

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

кафедра социологии регионов

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

Студента 5 курса 521 группы  
направление подготовки 38.03.04 Государственное и муниципальное  
управление  
социологического факультета  
Нагумановой Яны Сергеевны

Научный руководитель

доктор социологических наук, профессор \_\_\_\_\_ С.Г. Ивченков  
подпись, дата

Зав. кафедрой

кандидат философских наук, профессор \_\_\_\_\_ И.А. Бегинина  
подпись, дата

**Саратов 2026**

## **Общая характеристика работы**

**Актуальность темы исследования.** Государственная социальная политика в сфере здравоохранения является одним из важных направлений деятельности современного государства, определяющим качество и продолжительность жизни населения, уровень воспроизводства человеческого капитала и в конечном счете конкурентоспособность страны на международной арене. Здравоохранение представляет собой не просто совокупность медицинских учреждений и услуг, но сложную социальную систему, эффективность которой задается политическими решениями, институциональными механизмами и уровнем финансовой обеспеченности государственных гарантий.

В условиях демографических вызовов, структурных реформ и сохраняющегося разрыва между провозглашенными социальными обязательствами государства и реальными возможностями их реализации проблематика государственной политики в сфере здравоохранения приобретает особую научную и практическую значимость. Национальная цель, закрепленная Указом Президента РФ, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году требует не просто наращивания расходов, но качественного преобразования всей системы: преодоления кадрового дефицита в государственном секторе, устранения межрегионального неравенства в доступности помощи, введения амбулаторного лекарственного обеспечения и повышения преемственности лечения.

Актуальность исследования определяется еще и тем, что в 2024–2025 годах завершилась реализация национального проекта «Здравоохранение» и начался новый цикл государственного планирования – национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» на период до 2030 года, что делает объективно необходимым научное осмысление итогов пройденного этапа, выявление нерешенных системных проблем и выработку обоснованных рекомендаций по совершенствованию государственной политики.

**Объектом исследования** является государственная социальная политика Российской Федерации в сфере здравоохранения.

**Предметом исследования** выступают содержание, механизмы реализации и направления совершенствования государственной социальной политики в сфере здравоохранения в современной России.

**Цель выпускной квалификационной работы бакалавра** – комплексный анализ государственной социальной политики в сфере здравоохранения, выявление ее системных проблем и определение основных направлений совершенствования в современных условиях.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих **задач**:

~ рассмотреть понятие, сущность и принципы государственной социальной политики как теоретической категории;

~ проанализировать основные модели и концептуальные подходы к реализации социальной политики в сфере здравоохранения;

~ охарактеризовать современное состояние и динамику развития системы здравоохранения в РФ в 2023–2025 годах;

~ провести социологическое исследование с целью оценки эффективности государственной социальной политики в сфере здравоохранения на материалах Саратовской области;

~ выявить системные проблемы государственной политики в сфере здравоохранения, установив их причины и последствия для граждан;

~ разработать конкретные направления совершенствования государственной социальной политики в сфере здравоохранения с определением мер, ответственных органов, сроков и индикаторов результата.

### **Основное содержание работы**

Во введении обоснована актуальность темы, охарактеризована степень научной разработанности, определены объект, предмет, цель и задачи исследования.

**Первый раздел — «Теоретико-методологические основы государственной политики в сфере здравоохранения»** посвящен анализу понятийного аппарата и теоретических подходов к управлению социальной сферой. Рассмотрены ключевые принципы социальной политики государства. Принцип социальной справедливости предполагает, что государство обязано обеспечивать равный доступ граждан к социальным благам вне зависимости от их материального положения, национальности, места проживания или иных социально-демографических характеристик. Данный принцип выступает нормативным основанием перераспределительной функции государства и находит выражение в прогрессивном налогообложении, системах трансфертных платежей и механизмах социальной поддержки уязвимых групп населения. Принцип социального партнерства отражает трехсторонний характер современной социальной политики, в рамках которой государство, работодатели и работники вырабатывают согласованные решения по вопросам оплаты труда, условий занятости и социального страхования. Принцип адресности означает, что государственная поддержка должна концентрироваться на наиболее нуждающихся категориях граждан, тогда как всеобщие субсидии признаются неэффективным инструментом перераспределения. Принцип субсидиарности предполагает, что функции социального обеспечения должны передаваться на тот уровень власти, который максимально приближен к нуждам конкретных граждан. Принцип государственной ответственности констатирует, что именно государство несет конечную ответственность за обеспечение базового набора социальных гарантий, даже в тех случаях, когда их непосредственное предоставление делегируется рыночным или некоммерческим организациям. Принцип социальных гарантий означает, что государство обязано обеспечить гражданам минимальный стандарт жизни, ниже которого опускаться недопустимо. Особого внимания заслуживает принцип социального страхования, лежащий в основе большинства систем социальной защиты в странах с развитой рыночной экономикой. Данный принцип предполагает

коллективное распределение рисков утраты дохода вследствие болезни, старости, безработицы или иных социальных неблагоприятий через систему обязательных взносов.

Особое внимание уделено компаративному анализу четырех базовых моделей организации медицинской помощи: государственной (модель Семашко), страховой (модель Бисмарка), бюджетно-страховой (модель Бевериджа) и частно-рыночной. Дана оценка трансформации советской системы Семашко в современную систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в РФ.

**Второй раздел — «Анализ современного состояния и эмпирическое исследование системы здравоохранения (на примере Саратовской области)»** содержит аналитическую и социологическую части исследования.

В подразделе представлены статистические данные за 2023–2025 гг., характеризующие динамику финансирования здравоохранения, состояние материально-технической базы и обеспеченность кадрами.

Для оценки реального положения дел автором в марте 2026 года был проведен анкетный опрос жителей Саратовской области ( $n = 150$ , в выборку вошли различные социально-демографические группы, включая студентов и представителей старшего возраста). Результаты опроса выявили серьезные латентные проблемы:

~ рост вынужденного обращения к платной медицине: 52,1% респондентов отметили недоступность необходимых бесплатных услуг или специалистов по полису ОМС.

~ временные издержки: 46,8% опрошенных назвали главным барьером длительное время ожидания приема.

~ отношение к цифровизации: Несмотря на внедрение электронных медицинских карт и онлайн-записи, только 27,3% респондентов выразили готовность активно использовать телемедицинские консультации, что говорит о сохраняющемся барьере доверия и проблемах доступности сервисов.

**Третий раздел — «Проблемы и направления совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения»** носит сугубо практический, рекомендательный характер. На основе статистических и социологических данных автор структурировал пять ключевых системных проблем отрасли и предложил по ним конкретные проектные решения:

1. **Кадровый дефицит и выгорание персонала.** Предложена модернизация матриц материального стимулирования врачей и расширение программ целевой поддержки молодых специалистов на региональном уровне.

2. **Финансовые диспропорции.** Обоснована необходимость пересмотра тарифов ОМС и поэтапного повышения уровня государственного финансирования дефицитных направлений.

3. **Территориальное и цифровое неравенство.** Разработан комплекс мер по преодолению «цифрового разрыва» при получении госуслуг в сфере здравоохранения между городским и сельским населением.

Каждое предложение оформлено в виде управленческой матрицы с указанием уровней реализации, конкретных сроков и индикаторов контроля.

В **заключении** подведены общие итоги исследования, сформулированы теоретические выводы и подтверждена практическая значимость разработанных рекомендаций для органов управления здравоохранением Саратовской области.

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие обобщающие выводы.

Во-первых, государственная социальная политика представляет собой целенаправленную деятельность государства по регулированию социальной сферы, ориентированную на обеспечение базовых социальных гарантий граждан, снижение неравенства и воспроизводство человеческого потенциала. В российской правовой системе ее конституционной основой служит статья 7 Конституции РФ, провозглашающая Россию социальным государством.

Во-вторых, системообразующими принципами государственной социальной политики выступают принципы социальной справедливости, адресности, субсидиарности, государственной ответственности и социальных гарантий. Реализация данных принципов в конкретных институциональных условиях порождает присущие каждой национальной системе противоречия и компромиссы.

В-третьих, в мировой практике сложились несколько базовых моделей организации здравоохранения как важнейшей составляющей социальной политики: страховая (бисмарковская), бюджетная (бевериджская), либеральная (рыночная) и государственная (семашковская). Реальные национальные системы представляют собой гибридные конструкции, сочетающие элементы нескольких моделей.

В-четвертых, концептуальные подходы к реализации социальной политики в сфере здравоохранения – патерналистский, либеральный, управленческий и основанный на правах человека – определяют ценностные ориентиры и стратегические приоритеты государства в данной сфере. Российская система здравоохранения исторически тяготела к патерналистскому подходу, однако реформы последних десятилетий привнесли в нее элементы управленческого и страхового подходов.

Совокупность данных теоретических положений образует методологическую базу для последующего анализа современного состояния, проблем и перспектив государственной социальной политики в сфере здравоохранения в РФ.

Анализ современного состояния системы здравоохранения в 2023–2025 годах выявил противоречивую динамику. К числу позитивных сдвигов относятся: достижение исторического максимума ожидаемой продолжительности жизни в 2023 году (73,3 года), снижение младенческой смертности до 4,0–4,2‰, масштабная цифровизация медицинских организаций (охват электронной медицинской картой вырос с 77% в 2023 году до 88% в 2025 году), номинальный рост государственных расходов на

здравоохранение с 5,8 до 7,5 трлн рублей. Вместе с тем, структурные дисбалансы системы не преодолены: дефицит врачей в государственном секторе составляет 20–29 тыс. человек, среднего медицинского персонала – свыше 60 тыс.; уровень государственного финансирования (3,5–3,8% ВВП) более чем вдвое уступает среднеевропейскому (7,7% ВВП); межрегиональный разрыв в подушевом финансировании превышает трехкратный уровень. Разрыв между задекларированной целью (ОПЖ 78 лет к 2030 году) и фактическим показателем (72,8 года в 2024 году) говорит о необходимости системных, а не лишь ресурсных преобразований.

Проведенное социологическое исследование (n = 150, квотная выборка, Саратовская область, март 2026 г.) позволило верифицировать выявленные проблемы с позиции непосредственных получателей медицинской помощи и подтвердило все три выдвинутые гипотезы. Установлено, что 78,0% респондентов сталкивались с трудностями при получении бесплатной медицинской помощи; ведущие причины – длительное ожидание записи (71,8%) и отсутствие нужного специалиста (49,6%). Общая оценка качества медицинских услуг по пятибалльной шкале составила 3,18 балла, при этом наихудший показатель зафиксирован по доступности льготных лекарств (2,71 балла). Зафиксировано выраженное межмуниципальное неравенство: сельские жители оценивают качество медицинской помощи в среднем на 2,73 балла против 3,42 у горожан, а 60% сельских респондентов испытывают серьезные затруднения с транспортной доступностью медицинских организаций. Более 62% опрошенных вынужденно прибегали к платной медицине – преимущественно вследствие недоступности бесплатной помощи, что прямо противоречит статье 41 Конституции РФ. В иерархии гражданских приоритетов лидируют: наращивание кадрового потенциала первичного звена (78,7%), введение бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения (72,7%) и сокращение сроков ожидания записи (71,3%).

На основании проведенного анализа идентифицированы пять взаимосвязанных системных проблем государственной социальной политики

в сфере здравоохранения. Кадровый дефицит в государственном секторе воспроизводится вследствие структурного оттока специалистов в частный сектор, обусловленного разрывом в оплате труда. Структурное несоответствие объема государственных гарантий уровню финансирования порождает вынужденную коммерциализацию здравоохранения. Отсутствие системы всеобщего амбулаторного лекарственного обеспечения приводит к прерыванию терапии хронических заболеваний и предотвратимым госпитализациям. Межрегиональное неравенство в доступности медицинской помощи означает, что конституционные гарантии реализуются принципиально по-разному в зависимости от места проживания гражданина. Низкий уровень преемственности лечения – при наличии развитой цифровой инфраструктуры – говорит о том, что проблема носит организационный, а не технологический характер.

Каждой из выявленных проблем поставлено в соответствие конкретное направление совершенствования государственной политики. Для преодоления кадрового дефицита предложено законодательно установить надбавку врачам первичного звена государственных учреждений в размере +30% к средней заработной плате по региону, расширить программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» на города до 50 тыс. жителей. Для устранения финансового дисбаланса: поэтапно наращивать государственные расходы до 5% ВВП к 2030 году и 6% к 2036 году, законодательно ограничив соплатежи граждан при получении гарантированной помощи. Для решения проблемы лекарственного обеспечения – в три этапа (2026–2027, 2028–2030, после 2030 года) ввести всеобщее амбулаторное лекарственное обеспечение, начиная с пациентов с артериальной гипертензией. Для сокращения межрегионального неравенства: пересмотреть механизм субвенций ФОМС, развернуть сеть ФАПов и выездных врачебных бригад в сельской местности, обязать все ФАПы к 2027 году иметь возможность телемедицинских консультаций со специалистами областных центров. Для повышения преемственности лечения ввести федеральный стандарт передачи пациента: эпикриз из стационара в

поликлинику в течение 24 часов, обязательный межорганизационный доступ к электронной медицинской карте и тариф ОМС на амбулаторное сопровождение после инфаркта или инсульта.

Реализация предложенных мер в совокупности образует взаимоувязанную систему, в которой устранение кадрового дефицита повышает доступность первичной помощи, рост финансирования создает ресурсную базу для лекарственного обеспечения и выравнивания регионального неравенства, а стандарт преемственности снижает нагрузку на стационар и повышает эффективность расходования средств ОМС. Совокупный эффект данных преобразований создает необходимые условия для достижения национальной цели: повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и формирования системы здравоохранения, способной обеспечить реализацию конституционного права каждого гражданина на охрану здоровья вне зависимости от места его проживания.