*Кузьминова Тамара Александровна. Студентка 4 курса программы «Политология и мировая политика» Высшей Школы Экономики в Санкт-Петербурге. Участница Научно-учебной группы исследований устойчивости и изменчивости политических курсов под руководством А. Ю. Сунгурова. Второй семестр 2015-2016 учебного года проходила обучение по обмену в Университете Масарика, Брно, Чехия.*

**Тема: «(Не)политические проблемы имплементации реформы здравоохранения 2004 года (на примере Омской области)».**

В начале 2000-х годов в России была запущена масштабная программа реформ, которая коснулась, в том числе, и сферы здравоохранения. Как известно, и об этом не раз писали, российская система здравоохранения к 2004 году накопила в себе большое количество проблем. О том, что с российским здравоохранением было «что-то не так», можно судить по ключевым показателям, представленным на сайте Росстата: это и продолжительность жизни, снизившаяся с 1991 года со среднего показателя 68,9 лет до 65,3лет в 2004 году, и процент смертности россиян, который к 2004 году составил 16,4% на 1000 человек населения, что на 5,2% больше по сравнению с показателями 1991 года, в добавок, смертность от болезней разного рода также увеличилась в несколько раз.[[1]](#footnote-1)

Здесь мы наблюдаем парадокс: мир не стоит на месте, технологии развиваются, исследователи бьются над вакциной от рака, а в России процент людей, умерших от заболеваний системы кровообращения за 15 лет вырос со 137,1 до 246,9 случаев на 100 тысяч человек.[[2]](#footnote-2) И нам никто не запрещает винить в этом мутирующие и развивающиеся заболевания, однако, медицинские технологии уже шагнули вперед достаточно для того, чтобы купировать многие заболевания и даже совсем избавлять от них людей. Почему же российская медицина молчит? Возможно, проблема кроется в том, какой приоритет отдает правительство системе здравоохранения: старается ли оно, например, обеспечить эту отрасль необходимыми ресурсами – кадровыми, технологическими, материальными.

В действующей на территории Российский Федерации Конституции 1993 года сказано, что каждый гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи.[[3]](#footnote-3) То есть российское государство очень непосредственно вторгается в эту область и должно обеспечивать граждан медицинским обслуживанием, чтобы каждый из нас в любое время мог обратиться за помощью и получить ее. Закон это гарантирует, однако, что происходит на деле? Опрос аналитического центра «Левада» показал, что в государственные гарантии граждане не верят: на 2004 год 72% опрошенных на вопрос «*Как вы считаете, можете ли вы, другие члены вашей семьи, получить сейчас при необходимости хорошее медицинское обслуживание?*» ответили «*скорее, нет / определенно нет*».[[4]](#footnote-4) Налицо дефицит доверия к российской медицине. Кроме того, в первой половине 2000-х годов, назрела проблема финансирования сектора здравоохранения: из чего складывается статья расходов на здравоохранение и, почему она составляет такой незначительный процент от ВВП? Вместе с тем, неуклонно растет количество предоставления платных услуг населению, что отнюдь не делает медицину доступнее. Указанные и многие другие проблемы по-своему влияют на качество предоставляемых медицинских услуг и их доступность для населения.

С течением времени проблемы в рамках системы здравоохранения становились все заметнее, что, в свою очередь, подтолкнуло правительство к необходимости проведения реформы. Однако, несмотря на то, что о намерениях провести полномасштабную реформу системы здравоохранения было сказано не раз, в какой-то момент что-то в реформе «сломалось», и сегодня, спустя 12 лет, государственные деятели с разных площадок заявляют о несостоятельности реформирования здравоохранения и о необходимости пересмотра этого процесса: ключевые показатели в этой сфере не только не улучшаются, заметно даже ухудшение[[5]](#footnote-5).

Как и любая другая реформа в социальной-экономической сфере, реформа здравоохранения, задуманная и разработанная правительством в 2004 году, после принятия была «спущена» для реализации в регионы, где встретила определенное сопротивление как со стороны региональных политических акторов, так и со стороны простых граждан. Не исключением стала Омская область.

В теоретическом измерении имплементация является одной из последних стадий политического цикла, который, как теоретический конструкт, позволяет анализировать реформы. Согласно данному подходу, на каждой из стадий политического цикла в игру вступают определенные игроки, от которых зависит успех того или иного этапа[[6]](#footnote-6). В случае нашего исследования, как уже было сказано, такой стадией является имплементация (***implementation***) реформ в регионах, а ключевыми игроками оказываются региональные акторы, заинтересованные в реализации политического курса или сопротивляющиеся ему, будь то региональные политические элиты и бюрократия, заинтересованные лица, целевые группы. Нам интересно, какие сложности на этапе запуска реформы здравоохранения в регионах возникли перед ключевыми игроками. Существовали ли на этой стадии заинтересованные группы, которые смогли трактовать и видоизменить реформу на стадии ее имплементации для реализации собственных интересов в сфере Омского здравоохранения. Также нам важно понять, как общественность в лице граждан и целевых групп реагировала на те или иные действия местного правительства, другими словами, встретила ли реформа одобрение в обществе.

Таким образом, **исследовательский вопрос** в рамках настоящей работы может быть сформулирован следующим образом: с какими проблемами политического характера столкнулось правительство Омской области в процессе имплементации реформы здравоохранения 2004 года?

**Объектом** нашегоисследования мы определяем процесс имплементации реформы здравоохранения в Омске в период с 2004 по 2009 годы, **предметом** – политические проблемы, возникшие в процессе ее имплементации.

В качестве **цели** исследования выступает выявление проблем политического характера, возникающих из-за действий акторов политического процесса – в первую очередь, бюрократии и общества, реагирующего на действия бюрократов в процессе имплементации реформы здравоохранения в Омске.

**Задачи** отвечают цели исследования:

* подготовить теоретическую базу: изучить литературу по следующим теориям: «государство в обществе» ***(state-in-society)***, государственная автономия и состоятельность ***(state capacity and state autonomy)***, «уличная бюрократия» ***(street-level bureaucracy)***, конструирование целевых групп ***(social construction of target population)***;
* на основе теоретического материала вывести необходимые для исследования гипотезы;
* изучить и проанализировать официальные документы, материалы СМИ и статистические данные, связанные с реформой здравоохранения (федеральный и региональный уровень);
* произвести качественный анализ омских региональных газет с фокусом на объекте и предмете исследования;
* отследить динамику целевых показателей здравоохранения в регионе в период с 2004 по 2009 годы;
* опираясь на теоретическую базу и на собранный эмпирический материал, выявить и описать проблемы имплементации реформы здравоохранения в Омске, связанные с действиями основных игроков регионального уровня в этой сфере.

Настоящее исследование выполнено в рамках методологии **кейс-стади**. В процессе подготовки эмпирического материала с помощью **качественного анализа** было проанализировано 77 статей из региональных периодических изданий. Кроме того, был проведен **анализ статистических данных** и **основных целевых показателей**, связанных как с федеральным, так и с региональным здравоохранением.

Поскольку объектом настоящего исследования является процесс имплементации реформы здравоохранения, то нам интересно выяснить, какие именно проблемы могли возникнуть на пути ее реализации уже после того как ее контуры были обрисованы и приняты на федеральном уровне. Мы сужаем поле исследования до одного субъекта РФ – Омской области, что поможет нам выявить региональные условия, создавшие препятствия на пути реализации реформы. В выявлении характера и сути проблем нам поможет выбранная теоретическая база: на ряд вопросов, поставленными перед исследованием, мы найдем ответ в подходе, предложенным Джоэлом Мигдалем – «государство в обществе» ***(state-in-society)***; в чем-то нам поможет разобраться модель функционирования «уличной бюрократии» Майкла Липски (***street-level bureaucracy***) и теория конструирования целевых групп Хелен Ингрэм и Энн Шнайдер (***social construction of target population***), а также нам понадобится подход Тэды Скочпол, выявляющий два важных параметра функционирования государства – автономию и состоятельность (***state autonomy, state capacity***).

На основе построенной теоретической базы мы постараемся понять, во-первых, почему государству могут не удастся реформы; во-вторых, почему имплементаторы и «уличная бюрократия» являются значимыми акторами в процессе реализации реформы; и в-третьих, какое именно воздействие на ход реформы могут оказывать целевые группы.

1. Федеральная Служба Государственной Статистики [Официальный сайт]. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/) (дата обращения 21.11.15). [↑](#footnote-ref-1)
2. Там же. [↑](#footnote-ref-2)
3. Статья 41 Конституции Российской Федерации от 12.12.1993 г. (в ред. от 30.12.2014 г.) // Российская газета. 1993.25 декабря. [↑](#footnote-ref-3)
4. Россияне не рассчитывают на хорошее лечение, образование и работу по специальности (данные на 26.08.2004) [Электронный ресурс] // «Левада-центр» Аналитический центр Юрия Левады [Официальный сайт]. URL: <http://www.levada.ru/2004/08/26/rossiyane-ne-rasschityvayut-na-horoshee-lechenie-obrazovanie-i-rabotu-po-spetsialnosti/> (дата обращения 21.11.2015). [↑](#footnote-ref-4)
5. Например, Счетная палата проверила доступность качественной медпомощи и образования [Электронный ресурс] // Российская газета [Официальный сайт]. URL: <http://www.rg.ru/2015/04/14/optimizacya-site.html> (дата обращения 21.11.2015). [↑](#footnote-ref-5)
6. Brewer G.D. “The Policy Sciences Emerge: To Nurture and Structure a Discipline” // Policy Sciences. Vol. 5. №. 3. P.3-5. [↑](#footnote-ref-6)