранение и образование в США: 17 и 5,6% ВВП соответственно [Доклад ООН 2011]. Устойчивость сложившейся конфигурации расходов предполагается и в перспективе. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. на 2011-2015 гг. планируется выделить на здравоохранение 5,5%, а на образование 5,9% ВВП, а за период 2016-2020 гг. соответственно 6,2 и 6,7% ВВП [Концепция 2008].

Подобная конфигурация в финансировании здравоохранения и образования идёт в разрез с общемировой практикой, в которой здравоохранение финансируется по меньшей мере вдвое выше, чем образование [Денисова 2012]. Между затратами на здравоохранение и уровнем социально-экономического развития государства просматривается чёткая связь: чем выше уровень экономического развития стран, тем системы здравоохранения в их структуре социальных расходов становятся всё более затратными [Люблинский 2008]. Так, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) рост затрат на здравоохранение происходит темпами, опережающими экономический рост. Но это не просто тенденция, отражающая высокий уровень развития этих стран, это объективная потребность, это важный фактор роста продолжительности жизни населения, эффективности трудовой деятельности взрослого населения. Наконец, снижение темпов роста расходов на здравоохранение наносит государствам больший экономический ущерб, чем его поощрение. Именно поэтому в некоторых странах содружества ОЭСР расходы на здравоохранение растут даже в случае падения ВВП [Садовничий, Григорьева, Чубарова 2012].

Эта общемировая тенденция обусловлена целым рядом факторов. Возрастание затрат произошло вслед за сменой характера патологий, когда на смену инфекционным заболеваниям в структуре причин смерти и заболеваемости пришли хронические. Они требуют длительного лечения, иногда сопровождают пациента всю его жизнь. Требуют регулярного контроля, современного дорогостоящего оборудования и лекарств, которые постоянно совершенствуются и обновляются. Их лечение дорого обходится и пациенту, и государству. Особенно – контроль хронических заболеваний у работающего населения. Расходы государства растут и вследствие роста продолжитель-

ности жизни и старения населения. Чем старше пациенты, тем выше у них вероятность наличия нескольких хронических заболеваний.

Ещё одним фактором роста затрат на здравоохранение является растущий уровень индустриализации и техногенности среды, порождающие всё новые риски для здоровья населения и повышающие уровень патологических явлений и процессов. Это глобальная проблема, решение которой в ближайшей перспективе не предвидится. Падение здоровья населения в техногенной среде происходит стремительно. Впечатляющие данные приводит У. Бек, согласно которым «здоровыми» рождаются сегодня примерно десятая часть населения. А 60% жителей планеты находятся между болезнями и здоровьем в так называемом «третьем состоянии», то есть имеют хронические заболевания, но не утратили трудоспособность. Негативные изменения в состоянии здоровья, которые произошли во второй половине XX в., настолько велики, что даже в развитых странах возможность повернуть негативные процессы вспять ставится под сомнение. В России в «третьем состоянии» специалисты насчитывают 50% населения, а 20% относятся к группе людей, имеющих факторы риска хронических заболеваний [Дмитриева 2002: 152-153].

На фоне общемировых тенденций финансирования систем здравоохранения в России мы наблюдаем не просто отставание финансирования, а отсутствие концепции собственной социальной политики здравоохранения. Концепции, в которой были бы обоснованы потребности системы и масштаб экономических потерь страны вследствие недофинансирования, и которая ставила бы в том числе и задачу влиять на коридор возможностей, выделяемых здравоохранению в структуре социальных расходов страны.

## Система здравоохранения: современные вызовы

Вызовы, предъявляемые системам здравоохранения для всех стран, сегодня одни и те же: обеспечить доступность медицинских услуг для широких слоёв населения и контроль качества медицинских услуг. Доступность последних достигается за счёт предоставления малообеспеченным слоям населения гарантированного объёма бесплатных услуг (не будем здесь затрагивать вопрос о том, что медицинские услуги в различных пропорциях оплачиваются из разных источников). А качество медицинских услуг достигается посредством постоянных вливаний средств в подготовку врачей и повышение квалификации уже подготовленных специалистов, в медицинское оборудование и использование современных лекарств. Эти цели

В России наблюдается не просто отставание финансирования, а отсутствие концепции социальной политики здравоохранения.

требуют нахождения баланса между издержками, с одной стороны, и всеобщей доступностью медицинских услуг, с другой. Каким должно быть здравоохранение, чтобы поддерживать этот баланс? Международный опыт, обобщённый в рекомендациях ВОЗ, свидетельствует, что это модель здравоохранения с приоритетом первичной помощи и развитой профилактической функцией, потому что в учреждениях первичной помощи пациенты могут выявлять и на ранних стадиях предупреждать развитие хронических заболеваний. Эти заболевания являются приобретёнными, их возникновение связано с особенностями образа жизни и поведения в отношении здоровья. Такая модель наилучшим образом может обеспечивать доступность медицинских услуг и разумность издержек на поддержание их качества [Атун 2004]. Хронические заболевания как государству, так и пациенту проще и дешевле предупредить, чем лечить.

Вместе с тем эта модель может заработать и стать эффективной при выполнении ряда требований. Во-первых, учреждения первичной помощи должны быть максимально доступны по ряду критериев. К ним относятся: принцип территориальной доступности; бесплатные услуги в сочетании с невысокими тарифами дополнительных платных услуг; обеспеченность достаточным и современным набором оборудования, позволяющего проводить все виды диагностики; наконец, это такая организация предоставления услуг, в которой предусмотрена координация терапевтической и специализированной помощи, обеспечивающая комплексный подход к лечению (маршрут пациента), и в которой минимизированы потери времени.

Во-вторых, предупреждение хронических заболеваний требует, чтобы первичные учреждения (поликлиники) наряду с лечебными услугами предоставляли профилактические. Для этого нужны стандарты профилактических услуг, к предоставлению которых подготовлены и экономически мотивированы врачи, с одной стороны. С другой стороны, не менее важна культура самосохранения населения, в которой на основе высокой ценности здоровья сформирована профилактическая активность и своевременная обращаемость за медицинскими услугами.

Наконец, в-третьих, при современном типе патологий необходима смена патерналистской модели отношений врача и пациента на так называемую модель «информированного согласия». В рамках таких отношений возможно формирование у населения высокой ценности здоровья, повышение грамотности и информированности в сфере поддержания здоровья, что в результате и формирует профилактическую активность. В рамках этой модели существует равный баланс ответственности за результат лечения у врача и пациента, поддержанный правовыми нормами. Когда все эти требования соблюдены, как показывают обзоры экспертов ВОЗ по странам, уровень удовлетворенности населения услугами здравоохранения обычно возрастает [Атун 2004].

Вызовы, предъявляемые системам здравоохранения для всех стран, сегодня одни и те же: обеспечить доступность медицинских услуг для широких слоёв населения и контроль качества медицинских услуг.

## Реорганизация здравоохранения в рамках национального проекта «Здоровье»

Правительство РФ провозгласило целью модернизации здравоохранения создание модели с приоритетом первичной медицинской помощи с развитыми профилактическими услугами. Это означает, что в первичном звене – поликлиниках – населению будет предоставляться основной объём медицинских услуг (до 80%), соответственно туда будут направляться и основные потоки финансирования. В предыдущие периоды развития советского, а затем российского здравоохранения у нас было наоборот: основной объём услуг и финансирования был в стационарной помощи. Там концентрировалось лучшее современное оборудование, и уровень квалификации врачей стационаров был самым высоким. А поликлиники из-за бедности оборудования имели в глазах населения низкий статус, квалификация врачей поликлиник оценивалась соответственно.

С введением национального проекта «Здоровье» в 2006 г., действие которого продолжается до настоящего времени, были осуществлены финансовые вливания и прописаны механизмы организации предоставления услуг в учреждениях первичной помощи. В это же время создавались варианты государственной концепции, последний из которых «Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.» предварительно обсуждался в 2011 г.

Реорганизация здравоохранения осуществляется уже на протяжении двух десятков лет. Однако в принимаемых правительством концептуальных программах, в том числе и в перечисленных выше, последствия модернизации применительно к населению не отслеживались. Не было проанализировано, как само население оценивает реализуемые меры в контексте доступности и качества оказываемой медицинской помощи, насколько оно, как потребитель медицинских услуг, удовлетворено предпринятыми со стороны государства мерами. Но главное упущение состоит в том, что нет анализа готовности населения участвовать в модернизационном процессе, с точки зрения его культурных и материальных ресурсов. Но ведь здравоохранение существует в диалоге с населением, нельзя модернизировать один компонент системы, не затрагивая другой и даже не учитывая его параметры.

С этой целью мы проанализировали данные 27 исследований, проведённых за последние 10 лет в различных регионах страны, в которых население или пациенты учреждений первичной помощи давали оценки различным аспектам организации предоставления/получения услуг, и высказывали своё

отношение к преобразованиям в здравоохранении. Задачей было показать, как этот процесс шёл «на самом деле» в оценках населения.

Исследования последних десятилетий продолжают констатировать низкий статус поликлиник в оценках населения, неудовлетворённость качеством и организацией предоставления медицинских услуг, профессиональным уровнем врачей и отношениями с ними [Шилова 2012]. Данные исследований показывают, что проблема доступности первичной помощи для населения остаётся актуальной и до сих пор нерешённой прежде всего для тех групп населения, у которых выше уровень потребности в медицинских услугах. Доступность услуг снижена практически во всех социально-экономических и демографических группах населения. Во-первых, можно констатировать низкий уровень доступности для занятого (работающего или обучающегося) населения: из-за большой потери времени в условиях сложившейся организации предоставления услуг. Во-вторых, доступность снижена для низкодоходных групп населения из-за разветвлённой структуры платных услуг на диагностику, лечение, реабилитацию и дорогие лекарства. В-третьих, доступность услуг снижается с возрастом пациентов и из-за роста тарифов, и из-за плохой организации предоставления услуг. Наконец, для сельского населения с грунтовыми дорогами, нерегулярным и дорогим транспортным сообщением, территориальной удалённостью поликлиник проблема доступности носит характер исключения из сферы медицинского обслуживания. Таким образом, наибольшие трудности в получении доступа к услугам первичной помощи концентрируются в низкодоходных группах пожилых людей, проживающих в сельской местности.

Не менее важной проблемой для современной поликлинической помощи остаётся низкое качество услуг из-за недостаточного и устаревшего диагностического оборудования, недостаток расходных материалов. А врачи поликлиник, работая в таких условиях, не в состоянии поддерживать на должном уровне свои профессиональные навыки.

В качестве первого звена системы здравоохранения поликлиники работают автономно: пациенты отмечают трудности получения направлений на углублённую диагностику и специализированное лечение даже на информационном уровне. Информационные функции по координации диагностики и лечения с помощью других медицинских учреждений вместо поликлиник выполняют неформализованные социальные сети: родственники, знакомые, коллеги, виртуальные социальные сети интернета. Но и внутри самих учреждений координация между общим и специализированным лечением не работает, что не позволяет осуществлять комплексное и целостное лечение пациента. Выборочное повышение зар-

Исследования последних десятилетий продолжают констатировать низкий статус поликлиник в оценках населения, неудовлетворённость качеством и организацией предоставления медицинских услуг, профессиональным уровнем врачей и отношениями с ними.

платы врачам-терапевтам сломало даже тот механизм координации специализированной и терапевтической помощи, который работал до преобразований.

Основная функция первичной помощи – профилактика заболеваний, на которую направлены главные усилия по преобразованию здравоохранения, – по-прежнему не получила дальнейшего развития. Осуществляется усечённая диспансеризация по дешёвым стандартам только в отношении предписанных категорий учащихся и групп работающего в бюджетной сфере населения. Эффективность осуществляемой диспансеризации соответствует величине отпускаемых на неё средств.

Поликлиники не имеют условий для формирования профилактической активности и грамотности населения, для профилактического обслуживания инициативных пациентов. Население, в свою очередь, не видит смысла в профилактической активности на базе поликлиник. Поскольку финансирование не позволяет оснастить современным диагностическим оборудованием все поликлиники, а подчас не хватает и специалистов, то была выбрана стратегия создания специализированных Центров лечебно-профилактической медицины. Но как показывают исследования, в центрах снижаются и профилактическая деятельность и приток пациентов. Врачи, работающие в этих центрах, как правило, не имеют подготовки по оказанию профилактических услуг [Сабгайда, Павлов 2011].

Для того, что бы в профилактической деятельности поликлиник были заинтересованы и врачи и пациенты, нужно создать стандарты первичных и вторичных профилактических услуг и оплачивать их предоставление (как это делается в европейских странах). Пусть в условиях дефицита средств это будут небольшие доплаты, но мотивация медицинских работников уже начнёт создаваться. И, конечно, в подготовку врачей и медсестёр нужно включить дисциплины: «профилактическая медицина» и «основы психологии общения», «социальная профилактика». Это действительно создаст условия для формирования ценности здоровья, улучшит грамотность пациентов, показатели устранимой смертности. В целом это создаст предпосылки для здорового образа жизни в той мере, в какой он зависит от самого населения.

Платные услуги в поликлиниках призваны расширять структуру дополнительных диагностических и лечебных услуг. Но зачастую платные услуги покрывают дефициты поликлиник в диагностических и лечебных материалах. В поликлиниках распространилась практика оплаты приёма врача или на диагностическое обследование без очереди. На самом деле это создаёт по две очереди (платную и бесплатную) на приёме к врачам и диагностику. Пациенты констатируют, что платность услуг не гарантирует качества и даже лучшего отношения к пациентам. Одним из способов добиться если не

Основная функция первичной помощи – профилактика заболеваний, на которую направлены главные усилия по преобразованию здравоохранения, – по-прежнему не получила дальнейшего развития.

нужного качества, то хотя бы внимательного отношения со стороны медицинских работников для пациентов стало развитие теневой оплаты услуг, и это превратилось в развитый рынок со сложившимися традициями. Большинство и городских, и сельских пациентов указывали, что платили за те или иные услуги в поликлиниках вынужденно, потому что у них не было выбора.

Врачи в свою очередь вынуждены оказывать услуги не по медицинским показаниям, а по платёжеспособности пациентов, особенно при подборе лекарств, что приводит к неэффективному лечению и создаёт для врачей определённые моральные трудности. Это в конечном итоге государству обходится дороже на последующих этапах развития болезней. Исследования показывают, что дальнейший рост объёмов и структуры платных услуг невозможен. Проблема неравенства в получении медицинских услуг остаётся и будет нарастать вслед за ростом неравенства доходов среди населения. Политика соплатежей здравоохранения с населением набирает новые обороты: медицинские учреждения будут всё больше ориентированы на доходы от населения. Рост доходов за последний период времени происходил неравномерно: «рост объёма реальных доходов 20% самых обеспеченных (в процентах к общему объёму за годы реформ) составил почти 25%, в то время как для 20% «бедных» объём реальных доходов снизился почти на 18%. А это означает, что богатые группы населения будут иметь институциональные преимущества, что позволит им перетягивать эффекты экономического роста на себя [Шевяков 2010: 66]. Население, особенно низкодоходное, уже исчерпало свои возможности в соплатежах медицинской помощи с государством и реагирует отказом от его услуг.

Предложенный реформаторами механизм конкурентности врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, фактически не работает. Из-за незавершённости преобразований отсутствует практика правового регулирования отношений врача и пациента. До недавнего времени это было связано с территориальным принципом закрепления за врачами участков с пациентами. Но принцип выбора врача не поддерживается и самими врачами, чтобы не создавать напряжённость в отношениях с коллегами. В предложенной сегодня концепции нет всех необходимых условий для действия механизма конкурентности, в частности пока оплата труда производится не за объём оказанных услуг.

Пациенты в поликлиниках выступают как пассивные потребители услуг, практика защиты их интересов не сформировалась до сих пор. Неудовлетворённое услугами поликлинической помощи население не видит способов и смысла в предъявлении протеста учреждениям здравоохранения как в силу

Предложенный реформаторами механизм конкурентности врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, фактически не работает. Из-за незавершённости преобразований отсутствует практика правового регулирования отношений врача и пациента.

институционального недоверия, так и в силу собственной правовой неграмотности. Страховая медицина гарантирует только получение медицинских услуг, но не результат лечения.

Помимо инфраструктурных и организационных ограничений, как показывают исследования, пациенты неудовлетворены формальным отношением со стороны врачей, их слабой заинтересованностью в коммуникации. Пациенты раздражены нежеланием врачей обсуждать с ними стратегии лечения, принципы подбора лекарств. Большинство врачей не интересуют условия и особенности жизни пациентов, что даёт основную информацию при диагностике и лечении хронических заболеваний. Сегодня, когда пациент платит за услуги, он начинает проявлять бóльшую заинтересованность в информации о вариантах лечения и его последствиях, но наталкивается на сопротивление врачей, не желающих обсуждать такие темы или подчас не имеющих для этого времени. Но главных препятствий со стороны врачей для углублённого общения с пациентами два: отсутствие у них экономической мотивации на предоставление любой дополнительной информации, и отсутствие психологической подготовки к коммуникации с представителями разных социальных групп пациентов, а также профилактических знаний.

Вместе с тем опросы врачей показывают, что они часто согласны с претензиями пациентов, и объясняют свои промахи перегруженностью, ограниченным временем приёма пациента и необходимостью большого объёма записей в медицинских картах [Максимова 2002].

В 1970-х гг. в результате массового общественного движения в защиту прав пациентов в западных странах патерналистская модель отношений врача и пациента была трансформирована в современную модель «информированного согласия», которая базируется на усилении коммуникативной функции. В России подобной трансформации так и не произошло.

Платные услуги в том виде, как они существуют сегодня, не приводят к персонификации отношений врача и пациента, не способствуют мотивации врача ни к повышению качества услуг, ни к профилактической деятельности в отношении пациентов. Правда, в последней редакции концепции время на приём пациента у врача увеличено до 20 минут, а нормы численности населения, обслуживаемого врачами, снижены. Это несомненно приблизит отношения врача и пациента к новой модели, но разгрузит ли очереди – не ясно.

Подводя итоги, с учётом оценок населением деятельности поликлиник как первичного звена здравоохранения на описываемом этапе времени, мы должны констатировать следующее. До сих пор предпринятые меры ощутимых поло-

жительных результатов не принесли. Сама система первичной медицинской помощи практически оказалась не готова к существенным переменам внутри неё.

## Девиантные стратегии поведения населения и их последствия

Из отчетов экспертов ВОЗ по страновым оценкам функционирования систем здравоохранения известно, что любая, сколь угодно эффективная система всегда имеет неудовлетворительные оценки со стороны населения. Потому что пока не создана модель идеальной системы, она всегда будет испытывать определённые ограничения со стороны государства: «Во всех странах признаётся, что существуют определённые ограничения в уровне всеобщего медицинского обслуживания. Вопрос в том, какой это уровень и какие это ограничения» [Тэннер 2011].

Однако неудовлетворённость медицинскими услугами, в частности услугами первичной помощи, у нас не просто растёт на протяжении двух десятков лет реформ, а является питательной средой для развития девиантных стратегий поведения населения при необходимости получения медицинской помощи: обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний (иногда с расчётом попасть сразу в стационар для получения более квалифицированной помощи); отказ от лечения при «лёгких», с точки зрения пациентов, заболеваниях; самолечение, при котором пациенты сами ставят себе диагноз и назначают лечение, черпая информацию из фармакологической рекламы, СМИ, специальной литературы, от сотрудников аптек. Сегодня, когда растёт обеспеченность домохозяйств интернетом, а вместе с этим и практика «лечения» с его помощью. Это не только получение фармакологической и медицинской информации, но в буквальном виде получение советов от врачей – «виртуальное лечение» на основе предоставленных пациентами сведений, а иногда и просто использование обсуждений на форумах по соответствующим типам патологий. Наконец, это обращение к неофициальной медицине. В ответ на рост практик самолечения сформировался огромный рынок альтернативных услуг, в котором, с точки зрения пользователей, преодолены многие негативные моменты официальной медицины.

Эти практики мы оцениваем как девиантные, так как они приводят в лучшем случае к запущенным формам болезней, к обострению имеющихся других хронических заболеваний, к инвалидизации и, в конечном итоге, к преждевременной смерти (обратимся к показателям «сверхсмертности» мужчин трудоспособных возрастов).

Неудовлетворённость медицинскими услугами у нас не просто растёт на протяжении двух десятков лет реформ, а является питательной средой для развития девиантных стратегий поведения населения при необходимости получения медицинской помощи.

Эти практики носят вынужденный характер. Так, опрос ФОМ в 2008 г. в 44 субъектах РФ показал, что 52% предпочитают лечиться самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае. Но на уровне установок 53% опрошенных самолечение не одобряют, что подтверждает вынужденность такого поведения [ФОМнибус 13.09.2008]. Наконец, опрос 4 тыс. респондентов, проведённый Минсоцразвития спустя три года, показал те же данные, что и ФОМ [Минсоцразвитие 2011]. Данные исследований показывают, что даже пациентам, имеющим более высокие показатели культуры отношения к здоровью и материальные возможности, приходится отказываться от медицинских услуг первичной помощи. Девиантные стратегии пациентов в отношении здоровья вносят огромный вклад в снижение уровня здоровья населения. В нашей стране ежегодно около 1 млн 800 тыс. человек умирают, не получая медицинской помощи от так называемых «устранимых причин смертности». Это как раз тот показатель, который говорит о последствиях описанных нами стратегий [Михайлова 2010].

Ещё в советские времена бесплатной, но всем доступной медицины, культура самосохранения российского населения отставала от уровня культуры развитых стран. Её характерной чертой являлась готовность к эксплуатации здоровья, сегодня, когда остро стоит проблема доступности медицинских услуг по целому спектру критериев для разных социально-демографических групп населения, культура самосохранения опустилась ещё ниже: к эксплуатации здоровья добавились практики самолечения.

Негативные последствия распространённых стратегий наступают быстро, они уже проявлены в нашей статистике заболеваемости и смертности. Речь идёт не только о снижении уровня здоровья населения и связанных с ним больших социально-экономических потерях государства. Все выявленные стратегии поведения (в том числе и общение с врачами через интернет, обращение к неофициальной медицине) оставляют пациентов незащищёнными с правовой точки зрения, без возможности исправить тяжкие последствия для здоровья вследствие неправильного лечения. Отсутствие правового контроля ведёт в свою очередь к разрастанию стихийных рынков непрофессиональных услуг. Вред от распространения подобных стратегий состоит в том, что они снижают роль в обществе медицинского экспертного знания, снижают мотивацию врачей к наращиванию качества профессиональных навыков. Любое снижение уровня культуры, в какой бы сфере оно не наступило, влечёт за собою длительные сбои в жизни общества и в деятельности социальных институтов.

Наконец, девиантные стратегии населения способствуют дезорганизации самого здравоохранения. Уровень общественного здоровья определяется по показателям обращаемости

населения за медицинскими услугами. По этим показателям определяется потребность населения в различных видах медицинской помощи, прогнозируются и планируются ресурсы и финансирование здравоохранения. Вследствие этого необращаемость населения за медицинскими услугами искажает информативность существующих показателей, скрывает реальную картину заболеваемости населения.

Борьба с девиантными стратегиями потребует не только решения проблем с доступностью услуг, но времени и необходимых условий для формирования новых ценностей в сфере здоровья и у населения, и у медицинских работников. Перечисленные девиантные стратегии поведения населения при необходимости получения медицинских услуг представляют собою институциональные риски общественного здоровья, которые обладают большой инерционностью.

Природа этих рисков в той или иной степени вытекает из особенностей процесса модернизации первичной помощи. Причём риски появились не как неизбежные последствия смены старых моделей и механизмов новыми, а как следствие недоучёта реформаторами необходимых компонентов социальной политики, прежде всего – особенностей культуры самосохранения населения, его адаптационных ресурсов; игнорирование коммуникационных ресурсов политики в диалоге с населением. Объяснение такой ситуации состоит в следующем. Во-первых, государство в проведении модернизации страны в целом (и в здравоохранении в частности) является монополистом, то есть оно не только определяет направление модернизации и является её инициатором, но выбирает методы и средства. Дефицит ресурсов ни в коем случае не может оправдывать откладывание социокультурной модернизации здравоохранения. Пока государство не заботится о мотивации населения и врачей в инновационной деятельности, пока и те, и другие предполагаются пассивными участниками преобразований, государству не на кого опереться в модернизационных инициативах. В этом случае они будут оборачиваться своей противоположностью – рисками общественного здоровья.

Во-вторых, особенность российского здравоохранения состоит в том, что его «идеологи» принимают ответственность здравоохранения за уровень здоровья населения только исходя из его лечебной функции. В то время как при современном типе патологий здравоохранение должно контролировать всю совокупность факторов, влияющих на здоровье населения, как основной государственный эксперт по проблемам общественного и индивидуального здоровья. Этот контроль должен состоять в привлечении других социальных институтов, включая государство (например, при решении экологических проблем здоровья, качества продуктов питания и т. п.), к формированию общественной и индивидуальной культуры самосохране-

ния, к решению проблем мотивации здорового образа жизни населения и конкретной личности. Министерству здравоохранения пора осознать, что именно оно несёт ответственность за низкую культуру самосохранения населения, в том числе и за девиантные стратегии поведения.

Модернизация здравоохранения нацелена в основном на совершенствование финансовых потоков. Она не учитывает интересы населения, которое ожидает от реформ в первую очередь повышения доступности медицинской помощи и выполнения декларируемых гарантий. Это подтверждается близостью оценок пациентами деятельности здравоохранения независимо от палитры региональных различий систем местного здравоохранения.

Международный опыт модернизации первичной помощи свидетельствует о том, что вливание финансов и оснащение поликлиник современным оборудованием сами по себе не приведут к повышению организационной доступности и качества услуг, которое, в свою очередь, не повысится без изменения модели отношений врача и пациента, так же как сама модель не изменится без дополнительной подготовки врачей. Материалы исследований последнего десятилетия показывают, что это связанные между собой задачи, которые требуют комплексной реализации. Незавершённость или просто игнорирование каких-то элементов того будущего результата, которого предполагается достичь в результате всех преобразований, сводят на нет уже предпринятые усилия. В свою очередь, девиантные стратегии населения при необходимости получения медицинских услуг являются следствием откладывания задач социокультурной модернизации.

## Заключение

Реализация социокультурной модернизации здравоохранения связана с восстановлением его роли в структуре общества. Сегодня здравоохранение выступает как социальный институт, который на минимальном уровне взаимодействует с другими социальными институтами в отношении формирования у населения новых норм и ценностей в сфере здоровья. Функция экспертного медицинского знания перестала быть в обществе востребованной на всех трёх уровнях: государством, другими социальными институтами и населением. Основная задача модернизации первичной помощи – расширить понимание профилактической деятельности как для врачей и медицинского персонала, так и для населения, показать, что она намного шире, чем возможности здравоохранения. Речь идёт о создании и внедрении концепции формирования ценности здоровья на общественном и индивидуальном уровнях, о профилактической активности,

Модернизация здравоохранения нацелена в основном на совершенствование финансовых потоков. Она не учитывает интересы населения, которое ожидает в первую очередь повышения доступности медицинской помощи и выполнения декларируемых гарантий.

о новом балансе ответственности населения и государства за уровень здоровья. В реализации этой концепции есть задачи, предназначенные для других социальных институтов государства: образования, СМИ, права, семьи, института финансирования. Но формулировать эти задачи и добиваться их статуса в социальной политике государства должна система здравоохранения как главный эксперт проблем общественного здоровья.

## Библиографический список

1. Атун Р. А. 2004. Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения с целью её ориентации на услуги первичной медицинской помощи? // WHO [электронный ресурс]. URL: <http://do.gendocs.ru/download/docs-156847/156847.doc> [дата посещения: 30.11.2008].
2. Горина Е. А. 2012. Индекс человеческого развития в России и других странах мира. Обзор по материалам доклада ПРООН // Spero. № 16. Весна-лето.
3. Государственные расходы на образование в странах Европейского Союза. Российские реформы в цифрах и фактах. 2010 // Общество и экономика. № 2.
4. Денисова И. 2012. Экономика здоровья. // Портал Полит.ру [электронный ресурс]. URL: <http://www.polit.ru/article/2012/04/04/denisova/> [дата посещения: 15.02.2013].
5. Дмитриева Е. В. 2002. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр.
6. Доклад ООН 2011. Индекс человеческого развития в странах мира 2011 г. // Центр гуманитарных технологий [электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2011/11/03/3705> [дата посещения: 17.02.2013].
7. Доклад ЮНЕСКО. 2007. США лидируют по расходам на сферу образования // Центр гуманитарных технологий [электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2007/10/17/1400> [Global Education Digest 2007: Comparing Education Statistics Across the World](http://www.unesco.org/education/educationdigest2007/) [дата посещения: 15.02.2013].
8. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. 2011 // Врачебные файлы [электронный ресурс]. URL: <http://www.spruce.ru/text/conceptio/02.html> [дата посещения: 17.02.2013].
9. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17 ноя-

- бря 2008 г.). 2008 // КонсультантПлюс [электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=law;n=90601> [дата посещения: 15.02.2013].
10. Люблинский В. В. 2008. Модернизация в социальной сфере: тенденции социальной политики в эпоху глобализации // Россия в глобальных процессах: поиски перспективы / Отв. ред. член-корреспондент РАН М. К. Горшков – М.: ИС РАН.
  11. Максимова Т. Н. 2002. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: PerSe.
  12. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 19.12.2011. Опрос населения // Официальный сайт Минздравсоцразвития РФ [электронный ресурс]. URL: [www.minzdravsoc.ru](http://www.minzdravsoc.ru) [ дата посещения: 10.02.2013].
  13. Михайлова Ю. В. 2010. Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России // Федеральный справочник. Т. № 10 [электронный ресурс]. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2010/II/z10-mihaylova%281%29.pdf> [дата посещения: 10.02.2013].
  14. Сабгайда Т. П., Павлов Н. Б. 2011. Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». Вып. от 28 февраля [сетевое издание]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/> [дата посещения: 10.03.2013].
  15. Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. 2012. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. – М.: Экономика.
  16. Тэннер М. 2011. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах мира // Портал Полит.ру [электронный ресурс]. URL: <http://www.polit.ru/article/2011/04/28/tanner/> [дата посещения: 10.02.2013].
  17. ФОМнибус. 2008 г. Самолечение: распространённость практики // Официальный сайт ФОМ [электронный ресурс]. URL: [http://bd.fom.ru/report/cat/home\\_fam/healthca/d083723](http://bd.fom.ru/report/cat/home_fam/healthca/d083723) [дата посещения: 10.02.2013].
  18. Шевяков А. Ю. 2010. Мифы и реалии социальной политики // Вестник Института социологии. № 1 [сетевое издание]. URL: [http://www.vestnik.isras.ru/files/File/Vestnik\\_2010\\_01/shevyakov.pdf](http://www.vestnik.isras.ru/files/File/Vestnik_2010_01/shevyakov.pdf) [дата посещения: 10.02.2013].
  19. Шилова Л. С. 2012. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения. – Saarbrucken.: Lap Lambert Academic Publishing.