

# Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении

**Комаров Ю.М.**

*д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей*

Автор поднимает деликатную нравственно-этическую тему платности оказания медицинской помощи. В полемическом ключе анализирует и типологизирует формы извлечения прибыли из пациентов при декларируемом бесплатном характере медицины. Делается вывод о необходимости отказа от платных форм здравоохранения и переходе к обслуживанию населения без взимания платы, за счет средств федерального и региональных бюджетов.

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование, платная медицина, бесплатная медицина, прибыль

В последнюю декаду июля 2012 г. Минэкономразвития вывесил на своем сайте давно подготовленный (еще к концу 2011 г.) Минздравсоцразвития и затем подправленный проект постановления Правительства РФ «Об утверждении порядка и условий предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам», комментарии к которому затем были опубликованы в «Российской газете». Поскольку этот вопрос непростой для страны и ее граждан, мнения в отношении введения де-юре платных медицинских услуг разделились еще несколько десятилетий тому назад, особенно в период подготовки и обсуждения ряда важных ФЗ №№ 83, 326, 323. По этому поводу мы также, наряду со многими специалистами, высказывали свою позицию, но услышаны не были. В данной статье будет рассмотрена «анатомия» обозначенной в заголовке проблемы, после чего ее, по логике, можно было бы благополучно «похоронить», отдельно от ее апологетов.

## 1. Кратко об истоках появления проблемы

В советский период вся медицинская помощь, которая финансировалась недостаточно, по остаточному принципу, была, тем не менее, «бесплатной». В кавычки это слово взято не случайно, т.к. за медицинскую помощь должен кто-то платить (бюджет, формируемый из налогов, другие поступления) и она может быть бесплатной для пациентов в том смысле, что им не приходится дополнительно платить из своего кармана. Исключения составляли тогда незначительные числом хозрасчетные медицинские учреждения, в которых подрабатывали те же самые врачи из государственных поликлиник и больниц. Когда в начале 1990-х годов в связи с распадом СССР и всего народного хозяйства бюджет «рухнул», то возникла идея введения ОМС, которое должно было бы из фонда оплаты труда (т.е. недоплаченной заработной платы) восполнить дефицит бюджета на здравоохранение. Но получилось совсем по Черномырдину, и на величину прибавки по ОМС сократили бюджетные поступления, что послужило началом хронического недофинансирования здравоохранения. В связи с зарождением и развитием рыночных отношений в экономике страны (от диких форм в перспективе к более цивилизованным) ситуация в здравоохранении резко изменилась.

Рыночная терминология стала проникать и в социальную сферу, что является недопустимым, поскольку вся социальная сфера должна находиться под протекцией государства, а рынок должен иметь отношение к экономике (рыночная экономика), в которой основным движущим мотивом является получение прибыли, а механизмами являются соотношение спроса-предложения, конкуренция, торг, выбор, цена, стоимость денег во времени и другие рыночные атрибуты. Именно тогда появились первые признаки внедрения рыночных отношений в здравоохранении, правда, было непонятно, что можно считать товаром – здоровье или медицинскую помощь, но «рыночники» придумали неконституционный термин – «медицинская услуга», которая как бы продается и покупается. В нашей статье «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?» (1998) была показана несостоятельность этого термина, хотя и с большой натяжкой приемлемого для экономических расчетов. Тем не менее, медицинскую помощь переименовали в медицинские услуги, врача превратили в производителя медицинских услуг, страховые организации – в покупателя медицинских услуг, а пациента – в потребителя медицинских услуг. Услуги и деньги из средства превратились в осязаемые цели: чем больше услуг – тем больше денег. Получается, что увеличение числа больных, а еще лучше – тяжелых больных (им нужно оказывать больше услуг и гораздо длительнее во времени), становится экономически выгодным для медицинской и фармацевтической сети. Это относится к принципу оплаты за пролеченного больного. И к этому соображению мы еще несколько раз вернемся. Не меньший вред может принести другой принцип – деньги следуют за пациентом, который в том числе окончательно добывает проверенную временем этапность оказания медицинской помощи.

Государство не намеревалось в те и последующие годы увеличивать бюджет и поэтому было решено минимизировать расходы на пациентов и зафиксировать их в виде программы государственных гарантий. Ничего подобного во всем

мире не было и нет. За выделяемые деньги были как бы рассчитаны возможные объемы предоставленной минимально допустимой медицинской помощи по принципу: «сколько денег, столько и песен». Для этого начали разрабатывать стандарты, носящие скорее экономический характер, но с помощью которых лечить было нельзя, ибо лечили не больного, как это должно быть, а болезнь.

Однако уже вскоре стало ясно, что эта программа никуда не годится, поскольку оставляет многие виды медицинской помощи и многие лекарственные препараты за своими пределами, да и финансовое ее покрытие оставляло желать лучшего и составляло не более 65-75%. Возникает вопрос, что же гарантирует на самом деле государство? А гарантирует оно то, что за выделенные деньги медицинская помощь гражданам может быть оказана бесплатно, но не всегда в потребном и полном объеме. Установленные при этом нормативы не имеют никакого научного обоснования. Если ранее изучалась нуждаемость населения в различных видах медицинской помощи (по материалам 3-летней заболеваемости по обращаемости с проведением соответствующей экспертизы, дополненной специальными выборочными обследованиями и осмотрами), что служило основанием для определения дифференцированных по специальностям, профилям коек и территориям нормативов, то сейчас они выводятся из фактически сложившихся (т.е. значительно заниженных) объемов с небольшим приростом на перспективу, то есть, по сути являются средне-потолочными и не отражают потребности граждан.

Наметилась и другая выраженная тенденция – «сбрасывание» ответственности за здравоохранение с государственных «плеч»: организационной – на уровень субъектов федерации, финансовой – на работодателей и самих пациентов, что подтверждается динамикой расходов на здравоохранение из разных источников финансирования. И хотя в Конституции РФ четко записано, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет бюджета, формируемого налогоплательщиками, медицинского страхования из фонда заработной платы и других источников, были созданы все предпосылки для развития платной медицинской помощи, вначале робкие, а затем и очевидные. Теперь, как справедливо отмечает Лига защиты пациентов, статью 41 Конституции РФ следует читать так: медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно ... за счет средств самих пациентов.

Вначале было издано постановление Правительства №27 от 13.01.96 г., фактически отменившее конституционные права граждан и разрешившее оказывать платные услуги в весьма ограниченном виде. Конституционный суд, естественно, подтвердил правомочность этого постановления. Затем был «продавлен» ФЗ 83, преобразовавший государственные и муниципальные учреждения здравоохранения в автономные, новые бюджетные и казенные, что выводило их в определенной степени из-под юрисдикции Конституции РФ и фактически узаконивало коммерческую деятельность в здравоохранении и платность медицинской помощи. Далее эта же возможность была прописана в ФЗ о медицинском страховании (ФЗ 326) и об основах охраны здоровья (ФЗ 323), где в статье 84 п.1 было обозначено, что платить деньги – это право самого пациента, а не его обязанность. И вот в развитие этой статьи появился упомянутый в самом начале проект постановления Правительства, в который были внесены некоторые изменения и в котором были заменены фамилии его руководителей. Таким образом сложился значительный разрыв между потребностями населения в медицинской помощи и государственными гарантиями по ее бесплатному для граждан оказанию, между государственными гарантиями и их финансовым покрытием, что вместо существенного увеличения государственных расходов на недофинансированное здравоохранение позволило правительству ввести узаконенные платные медицинские услуги.

По неполным данным С.Шишкина (2012) среди трудоспособного населения доля плативших за амбулаторное лечение достигает 20%, а за стационарное лечение – до 40%. Поэтому некоторые полагают, что проект постановления Правительства лишь упорядочивает агрессивно развивающуюся коммерциализацию в здравоохранении и сложившуюся (по решению Правительства) практику взимания денег с пациентов, т.е. упорядочивает то, чего не должно быть вообще.

## 2. В чем смысл проекта постановления Правительства

Согласно этому документу, к платным медицинским услугам относятся не только личные средства граждан или юридических лиц, но и добровольное медицинское страхование, что не корректно, т.к. бремя оплаты при этом разное. Если пациент должен сразу и полностью оплатить предоставляемую платную услугу, то ДМС – хотя и частная, но одновременно и солидарная система (по типу существовавших ранее касс взаимопомощи), которая предполагает как бы оплату в рассрочку. Это система общественной солидарности при получении медицинской помощи, когда каждый, по примеру других видов страхования (имущества, транспорта и т.д.), вносит небольшие платежи, которые предназначены для оплаты медицинской помощи тому, кому это в данный момент необходимо и показано, т.е. при наступлении так называемого страхового случая.

Модель ДМС практически не предполагает финансирование из общественных фондов потребления. При этом средства поступают из частных страховых фондов здравоохранения, из частных источников, из прямых выплат производителю медицинских услуг или в их разных комбинациях. В чистом виде такая модель сейчас уже практически нигде в мире не встречается и весьма часто она сочетает в себе некоторые элементы общественного финансирования. Частное добровольное страхование в большинстве стран Европейского Союза не играет определяющей роли в финансировании

здравоохранения, поскольку для этих стран характерен высокий уровень государственных расходов. Число застрахованных по этому виду страхования колеблется от 85% при совместных платежах во Франции и 75% активного населения в Люксембурге до 0,5% в Швеции.

ДМС может быть замещающим, т.е. оказывать помощь вместо узаконенной системы ОМС, дополняющим, т.е. предоставляющим полностью или частично услуги, исключенные в какой-то степени из государственной схемы, и добавочным, т.е. расширяющим выбор и предоставляющим более высокий уровень удобств или ускоренный доступ к медицинской помощи, например, при плановых операциях. Частное медицинское страхование может частично субсидироваться государством с использованием налоговых скидок, т.е. вычета из общей суммы обязательных для застрахованного налогов, или даже полным освобождением от налогов (Австрия, Португалия, Ирландия). Как правило, субсидирование частного медицинского страхования из налоговых поступлений осуществляется для того, чтобы бедные или незастрахованные лица могли приобрести частную страховку. В некоторых странах (Германия, Голландия) ограничена практика освобождения частных страховщиков от налогов, поскольку от налогов освобождено все социальное обеспечение, и в этих странах, кстати, относительно богатые люди должны или могут приобретать частное страхование вместо социального, а в Дании, Испании, Франции, Финляндии и Швеции частные страховщики не имеют никаких льгот и не освобождены от налогов.

Частное медицинское страхование может быть не только добровольным, но и обязательным, как, например, в Швейцарии, или для приобретения медикаментов, как в канадской провинции Квебек, но оно решает проблемы только двух групп населения – богатых и здоровых, с одной стороны, и тех, кто получает доходы от здравоохранения, с другой. ВОЗ не рекомендует широко практиковать платные медицинские услуги (только в случае более комфортного их получения), а использовать бюджетное финансирование здравоохранения, дополненное ДМС, что расширяет возможности пациентов, поскольку можно застраховать себя от какого-то случая, на право получения какой-либо помощи или на особые условия ее получения.

Далее, в проекте постановления обозначено, что основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление пациента, который в любой момент может от них отказаться и получить бесплатную медицинскую помощь, но при условии, если она включена в государственные гарантии. При этом нигде не обозначено, что платная услуга может навязываться пациенту, который, конечно, может отказаться, но тогда и помощь получит соответствующую и далеко не в первую очередь. Роль исполнителя состоит в том, что он определяет, есть ли у него возможность оказать запрашиваемую пациентом платную услугу. К заслугам этого документа его составители относят якобы четкое разделение платных услуг от бесплатных, что на самом деле ничем не обосновано, поскольку, как будет показано далее, бесплатные услуги легко и просто трансформируются в платные.

Платные услуги получают право оказывать медицинские учреждения, реализующие государственные гарантии по бесплатной медицинской помощи, к тому же в полном объеме установленного стандарта. Иначе говоря, те, кто должен оказывать медицинскую помощь бесплатно, может ее оказывать за плату. Для этого такая функция должна быть прописана в учредительном документе учреждения. Получается, что разрешение на оказание платных услуг диктуется не Конституцией РФ и даже не вступившими с ней (с позиции здравого смысла) в противоречие федеральными законами, а усмотрением учредителя государственного и муниципального медицинского учреждения. Платная помощь будет оказана пациенту, самостоятельно обратившемуся за ней без направления лечащего врача или уполномоченного органа исполнительной власти (кстати, последний согласно статьи 53 п.3 ФЗ 323 утверждает сроки беременности и признаки живорождения), кроме нигде не обозначенных (а, значит, по разному понимаемым) случаев по неотложным и экстренным показаниям.

Кстати, ранее к случаям по экстренным медицинским показаниям относились острый аппендицит, ущемленная грыжа, внематочная беременность, острый холецистит, прободная язва и др., требующие неотложного медицинского вмешательства и которые пациент сам у себя распознать не может. Получается, что человек, которому стало плохо и который самостоятельно добрался до больницы, в случае не подтверждения у него неотложного состояния, может получить медицинскую помощь только на платной основе.

К платным услугам относится и предоставление лекарственных препаратов по рецепту врача, но не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, что противоречит мировой практике. Так, в странах Евросоюза все нуждающиеся получают лекарства либо на бесплатной основе, либо с частичной доплатой, что позволяет предупредить обострения заболеваний с последующим оказанием дорогостоящей медицинской помощи.

Платная медицинская помощь должна оказываться по соглашению сторон на основании заключенного в 3-х экземплярах договора. В проекте постановления расписано, что должно входить в этот договор, а также порядок заключения такого договора. Стоимость услуг определяется соглашением сторон (п.25), но не выходя за пределы нигде не обозначенных утвержденных Минздравом порядков. Качество платной медицинской помощи должно быть обозначено в условиях договора (непонятно, по каким критериям) и соответствовать требованиям (а где они?), предъявляемым к услугам «соответствующего вида». Нанесенный пациенту вред подлежит возмещению. Сплошь и рядом в проекте постановления содержатся отсылки к «законодательству Российской Федерации» (без конкретизации), с которым пациент может быть и не знаком, а потому беспомощен. Бюрократический договор включает в себя столько позиций, что на их ознакомление и осмысление требуется немало времени. В тоже время, действующие с советских времен нормы нагрузки (на терапевта 5 больных в час, на хирурга, окулиста, отоларинголога, невропатолога – 6 больных в час) пока еще никто не отменил.

В договоре есть такие положения (пп. 17 и 18), которые позволяют умному пациенту и получить платную помощь, и затем отсудить свои затраты полностью и с компенсацией. Наряду с этим имеется множество лазеек, позволяющих навязывать пациенту выгодные для медицинского учреждения и медицинских работников платные услуги. Это, наряду с принципом оплаты за пролеченного больного, делает здравоохранение и фармацевтику напрямую заинтересованными в увеличении числа не здоровых (как в других странах), а больных. Еще лучше – тяжело и длительно болеющих, с помощью которых можно больше получить средств за лечение (по ОМС и платным услугам) и за приобретаемые ими лекарства. Может быть именно поэтому все разрабатываемые у нас программы направлены на развитие здравоохранения, в то время как для развитых стран характерны программы улучшения здоровья, т.е. в фокусе внимания оказывается не человек и его здоровье, а медицинская служба или медицинское учреждение.

Здесь уместно будет привести результаты исследования, проведенного 5-6 лет тому назад Независимым институтом социальной политики, выполнявшим заказной проект «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении». Оказалось, что существуют несколько видов оплаты платных медицинских услуг. Один из них это оплата лекарств и материалов при лечении в медицинских учреждениях. Дефицит финансирования государством здравоохранения приводил к недостатку средств в учреждениях на приобретение лекарств и материалов. В одних случаях они приобретались пациентами или их родственниками легально (в аптеках, магазинах), но, по сути, они оплачивали то, что государство обязано предоставить бесплатно. Возможны также ситуации, когда пациенты платят посреднику или прямо лечащим врачам, предлагающим свои услуги в приобретении лекарств, что нередко приводит к неформальным платежам, когда могут продать лекарство, имеющееся в отделении. Это связано с тем, что с лекарствами в больницах, особенно с современными, имелись проблемы, лекарств не хватало, а врачи были заинтересованы назначить дорогостоящий препарат и направляли пациента в ту аптеку, с которой у врача был негласный договор. Была выявлена четко выраженная зависимость между размерами государственного финансирования и долей пациентов, покупающих лекарства за свои средства.

Другой применяемый вариант, это платные медицинские услуги, легально предоставляемые на платной основе. В сельской местности этот вид платных услуг был еще не развит вообще. В городах он в гораздо большей степени встречался в больничных учреждениях, но в зависимости от профиля отделения. Например, в отделениях хирургического профиля – до 80%, а терапевтического – 3-10%. Вместе с тем, в целом, объём этих средств был ранее невелик, а медицинские работники не совсем были заинтересованы в их развитии, т.к. получаемая ими доля доходов от платных услуг составляла всего 20-30%. Поэтому и врачи, и медицинские сестры полагали, что эта доля должна составлять 50-60% (как это было в условиях нового хозяйственного механизма), а также, что к платным услугам вообще нельзя переходить при современном состоянии больниц и поликлиник, их оборудовании, и при существующей нагрузке врачей, чтобы не вызывать недовольство населения, которое не знает, за что платит.

Платные медицинские услуги могут также оказываться (и это сплошь и рядом имеет место) путем неформальных нигде не фиксируемых платежей. Эта оплата несколько в меньшей степени была распространена в амбулаторных условиях (за выписку листков нетрудоспособности и различных справок, за обследование вне очереди и т.д.), а в стационарах эта оплата имела место практически повсюду – за операции, обследования, консультации, уход и др. В большей степени неформальная оплата имела место в городских больницах, и, прежде всего, в крупных многопрофильных и больницах скорой помощи. Среди отделений в этом отношении выделялись хирургические, нейрохирургические, сосудистой хирургии, гинекологические, ортопедические, урологические, венерологические, проктологические, стоматологические. Меньший уровень концентрации этих платежей был отмечен в экстренной хирургии, в терапевтических отделениях, за исключением некоторых направлений кардиологии, в лабораториях и др., т.е. там, где либо пациент находится в бессознательном состоянии, либо заболевание является хроническим, длительно протекающим. Хирурги, владеющие уникальными технологиями, получали неформальные доходы, в десятки раз превышающие их заработную плату, некоторые заведующие отделениями городских больниц – в 3-4 раза больше, а отдельные рядовые врачи хирургических, гинекологических отделений – в 2-3 раза больше зарплаты.

По результатам исследования было выделено пять моделей неформальных платежей:

- Плата по тарифу, когда пациент платит за помощь по сложившимся и принятым теневым ценам, которые хорошо известны всем, от администрации области до пациента. Обычно, уже в приемном отделении пациенту сообщают, за что и сколько он должен заплатить. Кстати говоря, такая оплата выгодна и врачу (поскольку он получает не 20-30% как от официального тарифа, а гораздо больше), и пациенту, который вместо полной стоимости по официальным расценкам оплачивает врачу непосредственно только половину её или чуть больше.

Например, сделать УЗИ в поликлинике стоит 400 рублей. Если оплата произведена через кассу, врач за это получит 80 рублей. Поэтому, когда пациент к нему приходит, он назначает непосредственную оплату (из рук в руки) в 200 рублей, что выгодно и пациенту, и врачу, а в каждый кабинет видеокамеру не поставить. В результате даже в частных (где есть хозяин) стоматологических клиниках официально в кассу направляют каждого третьего-пятого пациента, или же назначают ему последующие визиты в другом месте. Вот так легко формальные платежи можно превратить в неформальные. Именно поэтому, в том числе, платных услуг не должно быть вообще, это не выход из сложившегося положения с дефицитом финансирования.

- Плата по возможности, когда врач определяет размер теневой оплаты в зависимости от благосостояния и финансового положения пациента или его родственников. Это врачи считают справедливым, т.к. в какой-то мере «компенсируют» затраты своего труда на бесплатное лечение пенсионеров, студентов, медиков и др.



- Поборы, сюда же относится и прямое вымогательство денег с пациентов за те услуги, которые им должны быть предоставлены бесплатно. К поборам относятся также предложения больным собрать деньги на лампочки, шторы и др., внести пожертвования в благотворительный фонд, простое мошенничество и т.д.
- Плата по просьбе, когда размер оплаты до начала лечения не оговаривается. После лечения пациенту намекают, что «надо бы отблагодарить», даже если медицинская помощь была оказана на платной основе.
- Плата как благодарность по инициативе пациента, ранее в натуральном (подарки) виде, а в последнее время – в деньгах. В натуральной форме она сохранилась в сельской местности.

Проведенное исследование, и об этом уже говорилось, показало, что неформальные платежи существуют и тогда, когда пациенты оплачивают медицинскую помощь легально, через кассу. Поэтому легализация платежей населения или введение системы соплатежей не являются гарантией исчезновения в последующем неформальных платежей. Те врачи, которые привыкли к неформальным платежам, будут всячески за них бороться; они готовы даже платить из них 13% налогов. Неформальных платежей больше там, где выше доходы населения, и поэтому с ростом экономики будут возрастать и эти платежи. Все врачи, берущие деньги с пациентов, утешают себя тем, что государство им значительно не доплачивает (и это так!) и ставит в униженное положение с недостойным существованием при высочайшей степени ответственности. Отсюда следует вывод о том, что даже если сделать врачу достойную оплату, то все равно неформальные платежи (если не будут запрещены или ограничены) останутся, ибо, как известно, с ростом доходов растут и потребности, и ножницы между ними не устраниваются.

Однако, следует отметить, что не все врачи одинаковы. Есть врачи-бессребреники, которые не берут деньги от пациентов в силу своего воспитания и менталитета, но их всего 3-5%. Среди них изредка встречались и альтруисты, которые из своей небольшой зарплаты даже покупали медикаменты для неимущих больных в стационарах. Они являлись выраженными противниками платежей населения. Врачи-реалисты (на их долю приходилась треть врачей) отдавали себе отчет в том, что такова реальность и кто-то вместо государства должен оплачивать оказанные медицинские услуги. Сюда же частично отнесены сожалеющие врачи, которые бы хотели что-то получить, но им никто не платит. Как правило, они работали в терапевтических или детских отделениях и не особо отличались рыночным поведением. Врачи-предприниматели (коммерсанты), типично рыночники, с большой охотой принимающие неформальные платежи населения, составляли 54%. Среди них были и такие молодые врачи, которые сразу не гонялись за высокими доходами, стараясь вначале пройти специализацию, усовершенствование и т.д., т.е. стать хорошим специалистом. Кстати, именно молодые врачи при поощрении властей превращают медицину в бизнес, они даже готовы пойти на приватизацию медицинских учреждений. И, наконец, врачи-«небожители», которые составляли 10% и которые шагу не сделают без денег, т.к. обладают уникальными технологиями.

Возникает вопрос, а как к этой ситуации относятся руководители учреждений здравоохранения, которые хорошо информированы о существующих нелегальных платежах. Во-первых, у руководителей нет легитимных средств, с помощью которых можно было бы воспрепятствовать неформальным платежам. Жалобы пациентов по этому поводу встречаются лишь в 5-10% случаев. Во-вторых, они предпочитают политику невмешательства, опасаясь, что при контроле они могут потерять квалифицированных врачей. Они полагают, что риск вмешательства в этот процесс значительно выше, чем если все оставить, как есть. В третьих, многие из них убеждены, что государство весьма плохо относится к врачам и поэтому нет ничего страшного в получении ими денег от пациентов. Фактически со стороны главных врачей существует запрет только на прямое и грубое вымогательство. В коллективе эти вопросы не принято обсуждать (хотя в малых группах это возможно) и коллектив в контроле и распределении поступающих платежей не участвует.

Существует несколько способов распределения неформальных платежей. Один из них представляет собой «общий котел», из которого заведующий отделением распределяет деньги по фиксированной доле. Например, оперирующему хирургу – 50%, себе – 10%, медсестрам – 10%, остальным – 30%. При этом как-то поддерживается средний и младший медперсонал. Другой способ, когда хирург получает все деньги и ими делится с другими с учетом их участия в процессе лечения.

Таковой, как мы полагаем, представляется картина в среднем по стране, хотя, несомненно, в таких мегаполисах как Москва и Санкт-Петербург ситуация намного более выраженная, и скрытое платное финансирование медицинской помощи преобладает. Почти во всех учреждениях федерального подчинения, за некоторым исключением, наряду с легальными платежами пациентов по прейскуранту, подписанному руководителями клиник, практикуются также неформальные платежи, достигающие порой невероятных размеров. Таким образом, процесс коммерциализации здравоохранения (в том числе теневой рынок) нарастает при практически полном (в т.ч. правовом) поощрении со стороны соответствующих государственных и медицинских структур, качество помощи при этом не улучшается, и все это в конце концов негативно влияет на население, вызывая с его стороны крайнее возмущение безысходностью ситуации, и на медицинских работников, которые постепенно отходят от гуманистических принципов медицины.

В «Российской газете» к довольно нейтральному комментарию Т. Батеневой по поводу проекта постановления приложено мнение нескольких заинтересованных руководителей, мимо которого пройти нельзя. Так, директор Института мозга человека РАН из Санкт-Петербурга понимает, что Конституция гарантирует всем гражданам бесплатную медицинскую помощь. Но бюджета, выделяемого его институту, на это не хватает, особенно на так называемые высокие медицинские технологии, что вынуждает институт либо свернуть эту помощь и сокращать специалистов, либо брать деньги с больных. Но, позвольте, почему из-за того, что институт не может решить финансовые вопросы с финансирующим органом, который неизвестно куда тратит средства и недопонимает важности и значимости работы

института, должны расплачиваться неплатежеспособные больные люди? Или, другой пример. Главный врач поликлиники № 78 Москвы отмечает, что ранее поликлиника не оказывала платные услуги. Но теперь, в связи с модернизацией московского здравоохранения и получением нового современного оборудования будут введены платные медицинские услуги. Интересное получается кино. Новое оборудование приобретено за счет средств ОМС для более качественной медицинской помощи застрахованным и теперь с них же будут «драть» деньги за обследование и лечение. Возникает вопрос, кому и зачем нужна такая модернизация, и в этом ли ее основной смысл?

Все это еще раз свидетельствует о том, что в фокусе внимания властей находятся медицинские учреждения, а не пациент с его проблемами и возможностями. Отсюда непонятно, кто у нас для кого: пациент для здравоохранения или здравоохранение для пациента. Аналогичные вопросы можно отнести к любой сфере деятельности у нас в стране. И до тех пор, пока все внимание и все усилия не будут ориентированы на человека, мы будем находиться в условиях намеренно затянутого переходного периода.

### 3. Почему нельзя вводить платные медицинские услуги

Тому есть множество политических, экономических, правовых, социальных и гуманистических причин, среди которых можно выделить следующие:

3.1. Как подчеркивает А.Саверский (2012) это страх перед болезнью и ее последствиями, полная зависимость пациента от врача, от его квалификации, порядочности, добросовестности. Люди порой готовы все отдать, даже остаться без жилья, чтобы помочь близкому человеку или тяжело больному ребенку, до которых у государства нет дел и которые лечатся за счет платных услуг, финансируемых, если возможно, за счет благотворителей. Получается, что здоровье людей финансово никак не интересно государству.

3.2. Незнание пациентом, что ему нужно. Отсюда видно, что ему можно «навязать» все, что угодно: дополнительные и избыточные дорогостоящие обследования, дополнительные лекарства (пока еще не додумались до ненужных операций), и это становится повседневной практикой не только в коммерческих клиниках. Это тоже мнение А.Саверского (2012), с которым мы полностью солидарны. Видимо, государство намеренно превращает медицину в коммерческий бизнес.

3.3. Совершенно несложно заместить бесплатную медицинскую помощь на платную, причем, это можно делать на разных уровнях. На уровне медицинских работников и медицинских учреждений, заявляя, что по программе гарантий большая очередь, и чтобы в ней продвинуться, нужно платить, назначая множественные обследования, консультации и лечение, как бы не входящие в программу гарантий. На вышестоящих уровнях можно стимулировать расширение сферы и объема платных медицинских услуг, сокращая программу государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, что можно ожидать в завуалированном виде. Все правильно: зачем оказывать помощь «бесплатно» (за счет бюджета, ОМС), когда ее же можно оказать за плату с выгодой для себя.

3.4. Как известно, 70% наших граждан являются неплатежеспособными и балансируют между средним (по нашим меркам) классом и гранью выживания. Именно они (не богатые и пожилые) получают медицинскую помощь в наших поликлиниках и больницах, поскольку более богатые предпочитают лечиться в зарубежных клиниках или в платных у нас, где работают такие же врачи, как и в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, с теми же знаниями, с теми же ошибками и почти с тем же отношением к пациентам.

3.5. Платность никак не отражается на качестве медицинской помощи, поскольку ее оказывают такие же врачи и с таким же образованием.

3.6. Когда медицинская помощь хотя бы частично становится платной, то она оказывается и менее доступной, что приводит к следующим последствиям:

- значительным очередям в медицинские учреждения, особенно, в амбулаторно-поликлинические;
- утяжелению и хронизации патологии, поскольку люди начинают лечиться сами из непонятной для западного обывателя «домашней аптечки», правда потом это приводит к значительным затратам на оказание им запоздалой медицинской помощи, что должно негативно отражаться на государственных интересах и позитивно на финансировании медицинских учреждений.

Как уже отмечалось, именно развитие платных медицинских услуг в совокупности с оплатой за пролеченного больного делает медицинские учреждения и фармацевтику напрямую заинтересованными не в росте числа здоровых, а в увеличении числа больных (чем их больше, тем больше средств будет получено по линии ОМС и платных услуг). Еще лучше, если вырастет число тяжело больных с длительным течением болезней. Отсюда следует, что вектор развития нужно развернуть в прямо противоположном направлении.

Кроме того, поскольку у нас заболеваемость регистрируется по обращаемости, то снижение доступности (если не будет, к примеру, окулиста, то и некому будет выявлять глазные болезни) приведет к значительному уменьшению выявленной заболеваемости, что даст новые основания для победных реляций на фоне разрушающегося здравоохранения. Нельзя допустить, чтобы между врачом и пациентом существовали денежные отношения, и чтобы врач рассматривал пациентов в качестве источника своих доходов. На этом медицина заканчивается и начинается коммерческий бизнес.

3.7. Внедрение платных услуг в наших условиях противоречит международному опыту, рекомендациям ВОЗ и с точки зрения здравого смысла Конституции РФ. Фактически платность и недоступность медицинской помощи наряду с ростом цен на продовольствие и услуги ЖКХ являются главными причинами нарастающего недовольства населения. Трудно сказать, сколько может сдерживаться бурлящий котел недовольства, может быть просто не стоит доводить его до точки кипения, тем более, что в стране деньги есть, и немалые, но они расходуются не на пользу большинства граждан.

## 4. Что же делать?

Необходимо, не затягивая надолго, отказаться от платных медицинских услуг вообще, а в дальнейшем полностью отказаться от рыночной терминологии и ОМС, перейдя на бюджетное финансирование, дополненное развитой системой ДМС.

В связи с увеличением налога от фонда оплаты труда на ОМС на 2% в 2011-2012 гг. в здравоохранение должны были направлены дополнительно 460 млрд. руб. в рамках программы модернизации на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения – 74% всех средств, на внедрение современных информационных систем – 5% и на внедрение стандартов медицинской помощи – 21%, в разрезе отдельных территорий страны. За полтора года Федеральный фонд ОМС выполнил свои обязательства всего на 34% от запланированного объема, субъекты федерации – на 37%, территориальные фонды – на 45%. По данным Комитета ГД по охране здоровья и Счетной палаты из 88 включенных в программу недостроенных объектов завершено лишь 30, капитальный ремонт закончен в 23% запланированных объектах, оборудование закуплено на 40% от запланированных объемов. В связи с недостаточным внедрением медицинских стандартов доплаты к заработной плате врачей составили только 24.8% от запланированных, а медицинским сестрам – 17.4% от предусмотренных плановых показателей. Наибольший провал программы модернизации отмечается по внедрению современных информационных систем, средства на которое освоены лишь на 9.7%. Это свидетельствует о том, что даже выделенные средства используются крайне плохо.

Возможно, это обусловлено недостатками и скороспелостью самой программы модернизации, несвоевременным выделением средств, недостаточностью нормативной базы, нерасторопностью субъектов федерации. Приведенные данные еще раз свидетельствуют о неполном, нерациональном и, нередко, неэффективном (с точки зрения соотношения между затратами и результатами) расходовании финансовых ресурсов в здравоохранении, что можно поставить в вину отраслевому министерству. Однако, несмотря на это, расходы на здравоохранение непрерывно возрастают, хотя и в недостаточных объемах. Так, подушевой норматив программы государственных гарантий (ПГГ) на 2012 г. установлен в 7633 руб. в год, в т.ч. 4102,9 руб. приходится на базовую программу ОМС и 3530,5 руб. (46%) на бюджетное финансирование. Запланирован рост расходов до 2015 г. на ПГГ на 65% в текущих ценах до 2 400 млрд. руб.: 1 406 млрд. руб. – средства ОМС, включая скорую медицинскую помощь, высокие технологии, содержание медицинских учреждений, 602,6 млрд. руб. – бюджеты субъектов на помощь при социально-значимым заболеваниям и 390,9 млрд. руб. – федеральный бюджет на инновационную медицинскую помощь. Однако, по данным Г. Улумбековой (2012), в реальных ценах по отношению к 2010 г. этот рост составит только 25%. К тому же такой прогноз является нереалистичным, поскольку основной рост предусмотрен за счет значительного повышения взносов на неработающее население (это бюджеты регионов, которые в своем подавляющем большинстве не исполняют установленные нормативы). За 2010-2015 гг. запланирован рост заработной платы врачей в текущих ценах на 120%, а в реальных – только на 68%, что также вызывает большие сомнения у специалистов (Улумбекова Г.Э., 2012). Между тем, по имеющимся расчетам финансирование здравоохранения необходимо минимально увеличить в 2 раза за счет введения прогрессивного налога на доходы (что будет справедливым) при усилении фискальной функции государства и за счет отказа от значительного расходования средств на показательные мероприятия, результатами которых смогут воспользоваться единицы. Пора обратить внимание на условия жизни и здоровье большинства граждан.

Чтобы ликвидировать коррупцию на уровне пациент-врач и отказаться от платных медицинских услуг необходимо повысить заработную плату врачам, минимально доведя ее до размеров оплаты у депутатов, исходя из степени ответственности перед государством и обществом. Медицинские сестры должны получать 65-70% от зарплаты врачей. При этом нужно не просто повышать оплату труда, но и сделать ее зависимой от объемов, сложности, напряженности, результатов и качества работы.

Таким образом, исходя из потребностей и пожеланий подавляющего большинства граждан РФ и исторической логики развития здравоохранения, необходимо сделать так, чтобы система охраны здоровья содействовала бы предупреждению болезней, сохранению и улучшению здоровья населения, а медицинская помощь была бы доступной

(в требуемых объемах и приближенной), своевременной, квалифицированной и качественной, непосредственно бесплатной для граждан. Все это должно найти свое отражение в формируемой Стратегии охраны здоровья в РФ.

## Once Again on Free and Paid Health Care

**Komarov J.M.**

*Doctor of Medical Science, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals*

The author reasons on the delicate matter of moral and ethical aspects of paid medical care. He polemically analyzes and typologizes different forms of profiting from patients regardless of the declared free nature of public health system. The conclusion is drawn on the necessity of abandonment of paid by patient healthcare replaced by free of charge services with the expenses covered by federal and local budgets.

**Key words:** compulsory health insurance, paid medical services, free medical services, profit