

DOI: 10.26794/2404-022X-2018-8-2-64-75

УДК 323(045)

JEL I18, C13, B52

# Эффективность государственного управления и государственной службы в сфере здравоохранения

*Г.А. Борщевский,*

Российская академия народного хозяйства  
и государственной службы при Президенте РФ,  
Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0001-9099-9847>

## АННОТАЦИЯ

Цель статьи – оценка эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения в сопоставлении с развитием системы государственной службы в органах управления данной отраслью. Гипотеза предполагает закономерное соответствие процессов в развитии отрасли здравоохранения и в аппарате государственной службы, осуществляющем управление данной отраслью.

Ключевым методом является факторный анализ, связанный с привлечением статистических показателей, характеризующих развитие отрасли, и определением степени их влияния на общую тенденцию развития. В статье предложены интегральные индексы для оценки эффективности функционирования системы управления здравоохранением. Выявлено, что рост показателей развития здравоохранения происходил на фоне аналогичного возрастания значений показателей в отраслевой системе государственной службы. Все использованные показатели являются независимыми, поэтому одновременный рост и снижение индексов отражают существование объективной эмпирической закономерности. Самые низкие значения индекса развития здравоохранения отмечены в 1999–2003 гг., одинаковые значения индекса отмечены в 1991 и 2014, 1985 и 2016 гг. Реального развития здравоохранения все постсоветские годы не происходило. За все анализируемые годы значение индекса развития государственной службы в органах управления здравоохранением снизилось на 6%. Система государственной службы эволюционировала нестабильно и в целом функционирует сегодня на уровне, сопоставимом с началом 1990-х гг., но хуже середины 1980-х гг.

Можно сделать вывод, что отрасль в настоящее время развивается более быстрыми темпами по сравнению с управляющей ею системой государственной службы.

**Ключевые слова:** здравоохранение; эффективность; государственное управление; государственная служба; государственная программа; классификация показателей; госслужащие в здравоохранении

**Для цитирования:** Борщевский Г.А. Эффективность государственного управления и государственной службы в сфере здравоохранения. *Управленческие науки*. 2018;8(2):64-75. DOI: 10.26794/2404-022X-2018-8-2-64-75



DOI: 10.26794/2404-022X-2018-8-2-64-75  
UDC 323(045)  
JEL I18, C13, B52

# The Efficiency of Government Control and Civil Service in the Public Health Service

**G.A. Borshchevskiy,**

Russian Presidential Academy  
of National Economy and Public Administration (RANEPA),  
Moscow, Russia  
<https://orcid.org/0000-0001-9099-9847>

## ABSTRACT

The purpose of the article is to assess the effectiveness of public policy implementation in the public healthcare sector in comparison to the civil service system development in the health management body. The hypothesis supposes logical compliance of processes in the development of the public healthcare sector and civil service management body, which administers the given sector.

The key methodology used is factor analysis, connected with reference to statistic indices, which characterize the sector development and determine the degree of influence on the general development tendency. The article offers integral indices for the effectiveness evaluation of the healthcare management system. It is revealed that the growth of healthcare development indices took place simultaneously with a similar increase in the index values in the system of public service. All the indices used are independent, so the simultaneous index growth and decline reflect the existence of an objective empirical pattern. The lowest values of the healthcare development index were marked in 1999–2003, the same index values were noted in 1991 and 2014, 1985 and 2016.

It was proved that during post-Soviet years the real development in healthcare did not occur. For all the years analysed the value of public service development index in health management bodies decreased by 6%. The civil service system evolved unstably and generally functions today at a level comparable to the early 1990s, but worse than the mid – 1980s.

It can be concluded that the healthcare sector is currently developing at a faster pace than the civil healthcare management body.

**Keywords:** healthcare; effectiveness; public administration; public service; public program; index classification; civil servants in health care

**For citation:** Borshchevskiy G.A. The efficiency of government control and civil service in the public health service. *Management Sciences*. 2018;8(2):64-75. (In Russ.). DOI: 10.26794/2404-022X-2018-8-2-64-75

## Введение

Вопросы управления здравоохранением попали в фокус научного внимания в послевоенное время, когда произошло формирование феномена, известного как «государство всеобщего благосостояния» (от англ. *Welfare State*). Здравоохранение перестало быть лишь делом врача и пациента, а здоровье граждан вошло в число государственных приоритетов [1].

В последние годы все больше исследований посвящено проблемам выстраивания оптимальной сети медицинских учреждений. Приоритетом здесь является преодоление дезинтеграции между ними [2]. Большое значение уделяется программно-целевым методам планирования и управления в здравоохранении [3]. В частности, А.Г. Аганбегян подчеркивает неэффективное применение данных методов в России и дает рекомендации по их улучшению [4].

Определенное исследовательское внимание уделяется процессам в кадровой сфере. Известны публикации об участии государства в подготовке медицинских работников, оплате их труда [5].

Вместе с тем практически отсутствуют исследования, посвященные вопросам государственной службы в органах управления здравоохранением. Выявлена лишь одна подобная публикация, носящая описательный характер [6]. Такое положение представляется странным, так как именно государственные служащие осуществляют государственное планирование, администрируют бюджетные расходы, размещают государственный заказ, контролируют, выдают лицензии и сертификаты, т.е. приводят в движение весь механизм государственной политики здравоохранения.

## Методы

Методология настоящего исследования базируется на использовании количественных методов, распространенных в международной практике. Базовым методом является факторный анализ, связанный с привлечением статистических показателей, характеризующих развитие отрасли, и определением степени их влияния на общую тенденцию развития. В применении статистических данных для оценки эффективности управления имеется ряд проблем, которым посвящена специальная литература. Ряд авторов даже утверждают, что медицинская статистика

используется преимущественно для обоснования увеличения государственных расходов [7]. Понимая имеющиеся ограничения, мы, однако, должны констатировать, что в современных условиях не существует более точного и достоверного источника информации, чем официальная статистика.

В рамках настоящего исследования мы рассматриваем процесс реализации государственной политики в сфере здравоохранения в широком временном диапазоне — с середины 1980-х до конца 2016 г. Подобный подход позволяет проследить динамику изменений состояния системы здравоохранения от модели развитого социализма через период политического транзита к ее современному состоянию и сделать обоснованные выводы о направлении этих изменений.

Исходный перечень показателей составлен на основании действующей государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» и показателей, используемых Всемирным банком<sup>1</sup>. Из данных показателей были выбраны те, по которым существует официальная статистика за все годы исследования. Состав показателей, представленных в *табл. 1*, достаточно разнообразен.

Преобладают показатели качества, а количество экономических показателей, напротив, минимально ввиду большого влияния на них внешних переменных. Динамика ряда показателей оценивается положительно в случае их роста, а остальных в случае снижения. Значения всех показателей выявлены за каждый год и агрегированы с использованием метода главных компонент (*Principle component analysis*), позволяющего сжать массив данных без потери их информативности до простого набора индексов, отражающих характеристики всего массива.

Далее изучены преобразования системы управления здравоохранением также через количественные показатели. В качестве базовых показателей развития государственной службы в здравоохранении предложены показатели количества государственных функций, исполняемых органами управления, численность государственных гражданских служащих в данных органах, их

<sup>1</sup> Источники: СССР в цифрах. М.: ЦСУ, 1985–1990; РСФСР в цифрах. М.: ЦСУ, 1985–1990. Россия в цифрах. М.: Госкомстат, 1991–2003. Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2004–2017.

Таблица 1 / Table 1

**Соотношение классификаций показателей, описывающих развитие здравоохранения /  
The ratio of index classifications describing healthcare development**

№ п/п	Показатели Всемирного банка / World Bank indices	Показатели Госпрограммы «Развитие здравоохранения» / Indices of State Programme “Healthcare Development”	Показатели государственной статистики 1984–2016 гг. / Indices of State Statistics, 1984–2016
1	Численность медицинского персонала на 100 тыс. населения	Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	Численность врачей, чел.
2			Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения
3		Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	Численность среднего медперсонала, тыс.
4	Доступность медицинских услуг (% людей, не имеющих доступа к медобслуживанию)	–	Число больничных организаций, тыс.
5			Число поликлиник, тыс.
6			Число фельдшерских, акушерских пунктов, тыс.
7			Число больничных коек, тыс.
8			Охвачено периодическими осмотрами, млн чел.
9			Число станций скорой помощи, тыс.
10	Больничные койки на 1 тыс. чел.	–	Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. чел.
11	–		Заболеваемость, млн чел.
12	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. чел.	Смертность от туберкулеза, на 100 тыс. населения	Число больных туберкулезом, тыс.
13	–	Потребление алкоголя, на душу населения в год	Число больных алкоголизмом, тыс.
14	Уровень смертности на 1 тыс. чел.	Смертность от всех причин, на 1000 населения	Коэффициент смертности на 1000 чел.
15		Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 тыс. населения	Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. чел.
16		Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. населения	Смертность от новообразований на 100 тыс. чел.
17		–	Смертность от болезней дыхания на 100 тыс. чел.
18	Младенческая смертность, на 1 тыс. живорождений	Материнская смертность, случаев на 1 тыс. живорождений	Младенческая смертность, тыс.
19	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет
20	–	Средняя заработная плата врачей, среднего медицинского персонала и младшего медперсонала от средней заработной платы в соответствующем регионе	Отношение средней заработной платы работников здравоохранения к средней оплате труда по экономике, %
21	Расходы на здравоохранение (в % от ВВП)	–	Доля расходов на здравоохранение, % от всех расходов бюджета

Источник / Source: рассчитано автором на основании показателей, представленных в официальной статистике / calculations of the author according to the official statistics.

среднемесячный уровень оплаты труда, средний возраст и стаж, уровень образования. Предполагается, что показатели развития госслужбы должны в основном соответствовать показателям в управляемой отрасли. Случаи отклонения рассматриваются как негативная тенденция.

В 1984–1991 гг. учитывались кадры республиканских и союзных органов на территории РСФСР. Значения показателей определялись на основании статистических данных и архивных источников<sup>2</sup>. Далее осуществлено агрегирование данных с построением по ним индексов.

Наличие тесной статистической связи на фоне восходящей динамики обоих индексов позволяет оценить развитие системы как эффективное.

## Результаты

Советский Союз подошел к началу перестройки в 1985 г., имея сформированную систему здравоохранения, обладавшую преимуществами, признанными во всем мире. В основе этой модели — кооперация медицинских специалистов в рамках поликлиник, участковый принцип наблюдения пациентов с упором на профилактику, пропаганда санитарных навыков среди населения, многоуровневая система оказания медпомощи.

Развитие медицинской науки привело к росту специализации врачей, что вызвало отход от комплексного принципа наблюдения пациентов в сторону лечения отдельных симптомов. Концентрация ресурсов в сфере специализированной медпомощи вызвала хроническое недофинансирование первичного звена — поликлиник и фельдшерских пунктов. Уровень квалификации их работников снижался, как и показатели ранней диагностики заболеваний. Однако эти проблемы долгое время не замечали: программы здравоохранения концентрировались на усилении специализации.

В целом за 1984–1991 гг. рассчитанный нами сводный индекс развития здравоохранения снизился на 11%. Рост был отмечен в показателях численности медицинских работников (+2%),

числа поликлиник (+14%) и больниц (+2%), станций скорой помощи (+32%). Улучшились показатели по заболеваемости туберкулезом (–22%), смертности от болезней органов дыхания (–32%), младенческой смертности (–32%).

Однако при этом снизились обеспеченность населения медперсоналом на 3% (на фоне роста численности населения), число фельдшерских и акушерских пунктов (–3%), охват населения профилактическими осмотрами (–20%). Увеличились заболеваемость (+10%) и смертность (+9%), в том числе от болезней органов кровообращения (+12%) и новообразований (+20%). Все это происходило на фоне резкого снижения доли расходов бюджета на здравоохранение — с 9,2% в 1984 г. до 0,7% в 1991 г.

Следует отметить, что преобразования в здравоохранении не входили в число приоритетов команды реформаторов, пришедших к власти после распада СССР. По мнению экспертов, политика была скорее гибридной, чем радикально рыночной [8]. Изменения начались с системы медицинского страхования. В 1993 г. принят Закон о здравоохранении, носивший предельно демократичный, но декларативный характер<sup>3</sup>. В том же году создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) с филиалами. Целями создания Фонда было равномерное финансирование программ медицинского страхования на территории страны и контроль их исполнения.

Предпринимались попытки внедрить новые программы в здравоохранении, однако в реализации данных программ отсутствовала системность, они не были обеспечены ресурсами.

В период с 1992 по 1999 г. индекс развития здравоохранения снизился на 5%. Улучшились показатели обеспеченности врачами (+7%) и младенческой смертности (+33%). Однако эти изменения были скорее статистическими, чем реальными (например, врачи работали одновременно на нескольких ставках по совместительству). Сократились обеспеченность средним и младшим медперсоналом (–5%), число больниц (–13%), фельдшерских пунктов (–5%), охват населения профилактическими осмотрами (–52%). Усилилась заболеваемость (+12%), в том числе туберкулезом (+27%), коэффициент смертности

<sup>2</sup> Постановление Совмина РСФСР от 01.04.1969 № 197 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения РСФСР» в ред. СП РСФСР, 1981, № 5, ст. 22; Справка о численности работников центрального аппарата министерств и ведомств РСФСР на 01.01.1985 // Гос. архив РФ. Ф. А259. Оп. 46. Д. 4256. Т. 3. Л. 21–22.

<sup>3</sup> Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487–1.

увеличился на 15%, в том числе смертности от болезней кровообращения — на 20%, от новообразований — на 4%, ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 3%.

Однако главные трудности в здравоохранении России пришлось не на 1990-е, а на начало 2000-х гг. В 2004 г., на фоне коммерциализации здравоохранения, была предпринята попытка реформы социального обеспечения («монетизация льгот»), вызвавшая недовольство в обществе. Это объяснялось мнением большинства населения о неприемлемости дифференциации доступности медицинских услуг по территориальному или имущественному признаку. Попытки решения финансовых проблем отрасли сочетанием платного и бесплатного обслуживания в государственных медучреждениях негативно воспринимались гражданами.

На 2000-е гг. пришелся «программный бум». Особое место занимает приоритетный проект «Здоровье», инициированный президентом в 2006 г. К его реализации по политическим причинам было привлечено особое общественное внимание. На финансирование проекта направлено в 2006 г. 78,9 млрд и в 2007–2009 гг. — 346,3 млрд руб. Основные мероприятия проекта сводились к повышению уровня оплаты врачей и закупкам нового медицинского оборудования.

В рамках проводимой административной реформы в 2007–2008 гг. была введена оценка эффективности деятельности региональных и местных органов власти по показателям развития территории. В их число были включены показатели развития здравоохранения. Это усилило значимость медицинской статистики, и с 2008 г. началось формирование медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ). Усиливалась стандартизация деятельности медицинских учреждений<sup>4</sup>.

В целом по итогам 2000–2009 гг. индекс развития здравоохранения впервые за долгое время вырос на 2,7%. Улучшились обеспеченность врачами (+4%), ожидаемая продолжительность жизни (+5%), оплата врачей (+29%), увеличилась доля расходов на здравоохранение (+55%). Снизились число больных туберкулезом (–31%),

алкоголизмом (–8%), смертность (–8%), в том числе от болезней кровообращения (–5%), дыхания (–20%), а также младенческая смертность (–24%). Однако на этом фоне произошло сокращение обеспеченности средним и младшим медперсоналом (–3%), числа больниц (–39%), поликлиник (–28%), фельдшерских и акушерских пунктов (–13%), станций скорой помощи (–6%), больничных коек (–18%). Охват населения периодическими осмотрами снизился на 12%. Заболеваемость увеличилась на 3%.

---

***В современных условиях не существует более точного и достоверного источника информации, чем официальная статистика.***

---

В середине 2000-х гг. средняя продолжительность жизни в России была самой низкой среди развитых стран, а смертность мужчин — самой высокой в мирное время. По коэффициенту смертности мы находились на 130-м месте из 200 стран мира. В дальнейшем Правительство уделяло вопросам здравоохранения приоритетное внимание. В 2010–2011 гг. было обновлено законодательство<sup>5</sup> о медицинском страховании и медобслуживании. По существу, только в этот период началось формирование современной системы здравоохранения. Решению существующих проблем способствует реализация государственной программы «Развитие здравоохранения» на 2010–2020 гг. (13,1 трлн руб.)<sup>6</sup>. В программе запланированы ресурсы для закупки медицинской техники и внедрения информационных систем (электронная запись к врачу, цифровая

<sup>5</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»; Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

<sup>6</sup> Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

<sup>4</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».

Таблица 2 / Table 2  
 Темп роста показателей развития здравоохранения (1984–2016 гг.), % / Growth rate of health development indicators, 1984–2016, %

Значения	Численность врачей, чел.	Обеспеченность врачами на 10 000 чел.	Численность среднего медперсонала, тыс.	Число больничных организаций, тыс.	Число поликлиник, тыс.	Число фельдшерских, акушерских пунктов, тыс.	Число больничных коек, тыс.	Обеспеченность больничными койками на 10 000 чел.	Охвачено периодическими осмотрами, млн чел.	Число станций скорой помощи	Заболеваемость, млн чел.	Число больных туберкулезом, тыс.	Число больных алкоголизмом, тыс.	Коэффициент смертности, на 1000 чел. на 100 000	Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 000	Смертность от новообразований, на 100 000	Смертность от болезней дыхательной системы, на 100 000	Младенческая смертность, тыс.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Отношение ср. з/п в здравоохранении к средней по экономике, %	Доля расходов бюджета на здравоохранение, %
1984–1991	103	97	101	102	114	97	106	101	80	132	110	78	128	109	112	120	68	68	101	105	8
1992–1999	107	110	94	87	102	96	86	87	48	102	112	127	87	115	120	104	100	68	97	97	159
2000–2009	105	106	97	61	72	87	82	84	88	94	108	69	92	92	95	101	80	74	105	129	156
2010–2016	94	91	103	86	118	95	91	89	199	87	103	33	81	91	81	98	104	97	104	120	94
1984–2016	109	104	92	43	99	73	65	62	58	110	127	24	78	117	113	123	59	26	105	125	32

Источник / Source: расчеты автора по данным официальной статистики / calculations of the author according to the official statistics.

медкарта). Кадровая часть программы предусматривает выход на мировые стандарты обеспечения младшим персоналом (3 медсестры на 1 врача) [9].

В Указе Президента «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» заложены целевые показатели развития отрасли до 2018 г.<sup>7</sup> Минздрав России отвечает за организационно-методическое обеспечение выполнения Указа<sup>8</sup>. Своего рода «полигоном» для реализации реформы здравоохранения стала Москва<sup>9</sup>, где организации здравоохранения в 2012–2014 гг. были укрупнены и внедрена единая информационная система (ЕМИАС), охватывающая более 6 млн пациентов. Система позволила сократить время ожидания в очереди на прием к врачу.

Общий индекс развития здравоохранения за 2010–2016 гг. вырос на 15%. Это произошло за счет роста охвата населения периодическими осмотрами (+99%), ожидаемой продолжительности жизни (+3%) и уровня оплаты медработников (+20%). Снизилась смертность (–9%), в том числе младенческая (–4%), от болезней кровообращения (–19%), новообразований (–2%), заболеваемость туберкулезом (–67%) и алкоголизмом (–19%). Однако на этом фоне отмечено снижение обеспеченности врачей (–9%), числа больниц (–14%), станций скорой помощи (–13%), фельдшерских пунктов (–5%), рост заболеваемости (+3%), смертности от болезней дыхания (+4%).

В целом за весь период 1984–2016 гг., как видно из табл. 2, увеличились численность врачей (+15%), уровень их оплаты (+24%), число станций скорой помощи (+10%), ожидаемая продолжительность жизни (+4%), снизились младенческая смертность (–74%), смертность от болезней дыхания (–41%), число больных алкоголизмом (–22%) и туберкулезом (–76%).

<sup>7</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах»; письмо Минздрава России и ФОМС от 24.12.2015 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

<sup>9</sup> Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2012 годы» (в ред. от 21.05.2013 № 1322-ПП).

Однако наряду с этими успехами произошло снижение обеспеченности средним медперсоналом (–10%), числа больниц (–57%), больничных коек (–35%), фельдшерских и акушерских пунктов (–27%), охвата населения профилактическими осмотрами (–42%). Увеличились заболеваемость (+26%), смертность (+17%), в том числе от болезней кровообращения (+13%) и новообразований (+23%). Доля расходов бюджета РФ на здравоохранение в 2016 г. составляла 2,9%, а бюджета РСФСР в 1984 г. — 9,2%. В целом зафиксировано снижение индекса развития здравоохранения страны на 1,5%.

Таким образом, итоги трех десятилетий реформ здравоохранения нельзя признать вполне удачными.

## Перспективы

В СССР управление здравоохранением осуществлялось союзными и республиканскими министерствами, так как вопросы организации здравоохранения относились к совместному ведению Союза и республик.

В ноябре 1991 г. функции союзного министерства перешли к Министерству здравоохранения и социального обеспечения РСФСР. Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора выделился в самостоятельное ведомство. Министерство медицинской промышленности стало Комитетом по развитию медицинской и фармацевтической промышленности. В 1992 г. Минздравсоцобеспечения было снова преобразовано в Минздрав, а в 1994 г. — в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности (Минздравмедпром).

В 1998 г. управление медицинской промышленностью было выведено в другое ведомство, а функции Госсанэпиднадзора отданы в восстановленный Минздрав РФ. Однако в 2004 г. последовала новая реорганизация путем объединения Минздрава и Минтрудсоцразвития в Минздравсоцразвития России. Одновременно созданы новые ведомства, подчиненные этому министерству: Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА), федеральные службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). В 2008 г. создано Фе-



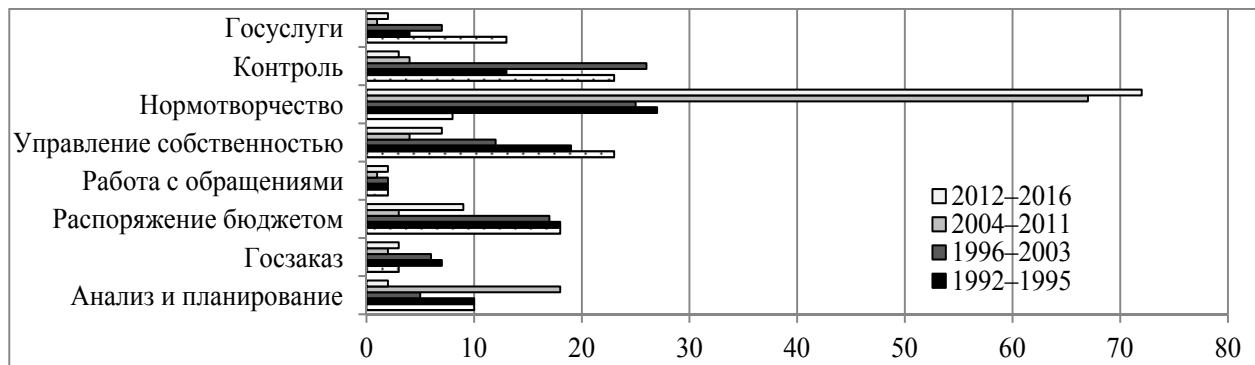


Рис. 1 / Fig. 1. Распределение функций государственных органов управления здравоохранением по группам (1984–2016 гг.), % / Distribution of functions of public health authorities (1984–2016), %

Источник / Source: составлено автором по текстам положений о государственных органах / compiled by the author according to the texts of the provision of public authorities.

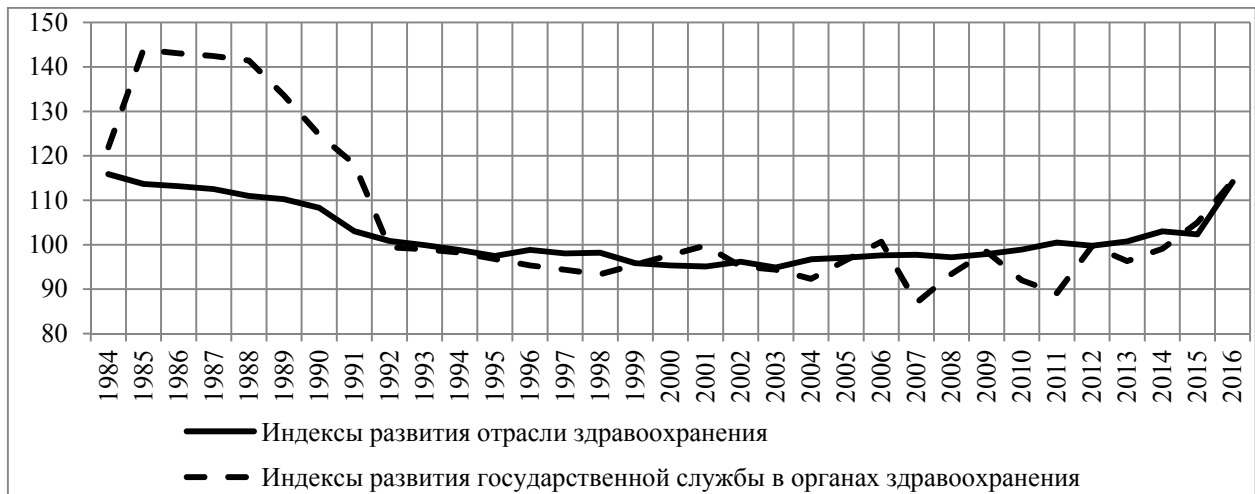


Рис. 2 / Fig. 2. Динамика развития отрасли здравоохранения и отраслевой системы государственной службы в России (1984–2016 гг.), % / Dynamics of healthcare sector development and the public service sectorial system in Russia (1984–2016), %

Источник / Source: составлено автором по материалам собственного исследования / compiled by the author according to self-research.

деральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, и, таким образом, количество одновременно действующих органов управления отраслью увеличилось до 6.

В 2014 г. Минздравсоцразвития вернуло функции в социальной сфере Минтруду, и снова стало Минздравом, а Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития преобразована в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор).

Таким образом, за 23 года ведомство здравоохранения выдержало 7 реорганизаций, что негативно сказывалось на его работе.

Минздрав традиционно относится к числу органов с максимальным количеством реализуемых функций. Распределение функций органов управления здравоохранением по направлениям показано на рис. 1.

Численность государственных служащих в органах управления здравоохранением демонстрировала тенденцию снижения в период с 1984

по 1998 г. с 1969 до 465 служащих в центральном аппарате. В дальнейшем с 1999 по 2010 г. происходил рост численности до 1458 человек, сменившийся снижением к 2016 г. до 1040 государственных служащих. Доля работников управления здравоохранением варьировалась от 1,4% общей численности госслужащих в 1985 г. до 4,9% в 2010 г., и в среднем составляла 3% от общей численности. При этом доля функций, исполняемых этими служащими, была, как правило, выше доли их численности в общей численности госслужащих страны. Уровень квалификации работников управления здравоохранением имел тенденцию к росту. В 2016 г. из шести высших руководителей Минздрава трое были докторами и один кандидатом наук. Доля лиц с высшим образованием среди служащих министерства приближается к 100%.

Уровень оплаты труда госслужащих в здравоохранении целесообразно оценивать относительно среднего уровня оплаты в органах исполнительной власти. В 1984 г. эта доля составляла 83,6%, в 1991 г. — 95,4, в 1995 г. — 91, в 2000 г. — 94,8, в 2010 г. — 93,3, в 2016 г. — 92,2%. Видно, что оплата труда чиновников в здравоохранении обычно была ниже средней по органам исполнительной власти. Минимальным это соотношение было в 2011 г. (77%), максимальным в 2006 г. (147%).

При этом уровень оплаты госслужащих во все годы был выше уровня оплаты работников отрасли здравоохранения. В 1984 г. средняя оплата в органах здравоохранения была в 1,6 раза выше средней оплаты в медучреждениях РСФСР, максимальным этот разрыв стал в 2000 г. — 7,2 раза, к 2004 г. он сократился до 5,2, а к 2016 г. до 3 раз. В целом это объяснимо, так как средний уровень образования работников аппарата управления выше, чем у работников в отраслях экономики.

На основании изучения динамики рассмотренных показателей были рассчитаны индексы развития отраслевого аппарата государственной службы в здравоохранении. Индекс принимал максимальные значения в 1985–1988 гг. (на 42–43% выше среднего по выборке), когда соотношение всех показателей было оптимальным. Минимальное значение отмечено в 2004, 2008 и 2010 гг. (на 7–8% ниже средних), когда наблюдалась высокая бюрократизация, низкая

функциональная нагрузка, неоптимальное соотношение заработных плат, текучесть кадров и иные негативные процессы в аппарате.

Рассмотрим развитие отрасли здравоохранения и трансформацию управляющей ею системы государственной службы как взаимосвязанные и взаимообусловленные процессы. Используемая методика позволяет сделать это и представить обе тенденции графически на *рис. 2*.

---

**Реальная динамика релевантных социально-экономических показателей должна являться основой для оценки эффективности деятельности органов власти и их руководителей, оплаты труда, стимулирования и принятия кадровых решений.**

---

Обращает внимание совпадение динамики рассматриваемых индексов. Если в отдельные периоды эта связь носила неявный характер, то в горизонте всего исследования она очевидна. В этом проявляется преимущество исследования длинных трендов. Теснота статистической связи между значениями индексов подтверждается расчетом корреляции между ними с коэффициентом, равным 90% при  $p = 0,0000$ . Иными словами, в 90% случаев рост показателей развития здравоохранения в 1984–2016 гг. происходил на фоне аналогичного возрастания значений показателей в отраслевой системе государственной службы. Все использованные показатели являются независимыми, поэтому одновременный рост и снижение индексов отражают существование объективной эмпирической закономерности. Таким образом, подтверждается гипотеза о том, что государственный аппарат вносит вклад в достижение приоритетов отраслевого развития, и существует закономерное соответствие в процессах развития отрасли здравоохранения и аппарата государственной службы.

## Выводы

Если оценивать эффективность отраслевого управления, то органами здравоохранения в последние годы достигнут высокий уровень эффективности, так как значительный объем функций исполняется сравнительно небольшим числом госслужащих в условиях умеренного финансирования и на фоне положительной динамики показателей развития отрасли. Вместе с тем поводы для оптимизма пока весьма умеренные, если оценивать динамику развития обоих индексов не в краткосрочной, а в длительной перспективе, соответствующей хронологическим рамкам исследования. Видно, что самые низкие значения индекса развития отрасли здравоохранения отмечены в 1999–2003 гг. (на 5–6% ниже средних по выборке), а самые высокие значения — в 1984–1989 гг. (на 10–15% выше средних). Одинаковые значения индекса отмечены в 1991 и 2014, 1985 и 2016 гг. Это означает, что реального развития здравоохранения все постсоветские годы не происходило: отрасль вошла в затяжной кризис и только в последний период возвратилась на исходный уровень, но очень медленными темпами.

С другой стороны, в целом за все анализируемые годы значение индекса развития государственной службы в органах управления здравоохра-

нением снизилось на 6%. Сопоставимые значения выявлены в 1992 и 2014, а также 1991 и 2016 гг. Это указывает, что за весь период система государственной службы не продемонстрировала развития, эволюционировала нестабильно и в целом функционирует сегодня на уровне, сопоставимом с началом 1990-х гг., но хуже середины 1980-х. Таким образом, можно сделать вывод, что отрасль в настоящее время развивается более быстрыми темпами по сравнению с управляющей ей системой государственной службы.

На наш взгляд, реальная динамика релевантных социально-экономических показателей должна являться основой для оценки эффективности деятельности органов власти и их руководителей, оплаты труда, стимулирования и принятия кадровых решений.

Современные госслужащие призваны не «командовать» отраслью, а анализировать происходящие в ней процессы, изучать влияние различных факторов и формировать стратегии изменений для достижения конечных результатов, заданных на политическом уровне, с учетом имеющихся ресурсов. Для этого в аппарат должны привлекаться отраслевые специалисты с опытом работы в первичном звене. К подобным выводам приводит изучение лучших практик управления здравоохранением в стране и мире.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шишкин С. В., Власов В. В., Боярский С. Г., Засимова Л. С., Колосницына М. Г., Кузнецов П. П., Овчарова Л. Н., Сажина С. В., Степанов И. М., Хоркина Н. А., Шевский В. И., Шейман И. М., Якобсон Л. И. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: доклад. М.: Изд-во НИУ ВШЭ; 2017. 57 с.
2. Speller V. Principles and Practice of Health Promotion. Health Promotion and Healthy Public Policy. 2013. URL: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2h-principles-health-promotion/responsibilities-health-physical-mental> (дата обращения: 03.04.2018).
3. Богма К. А. Программно-целевой подход как стратегия эффективного управления региональной системой здравоохранения. В сб.: Актуальные проблемы повышения эффективности государственной власти и управления в современной России. Ростов н/Д.: Изд-во ЮРИУ РАНХиГС; 2016:27–32.
4. Аганбегян А. Г., Варшавский Ю. В., Жуковский В. Д. О программно-целевом управлении в здравоохранении. SPERO. 2007;(7):5–26.
5. Пономаренко Б. Т., Раевская И. А. Работа с персоналом в медицинских организациях. Государственная служба. 2016;2(100):104–108.
6. Семенов Ф. М. Государственная служба и кадровая политика Росздравнадзора. Вестник Росздравнадзора. 2014;(5):56–62.
7. Крашенинникова Ю. А. Медицинская статистика как способ легитимации распределения ресурсов в российской системе здравоохранения. Вопросы государственного и муниципального управления. 2011;(4):28–42.

8. Chandler A. Democracy, gender and social policy in Russia: a wayward society. Houndsmills: Palgrave Macmillan; 2013. 173 p. DOI: 10.1057/9781137343215
9. Berman B. W. The generalist-specialist interface: not a zero-sum game. Clin pediatr (Phila). 2014;(53):719–720. DOI: 10.1177/0009922813500341
10. Шейман И.М. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи. Вопросы государственного и муниципального управления. 2016;(4):143–164.

## REFERENCES

1. Shishkin S. V., Vlasov V. V., Boyarskiy S. G., Zasimova L. S., Kolosnitsyna M. G., Kuznetsov P. P., Ovcharova L. N., Sazhina S. V., Stepanov I. M., Khorkina N. A., Shevskiy V. I., Sheyman I. M., Yakobson L. I. Healthcare: Current Status and Possible Development Scenarios: report. Moscow: Higher School of Economics; 2017. 57 p. (In Russ.).
2. Speller V. Principles and Practice of Health Promotion. Health Promotion and Healthy Public Policy. 2013. URL: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2h-principles-health-promotion/responsibilities-health-physical-mental> (accessed 03.04.2018).
3. Bogma K. A. The program-targeted approach as a strategy for effective management of the regional healthcare system. Rostov-on-Don: Presidential Academy; 2016:27–32. (In Russ.).
4. Aganbegyan A. G., Varshavsky Yu.V., Zhukovsky V. D. On program-target management in public health. SPERO. 2007;(7):5–26. (In Russ.).
5. Ponomarenko B. T., Raevskaya I. A. Work with personnel in medical organizations. Public service. 2016;2(100):104–108. (In Russ.).
6. Semenov F. M. Public service and personnel policy of Roszdravnadzor. Bulletin of Roszdravnadzor. 2014;(5):56–62. (In Russ.).
7. Krashennnikova Yu. A. Medical statistics as a method of legitimizing resource allocation in the russian public health system. Public administration issues. 2011;(4):28–42. (In Russ.).
8. Chandler A. Democracy, gender and social policy in Russia: a wayward society. Houndsmills: Palgrave Macmillan; 2013. 173 p. DOI: 10.1057/9781137343215
9. Berman B. W. The generalist-specialist interface: not a zero-sum game. Clin pediatr (Phila). 2014;(53):719–720. DOI: 10.1177/0009922813500341
10. Sheiman I. M. Problems of transition to the per capita principle of payment for primary health care. Public Administration Issues. 2016;(4):143–164. (In Russ.).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

**Борщевский Георгий Александрович** — кандидат исторических наук, доцент Российской академии народного хозяйства и государственной службы (РАНХиГС) при Президенте РФ, Москва, Россия  
ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru

## ABOUT THE AUTHOR

**George A. Borshchevskiy** — Ph.D. (History), Associate Professor, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia  
ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru