



РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» И РАЗГРАНИЧЕНИЯ БЮДЖЕТНЫХ ПОЛНОМОЧИЙ

*Л.М. Мухарямова, И.Б. Кузнецова-Моренко,
Р.Г. Петрова, Л.Н. Салахатдинова*

Цель проекта – выявить ключевые аспекты трансформации социальной политики в сфере здравоохранения в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий в столичных городах, крупных и мелких муниципалитетах Татарстана и Марий Эл. Сопоставимые объемы доходов и расходов муниципалитетов при существенных различиях в уровне и темпах экономического развития регионов позволяют выполнять сравнение процессов создания новых механизмов в координации государственного и муниципального уровней здравоохранения. Статья представляет исследование материально-экономических, организационных и социальных проблем, связанных с реализацией закона о разграничении бюджетных отношений (в рамках реформы местного самоуправления, закон № 131-ФЗ). Показывается воздействие реформ на доступность и эффективность услуг, переведенных в муниципальную собственность: в сфере получения скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных и больничных учреждениях и медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, оцениваются экономические и социальные риски реформы.

Ключевые слова: социальная политика, здравоохранение, местное самоуправление

Введение

Национальный проект «Здоровье» и процесс разграничения бюджетных полномочий в рамках реформы местного самоуправления

повлекли за собой одни из наиболее значимых трансформаций в здравоохранении России современного периода. С момента введения законов «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (№ 95-ФЗ от 04.07.2003) и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (№ 131-ФЗ от 06.10.2003) российское здравоохранение отныне разделено на государственное (федеральное и региональное) и муниципальное. На субъекты РФ возлагается обязанность по формированию расходов бюджетов субъектов в части оказания специализированной медицинской помощи. К полномочиям муниципального района отнесено оказание скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Начало реализации в эти же сроки национального проекта «Здоровье», по сути, сопровождает решение экономических и технико-организационных проблем по изменению межбюджетных отношений. По словам бывшего министра здравоохранения и социального развития РФ М.Ю. Зурабова, правительство, не ожидая окончания разграничения полномочий между уровнями власти, отложив рыночные реформы, отступив от принципов независимости бюджетов, готово напрямую финансировать региональное и муниципальное здравоохранение из федерального бюджета [Вислогузов, 2005].

Насколько программы по материальному обеспечению отрасли в рамках национального проекта, сегментация системы здравоохранения на государственный и муниципальный уровни, разрушение привычной управленческой вертикали позволят сохранить существующий уровень и улучшить объем и качество оказываемой медицинской помощи? Какие риски могут иметь реформы? Поиску ответов на эти вопросы посвящена данная статья, базирующаяся на исследовании в Республике Татарстан и Марий Эл в 2006 и в 2008 годах. Анализу подвергались: нормативно-правовая база, касающаяся национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий в сфере здравоохранения в Татарстане и Марий Эл; субъективные оценки управленцев различного ранга процессов, происходящих в сфере здравоохранения в условиях разграничения межбюджетных отношений и реализации национального проекта в исследуемых регионах. Исследование базируется на сочетании методов: проведены 37 глубинных интервью с представителями законодательной и исполнительной власти республик, главами и заместителями муниципальных образований, руководителями городских управлений здравоохранения, главными врачами республиканских и муниципальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ); анализ официальных выступлений руководителей республик и сообщений СМИ; кейс-стади «родильные дома».

Региональные особенности реализации социальной политики в сфере здравоохранения

Республика Татарстан выступает высокодоходным субъектом РФ, регионом-донором, характеризующимся сильной централизацией власти. Республика Марий Эл – дотационный регион, демонстрировавший в годы постсоветского развития значительную конкуренцию разных политических сил. Реализацию закона № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» обе республики начали с 01.01.2006 г. [Федеральный Закон... 2003]. Последние 15 лет республики демонстрировали разные модели политико-управленческих процессов. Особенностью политического развития Татарстана является стабильность и наличие до 2006 года жесткой властной вертикали: наряду с Башкортостаном, где главы администраций городов и районов назначались президентом субъекта до принятия Закона Республики Татарстан от 6 апреля 2005 года № 64-ЗРТ «Об исполнительных органах государственной власти Республики Татарстан», отдающих муниципалитетам больше свободы в рамках реализации федерального закононо о местном самоуправлении.

Руководители отделов здравоохранения, главные врачи городов и районов Татарстана до конца 2005 года параллельно со своим постом были формально сотрудниками аппарата Министерства здравоохранения республики. Таким образом, Татарстан приступил к реализации закона № 131-ФЗ без опыта самостоятельной и инициативной работы и соответствующего уровня ответственности на местах.

Для политического развития Республики Марий Эл (РМЭ) характерна большая динамичность, обусловленная конкуренцией и отсутствием достаточных ресурсов у различных групп, претендующих на власть. За время постсоветского развития в этой республике сменились три президента. В связи с этим здесь управленцы среднего звена привыкли к большей степени самостоятельности.

Вопрос об объемах муниципальной части региональных бюджетов выступает достаточно острым. Так, на встрече Б. Грызлова с руководителями областных центров 50 российских регионов в ноябре 2006 года говорилось о явной недостаточности той финансовой базы, которая передается муниципалитетам с новыми полномочиями [Федеральная власть...2006]. Наполняемость налоговой базы муниципалитетов в РТ не достигает 70 %, а в РМЭ она самая низкая среди регионов Приволжского ФО [Регионы Приволжского ФО... 2006]. Поэтому закономерно, что III съезд Совета муниципальных образований Татарстана в мае 2008 года снова выступил с призывом изменить Налоговый и Бюджетный кодексы в сторону децентрализации налоговых полномочий [Демина, 2008].

Многие управленцы и на уровне субъектов федерации, и на уровне муниципалитетов не в полной мере информированы о глубине преобразований: в представлениях руководителей различного уровня категория «муниципальная власть» в целом плохо или совсем не вычленяется из системы государственной власти. Наше исследование полностью подтверждает результаты, полученные Ж.Т. Тощенко и Г.А. Цветковой: сегодня на разных уровнях власти отсутствует четкое понимание сущности идеи местного самоуправления [Тощенко, Цветкова, 2006. С.78]. С другой стороны, руководители республиканского уровня и члены муниципального сообщества мало верят в искренность государства по передаче полномочий. Реформы воспринимаются как «очередная игра», не меняющая существенно образом жизнь местных сообществ. Поэтому большинство наших респондентов настроены пережить «и эти реформы» с наименьшими потерями, не увлекаясь самоуправлением и не обольщаясь коммунитаристскими идеалами.

Важной составляющей той стратегии развития, которая получила название «татарстанская модель», является декларирование активной социальной политики. Она получила политическое подтверждение и в новейших условиях. Руководство Татарстана обозначило амбициозные задачи: создание в республике системы здравоохранения на уровне развитых стран [Мухаметшин, 2006]. В официальных выступлениях руководителей Республики Марий Эл вопросы здравоохранения в достаточной степени актуализированы, однако, здесь столь масштабных задач как достижение европейского уровня не ставится.

Реальная картина развития отрасли в Татарстане не совсем согласуется с публичной риторикой официальных властей. По данным Министерства здравоохранения (МЗ) РТ, по итогам 2007 года Татарстан по финансированию здравоохранения показал результаты ниже российских нормативов: если по Российской Федерации в целом показатель равнялся 3 951 рублю в расчете на одного человека, то в РТ он составил 3 932 рубля [Отчет Министерства здравоохранения Республики Татарстан... 2008. С. 86]. Исполнение консолидированного бюджета здравоохранения в 2007 году в РТ выше расходов 2006 года на 23,8 %, что соответствует повышению зарплаты на 15 %, индексации коммунальных расходов, расходов на питание и медикаменты в соответствии с установленными индексами-дефляторами. Финансирование отрасли в 2007 году из средств ОМС и средств бюджета осуществлено на 98 % от плана. Справедливости ради отметим, что разрыв между среднероссийскими показателями финансирования здравоохранения и данными РТ, более ощутимый в 2004 и 2005 годах, постепенно сокращается: в 2004 году финансирование на одного человека в Татарстане составляет 64,7 % от среднероссийского показателя, в 2005 году – 72,5 %, в 2006 году – 95,2 %, в 2007 году – 99,5 %.

В дотационной РМЭ в 2006 году финансовое обеспечение отрасли по данным МЗ РМЭ в расчете на одного жителя с учетом поступлений из федерального центра по национальному проекту «Здоровье» достигло 3 590 рублей, что было на 212 рублей выше, чем в среднем по России и на 374 рубля выше, чем в РТ. В 2007 году картина изменилась: финансирование программы государственных гарантий увеличено лишь на 13,6 %, обеспеченность средствами в расчете на одного жителя – 83,1 % от российского норматива и составляет 3 285 рублей.

Какие же стратегии прорыва в сфере здравоохранения обозначены в республиках?

Первое. В Татарстане ставится задача формирования новой социальной политики, направленной, как заявлено, на изменение качества жизни населения – повышение уровня жизни и расширение инфраструктурного обеспечения. По словам Премьер-министра РТ Р.Н. Минниханова, «необходимо четко понимать, сколько учреждений здравоохранения, социальной защиты, культуры, спорта должно быть в республике... Наша задача не в том, чтобы создавать новые учреждения, а в том, чтобы предоставлять возможности для создания среды по оказанию услуг» [В Кабмине обсудили... 2006]. Что для этого делается? Татарстан стал участником пилотного проекта по одноканальному финансированию здравоохранения. По мнению организаторов эксперимента, система финансирования учреждений по факту оказанной помощи позволит определить реальную стоимость каждой медицинской услуги: «когда услуга имеет свою конкретную цену, ее можно выставить на конкурс и тем самым привлечь частные медицинские структуры к ее оказанию» [Чеснокова, 2008]. С 2006 года по 2007 год количество субъектов частного здравоохранения, получивших лицензию, увеличилось в два раза (326 и 160 соответственно) [Об итогах деятельности органов и учреждений... 2008].

Предполагается, что такая политика должна способствовать реальной оптимизации расходов и более эффективному использованию бюджетных средств любого уровня. Одновременно в Казани начат процесс ликвидации слабо оснащенных и устаревших клиник (уже ликвидированы две городские больницы, летом 2008 года закрывается на реконструкцию еще одна, планируется объединения стационарных, поликлинических учреждений) и ускоренное развитие высокотехнологичных республиканских и муниципальных медицинских учреждений, в которых высококвалифицированную диагностическую помощь и стационарное лечение должно получать большинство жителей республики.

Анализ выступлений руководителей Марий Эл не позволяет пока говорить о задачах по формированию новой инфраструктуры, здесь чаще употребляют термин «оптимизация системы». Однако и здесь делается упор на централизацию и создание современных учреждений. По мнению министра здравоохранения республики, это единственно возможный

вариант: многие районы насчитывают население от 11 до 16 тыс. человек, на которое в новых условиях невозможно содержать центральные районные больницы. В республике взят курс на централизацию родовспоможения в перинатальном центре г. Йошкар-Олы: в 2006 году – 65,3 %, в 2007 году – 68,4 % всех родов прошли в этом учреждении.

Второе. Реализация реформы местного самоуправления актуализировало такой метод государственного управления, как система индикативного управления. Внедрение этой системы в Татарстане началось еще в 1998 году. Сегодня построен такой механизм, при котором получение субсидий из регионального бюджета софинансирования социальных расходов, согласно специальным соглашениям между правительством республики и муниципальными образованиями, заключенными в июне 2006 года, зависит от достижения определенных индикаторов. В 2006 году в перечень индикаторов жизнедеятельности включено 11 показателей, в том числе обеспеченность медицинской помощью. По мнению сторонников индикативного управления, эта система позволила увеличить количество районов-доноров по сравнению с 2000 годом с 4 до 20, а к 2010 году планируется, что дотационных районов в Татарстане останется не более 7. Отдельные соглашения подписываются и между Минздравом РТ и главами исполкомов МО. По этим документам республика передает госзаказ на обязательное медицинское страхование районам, принимает на себя дополнительные обязанности по обучению и аттестации врачей, а взамен требует от районов проведения статистических наблюдений в сфере здравоохранения, согласования исполкомами МО с МЗ назначения главного врача, содержания отдельных видов специализированной помощи. По словам заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан, такие соглашения стали инструментом «восстановления» управления отраслью.

Индикативное управление принято и в Республике Марий Эл. Как выразился министр здравоохранения республики В.В. Шишкин, *«система здравоохранения – только на этапе становления этого инструмента»* (интервью с В.В. Шишкиным). В этой республике также подписаны соглашения между правительством и исполкомами муниципальных образований, между Министерством здравоохранения и муниципальными учреждениями здравоохранения, в которые включены такие индикаторы, как младенческая смертность, материнская смертность, уровень госпитализации и другие. Финансирование государственного заказа Министерство здравоохранения Республики Марий Эл старается строить на основе достижения индикативных показателей. В интервью министр отметил, что *«сегодня районам, которые привели свою структуру к оптимальной, при расчете стоимости единицы услуги мы даем повышающий коэффициент»*.

Какие проблемы для системы здравоохранения обнаружило начало реформ? По мнению заместителя министра здравоохранения Республи-

ки Татарстан А.А. Гильманова, для развития отрасли наиболее остро стоят следующие вопросы. В первую очередь, для Татарстана — это определение статуса, источников финансирования, принципов деятельности межрайонных центров, которые создавались и на базе городских ЛПУ и в районных больницах. Таких центров и отделений, специализирующихся в определенных направлениях, в республике создано 124. В условиях муниципальной реформы содержание таких центров, оказывающих помощь жителям нескольких районов, за счет местного бюджета одного района проблематично, а закрытие их будет означать реальное ухудшение медицинской помощи населению. Далее, проблемы межбюджетных отношений проявляют себя в организации деятельности скорой помощи. В Казани, например, 20 % вызовов скорой медицинской помощи приходится на приезжих. Остаются вопросы и по организации специализированной помощи: специализированные больницы и диспансеры перешли в ведение республики, но перспективы развития специализированной помощи в виде кабинетов (наркологического, фтизиатрического и других) в учреждениях первичной помощи не отрегулированы.

В целом сохранение целостности системы здравоохранения и ее управляемости, на наш взгляд, у руководителей отрасли особых тревог не вызывает. Татарстан всегда отличался высокой степенью концентрации власти на уровне республиканских органов. Тенденция к централизации власти наблюдается и в Марий Эл. По мнению министра здравоохранения республики, высказанному в исследовательском интервью: *«отсутствие централизации власти в РМЭ — это уже миф. <...> Даже при приеме на работу главные врачи районов подписывают трехсторонний контракт: исполком МО, министр и главный врач, т.е. у главного врача муниципального учреждения реально два работодателя».*

Во время интервью с руководителями системы здравоохранения было высказано солидарное мнение о том, что *«здравоохранение — это государственная задача и поэтому деление на муниципальный или региональный уровень не допустимо. Должна быть единая система. Только тогда мы обеспечим равную, доступную медицинскую помощь всем районам — и богатым и бедным, и большим и маленьким»* (министр здравоохранения Марий Эл В.В. Шишкин). *«Слишком быстро развивающаяся отрасль, слишком больших капиталовложений требует. Муниципальные образования все равно без помощи государства не смогут ее развивать»* (заместитель министра здравоохранения Татарстана А.А. Гильманов).

Возможности муниципалитетов в финансировании здравоохранения: мнения руководителей ЛПУ

Учреждения здравоохранения Татарстана и Марий Эл находятся на разных этапах реформы местного самоуправления. Если здравоохране-

ние Марий Эл функционирует в муниципальном управлении давно, то татарстанские ЛПУ переживают переходный этап. Эти различия формируют разные настроения. По заявлению главных врачей, ЛПУ Республики Марий Эл переведены в муниципальное управление уже с середины 1990-х годов, у них есть опыт сотрудничества с исполкомами муниципальных образований: в Татарстане руководители первые годы были заняты переоформлением собственности из государственной в муниципальную, регистрацией уставов, оформлением лицензий.

Финансовые аспекты реализации закона. Реализация закона № 131-ФЗ о разграничении бюджетных полномочий и реформа местного самоуправления, по оценке руководителей ЛПУ, пока не принесла ощутимых трансформаций на деятельность учреждений, которые изначально были в ведении города или района. Большинство опрошенных нами экспертов как в Татарстане, так и в Марий Эл, признались, что оценивают реформу лишь как смену вывески. Многие эксперты сомневаются в возможности финансирования учреждений из местного бюджета. По словам главы администрации Бавлинского муниципального района Республики Татарстан (Бавлы – нефтедобывающий район) А. Хабибуллина, *«муниципальным образованиям в массе своей средств хватает в лучшем случае, чтобы свести концы с концами... и местной власти приходится ходить с протянутой рукой, выпрашивая на экономическое пропитание»*. Главные врачи считают, что это результат несправедливой налоговой политики, которая оставила муниципалитетам всего два налога: *«если раньше в 1997, 1998, 1999 у нас было по 15 млн рублей и тратили в основном на покупку оборудования, то сегодня это 2–3 млн... Получается у нас деньги отняли по этой реформе... вернули подачкой такой маленькой»* (главный врач одного из нефтедобывающих районов РТ).

Эксперты в Татарстане считают необходимым пересмотр как федеральной, так и республиканской законодательной базы для выравнивания возможностей регионов. Особенно это актуально для нефтяных районов: *«все идет в федеральный бюджет, часть в региональный бюджет, а вот в муниципальный бюджет ничего нет. А жители, которые там проживают, они получают негативные факторы от добычи нефти, у них экология портится, состояние здоровья портится»* (специалист по организации здравоохранения, профессор, г. Казань).

Главные врачи Марий Эл предполагают, что дополнительное финансирование ЛПУ как было, так и будет происходить за счет федеральных средств, полученных в Йошкар-Оле и распределенных по муниципалитетам в соответствии с нормативами.

Одно из объяснений неуверенности в реформе – это сложившаяся практика финансирования из Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). Львиная доля бюджета учреждения как формирова-

лась, так и формируется Фондом обязательного медицинского страхования — этим и объясняется невнимание руководителей к реформе. *«Здравоохранение немного отделено от района, варится в собственном соку. Основные финансы за счет ОМС. Мы немного помогаем ремонтами»*, — оценивает ситуацию заместитель по экономическим вопросам руководителя исполкома одного из сельских дотационных районов РТ. Однако, по оценке экспертов, система ОМС аккумулирует лишь около 40 % совокупного объема государственного финансирования, что порождено невыполнением субъектами РФ обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме [Татарников. 2006. С. 58]. Таким образом, сложившаяся система ОМС не оказала существенного влияния на эффективность ресурсов здравоохранения, но породила снижение внимания местных властей и, как реакцию, обиду медиков: *«...на сегодняшний день районные отделы здравоохранения отжили свое. Они ничего не имеют: ни денег, ничего. Кроме власти и сбора бумажек — это они могут, к сожалению»*, — отметил главный врач одной из лидирующих поликлиник г. Казани.

При недостатке средств, получаемых из бюджета и ФОМС, национальный проект «Здоровье» восполнил ощутимые пробелы в финансировании. Согласно материалам Минздрава РТ, в финансировании программы государственных гарантий на 2007 год из средств консолидированного бюджета здравоохранения (14 978,7 млн р.), доля средств, поступивших в рамках реализации национального проекта «Здоровье», составила 18 % (2 691,6 млн р.) [Отчет Министерства здравоохранения... 2008]. В большинстве случаев главные врачи отмечали приобретение необходимых оборудования и материалов сверх бюджета. Для одного из обследуемых ЛПУ Марий Эл национальный проект полностью изменил структуру источников. Если в 2005 году 45 % бюджета составляли поступления из городской казны, 47 % — ФОМС, 8 % — платные услуги, то в 2006 году 30 % бюджета ЛПУ составляли средства от родовых сертификатов.

Можно утверждать, что разграничение межбюджетных отношений — составная часть широкой реструктуризации системы оказания медицинской помощи, направленной на активизацию резервов местных сообществ и рыночных механизмов в здравоохранении. Реструктуризация включает в себя «обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов медицинской помощи,... преобразование значительной части медицинских учреждений в альтернативные организационно-правовые формы государственных (муниципальных) автономных учреждений и автономных некоммерческих организаций, обладающие большей самостоятельностью в использовании ресурсов и получающие эти ресурсы за результаты своей деятельности» [Татарников, 2006. С. 59].

Анализируя данные интервью, мы не увидели готовности главных врачей к поиску путей самофинансирования ЛПУ (за исключением единичных учреждений Казани и других крупных промышленных центров Татарстана, имеющих многолетний опыт рыночной деятельности). С одной стороны, это объясняется отсутствием сложившейся практики, а в неблагополучных муниципалитетах, таких как, например, Волжск (Марий Эл), отсутствием платежеспособности населения, которое не привыкло платить даже за такую традиционно оплачиваемую услугу, как роды.

Среди руководителей лечебных учреждений отношение к внебюджетной деятельности весьма неоднозначно. С одной стороны, существует понимание необходимости введения платных услуг для функционирования ЛПУ и, с другой стороны, осознание неготовности населения к подобным услугам. Особенности казначейского исполнения внебюджетных доходов и расходов также выступает барьером для развития платных услуг. Особые сложности вызвало введение с 1 января 2006 года Федерального закона № 94 «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Все респонденты единодушно отметили, что повседневная деятельность ЛПУ с введением закона усложнилась. Для оформления документов конкурсов всем пришлось набрать специальный штат юристов и менеджеров. Таким образом, государство из всех возможных вариантов обеспечения экономии и транспарентности бюджетных средств, выбрало самый громоздкий и неэффективный, когда контроль за результатами финансовой деятельности руководителя заменен контролем за выполнением процедур.

Деятельность в новых условиях ставит руководителей лечебных учреждений перед необходимостью совмещения одновременной реализации национального проекта и выполнения госзаказа. Люди, подлежащие обязательной диспансеризации (бюджетники от 35 до 55 лет, работающие во вредных условиях), не учитываются в планах ОМС. Для ЛПУ это чревато сокращением плана на следующий год. «*Единственный выход – приписки*» (главный врач района). Руководители городских управлений здравоохранения считают, что приписки появились и в диспансеризации.

Структурные изменения в здравоохранении и трансформация медицинской помощи

С какими проблемами приходится сталкиваться главным врачам при реализации закона о разграничении межбюджетных отношений? Признавалось, что переход поликлиник в муниципальное ведение ведет к сокращению возможностей этих учреждений, и соответственно падению престижа: «... *В городских учреждениях науки, высоких технологий*

не осталось. А сегодня нам отводят роль первичного звена. Т.е. ты взял человека, посмотрел — если что-нибудь у него там сложное — иди в республику» (гл. врач поликлиники, депутат городского совета г. Казани). В результате увеличивается время на выявление и лечение заболеваний, что в целом может негативно сказаться на здоровье населения.

Неоднозначно оценивается сокращение количества участковых больниц. По мнению главных врачей районов, ликвидация участковых больниц приводит к увеличению неравенства в доступности медицинской помощи: дневные стационары, которые замещают традиционные больницы в городах, малоэффективны в сельской местности: «Почти невозможно на селе лечить в дневном стационаре, это имитация. Ведь это без отрыва от дома, скотины, сенокоса, то есть без охранительного режима. Я специально анализировал эффективность, она в дневном стационаре в полтора раза меньше, лечение в полтора раза идет дольше», — считает главный врач одного из сельских районов РТ. Поездка в город за лечением недоступна для значительной части сельчан, особенно проживающих в удаленных районах.

У специалистов вызывает сомнения предполагаемая от такого сокращения экономия бюджетных средств: «Единственную экономию я вижу в сокращении единственного в штате повара-буфетчицы на 1,5–2 тыс. рублей и 33 рубля на питание одного больного в день. Коммунальные расходы в основном условно-постоянные, мало зависят от того, ночуют больные или нет, а вместо медсестры придется вводить охранника...» (главный врач ЦРБ РТ). Что очень интересно, почти не происходит декларируемого сокращения количества врачей, медсестер, коек, а происходит простое перетекание кадров и, соответственно, финансов из сельского и муниципального уровня здравоохранения в вышестоящий и более дорогой республиканский уровень. Так, за 2001–2005 годы количество врачей в РТ (кроме республиканских клинических больниц — РКБ) уменьшилось на 950 человек, а в РКБ увеличилось на 859 человек [Большая медицина, 2006].

Главные врачи сельских муниципальных районов отмечают удорожание содержания фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Если раньше все работы по текущему содержанию имущества несли сельские поселения, то по ФЗ № 131 они отнесены к муниципальному району. «Раньше за элементарный ремонт, капитальный ремонт, текущий ремонт как-то у нас голова не болела, это решалось на уровне сельского совета, а сейчас уже я посылаю специалиста, вплоть до того, что вот кран протекает, я должен послать специалиста, шифер обвалился, то же самое» — высказывает солидарную позицию районных ЛПУ, главный врач одного из районов РТ.

Руководители лечебных учреждений опасаются появления безработицы среди врачей, которая в особенности угрожает районным

и сельским медикам: *«Кончится тем, что человек, который в районе был, останется без работы, ведь медик не переедет. <...> Значит, врач безработный – театр абсурда, при том, что мы только и говорим, что на селе у нас не хватает врача...»* (главный врач, Йошкар-Ола).

Одновременный старт реформы местного самоуправления и национального проекта «Здоровье» привел к увеличению организационной нагрузки (больше нареканий по объему делопроизводства вызвал именно последний проект). Затрудняют переход ЛПУ на «новые рельсы» и нехватка информации о деталях реформ.

Наличие структурных проблем в сфере здравоохранения сдерживает оптимизм в связи с реализацией национального проекта «Здоровье». Опрос медицинских работников и администраторов здравоохранения, проведенный фондом «Общественное мнение», оказался созвучным данным нашего проекта: было показано, что для работников администрации здравоохранения характерен осторожный оптимизм в оценке роли проекта «Здоровье»: среди них велика доля тех, кто считает, что проект принесет незначительные позитивные изменения (43 % против 33 % по выборке в среднем) [Исследование целевых групп Нацпроектов, 2007. С. 9].

Таким образом, обнаруживаются следующие проблемы, связанные с переходом здравоохранения на муниципальный уровень. Первая группа проблем может быть обозначена как нехватка муниципального финансирования. Вторая может быть обозначена как проблемы финансового менеджмента ЛПУ, связанные с необходимостью введения платных медицинских услуг, с реализацией закона «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Третья группа проблем связана со структурным изменением медицинских услуг, переведенных на муниципальный уровень: сокращение возможностей поликлиник по выявлению и лечению заболеваний, падение престижа первичного звена ЛПУ, снижение доступности медицинского обслуживания для сельских жителей, увеличение безработицы среди врачей районных и сельских больниц. Проведенный анализ подтверждает сформулированное еще в начале реформ мнение о том, что местное самоуправление в возможностях влияния на реализацию социальной политики весьма ограничено [Ярская, 2003. С. 15].

Региональное финансирование специализированной помощи: проблемы реорганизации и социальные риски

Если в Марий Эл было всего два муниципальных учреждения, оказывающих специализированную помощь, переведенных в результате реформы на уровень субъекта федерации, то в Татарстане существова-

ла разветвленная сеть городских специализированных учреждений. В связи с этим трансформации не могли быть безболезненными. Главы муниципальных образований были настроены на защиту и сохранение «своих» организаций. По словам респондентов, в Татарстане реализуется модель, при которой создается одно специализированное учреждение в Казани с филиалами по республике. В отличие от некоторых других регионов (в качестве примеров называют Башкортостан, Чувашию, Мордовию), объединивших специализированные службы в жесткие структуры, безо всякой самостоятельности подразделений, в Татарстане предполагается, что филиалы будут обладать некоторой самостоятельностью. Они будут защищать и утверждать свои сметы в головном учреждении, но иметь свои счета и относительно автономно вести текущую деятельность. Данная система скрывает в себе многие ловушки.

Если до муниципальной реформы городские учреждения здравоохранения могли конкурировать с республиканскими по перечню предоставляемых услуг, то в настоящее время их статус понизился: *«У нас в городских поликлиниках могли быть кафедры, развивалась наука, а сейчас все научные методики, высокие разработки ушли на республиканский уровень...»*, — делится своими опасениями главный врач казанской городской поликлиники, оснащенной по требованиям диагностического центра. Эта трансформация может привести к оттоку ведущих специалистов городских клиник в республиканские учреждения, а также в невозможности здоровой конкуренции между ЛПУ. *«Здравоохранение России не выйдет из кризиса, пока не будет системы конкуренции: между лечебными учреждениями, между врачами, по качеству медицинских услуг. Если мне гарантировано финансирование, прогресса не будет»*, — признает главный врач республиканского специализированного учреждения, доктор медицины. Данные факторы в целом могут сыграть негативную роль в обеспечении населения доступной и высококвалифицированной медицинской помощью.

Повышаются риски от последствий возможных ошибок главного врача: *«Если я ошибусь в определении структуры или приоритетных методик, то демократических механизмов, противовесов уже нет, — считает главный врач другого республиканского учреждения, — если я считаю, что так правильно, то вся республика будет так же работать»*. У пациента ограничиваются возможности для обращения за независимой экспертизой в другое учреждение. Велика опасность появления организационных дисфункций, связанная как с большим размером клиник, так и с потерей связей с другими организациями здравоохранения города (района). Оценивая сложность управления специализированной помощью из одного центра, когда ни один вопрос в филиалах не решается без личного участия главного врача республиканского

учреждения, по опыту прошедших после реструктуризации полутора лет один из главных врачей с грустью заметил: *«иногда быстро важнее, чем правильно»*.

У руководителей специализированных служб вызывают вопросы будущее специализированных кабинетов (фтизиатрических, дерматовенерологических, онкологических и др.) в муниципальных учреждениях. Поскольку согласно новому законодательству специализированную помощь должна обеспечивать республика, существование подобной помощи в районных ЛПУ может быть под вопросом. При дефиците участковых врачей и врачей общей практики, который наблюдается повсеместно, начался массовый переход узких специалистов в статус врачей общей практики. По совместительству эти врачи на 0,5 или 0,25 ставки продолжают работать фтизиатрами или венерологами, однако, по мнению главных специалистов, результативность их работы снизилась.

Концентрация специализированной помощи в республиканских или областных центрах снизит ее доступность для жителей малых городов и села.

Скорая медицинская помощь в условиях реализации национального проекта «Здоровье» (на примере Республики Марий Эл)

Национальный проект «Здоровье» оказал значительное влияние на развитие системы скорой медицинской помощи (далее – СМП) в Марий Эл. Благодаря полученным средствам повысилась зарплата 490 врачей и медицинских сестер службы СМП [Приоритетные национальные проекты]. За два с половиной года полностью обновился автопарк машин «скорой помощи» – было получено 128 единиц новой техники. В результате Россия впервые приблизилась к нормативному коэффициенту 1 – один санитарный автомобиль на 10 000 населения, а коэффициент по Марий Эл даже превысил норматив и по состоянию на конец 2007 года составил 1,2 [Бирючева, 2007].

Существенным преимуществом Марий Эл, связанным с реализацией национального проекта, по словам министра здравоохранения республики В. Шишкина, является то, что «все 65 врачей “скорой” прошли первичную подготовку по единым схемам ведения больных. Не во всех регионах дело обстоит так хорошо: 27 % в стране еще не прошли первичную специализацию» [Все о приоритетном национальном проекте «Здоровье» в Марий Эл... 2007]. Одновременно с позитивными изменениями, деятельность станций скорой медицинской помощи сельских районов республики сталкивается как со своими специфическими проблемами, так и общими проблемами, характерными для

организации скорой помощи вообще. Рассмотрим некоторые показатели одного из сельских районов Республики Марий Эл, условно назовем его N.

По районному ЦРБ заняты 177 средних медицинских работников, в том числе 14 фельдшеров и 5 акушерок отделения СМП [Чучалина, 2007]. В 2006 и 2007 годах отделение СМП района N получило четыре автомобиля скорой медицинской помощи класса «А» и два – класса «В». В практику работы СМП ввели усовершенствованное оборудование – ЭКГ-аппарат, глюкометр, дефибриллятор, пульсометр и так далее. В связи с этим показатели эффективности и оперативности работы отделения СМП стали выше.

Вместе с тем большинство бригад СМП сельских районов не имеют в своем составе врача и укомплектованы только средним медицинским персоналом и фельдшером. Это накладывает на них повышенные обязательства, часто не совпадающие с их образовательным уровнем и профессиональными и функциональными возможностями и обязанностями. При выполнении обязанностей по оказанию скорой медицинской помощи в составе фельдшерской бригады фельдшер является ответственным исполнителем всей работы, а в составе врачебной бригады он действует под руководством врача [Шестаков, 2007. С. 30–31]. У среднего медицинского персонала, таким образом, возникает противоречие: надо оказать больному помощь, но и избежать ответственности перед законом, если выполняешь несвойственные статусу функции. Отсюда мера ответственности сельского фельдшера СМП и городского коллеги не равнозначна.

С началом реализации национального проекта повсеместно (и по РТ, и по РМЭ) изменилась структура вызовов, в частности, повсеместно снизилось количество вызовов по внезапным заболеваниям. Госпитализация больных бригадами и стационарами стала осуществляться реже, поскольку врачи стационаров стараются не госпитализировать больных, которые могут и должны наблюдаться у участковых терапевтов в поликлиниках по месту жительства. Таким образом, *«амбулаторно-поликлиническое звено в связи с реализацией проекта более тщательно стали подходить к здоровью населения, проводят более полные обследования, тем самым, уменьшив число вызовов к данным группам больных»* (из интервью с врачом скорой медицинской помощи, Марий Эл). Тем не менее проблема, связанная с нецелевым использованием ресурсов скорой медицинской помощи, по-прежнему актуальна. Так, по республике Марий Эл служба скорой медицинской помощи на 68–69 % выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных. По мнению главного внештатного специалиста по службе скорой медицинской помощи Минздрава республики Марий Эл

Виктора Салеева, «мы (“скорая”) зачастую выезжает к тем больным, чье состояние ухудшилось из-за того, что они необдуманно отказались от соцпакета, забыли купить свои лекарства, или у них нет на них денег, или просто забыли принять вовремя свое лекарство. Ну и ладно, рассуждают они, придет “скорая” и сделает бесплатный укол. Мы к некоторым больным ездим по 130 раз в год! А если из-за забывчивого пациента в другом конце города действительно умирает человек, нуждающийся в нашей помощи?» [Бирючева, 2007].

На сегодняшний день немалую часть вызовов в сельской местности занимают заболевания с сопутствующим алкогольным опьянением. Следует отметить, что к больным в состоянии абстиненции за 2007 год фельдшерские бригады одного из районов РМЭ выезжали 316 раз (20 % от общего количества вызовов). Причем, наибольшее число вызовов данного рода – сельское население работоспособного возраста, которые алкоголизируются в результате отсутствия работы на селе, низкого прожиточного уровня и отсутствия перспектив на будущее. Структура вызовов скорой медицинской помощи отражает особенности как культуры поддержания здоровья населения, которая низка в большинстве случаев, так и роль медицины, которая сводится в большей степени к оперативному лечению, а не к профилактике.

В большинстве случаев уровень денежных выплат персоналу пока никак не связан с результатами работы – ни с количественными, ни с качественными показателями. Нам представляется, что введение дифференцированной оплаты труда в зависимости от объема, профессионального риска, уровня квалификации и зоны обслуживания будет мотивировать медицинский персонал к инновациям в работе и внесет элемент социальной справедливости.

Таким образом, скорая медицинская помощь сталкивается с проблемами нехватки персонала с высшим медицинским образованием, выполнением скорой помощью функций поликлиник и стационаров и недифференцированной оплатой труда у медиков. Низкий уровень и качество жизни населения, несформированность культуры здорового образа особенно проживающего на селе, диктует необходимость усиления просветительской и предупреждающей работы здравоохранения.

«Родовые сертификаты» – достижения и ограничения (на примере г. Казани)

Для описания изменений, связанных с реализацией национального проекта «Здоровье» в сфере оказания медицинской помощи женщинам во время и после родов в городе Казани, в рамках проекта было осуществлено дескриптивное кейс-стади [Jin, 1989. P. 51].

Учитывая тот факт, что многие роддома из года в год вынуждены утверждать смету с дефицитом средств, возможность на полученные по сертификатам средства приобретать медицинское оборудование и медикаменты выступило положительным последствием введения родовых сертификатов.

Реализация данного направления национального проекта «Здоровье» вызвало, тем не менее, ряд организационных и нормативных затруднений. Во-первых, не была обеспечена нормативная база, регламентирующая порядок распределения. Главврачи роддомов получили документ, согласно которому предписывалось выделение двух тысяч рублей для женской консультации и пяти тысяч рублей – для родильного дома, причем на заработную плату по родильному отделению – 40 %, по женской консультации – 60 % (без конкретизации). Таким образом, сертификат предполагал оплату непосредственно задействованного в родах медперсонала – акушерки и врача, в то время как реально бывает задействован еще ряд специалистов. Вот как характеризуют сложившуюся ситуацию главврачи роддомов г. Казани: *«Младший персонал, нянечки задействованы, но им деньги не выделяются, анестезиолог, особенно если это сложные роды, присутствует, педиатр должен принять ребенка – и выходит, что они из этой финансовой цепочки выключены»*. В итоге во многих роддомах распределение осуществляли главврачи на основе коллегиальных обсуждений в коллективе путем создания рабочих комиссий, в зависимости от степени вклада в родовой процесс.

Обнаружилось противоречие между методическими указаниями Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РТ. Согласно инструкции первого ведомства выплаты могут быть получены лаборантами, санитарками и др., в то время как Минздрав РТ рекомендовал осуществлять их только врачам и медсестрам. Реально же оба официальных письма не имеют силы приказа, создавая разночтения и возлагая огромную финансовую ответственность на главврача роддома.

Среди сложностей, с которыми столкнулись родильные дома и женские консультации с введением родовых сертификатов, явилась дополнительная нагрузка на медицинский персонал по заполнению документов из-за отсутствия в штатном расписании должности программиста. По мнению экспертов, решение вопроса должно осуществляться не на уровне главврача, а на уровне Горздрава и Минздрава.

Исследование показало, что, несмотря на декларацию свободы выбора роддома в связи с введением сертификатов, на практике возможности выбора выступают ограниченными. Роженицы из сельских районов, кроме беременных с патологиями, направляемых в город, вынуждены обращаться в роддом в своем населенном пункте. Выбор

горожанок детерминирован наличием на момент родов свободных коек: *«Вы, конечно, имеете право, но у нас же коек больше не стало... Я говорю: я знаю, что вы имеете право, я же вам не отказываю. Могу предупредить, что, мол, можете оказаться в коридоре»* (интервью с главным врачом роддома). Выбор рожениц ограничивается и специализацией роддома.

Другим важным изменением с введением родовых сертификатов, особенно активно пропагандируемых СМИ, должно было стать повышение конкурентности среди лечебных учреждений по родовспоможению, что, в свою очередь, способствовало бы улучшению качества медицинских услуг. Насколько оправдались эти ожидания? Как показали экспертные интервью, роддома стали заинтересованы в привлечении рожениц. Однако и в этом случае есть нюансы: роддома в спальных районах сильно заполнены, что может провоцировать вспышки инфекций: *«раньше они звонили, просили помочь... сейчас все молчат — молчат, потому что это связано с деньгами»*, — отметил главврач одного из родильных домов.

Решают ли родовые сертификаты проблему теневой коммерциализации услуг родовспоможения? Отвечая на данный вопрос, как главврачи роддомов и женских консультаций, так и другие медики были оптимистичнее рожениц. Тем не менее некоторые из них признавали проблему, т.к. зарплата врача с введением сертификата повысилась незначительно, и сертификат не позволяет выбрать врача. Оплачивающая выбранного врача роженица возвращает сертификат в ОМС. По мнению интервьюируемых беременных, в данный момент сертификаты не решают проблему теневой оплаты родов. В числе причин были указаны традиции и ментальность как пациентов, так и самих врачей. Представляется, что теневая коммерциализация родов связана также с отсутствием в Казани коммерческих роддомов наряду с наличием платежеспособного слоя рожениц.

Татарстан и Марий Эл в условиях финансовой недостаточности муниципалитетов в процессе разграничения полномочий и изменения межбюджетных отношений обеспечивают управляемость отраслью за счет заключения соглашений с муниципальными образованиями об условиях выделения средств из республиканского бюджета в рамках принципов индикативного управления. Оба субъекта федерации решают задачи по оптимизации структуры и созданию новой инфраструктуры для оказания медицинских услуг.

Решающим фактором снижения рисков при переводе первичной медицинской помощи на муниципальный уровень выступает экономическая развитость муниципалитетов. В экономически слабых муниципалитетах основными источниками финансирования остаются средства

ОМС, местного бюджета и субвенции, получаемые по национальному проекту «Здоровье».

Одновременный старт реформы местного самоуправления и национального проекта «Здоровье», выделение дополнительных средств из федеральных источников привели к сокращению финансирования здравоохранения из местных бюджетов даже в экономически развитых городских муниципальных образованиях.

Необходимость решения организационных проблем по переводу медицинских учреждений и имущества в муниципальное ведение при отсутствии ясных перспектив по наполнению местного бюджета приводят к недовольству управленцев, с одной стороны, и к соблазну переложить ответственность на плечи государства – федерального или регионального центра, к иждивенческим настроениям, снижению мотивации к среднесрочному и долговременному планированию социального развития, с другой.

По мнению руководителей лечебно-профилактических учреждений, реструктуризация здравоохранения с переводом первичной помощи на муниципальный уровень в качестве возможных негативных последствий может иметь стагнацию муниципальных учреждений, падение их престижа, удлинение сроков выявления заболеваний. Централизация специализированной помощи на уровне региона с созданием единственного учреждения по направлению может привести к уничтожению конкуренции, увеличению рисков, обусловленных неправильными решениями руководителей, снижению возможности выбора ЛПУ для пациентов, возникновению дисфункций в управлении учреждениями с территориальными филиалами и нарушению взаимодействия с местными органами. Для населения сельской местности возможно возникновение реальной угрозы снижения доступности специализированной помощи в связи ее территориальным отдалением в областные центры при сохраняющейся бедности населения села.

Перспективными направлениями дальнейшей работы в плане совершенствования скорой медицинской помощи остаются: дифференциация оплаты труда, преодоление замещения «скорой» работы амбулаторных и стационарных учреждений.

Начало реализации программы «Родовой сертификат» позволяет констатировать позитивные изменения в текущей деятельности учреждений родовспоможения – приобретение современного оборудования, совершенствования практики оказания медицинских услуг беременным и роженицам. Отсутствие четкой нормативной базы, позволяющей распределять финансовые поступления по родовым сертификатам, невысокие выплаты врачам роддомов, недостаток технического персонала для регистрации сертификатов, сложности, детерминированные конкурсной системой закупки медицинского оборудования

и медикаментов, выступают организационными дисфункциями, связанными с нововведением.

Примечания

Статья выполнена в рамках проектов «Трансформация сферы здравоохранения на субрегиональном уровне в условиях реформирования местного самоуправления и реализации межбюджетных программ» (Российский гуманитарный научный фонд № 08-00-166f, 2008) и «Социальная политика в сфере здравоохранения в условиях разграничения бюджетных полномочий в Республике Татарстан и Республике Марий Эл (сравнительный анализ)» при поддержке Независимого Института Социальной Политики (№ SP-06-2-04, 2006).

Ряд материалов данной статьи отражен в статье: Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Кулькова В.Ю., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Социальная политика в условиях разграничения бюджетных полномочий в Республике Татарстан и Республике Марий Эл // Социальная политика: реалии XXI века. Вып. 3. Независимый институт социальной политики. М.: НИСП, 2007. С. 247–275.

Список литературы

- Арсентьева С.* Больница по вкусу // Республика Татарстан. 2006. 17 авг.
- Большая медицина* // Звезда Поволжья. 2006. 30 нояб. – 6 дек.
- Бирючева О.* Если человек умирает, о ковре думать некогда // Марийская правда. 2007. 27 нояб.
- Вислогузов В.* Михаил Зурабов освоился с пятью миллиардами // Коммерсант. 2005. 15 окт.
- Все о приоритетном национальном проекте «Здоровье» в Марий Эл в программе «Ничего личного»* // Доступно по адресу: Сайт Mari Media Group. <http://www.marimedia.ru/news-print.php?news=1481>. 19.02.2007.
- В Кабмине* обсудили «подходы к формированию социальной политики» // Время и деньги. 2006. 18 окт.
- Закон Республики Татарстан от 6 апреля 2005 года № 64-ЗРТ «Об исполнительных органах государственной власти Республики Татарстан»*
- Демина И.* Власть, самая близкая народу // Республика Татарстан. 2008. 27 мая.
- Мухаметшин Р.* Национальный проект «Здоровье»: результаты уже осязаемы // Республика Татарстан. 2006. 29 июля.
- Исследование целевых групп Нацпроектов.* Вып. 11. Восприятие нацпроекта «Здоровье» в профессиональном медицинском сообществе. 2007 // Доступно по адресу: <http://bd.fom.ru/report/mar/npcg0711>.
- Мухарямова Л. М., Кузнецова-Моренко И. Б., Кулькова В. Ю., Петрова Р. Г., Салахатдинова Л. Н.* Социальная политика в условиях разграничения бюджетных полномочий в Республике Татарстан и Республике Марий Эл // Социальная поли-

тика: реалии XXI века. Вып. 3 / Независимый институт социальной политики. М.: НИСП, 2007. С. 247–275.

Об итогах деятельности органов и учреждений здравоохранения Республики Татарстан в 2007 году и задачах на 2008 год. Решение коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан. 18 февраля 2008 года.

Отчет Министерства здравоохранения Республики Татарстан «О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Республики Татарстан в 2007 году и о задачах на 2008 год». Казань, 2008.

Первый этап реконструкции перинатального центра Йошкар-Олы обошелся бюджету Республики Марий Эл в 16 млн рублей // ИнформAGENTство «Регион 12», 25.01.06.

Приоритетные национальные проекты: Первая медицинская помощь // Доступно по адресу: <http://www.rost.ru/health>.

Регионы Приволжского ФО характеризуются невысоким темпом наполняемости налоговых баз районов // ИА REGNUM. 25.08.2006. // Доступно по адресу: www.regnum.ru/news/694719.html.

Серова И. Горздрав поделил деньги МБPP: Миллион – туда, миллион – сюда // Вечерняя Казань. 2006. 12 авг.

Татарников М. А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2006. № 3–4.

Тихтарова Ю. Н. Совершенствование организации деятельности среднего медицинского персонала (структурно-функциональный аспект): Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.

Тоценко Ж. Т., Цветкова Г. А. Изменились ли проблемы местного самоуправления за последние 10 лет? // Социологические исследования. 2006. № 8. С. 78–87.

Чеснокова Е. Здравоохранению нужна интенсификация // Республика Татарстан. 2008. 15 мая.

«Федеральная власть услышала местную»: комментарий мэра Орла Александра Касьянова с совещания руководителей областных центров России // ИА REGNUM. 14.11.2006 // Доступно по адресу: www.regnum.ru/news/738318.html. 15.10.2007.

Федеральный закон Российской Федерации от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации. Одобрен Советом Федерации 24 сентября 2003 года. Опубликован 8 октября 2003 г. Вступил в силу: 1 января 2006.

Шестаков Г. С. Современное состояние организации и оценки деятельности станций и отделений скорой помощи // Менеджмент в здравоохранении. 2007. № 2. С. 30–34.

Чучалина А. Конкурс профессионалов // Сельская новь. 2007. № 20.

Ярская В. Н. Социальная политика, социальное государство и социальный менеджмент: проблемы анализа // Журнал исследований социальной политики. Том 1. 2003. № 1. С. 11–28.

Jin R. K. Case-study Research: Design and Methods. Sage Publication Inc, USA, 1989.

заведующая кафедрой истории, философии, социологии и политологии
Казанского государственного медицинского университета
электронная почта: commerce@kgmu.kcn.ru

Ирина Борисовна Кузнецова-Моренко
канд. социол. наук, заведующая отделом качественных исследований
Центра перспективных экономических исследований
Академии наук Республики Татарстан
электронная почта: irikuz@mail.ru

Расиля Галиахметовна Петрова
канд. ист. наук, доцент кафедры истории, философии, социологии
и политологии Казанского государственного медицинского университета
электронная почта: rpetrova@rambler.ru

Лейсан Наилевна Салахатдинова
канд. социол. наук, ст. преподаватель кафедры истории, философии,
социологии и политологии Казанского государственного медицинского уни-
верситета
электронная почта: leissan@yandex.ru
