

Как нам дальше развивать здравоохранение?

Часть 2. Здравоохранение страны на перепутье

Комаров Ю.М.

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

Во второй части статьи автор рассматривает действующие в настоящее время критерии оценки здоровья населения, проблемы системы ОМС. Оцениваются преимущества государственно-бюджетной системы финансирования здравоохранения в сравнении с существующей сегодня страховой медициной.

Ключевые слова: здоровье населения, здоровый образ жизни, медицинское страхование, расходы на здравоохранение, бюджетное финансирование, обязательное медицинское страхование

В Конституции РФ охрана здоровья отделена от организации оказания медицинской помощи, и это правильно. В данной статье различные вопросы клинической медицины, технологические проблемы, вопросы качества и другие не рассматриваются, так как выходят за рамки настоящего материала. Поэтому первой развилкой будем считать охрану здоровья и оказание медицинской помощи. Вначале рассмотрим систему охраны здоровья, целью которой является улучшение здоровья населения. В эту систему входят такие вопросы, как бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, стресс и здоровье, окружающая среда и здоровье, наследственность и здоровье и т.д., а также создание необходимых условий для мотивированного ведения гражданами здорового образа жизни (ЗОЖ).

Понятно, что это не отраслевая, чисто медицинская проблема, хотя имеются попытки «свалить» все на отрасль; решение ее требует межсекторального подхода, социальной профилактики и государственного участия. В результате исследований, выполненных в середине 1950-х гг. в разных странах, было определено, что имеются разнообразные факторы (их удалось идентифицировать и затем определить силу их воздействия во времени), значимо влияющие на возникновение и течение целого ряда хронических заболеваний. Такой подход ознаменовал собой переход от последствий нарушений здоровья, к их причинам, т.е. от лечения к профилактике.

О том, что болезни легче и дешевле массово и индивидуально предупредить, чем впоследствии их индивидуально лечить, знали еще со времен Гиппократ, но только сравнительно недавно появилась стройная теория, как это можно и нужно делать. Отсюда и возникла идея о двух уровнях здравоохранения: охрана здоровья, как общегосударственная система, и ведомственно-отраслевая, связанная с организацией и осуществлением диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной медицинской помощи. Оба эти уровня дополняют друг друга, и низовая зона их взаимодействия концентрируется в рамках первичной медико-санитарной помощи (Primary Health Care).

Никакая другая система, кроме здравоохранения, не может сигнализировать власти о неблагоприятных в здоровье граждан, обусловленных внешними факторами, которые требуют на них воздействия именно со стороны органов власти. Об этом говорилось во многих отечественных и международных изданиях. Так, выдающийся отечественный врач и общественный деятель Н.И.Пирогов еще во второй половине XIX века писал, что будущее принадлежит медицине предупредительной, а Генри Сигерист, известный американский историк медицины еще в 1937 г. прозорливо отметил, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины (и охраны здоровья). Об этом же свидетельствовали результаты знаменитого лонгитудинального Фремингхемского исследования (1952, США), откуда пошло выражение, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это болезнь века.

Вторая эпидемиологическая революция в середине XX столетия означала переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным заболеваниям, тогда же и появилась, концепция факторов риска (индивидуальных и популяционных), поддержанная ВОЗ.

Вопросы улучшения здоровья поднимались также в Алма-Атинской декларации 1978 г., в стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», в Оттавской хартии 1986 г. и в Люблянской хартии 1996 г. Milton Terris, главный редактор журнала Public Health Policy, считал грубой ошибкой смешение в США понятий системы оказания медицинской помощи и национальной системы здравоохранения. А г-жа Гру Харлем Брундланд (Gro Harlem Brundland), бывшая премьер-министр Норвегии, врач и политик, Генеральный директор ВОЗ с 1998 по 2003 гг. неоднократно заявляла, что настоящими министрами здравоохранения являются президент и премьер страны, только они это не знают.

Таким образом, ответственность за здоровье населения и его охрану должны нести первые лица государства, а не заместитель министра здравоохранения, как записано в плане основных мероприятий Минздрава РФ до 2018 г. Для этого при Президенте РФ должен быть создан Национальный совет по охране здоровья. На официальном кремлевском сайте представлены 18 различных специальных, разноплановых и неравнозначных советов при Президенте РФ, но нет важнейшего совета по охране здоровья. Этот совет должен способствовать межотраслевым усилиям по охране здоровья, курировать подготовку периодического доклада Президента РФ о состоянии здоровья нации, мониторинг здоровья и реализацию Национальной программы охраны здоровья, основанной на результатах специальных исследований.

Именно так и должна называться эта программа, поскольку во всем мире реализуются программы улучшения здоровья и только в нашей стране формировались программы развития здравоохранения, что далеко не одно и то же. Например, в США при самых больших в мире расходах на здравоохранение (почти 18% ВВП, 10772 долл. на душу населения в год, в т.ч. 37.7% – 4062 долл. из бюджета и 62.3% – 6710 из других источников) в программе «Healthy people» («Здоровые люди») (1990-2000, 2000-2010,

2010-2020) было выделено 22 приоритетных направления. Предыдущая системная программа в США (1980-1990) – называлась «Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the Nation» – «Укрепление здоровья, профилактика болезней, цели нации» (!). Однако не все страны могут себе такое позволить, у них нет столько денег. Например, в завершившейся в конце 2010 г. британской программе «Здоровье нации» было обоснованно (и это скрупулезное обоснование представляет собой особый интерес для нашей страны) и выделено всего 4 приоритетных направления. Относительно небогатая страна может себе позволить тратить на здравоохранение из бюджета не более 1800 долл. на душу населения в год.

Охрана здоровья, как одно из условий национальной безопасности, должна находиться, как отмечалось, на первом месте в одном ряду с охраной государственных границ, охраной правопорядка, обороноспособностью. Какие показатели можно использовать при анализе системы охраны здоровья? Начнем, пожалуй, с тех, которые на самом деле не отражают состояние здоровья населения, но которыми достаточно часто пользуются медицинские чиновники, что ставит под сомнение их профессионализм. К ним относятся общая и впервые выявленная заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности (инвалидность). Они регистрируются по обращаемости и характеризуют не здоровье, а доступность медицинской помощи и её ресурсное обеспечение. Иначе говоря, если в районе не будет окулиста, то не будет и глазной заболеваемости, некому будет ее регистрировать. А утрата трудоспособности (временная или стойкая) скорее характеризует возможности органов социального обеспечения, которые устанавливают соответствующие критерии. Также не характеризуют здоровье общая летальность и летальность по отдельным причинам (т.е. отношение умерших к заболевшим), смертность (в расчете на население) по отдельным причинам, поскольку грешат большими возможностями для ошибок. Эти показатели, соответственно, не могут служить в качестве оценочных и для оценки деятельности служб здравоохранения.

Очень часто медицинские чиновники преподносят свои достижения, куда относят и материнский капитал, в виде роста рождаемости. Они не осознают, что рождаемость-это совокупность сложных демографических и социальных процессов и имеет свою динамику и закономерности, о которых многие специалисты неоднократно писали. Мы тоже не обошли вниманием эту проблему, которая имеет отношение к здоровью населения, поскольку в последние годы значительно возросло число рождений нездоровых новорожденных и вскоре, когда на фоне роста смертности в детородный возраст перейдет малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы, может наступить демографический обвал.

Что же более или менее может характеризовать здоровье населения? Это результаты исследования исчерпанной заболеваемости и болезненности, когда из 3-х летней обращаемости рассчитываются среднегодовые показатели с добавлением данных по результатам выборочных обследований населения. А если это еще и дополнить

экспертизой нуждаемости, то получается выход на реальные потребности населения в различных видах медицинской помощи. Однако, Минздрав РФ уже на протяжении 40 лет не заказывает такие исследования, которые ранее приурочивались ко всеобщей переписи населения. Поэтому сведения о Программе государственных гарантий и программе ОМС не вызывают особого доверия.

Критериями для оценки здоровья населения могут также служить средняя продолжительность ожидаемой жизни (СПЖ) и ее производные (индексы DALY и QALY, характеризующие длительность здоровой жизни и ее качество), перинатальная, младенческая и материнская смертность, возрастно-половая и общая смертность, в которой выделяется преждевременная и затем предотвратимая смертность, которая (наряду с показателями частичного или полностью восстановленного здоровья и трудоспособности и удовлетворенностью пациентов) может служить также индикатором оказанной медицинской помощи. Сюда же можно отнести и средний возраст умерших с расчетом потерь трудового потенциала (по недожитым годам хотя бы до СПЖ). Эти показатели частично можно использовать и для оценки деятельности здравоохранения, для чего можно также применять внутрибольничную летальность (стандартизованную по тяжести контингента) и послеоперационную летальность (по видам операций).

Вопрос об оценочных показателях является самостоятельным и требует отдельного рассмотрения. Тем не менее, при этом нужно учитывать, что сама медицина (или традиционное здравоохранение) оказывает незначительное влияние на здоровье людей: на возникновение заболеваний – в 10% случаев, на излечения заболеваний – в 45%, на общую смертность – в 15%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи) – в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность – в 40% , на инвалидность – в 15%, на СПЖ – в 5%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни – в 25%., на младенческую смертность – в 35%, на материнскую смертность – в 75% случаев. В среднем по данным, приведенным еще известным отечественным демографом Б.Ц. Урланисом в 1975 г., традиционное здравоохранение оказывает влияние на здоровье людей лишь в 14% случаев, сейчас – менее 12%. Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности.

Таким образом, первая развилка в виде системы охраны здоровья обозначена и именно тут происходят «поломы» в здоровье, которые потом направляются в медицинскую отрасль на «ремонтно-восстановительные работы».

Вторая развилка касается моделей непосредственного оказания медицинской помощи, целью которой является мотивация граждан к ведению ЗОЖ, восстановление (полное или частичное) утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Для этого используются следующие средства: медицинская профилактика, диагностика,

лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход с охватом всех этапов медицинской помощи, от ПМСП до паллиативной медицинской помощи.

Соответственно, за все это должно нести ответственность отраслевое руководство. Основными проблемами здравоохранения на сегодня являются: доступность (сейчас это главное), потребность в медицинской помощи (на основе изучения здоровья населения), этапность и маршрутизация пациентов, качество, лицензирование, аккредитация, дефицит ресурсов (финансовых, кадровых, материально-технических, лекарственных, интеллектуальных, информационных, учрежденческих). Этим и обусловлено то, что перед здравоохранением РФ стоит выбор одной модели из четырех:

1. Сохранение существующей модели ОМС и ее некоторое улучшение;
2. Переход к рыночной рискованной модели ОМС;
3. Система социального страхования здоровья;
4. Государственное медицинское страхование или государственно-бюджетная модель.

Если говорить о существующей модели ОМС, то она имеет огромное число дефектов, описанных во многочисленных публикациях и подытоженных на форуме Общенародного фронта в сентябре 2015 года. Получилась совершенно нелепая система, которую осудила ВОЗ. Государство в нашей стране платит государственные деньги либо на содержание государственных лечебно-профилактических учреждений и на оплату оказанной ими медицинской помощи через частных коммерческих посредников, либо оплачивает медицинскую помощь частным клиникам.

Кстати, успешно развивающимся частным клиникам и их объединениям, которые являются составной частью системы оказания медицинской помощи в стране, видимо, нецелесообразно вступать с государством в какие-либо отношения, а существовать самостоятельно, иначе они попадут под жесткий прессинг проверок, которого нельзя избежать. Формально государство вправе знать, куда уходят финансовые средства, и может контролировать выполнение утвержденных медицинских стандартов.

Потом было принято решение лишить страховые медицинские организации функции страховщиков и передать ее единому на всю страну Федеральному фонду ОМС при одноканальном финансировании, означавшим слияние средств ОМС и бюджета. Система организована так, что деньги в ней совершают много лишних движений – вначале вверх, когда все «взносы» централизуются в Федеральном фонде ОМС, а затем распределяются вниз по территориальным фондам, что создает много возможностей для различного рода законных и незаконных действий. В результате оказалась практически нежизнеспособная смесь бюджета и страхования, государственного и частного. Сложилось такое положение,

что Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи по сути ничего не гарантирует.

Не является секретом, что только 15-20% от среднего счета за платные медицинские услуги официально или неофициально получает врач. А при непосредственной оплате (из кармана в карман) пациент платит в 2 раза меньше, а врач получает в 2 раза больше. И от этого избавиться очень трудно из-за выгоды для обеих сторон. Поэтому даже в частных стоматологических клиниках не все посещения проводятся через кассу. При этом нужно было не виды медицинской помощи делить на бесплатные по программе государственных гарантий и платные, а как это имело место в ряде стран с медицинским страхованием (Германия, Австрия, Нидерланды) разделить население в зависимости от доходов и возможностей оплаты. Но это возможно только в условиях мощной фискальной функции и законопослушания граждан.

С позиции социальной справедливости наши граждане могли быть законодательно разделены на три группы по оплате медицинской помощи: из бюджета (например, дети, неработающие, пенсионеры, инвалиды), из системы ОМС (работающие с невысоким доходом и члены их семей) и платных услуг или ДМС (состоятельные лица с высоким доходом, но опять же при эффективной фискальной функции государства) с оказанием медицинской помощи по единым стандартам. Но о социальной справедливости уже давно никто не вспоминает, поскольку в здравоохранении стали преобладать коммерческие интересы.

Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ, и предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (коммерческого и некоммерческого) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою высокую затратность и относительно низкую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости сплошного документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, проведения многочисленных проверок, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д.

В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи больным, расходуется до 20% средств ОМС, из которых 53 млрд. руб. ежегодно уходит непосредственно на содержание страховых медицинских организаций, получающих дополнительно половину из налагаемых штрафов на работу лечебно-профилактических учреждений. Так, согласно закону N 326-ФЗ, страховые организации могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы.

Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких из них? Правда, Минздравом России недавно утвержден порядок выбора медицинского учреждения, но он важен особенно для граждан, которые работают или временно находятся не в районе своего проживания. Во многих случаях этот принцип будет носить декларативный характер.

Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Работодатели в качестве страхователей являются бесправными, не могут влиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право на получение некоторой информации от страховщика.

Опасность для пациентов или ворота, через которые страховые компании будут экономически заинтересованными в предъявлении пациентам исков, в том числе неоправданных, представляют собой некоторые положения закона. Имеются противоречия между пунктами одной и той же статьи, где, с одной стороны, к примеру, говорится, что страховая медицинская организация, участвующая в системе ОМС, может иметь любую организационно-правовую форму, а с другой, что она должна осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе. При этом одновременно страховой медицинской организации разрешается размещение временно свободных средств, что придает деятельности коммерческий оттенок.

В законе ни в малейшей степени не прослеживается роль медицинских профессиональных ассоциаций, сообществ пациентов как в составлении территориальных программ ОМС, так и в работе комиссий, распределяющих между страховыми организациями объемы медицинской помощи и определяющих тарифы. Некоторые пункты закона могут представлять собой лазейки для коррупции. Кстати, некоторые наши СМО имеют зарубежных владельцев и часть получаемой СМО прибыли уходит за пределы страны. Споры между страховой организацией и медицинским учреждением теперь разрешаются не путем независимой экспертизы, а чиновником из территориального фонда ОМС.

По закону страховые медицинские организации слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи. Поэтому форум Общественного фронта (ОНФ) посчитал, что страховые медицинские организации, как не справившиеся с возложенными на них задачами, могут быть безболезненно исключены из системы ОМС. В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи.

Экономия государственных средств приводит к неконтролируемому росту личных расходов, чего не должно быть в социальном государстве.

Однако, социальным может стать государство только при наличии 5% экономического роста в год (Кудрин А.Л., 2016). Хотя денег в стране немало, они либо исчезают куда-то по дороге к месту вложения, либо, что нередко, почти безвозвратно уходят на амбициозные проекты с низкой отдачей. Если сейчас пока нет возможности создать социальное государство, то должна быть хотя бы некая общественная справедливость в виде сглаживания остро выраженного неравенства в доходах и возможностях людей, что является, по последним данным ВЦИОМ, основным источником напряженности в стране.

Это неравенство распространяется также на образование, соблюдение законов, на характер работы и отдыха, на здравоохранение. Уже сейчас свыше 50% пациентов в той или иной степени платят за стационарные услуги, 30% – за амбулаторную помощь, включая различные обследования, 65% – за стоматологические услуги. Большинство пациентов доплачивают за высокотехнологичную помощь, в том числе оказываемую по выделенным квотам. Доля личных расходов граждан на медицинскую помощь в России существенно выше, чем даже в странах Восточной Европы, при относительно низких доходах. Однако, далеко не все граждане имеют возможность пользоваться платными услугами. В результате почти 40% амбулаторных пациентов с низким доходом выбирают самолечение или вообще не лечатся, а на селе эта величина вследствие крайне низкой доступности медицинской помощи в 2 раза выше.

Кроме роста платности и коммерциализации, в здравоохранении РФ отмечаются и другие негативные процессы: постепенная ликвидация государственных медицинских учреждений под разными предлогами, «ползущая» их приватизация, насильственное сокращение численности медицинских работников при искаженной их структуре и т.д., что, в том числе, ведет к росту предотвратимой смертности и летальности. Европейское бюро ВОЗ еще в 2012 г. рекомендовало странам Европы постепенно сокращать до полного исчезновения непосредственные платежи пациентов. Вводя платные услуги, власть, манкируя своими непосредственными обязанностями, постепенно урезает в абсолютном или относительном виде бюджетное финансирование здравоохранения, отнимает деньги у работающих и непосредственно у пациентов.

Тенденция на развитие платной медицины и постепенное замещение ею бесплатного здравоохранения с последующей приватизацией или с передачей хорошо оснащенных в последнее время государственных и муниципальных медицинских учреждений в долгосрочную концессию в частные руки является полностью губительной для нашей страны. С другой стороны, тот, кто имеет возможность и желание (по разным причинам) платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники, которые, как отмечалось, согласно Конституции РФ входят в состав национальной системы оказания медицинской помощи.

Таким образом, дефектами нынешней гибридной бюджетно-страховой модели организации финансирования здравоохранения, многие из которых – общемировые, являются: это не страхование (отсутствует страховой риск), а целевой налог; большинство врачей страны не понимают саму систему ОМС и зачем она нужна; модель во всем мире неэффективная и затратная, требующая постоянного роста расходов; страховые медицинские организации представлены у нас не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве посредников; они экономически заинтересованы в плохой работе медучреждений (ФЗ №326); тариф не связан с риском страхового случая, тариф не покрывает все расходы; все участники процесса, включая медицинские организации, заинтересованы в росте числа больных, в т.ч. тяжелых, что противоречит интересам государства; все участники процесса заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах, т.е. в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить, что ведет к значительному завышению затрат; отсюда невыгодность профилактики, раннего выявления и своевременного лечения, борьбы с социальными болезнями и приписки; косметически или даже кардинально улучшить существующую модель ОМС практически невозможно.

Более 20 лет работы на принципах медицинского страхования ни к чему не привели (затраты растут, результаты параллельно не улучшаются, удовлетворенность пациентов падает). Необходимо иметь в виду, что страхование по своей сути представляет возмещение возможных потерь (утрат), т.е. компенсацию работнику на лечение его самого или членов его семьи, а в данном случае речь идет об оплате за ретроспективно оказанную медицинскую помощь.

Страховой случай при этом наступает не вследствие какого-либо ущерба, а при необходимости получения медицинской помощи в качестве оплаты медицинскому учреждению.

Иначе говоря, социальное страхование здоровья – это классический пример страхования (именно так оно изначально и задумывалось при рухнувшем бюджете), а ОМС – это не страхование, и представляет собой не более как специальную систему финансирования медицинской помощи, которой недовольны пациенты и медицинские работники. Нынешняя система ОМС полностью противоречит Конституции РФ, и от нее нужно отказываться.

Как известно, многое познается в сравнении. При сравнении с близкими по финансированию странами сразу же бросается в глаза низкая эффективность нашего здравоохранения. Так при всех расходах на здравоохранение в 2015 г. в 5,9% ВВП, т.е. в 1440 долл. на 1 жителя в год (тут заложено более трети личных средств граждан) по шкале Bloomberg, где учитываются не только затраты, но и управляемые результаты, Россия оказалась на 51 месте, в то время как близкие к нам страны с медицинским страхованием по уровню финансирования оказались по результатам на более высоких позициях: Мексика – на 12 месте, Польша – на 22, Турция – на 31. Это говорит о том, что

выделенные государством значительные средства у нас были использованы нерационально, без учета обоснованных приоритетов, потрачены не туда. На них была укреплена (говоря военным языком) тыловая медицина – закуплено дорогостоящее оборудование, построены новые центры (об этом говорилось в первой части данной работы) в ущерб линии фронта, т.е. ПМСП, от которой и зависит эффективность функционирования всего здравоохранения. За сохранение нынешней системы ОМС с некоторыми поправками выступают СМО и экономисты из Высшей школы экономики, против – большинство врачей и пациентов. «Система ОМС совершенно порочна» – так считает академик РАН М.Давыдов.

Одной из особенностей такого положения дел в здравоохранении является отсутствие государственного независимого анализа причин негативной ситуации в отрасли, равно как в образовании, причин недоразвития малого бизнеса, ростки которого постоянно подавляются, причин неисполнения ряда принятых решений, которые порой искажаются до неузнаваемости, причин недоразвития в стране гражданского общества и среднего класса, причин резко выраженных различий в доходах и возможностях людей, причин слабой эффективности государственного аппарата и т.д. Меня всегда поражало, как можно в такой шахматной стране, как наша (Алехин, Чигорин, Ботвинник, Керес, Таль, Смыслов и другие), не просчитывать последствия многих решений хотя бы на один ход вперед. Такое впечатление, что нами руководят не аналитики или генераторы идей, а простые далеко не лучшие исполнители или, как говорит сатирик М. Задорнов, команда непрофессионалов, и от перестановки мест ее членов положение не улучшается. Все это свидетельствует о том, что как таковой системы управления страной нет, есть только «ручное» управление, а власть не умеет как следует планировать (и тому есть многочисленные примеры) и способна только транжирить значительные бюджетные средства.

Второй вариант – это рискованная рыночная модель медицинского страхования, которую стараются избежать во многих странах. Межрегиональный союз медицинских страховщиков выделил в 2015 г. институту финансирования (директор – канд. экономических наук В.Назаров) 11 млн. руб. на разработку рискованной модели ОМС. Такая модель представляет собой бизнес на болезнях, главная задача при этом – перевести острую боль в хроническую. Институт финансирования до начала разработки новой модели уже предложил ввести соплатежи населения, все вызовы врача на дом сделать платными, по скорой медицинской помощи до 4-х вызовов в год могут быть бесплатными, остальные за плату (правда, Минздрав РФ такое предложение не поддержал), до 8 амбулаторных посещений сделать бесплатными, остальные – за плату из личных средств пациентов. Это существенно ограничивает доступность к медицинской помощи для длительно и часто болеющих пациентов и тяжелобольных.

Институтские деятели почему-то решили нарушить ряд статей Конституции РФ (2,7,41) и забыли о том, что большинство (70%) наших граждан являются неплатежеспособными, из них свыше 22 млн. человек находятся за чертой бедности. Они также предложили ввести

селекцию застрахованных, снизить доступность ОМС людям с плохим здоровьем, что, по их мнению, приведет к уменьшению издержек. Они предлагают ввести полный тариф на ОМС (предназначенной для оказания медицинской помощи), включив туда затраты на капремонт, медоборудование, амортизацию и т.д. Кроме того, предлагается оставить только рентабельные и частные клиники, а нерентабельные, которых в стране подавляющее большинство, просто закрыть.

Это мы уже проходили недавно, когда закрывались маломощные и экономически невыгодные больницы и роддома, а до мест оказания медицинской помощи были десятки километров. Это нас возвращает на несколько веков назад, когда женщины рожали в поле и перекусывали зубами пуповину. И в советское время эти медицинские учреждения были нерентабельными, но тогда исходили не столько из затрат денег, сколько из целесообразности. Напрасно некоторые думают, что раньше у нас были недалекие руководители, не умеющие считать деньги. Например, добыча угля на Севере была нерентабельной, но завоз туда топлива из Кузбасса или Донбасса обходился бы еще дороже. А сейчас, когда все шахты стали частными, выяснилась их убыточность и их стали закрывать. А что делать с работавшими на них, членами их семей и со всей инфраструктурой, которая создавалась вокруг монопредприятия, владельцев шахты не волнует и они перекладывают эти проблемы на государственный уровень.

Помимо того, что рыночная модель ОМС является антисоциальной и при этом основная финансовая нагрузка ложится на население, так еще к тому же государство полностью исключено из регулирования и финансирования лечебно-профилактических учреждений. Основным принципом в экономике подобной модели будет «выгодно-невыгодно» и усиление рыночных механизмов может заключаться только в росте прибыли страховщиков.

Что нужно сделать, чтобы перейти к рискованной модели ОМС? Во-первых, необходимо изменить форму собственности всех медицинских учреждений с государственной на частную и всех страховых медицинских организаций с частной коммерческой на частную некоммерческую, внести необходимые изменения в Конституцию РФ. Далее, нужно перевести большинство врачей в субъекты права с собственным страхованием возможных ошибок.

Работающие граждане наряду с работодателями должны будут также платить страховой взнос в некоторой пропорции. Желательно также либо ликвидировать все неперспективные поселения, включая малые города, и переселить всех из села в городские агломерации, либо построить дороги и соответствующие коммуникации для организации конкуренции и возможности выбора пациентами медицинских учреждений, врачей и других медработников. Тем более, что, по мнению реформаторов, туда невыгодно проводить связь, газ и т.д. Следует также разукрупнить ЛПУ в крупных городах, превратив их из монополистов в конкурентоспособные учреждения, и приготовиться к банкротству 90% ЛПУ.

При этом нужно будет резко ограничить возможности получения медицинской помощи, лимитировать ее объемы, сократить число коек, исходя из занятости и состава госпитализированных, хотя койки подразделяются по степени интенсивности их использования. Не спасает рисковую модель и пропагандируемое ныне государственно-частное партнерство – ГЧП (хотя такого нет ни в одной стране, а есть public-private partnership), поскольку любой частник будет вкладывать капитал при условии получения прибыли в виде продаваемого товара (лекарства, медтехника, изделия медицинского назначения, новые технологии и т.д.). Но у нас решили пойти простым путем и стали передавать государственные учреждения в частные руки. Следует отметить, что большинство развитых стран, за исключением отмеченных выше трех (США, Швейцарии и Нидерландов), полностью отказались от конкурентных отношений в здравоохранении.

Здоровье при такой модели, хотя и не становится товаром (товар – это медицинская услуга), но является только личным достоянием и пожеланием каждого человека. Вот и получается, что рыночная модель ОМС противозаконна и противоречит Конституции РФ. Тем более, что на все необходимые изменения при достаточно напряженной работе понадобится не менее 50 лет. И к тому времени здравоохранение как система может окончательно деградировать.

Третий вариант – это система социального страхования здоровья. К ее первоначальным организаторам можно отнести первого директора Федерального фонда ОМС (в ранге министра) профессора В.В. Гришина. Система изначально задумывалась как социальная, без наличия посредников в виде страховых медицинских организаций при объединении фондов социального страхования и ОМС. Но не получилось из-за мощного давления страхового лобби и соответствующего вмешательства зарубежных экспертов. Это привело к нынешнему бюджетно-страховому гибриду и к огромному числу проблем в здравоохранении. Сейчас уже не найти идеологов этой модели и потому от нее следует также отказаться.

В итоге остается лишь государственно-бюджетная модель, на характеристике которой следует остановиться более подробно. Переход от социального страхования к преимущественно бюджетному финансированию в разных модификациях произошел во многих странах после 2-й мировой войны. Бюджет применяется в Великобритании с 1948 г., Канаде, Испании с 1986 г., Австралии, Дании с 1973 г., Норвегии, Швеции, Финляндии, Новой Зеландии, Исландии, Италии с 1980 г., Ирландии с 1971 г., Португалии с 1979 г., Греции с 1983 г. Подобное финансирование осуществляется и в других странах, где по закону запрещено оказание непосредственно платной медицинской помощи. В отличие от стран с медицинским страхованием во всех указанных выше странах основная квалифицированная помощь оказывается на догоспитальном этапе и потому в ПМСП там заняты до 50% всех врачей. Основными постулатами этой модели являются следующие:

- здоровье это основное право человека, реализация которого требует государственных, личностных и межсекторальных усилий, здоровье населения –

общественная ценность, а не только сугубо личное дело, что полностью корреспондирует с основным слоганом ВОЗ «здоровье – для всех, забота о каждом»;

- рыночные отношения и регулирования в охране здоровья и при оказании медицинской помощи недопустимы, требуется исключение любых денежных расчетов непосредственно с пациентом в государственных и муниципальных медицинских учреждениях;
- общедоступность и бесплатность медицинской помощи;
- максимальная приближенность медицинской помощи к населению, ее качество и всеобщий охват;
- восстановление достоинства и авторитета медработников, повышение престижности и оплаты их труда;
- оценка организаций и врачей по результатам их работы;
- частные клиники могут входить в Национальную систему охраны здоровья в части оказания конкурентной медицинской помощи за счет непосредственно граждан или ДМС, поскольку в РФ по ФЗ №135 от 26.06.2006 г. «О защите конкуренции» введен запрет на ограничение конкуренции (глава 3). Однако в Конституции РФ (ст.41) не записано, что пациент может получить медицинскую помощь бесплатно в частных клиниках (за счет средств бюджета, страховых взносов и других источников).

Вероятно, никому не придет в голову перевести в коммерческую или страховую плоскость армию, полицию, охрану границ, судебную систему или охрану порядка. А охрана здоровья – не менее важная для страны функция.

Некоторые чиновники и политики считают, что государственно-бюджетная модель – это «тупик», их отпугивает как бы возврат к советской бюджетной системе, но могу их заверить, что модель должна быть совсем иной, устраняющей все недостатки предыдущих времен. Уверен, что против такого «тупика» в здравоохранении и в социальной поддержке как в Австралии, Новой Зеландии, Швеции или Дании, где нуждающимся оказывается весь спектр необходимых медицинских и социальных услуг, многие бы не возражали.

Основными отличиями предлагаемой государственной страховой или государственно-бюджетной модели (что, в общем-то, одно и то же, поскольку единственным страховщиком становится государство) от советской системы здравоохранения являются следующие:

- демократичность, предполагающая участие граждан и медицинской общественности в решении проблем здравоохранения (в виде наблюдательных и попечительских советов) с контролем со стороны гражданского общества, как это обозначено в статье 4 Декларации ВОЗ по ПМСП (1978 г.);
- разумное сочетание централизации с децентрализацией оказания медицинской помощи гражданам;
- отсутствие (смягчение) признаков мобилизационно-авторитарной и административно-командной системы;
- создание сети частных клиник и развитие добровольного медицинского страхования;
- изменение роли Минздрава РФ: от управляющего органа к стратегическому планированию и развитию;
- переход от единых для страны нормативов к дифференцированным по регионам с учетом местных особенностей в оказании медицинской помощи;
- возможности для применения современных медицинских и информационных технологий.

Под децентрализацией понимается передача полномочий или власти с более высокого на более низкий уровень управления, хотя отдельные элементы и функции могут быть централизованными. Однако, центральная администрация находится слишком далеко от конкретных потребителей медицинской помощи и потому принимаемые сверху меры не всегда соответствуют пожеланиям и потребностям населения. Делегирование ответственности обязательно должно сопровождаться соответствующим финансированием. Децентрализация является важной политической целью, поскольку именно на местном уровне создаются все условия жизни людей, она предусматривает участие населения в решении местных проблем здравоохранения, предполагает опору местных органов на собственные силы, способствует совершенствованию подотчетности чиновников.

К муниципальному уровню относятся ПМСП, участковые больницы, врачебные амбулатории, ФАПы, где помимо фельдшера должна работать акушерка, ФП, линейные бригады СМП, правда, к ведению крупных муниципалитетов могут относиться и другие медицинские организации, например, некоторые городские и районные больницы. Для этого на муниципальном уровне должны быть созданы все условия, включая, конечно же, финансирование. Пока в распоряжении местных органов находятся средства, собираемые из малозначащих у нас налогов. К уровню субъекта федерации должны относиться межрайонные, большинство городских и областные медицинские организации, а также

функции регионального планирования. К федеральному уровню должны относиться республиканские клиники, научные клинические организации, центры ВМП и др. Здесь же должна присутствовать функция планирования здравоохранения для всей страны. Централизованные функции заключаются также в единой материально-технической, технологической и кадрово-образовательной политике, в обеспечении качества медицинской помощи, в выравнивании отдельных территорий, в соблюдении законов и прав, в лицензировании и аккредитации и т.д.

Изложенные принципы подобной модели не будут значительно отличаться от существующих бюджетных систем в других развитых странах. В то же время они будут отличаться и от страховых моделей, в том числе вследствие:

- гораздо меньших расходов при лучших управляемых показателях результативности;
- меньших административных издержек;
- большей доступности медицинской помощи, независимо от места проживания граждан;
- лучших управляемых показателей;
- системности бюджетной модели (система проще, понятнее и прозрачнее без посредников);
- многоуровневости, этапности и преемственности медицинской помощи;
- государственной ответственности по типу содержания армии, полиции, противопожарной службы и т.д., хотя сторонники ОМС ошибочно считают государство самым слабым институтом;
- преваляирования социальных и национальных приоритетов;
- снижения градуса некомпетентности и непрофессионализма;
- заинтересованности (в т.ч. государства) в росте числа здоровых, а не больных;
- устранения рыночной терминологии: услуги, тарифы, оплата за пролеченного больного, деньги следуют за пациентом и т.д.;
- перевода здравоохранения из экономической в социальную сферу, приостановления «ползущей» коммерциализации;

- акцентирования усилий на правильно организованной ПМСП и муниципальном уровне, а не на специализированной стационарной помощи и ВМП.

Доказательством этому может служить проведенный сравнительный анализ стран с государственно-бюджетным финансированием здравоохранения и стран с системой медицинского страхования (Кравченко Н.А., Рагозин А.В., 2012), который показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности.

Сравнивались 18 стран, разделенных на группы методом «копия-пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близких показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения.

В результате оказалось, что по соотношению затраты/управляемые показатели здоровья Италия более эффективна, чем Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка они находятся соответственно на 2-м и 13-м месте); Швеция более эффективна, чем Австрия и Германия (меньшие затраты и лучшие результаты); Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; Куба при затратах в 2,5-3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты с Чили и Коста-Рикой; довоенная Сирия, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше Турции, опережала ее в рейтинге Bloomberg; Беларусь, тратя меньше России средств на душу населения на здравоохранение, имеет с ней близкие показатели здоровья.

Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют гораздо более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

Переход от нынешней, полностью не оправдавшей себя системы ОМС к государственно-страховой или государственно-бюджетной модели будет проще и безболезненнее, чем это было в 1990-ые годы, поскольку:

- финансирование будет из налогов, а так называемый страховой взнос (5.1% от Фонда оплаты труда) становится целевым налогом;
- коммерческие СМО будут заниматься только слабо развитой системой ДМС;

- территориальные фонды ОМС в усеченном виде переходят в состав органов здравоохранения в качестве финансового департамента;
- частные клиники, независимые от государства, будут конкурировать между собой и с государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, но работать по единым стандартам, клиническим рекомендациям и локальным протоколам.

How Should We Develop Our Healthcare?

Part 2. National Healthcare at the Crossroads

Komarov J. M.

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

In the second part of the article the author examines modern evaluation criteria for public health, the CHI system problems. The benefits of state-budget financing of health systems in comparison with existing insurance medicine are evaluated.

Key words: health, healthy lifestyle, healthcare costs, budget financing, compulsory health insurance