

# **Российское здравоохранение: как выйти из кризиса**

**Доклад Государственного университета – Высшая школа экономики**

Авторы: Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В.,  
Якобсон Л.И., Ясин Е.Г.

Москва, Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2006

Состояние российской системы охраны здоровья населения и здравоохранения, как ее важнейшего элемента, сегодня можно охарактеризовать как кризисное. Показатели здоровья населения ухудшаются. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи. Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социальную проблему.

В этом году началась реализация Национальной программы «Здоровье». Здравоохранение объявлено национальным приоритетом. Из федерального бюджета выделены значительные средства на увеличение зарплаты участковым врачам и медсестрам, переоснащение поликлиник, строительство медицинских центров и проч. Это, безусловно, имеет важное значение. Отрасль остро нуждается в дополнительных вложениях, особенно в сектор первичной медико-санитарной помощи. Но проблемы нашего здравоохранения не только в недостатке ресурсов. То, что направляется в эту отрасль, используется с низкой эффективностью. Если не изменить ситуацию, то результаты финансовых вливаний будут незначительными.

Президент неоднократно говорил о необходимости реформы в этой сфере, о принятии новых законов. Но реальных изменений пока нет. Да и принять законы мало. Нужны систематические, последовательные, согласованные действия на всех уровнях власти и общества, направленные на выращивание новых институтов охраны здоровья, способных повернуть систему к конкретному человеку.

Отсрочки принятия решений, когда речь идет о здравоохранении, можно понять: слишком велика цена возможных ошибок. Но колебания еще больше обостряют проблемы и осложняют проведение реформ в будущем. Ждать больше нельзя. Мы обращаемся к российскому обществу: пора осознать бедственное и постоянно ухудшающееся положение нашего здравоохранения, пора принимать решения и начинать действовать.

## **1. Кризис здоровья и смертности в России**

Ситуация со здоровьем и смертностью в России ухудшается с середины 1960-х годов, причем в последние 20 лет темпы ухудшения нарастают. Все это происходит на фоне значительного улучшения здоровья и снижения смертности в большинстве развитых стран. В итоге к началу XXI столетия Россия вернулась примерно к тому же уровню отставания по показателю продолжительности жизни от западных стран, какой был в царской России в начале XX века, причем этот показатель для мужчин даже вырос.

Главные потери связаны с повышением смертности населения в рабочих возрастах. Хотя смертность детей в России (как младенческая, так и детей в возрасте от 1 до 15 лет) тоже остается высокой, общее направление динамики смертности детей - позитивное, она пусть и медленно, но снижается. Этого, к сожалению, нельзя сказать о смертности взрослых.

В большинстве развитых стран последняя треть минувшего столетия ознаменовалась большими успехами именно в снижении смертности взрослого населения. Россия же осталась в стороне от этих достижений. Если в середине 1960-х годов Россия мало отличалась от этих стран по показателю ожидаемой продолжительности жизни взрослых, то к концу века различия стали огромными. Так, если отставание по продолжительности жизни 30-летних мужчин от США в 1965 г. составляло менее 1 года, то к 2000 г. оно превысило 11 лет.

Высокая и повышающаяся смертность служит источником огромных демографических потерь. Речь идет о многих миллионах преждевременно оборвавшихся жизней. Если бы не

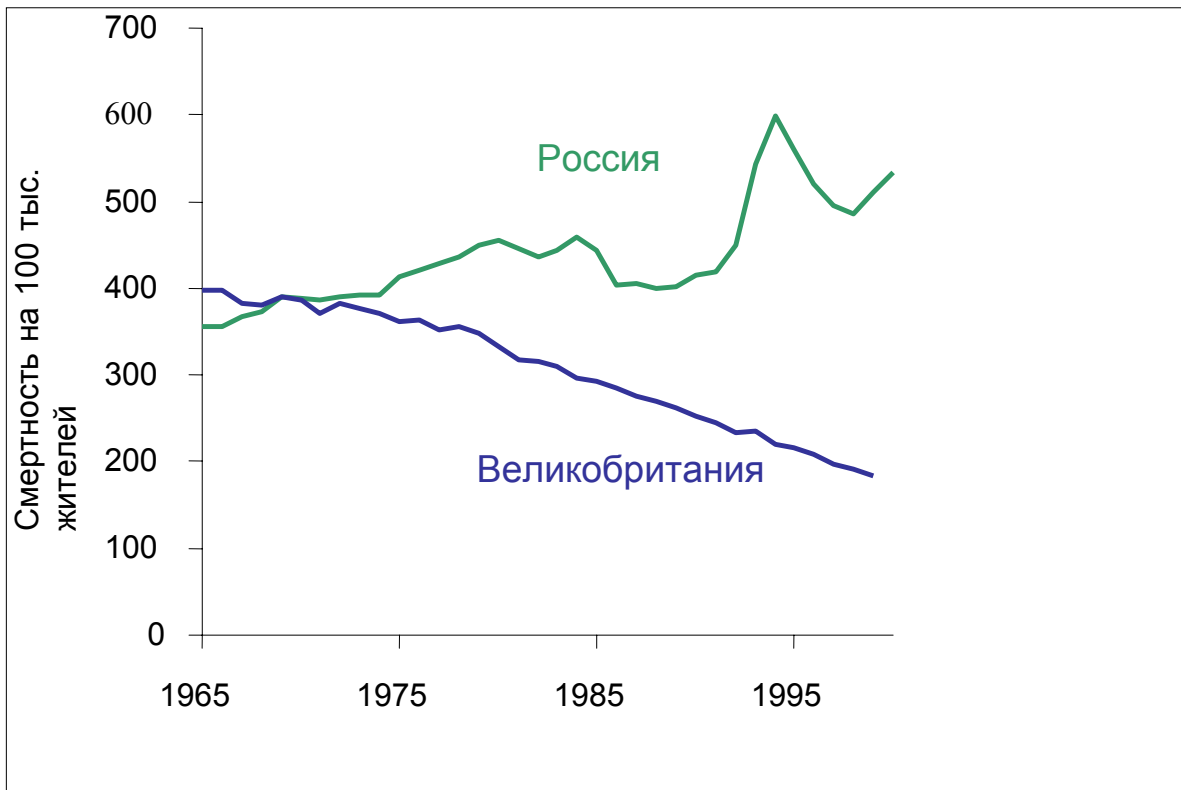
эти огромные потери, то с учетом рождений, не состоявшихся из-за смерти потенциальных родителей, сегодняшнее население России более чем на 17 млн. человек превосходило бы фактически имеющееся.

К этому следует добавить потери, которые несет российское общество из-за плохого состояния здоровья живущего населения. По оценке Всемирной организации здравоохранения, в 2000 г. по показателю продолжительности здоровой жизни мужчин (52,8 года, на 14,4 года меньше, чем в США) Россия находилась на 133-м месте в списке из 192 стран, женщин (64,3 года, на 7 лет меньше, чем в США) – на 70-м месте.

Причины кризиса здоровья и смертности в России многослойны. Особую роль среди причин смерти играют у нас несчастные случаи, самоубийства, убийства, отравления. Очень весомый негативный вклад вносит отсутствие привычки к здоровому образу жизни, тяжелая экологическая ситуация в ряде регионов страны, недоступность полноценного питания для значительной части населения, массовое пьянство, алкоголизм. В то же время острота всех этих проблем не только не снимает, а предельно усиливает актуальность самых жестких требований к состоянию системы оказания медицинской помощи.

В оценках роли здравоохранения в ухудшающейся ситуации смертности и здоровья населения долгое время доминировала успокаивающая тональность. Часто сменяющие друг друга министры здравоохранения рапортовали о том, что удалось сохранить медицинские учреждения и кадры в ситуации острого недофинансирования. В том, что люди умирают на 10-15 лет раньше, чем в западных странах, виноваты все, но только не здравоохранение.

Между тем статистические данные свидетельствуют о том, что это не так. Сравнение России и Великобритании (рис. 1) показывает, что показатель смертности от заболеваний, которые в принципе излечимы (показатель устранимой смертности), в двух странах в 1965 году был примерно одинаковым. В то время медицина была наиболее успешна в борьбе с инфекционными заболеваниями, и этому была подчинена организация здравоохранения. Однако по мере прогресса медицины, совершенствования организации здравоохранения, изменения структуры патологий наметились абсолютно противоположные тенденции: в конце 90-х годов устранимая смертность в России была почти в 3 раза выше, чем в Великобритании.



Источник: Martin McKee Public Health Challenges. Independent Institute of Social Policy Research Conference. 8-9 December, 2005.

Рисунок 1. Устраняемая смертность населения России и Великобритании

Существуют все основания утверждать, что система здравоохранения вносит свой существенный «вклад» в тревожный процесс повышения уровня смертности - и в силу нехватки средств, и потому, что система управления, организации и финансирования отрасли не позволяет эффективно распорядиться имеющимися средствами.

## 2. Ситуация в здравоохранении

### *Ограничение доступности медицинской помощи*

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превращаются в пустые декларации. Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги.

Формальные и неформальные платежи особенно обременительны для лиц с низкими доходами. Серьезное заболевание, лечение которого требует больших затрат, разоряет людей, заставляя влезать в большие долги или продавать домашнее имущество. Растущее число больных вынуждены отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств. Бедность в сознании людей все более ассоциируется с неспособностью получить необходимую медицинскую помощь.

Нарастание платности происходит в хаотичной и неконтролируемой форме, без каких-либо внятных попыток государства смягчить негативные последствия этого процесса для населения.

Во-первых, задуманные как дополнительные, платные услуги сплошь и рядом замещают виды и объемы помощи, бесплатное оказание которых формально гарантировано населению. В ситуации острой нехватки средств медикам легко оправдывать такую практику. На самом деле, масштабы развития платных услуг сегодня во многом определяются расплывчатостью гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. К тому же, в условиях сметного финансирования государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) бюджетные средства рассматриваются ими как плата за то, что они в принципе существуют и пациенты могут в них прийти. А реальная деятельность и реальные экономические интересы все более перемещаются в сферу платных услуг. Эта логика безответственности за выделенные бюджетные средства становится все более распространенной.

Во-вторых, пациенты лишены защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей. Потраченные деньги отнюдь не гарантируют высокое качество лечения на единицу затрат. В ситуации, когда продавцом услуг является врач, больной неизбежно переплачивает – за дополнительные и не всегда нужные консультации, исследования, дни пребывания в стационаре и проч. Например, частота ультразвуковых исследований, по свидетельству специалистов, у нас сейчас почти в 3 раза выше, чем в Европе (в 1996 г. – в 2 раза). И помочь пациенту в оценке обоснованности затрат некому. Как и в оценке качества оказанных услуг. За рубежом эту проблему решают информированные посредники между врачом и пациентом – страховщики, а у нас институты медицинского страхования развиты плохо.

В-третьих, платежи населения (особенно неформальные) никак не связаны с общественными приоритетами развития здравоохранения. Эти деньги не поддерживают развитие участковой службы и общих врачебных практик (здесь эти платежи как раз слабо развиты, участковым врачам платят реже и меньше), и наоборот, содействуют росту объемов специализированной помощи, во многих случаях искусственно поддерживая излишние мощности медицинских учреждений.

В сфере платной медицины сегодня сосредоточены серьезные деньги, существенно выходящие за рамки статистической отчетности и государственного контроля. Происходит скрытая коммерциализация, а иногда и фактическая приватизация наиболее привлекательных для населения медицинских учреждений и служб. Обратная сторона этого процесса – имущественное расслоение врачебного корпуса. Врачи с непозволительно низкой зарплатой часто работают бок о бок с коллегами и администраторами, чей жизненный уровень сопоставим с уровнем западноевропейских врачей.

В существовании «мутной водицы» аморфных государственных гарантий заинтересовано большое число людей – многие администраторы учреждений, чиновники, часть врачей.

А для пациента все это означает следующее: государство не только не дает необходимых средств, но и не может установить порядок, обеспечивающий ясность в отношении того, что ему положено.

### ***Проблемы качества медицинской помощи***

Главная причина этих проблем – крайне низкое ресурсное обеспечение ЛПУ и прежде всего очень низкая заработная плата врачей и медсестер. Месячный оклад врачей высшей категории составляет 3-4 тыс. рублей. О зарплате медсестры говорить просто неловко. Требовать высокого качества при таком уровне оплаты труда не приходится.

Врачи в этой ситуации вынуждены набирать себе больше ставок, дежурств, работают на износ (коэффициент совместительства составляет в среднем 1,7). Обычная картина городской поликлиники – это вечно спешащие, усталые, задержанные проверками и бесконечной писаниной врачи и медсестры. Им некогда думать о качестве услуг и удовлетворенности пациента. Хирург идет на операцию после суточного дежурства – это стало нормой, никто этого не запрещает.

Поступления от платных услуг часто распределяются не на основе ясных схем материального поощрения, а в зависимости от личных пристрастий главврачей. Врач оказывается в полной зависимости от администратора. Иногда он должен с ним делиться своими теневыми гонорарами. Ясно, что это ограничивает мотивацию к оказанию качественной медицинской помощи, даже за плату.

Современные методы экономической мотивации врачей, провозглашенные реформой обязательного медицинского страхования (ОМС), - это больше ожидания, чем реальность. Не получили распространения и современные системы обеспечения качества, которые основаны на сотрудничестве страховщиков с врачами в достижении поставленных результатов клинической работы (например, как обеспечить снижение частоты обострения астмы, диабета, как улучшить показатели исхода хирургических вмешательств). Именно так строятся отношения страховщиков с врачами в западных странах с системами ОМС. Не пассивный и слабо ощутимый контроль, а обеспечение качества! В российском здравоохранении этим никто всерьез не занимается.

Другой фактор обострения проблемы качества услуг – низкий уровень материально-технической базы здравоохранения. Износ основных фондов составляет в среднем 58,5%, в том числе медицинского оборудования – 64%. Мировое здравоохранение в последние 2-3 десятилетия переживает глубокие технологические сдвиги, существенно повышающие клинические результаты медицинской деятельности. Эти процессы очень слабо заделали наше здравоохранение, если не считать небольшое число элитных учреждений.

### **3. Причины сложившейся ситуации**

Первая причина – это ***острейшая нехватка средств***. По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые «стартовали» примерно в равных с нами условиях (таблица 1).

**Государственные расходы на здравоохранение на одного жителя в пересчете по паритету покупательной способности, долл. США в 2002 г.**

<b>Страны</b>	
<i>Россия</i>	298,5
Латвия	305,8
Литва	398,6
Эстония	460,9
Венгрия	756,8
Польша	475,7
Чехия	1021,9
Франция	2079,4
Германия	2211,3
Италия	1637,5
Великобритания	1801,4

Источник: ВОЗ, <http://data.euro.who.int/hfad/>

О каком качестве медицинской помощи можно говорить, если первичный прием больного в поликлинике областного центра оплачивается страховой компанией в размере 23 руб. 80 коп., вторичный прием – 18 руб. 76 коп., консультация кандидата медицинских наук – 37 руб. 85 коп. Стоимость койко-дня стационарного лечения составляет 10-15 долл., то есть ниже стоимости пребывания в любой захудалой районной гостинице. Для сравнения отметим, что в Литве этот показатель составляет 45 долл., в западноевропейских странах - 200-300 долл. (причем оплачивается преимущественно государством), а в США – как минимум 600 долл. Это те деньги, которые нужны для оказания качественной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий.

В индустриально развитом мире новые потребности населения (повышение доли лиц пожилого возраста, появление новых социальных болезней и проч.) и технологические вызовы повышают место здравоохранения в системе общественных приоритетов. Доля государственного финансирования в ВВП в западноевропейских странах составляет 6-8% ВВП, к этому уровню финансирования приближаются страны Центральной Европы: Венгрии, Польши, Словакии, Словении, Чехии, Хорватии, - 5-7% ВВП. Политические лидеры в этих странах завоевывают или теряют свои позиции во многом в зависимости от способности сформулировать ясную стратегию развития здравоохранения и обеспечить его приоритетное финансирование.

Иное положение складывается в России. Объем государственных расходов в 2004 году составлял 2,9% ВВП, причем этот показатель устойчиво снижается. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающиеся страны со средним уровнем дохода (Бразилия – 3,4%, Парагвай – 3,0%, Перу – 2,8%). Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). Хотя бы эти простейшие услуги там более или менее обеспечены средствами. А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг. В результате человеку без денег и «блата» фактически не гарантировано ничего.

Да, в последние несколько лет расходы на здравоохранение в нашей стране увеличиваются, но в то же время в системе бюджетных приоритетов место

здравоохранения снижается: в кризисный 1998 г. расходы на отрасль в консолидированных бюджетах регионов составляли 14,4%, а в благополучный 2004 г. - всего 11,3%. То есть, пресловутый «остаточный» подход к финансированию здравоохранения сохранился. В сопоставимых ценах затраты государства на здравоохранение составили в 2004 г. лишь 84% от уровня 1991 г.

Но еще большую тревогу вызывает то, что рост размеров государственного финансирования здравоохранения в 2001-2004 гг. в 1,8 раза в текущих ценах (с 255 до 454 млрд. руб.) не имел видимого результата в отношении показателей доступности медицинской помощи. В этот же период объем платных медицинских услуг увеличился еще больше – в 2,2 раза (с 38 до 86 млрд. руб.), а расходы населения на лекарства – в 1,9 раза (с 94 до 176 млрд. руб.). Такая динамика расходов свидетельствует, во-первых, о нарастающих масштабах неудовлетворенной потребности в бесплатной медицинской помощи, во-вторых, об утрате контроля за соблюдением государственных гарантий: государство вроде дает дополнительные деньги, а население все равно вынуждено больше платить за медицинскую помощь.

Но дело не только в нехватке средств. Малые деньги, которыми располагает наше здравоохранение, используются крайне нерационально. Более того, **проблемы эффективности использования ресурсов** постоянно обостряются, обесценивая значительную часть дополнительных вложений в здравоохранение.

Таблица 2

**Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности систем здравоохранения, по оценке Всемирной организации здравоохранения (ранги от 1 до 191)**

Страны	Размер расходов на здравоохранение на одного жителя, долл. США по паритету покупательной способности	Относительные показатели результативности систем здравоохранения	
		Показатели здоровья населения	Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения
США	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	81	48
Польша	58	89	50
Эстония	60	115	77
Литва	71	93	73
Россия	75	127	130
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

Источник: WHO World Health Report, 2000, p152-155.



Проведенный Всемирной организацией здравоохранения анализ показал, что Россия существенно отстает от индустриально развитых стран мира по объему финансирования, но гораздо больше - по конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения. К числу таковых относятся: 1) показатели здоровья населения, на которые реально влияет отрасль, 2) рациональность структуры оказания медицинской помощи и способность системы адекватно реагировать на потребности населения - обеспечивать достижение современных стандартов оказания медицинской помощи, приемлемые сроки ожидания плановой помощи и проч., 3) справедливость распределения средств (уровень социальной защиты наиболее нуждающейся части населения). Как следует из таблицы 2, по первой группе показателей Россия занимает 127-е место, а по интегральной оценке системы здравоохранения – 130-е место, существенно уступая большинству восточноевропейских и некоторым латиноамериканским странам со сходным уровнем экономического развития. При этом по показателю расходов на душу населения мы занимаем 75-е место.

Не только мы сталкиваемся с этим разрывом между расходами и результатом. Например, США тратят на здравоохранение 16% ВВП (по абсолютному размеру это больше, чем весь ВВП России), но имеют крайне затратную и неэффективную систему здравоохранения, поэтому существенно отстают от менее развитых стран по показателям ее эффективности. И наоборот, Великобритания, Япония, Италия, расходуя относительно меньше, являются лидерами по конечным показателям деятельности здравоохранения.

В системе российского здравоохранения накопились острейшие структурные диспропорции. Одна из них – абсолютно неприемлемое соотношение между первичной медико-санитарной и специализированной помощью. Уровень развития первичной медико-санитарной помощи крайне низок и имеет тенденцию к ухудшению. В мировой практике утвердилось понимание закономерности: чем выше доля врачей первичного звена в общей численности врачей (ниже доля узких специалистов), тем меньше средств необходимо для достижения конечных результатов функционирования системы здравоохранения. В российском здравоохранении доля врачей участковых служб не превышает 25% против 45-55% в западных странах.

Частота направлений больного участковыми врачами к специалистам у нас превышает 30% от числа первых посещений, в то время как в западных странах 4-10%. А поскольку врачи в поликлиниках не имеют мотивации к тому, чтобы больше делать самим и нести реальную ответственность за здоровье населения, вся надежда больного – на госпитализацию.

Уровень госпитализации и особенно длительность пребывания больных в стационаре в российском здравоохранении заметно выше, чем в европейских странах. Интегрированный показатель объемов госпитализации – число койко-дней на 1 жителя – почти в 2 раза выше, чем в среднем по Европейскому Союзу (таблица 3).

Имея намного меньше средств, мы направляем их преимущественно в наиболее затратный сектор здравоохранения: доля стационарной помощи в общем объеме расходов на здравоохранение у нас составляет 60% против 30-40% в европейских странах (таблица 4).

**Показатели развития здравоохранения по данным Всемирной организации здравоохранения, 2002 г.**

Страны	Уровень госпитализации на 100 жителей	Средний срок госпитализации, дней	Общее число дней госпитализации на 100 жителей
<i>Россия</i>	22,8	14,7	334,9
Латвия	19,9	11,0	218,3
Литва	23,6	10,7	252,7
Эстония	19,1	8,4	159,8
Венгрия	24,6	8,5	208,9
Польша	17,5	7,9	138,4
Чехия	21,1	11,3	238,1
Германия	23,8	10,9	258,9
Италия	15,7	7,6	119,5
В среднем по ЕС	18,5	9,5	176,4

Источник: ВОЗ, <http://data.euro.who.int/hfad/>

Таблица 4.

**Доля стационарной помощи в общем объеме расходов на здравоохранение в 2002 г., в %**

<i>Россия</i>	60,0
Эстония	30,5
Венгрия	29,0
Чехия	37,8
Франция	41,3
Германия	36,1
Италия	41,5

Источник: ВОЗ, <http://data.euro.who.int/hfad/>

Примерно 30% госпитализаций в нашей стране, особенно в отделения терапевтического, неврологического и гинекологического профилей, являются необоснованными с медико-экономической точки зрения: лечение больных могло бы быть результативно и дешевле проведено в амбулаторных условиях. При этом важно подчеркнуть, что система ОМС, вопреки ожиданиям, не только не сдержала процесс наращивания необоснованного объема стационарной помощи, а наоборот еще более его подстегнула. Страховщики худо-бедно научились платить за фактические объемы лечения, но они никак не мотивированы к поиску более рациональных форм оказания медицинской помощи, не хотят и не умеют планировать предоставление медицинской помощи застрахованным. Страховые компании ничего не теряют от сложившихся диспропорций. Неэффективность системы оплачивают сами пациенты.

Простая логика подсказывает, что если каждый четвертый гражданин страны ежегодно госпитализируется (разумеется, в среднем) и недели проводит на больничной койке без явной на то необходимости, то средства просто «размазываются», а действительно серьезной больной будет в лучшем случае лечиться на вышеупомянутые 10 долл. в день. Если государство удвоит расходы на здравоохранение, но сохранится нынешний объем стационарной помощи, то можно выйти на уровень примерно 20-25 долл. в день. Это, конечно, намного лучше, чем сейчас, но принципиально ничего не изменит – не обеспечит

достойную зарплату врача и не даст возможность использовать современные медицинские технологии. Ясно, что, помимо дополнительных вложений, необходимо сконцентрировать имеющиеся средства на стационарном лечении тех, кто действительно в нем нуждается по состоянию своего заболевания.

Эти и многие другие проявления структурных диспропорций дают основания для вывода: *остаточный принцип финансирования здравоохранения сосуществует с затратным принципом использования имеющихся средств*. Система остро нуждается в дополнительных средствах, но без серьезной реструктуризации эти средства не дадут ожидаемых результатов.

Ключевая проблема здравоохранения – недостаточность стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, дефицит ответственности за состояние здоровья населения. Острая нехватка средств является питательной средой для утраты необходимой мотивации, но многие проблемы носят «рукотворный» характер. Мы имеем такую систему организации, управления и финансирования здравоохранения, которая не побуждает врачей рационально использовать ресурсы и добиваться максимально высоких показателей здоровья населения в расчете на вложенные ресурсы.

Перечисленные проблемы отнюдь не новы, многие из них тянутся своими корнями во времена советского здравоохранения. Именно тогда началась чрезмерная специализация медицины, а роль первичной помощи стала снижаться. В 60-70-е годы закладывались основы экстенсивного развития отрасли с акцентом на наращивание коечного фонда, числа врачей, объемов госпитализации и посещений, а реальные показатели качества, доступности и эффективности использования ресурсов оставались на втором плане. В ситуации нехватки средств в последние 15 лет эти проблемы еще более обострились.

#### **4. Неудачи предыдущих реформ**

А были ли реформы? - Да, за последние 20 лет были предприняты две попытки изменить сложившуюся систему финансирования здравоохранения. В конце 80-х годов был принят так называемый «новый хозяйственный механизм» (НХМ) в здравоохранении, и началась его отработка сначала в трех областях, а затем еще в 10 областях России. Главная идея НХМ – превращение поликлиники в центральное звено системы здравоохранения на основе передачи ей практически всех средств отрасли (система «поликлиника–фондодержатель»). Идея оказалась плодотворной и была впоследствии активно использована за рубежом. Врачи первичного звена впервые почувствовали, что можно получать достойную зарплату за то, что люди реже болеют, а персонал стационаров – за то, что качественно удовлетворяют заказ поликлиники.

Но в начале 90-х годов, взяв курс на введение страховой медицины, решили, как у нас принято, начать все с «чистого листа» и отбросили НХМ, как «пережиток прошлого». Даже не подвели итоги прежнего этапа и не попробовали что-то взять из уже накопленного опыта. А между тем принцип «поликлиника–фондодержатель» не только совместим со страховой медициной, но усиливает ее преимущества. Только чтобы добиться этого, нужно отладить систему соответствующих финансовых отношений. У нас же времени на это не нашлось.

Сам выбор страховой медицины в качестве пути преобразования неэффективной системы бюджетного финансирования здравоохранения был правильным. Система обязательного медицинского страхования успешно действует во многих странах с развитой рыночной экономикой, ее избрали все бывшие социалистические страны Европы, ввели или

собираются ввести почти все страны СНГ. Медицинское страхование – это механизм, который позволяет:

- установить закрепленные источники финансирования здравоохранения – страховые взносы за разные категории граждан; сделать благодаря этому размеры финансирования здравоохранения менее зависимыми от бюджетных приоритетов;
- платить медицинским учреждениям не за размеры коечного фонда и численность персонала, а за реальные объемы и качество оказанной медицинской помощи; обеспечить оплату их работы по принципу «деньги следуют за пациентом»;
- включить в систему здравоохранения информированных посредников между врачом и пациентом – страховые фонды или страховые компании, которые должны быть заинтересованы в том, чтобы врач качественно лечил, а не вытягивал из пациента деньги.

Однако действительной реформой переход на ОМС не стал, во-первых, потому, что не обеспечивался достаточным финансированием, во-вторых, в силу непоследовательности преобразований. Реформу начали, но не довели до конца. Старую бюджетную систему лишь частично заменили на страховую. Сейчас в системе ОМС концентрируется примерно 40% государственного финансирования здравоохранения, остальные средства тратятся по-старому - на содержание ЛПУ. В результате стало еще хуже: эклектическое сочетание бюджетной и страховой систем породило новую «болезнь» системы – снижающийся уровень ответственности за ее финансирование

Но и полное вытеснение старого механизма нынешней системой ОМС не решит проблемы. В «дизайне» новой системы финансирования оказалось много изъянов. Не отработаны механизмы формирования средств на страхование неработающих. Отсутствуют единые подходы к использованию экономических методов управления. Контроль качества и защита прав пациентов остались практически незаметными для них. Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Сложившуюся систему ОМС можно сравнить с автомобилем, в который залили немного бензина и завели, но решили пока не ставить колеса и руль. Пассажир, то есть пациент, видит все признаки современного автомобиля, что-то гудит, «работает», но машина не движется, и пассажиру непонятно, зачем тогда она нужна. Появляется большое искушение сказать, что обойдемся без автомобилей вообще.

Связав реформу здравоохранения преимущественно с переходом на ОМС, мы *упустили ее главное направление – реструктуризацию системы оказания медицинской помощи*. Правда, слов о необходимости оптимизации объемов стационарной помощи, развитии дневных стационаров, укреплении первичного звена говорилось много. Но реальная работа в этих направлениях шла очень медленно с явной тенденцией к затуханию в последние годы. Объемы госпитализаций не уменьшаются, а растут, дневные стационары застыли в своем развитии, а первичное звено остается в загоне. Огромный и нарастающий прием в медицинские вузы все более ориентирован на подготовку узких специалистов. А врачей первичного звена не хватает. В маленькой Эстонии число врачей общей практики сегодня больше, чем у нас.

Нередко высказывается мнение, что система устоялась: люди начинают привыкать к платности медицинских услуг, врачи научились теневым образом компенсировать несправедливость мизерной зарплаты, чиновники довольны, страховщики тоже без дела не остались. Лучше не трогать, сами разберутся. В этой логике есть один существенный изъян – игнорирование интереса больного. Он, несомненно, приспособится и к еще большим поборам, но какой ценой? Недавно проведенное исследование социальных расходов домохозяйств (НОБУС) показывает, что среди тех, кто вынужден отказываться от нужной медицинской помощи, 50% делают это из-за отсутствия денег для оплаты лечения. Среди самых бедных эта доля составляет более 60%.

Следует отдавать себе отчет в том, что при сохранении сложившейся системы государственных псевдогарантий и псевдострахования те, кто смогут платить, будут вынуждены тратить на лечение все больше и больше, причем без гарантий качества. А те, кто платить не смогут, будут получать бесплатно медицинскую помощь все более низкого качества или отказываться от лечения.

## 5. Возможные стратегии действий

В сложившейся ситуации, на наш взгляд, в принципе, возможны три главные стратегии действий.

Стратегия 1: *Реформы без денег*. Начать реструктуризацию здравоохранения и создание новой системы стимулов для медицинских работников; четче определить государственные гарантии и реально их обеспечить; за счет централизации средств подтянуть финансовое обеспечение здравоохранения экономически слабых регионов; улучшить организацию ОМС, в частности сделать страховщиков реальными носителями финансовых рисков, что могло бы их побудить быть более требовательными к качеству оказываемой медицинской помощи.

При всей разумности предлагаемых мер, маловероятно, что они будут реально осуществлены без существенного повышения объемов финансирования. Опыт реформ в ряде регионов страны показывает, что эффект многих интересных начинаний постепенно затухает, если они проводятся в рамках прежних финансовых ограничений. Допустим, что эффективность использования ресурсов удастся приблизить к западноевропейскому уровню. Но, напомним, что там на нужды здравоохранения государство расходует 6-8% ВВП, а у нас – менее 3%. Да и резкое повышение эффективности при нынешнем финансировании – утопия. Ведь главная предпосылка эффективности – действенное стимулирование труда. Между тем размер бюджетного «пирога» сегодня настолько мал, что на его основе невозможно обеспечить сколько-нибудь значимую дифференциацию в оплате труда хороших и плохих врачей.

Без крупных дополнительных вливаний в отрасль практически не удастся обеспечить приемлемый уровень качества гарантируемой государством медицинской помощи. Даже если получится с помощью клинко-экономических стандартов внедрить в практику действительно менее затратные и клинически эффективные медицинские технологии, трудно ожидать, что размер экономии превысит 10-20%. Между тем сегодня население, как отмечалось выше, покрывает 40-45% совокупных расходов на медицинскую помощь. А значит, сохранится весьма значительный разрыв между приемлемыми стандартами качества медицинской помощи и реальными возможностями их обеспечить.

Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи (люди неделями лежат на

больничной койке) во многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных – в силу слабого технического оснащения и отсутствия экономической мотивации персонала.

Система ОМС заработает нормально, если изменения в ее организации будут сопровождаться мерами по обеспечению сбалансированности финансовых обязательств страховщиков. Без этого мы обречены на дальнейшую профанацию страхового принципа. И уж конечно, без такой сбалансированности невозможно сделать страховщика реальным носителем финансовых рисков. Он так и останется индифферентным транслятором государственных средств от территориального фонда ОМС в медицинское учреждение.

Вывод: без денег реформы обречены на провал и дискредитацию. Люди не примут такие реформы. Мы повторим ошибку создания ОМС без реального финансового обеспечения, как «пустого» с точки зрения общества института.

Стратегия 2: *Деньги без реформ*. В рамках этой стратегии государственные расходы на здравоохранение должны расти темпами, превышающими темпы роста экономики; доля этих расходов в ВВП в ближайшие 3-5 лет повысится с 2,9% до 3,2-3,5%. Но при этом в организации здравоохранения ничего не изменится или произойдут косметические изменения, не затрагивающие основы сложившейся системы. Эта стратегия могла бы смягчить наиболее острые проблемы отрасли – поднять заработную плату участковым врачам, улучшить материально-техническое оснащение поликлиник и станций скорой медицинской помощи, немного продвинуть оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Однако если ограничиться «вбрасыванием» денег и не провести системные реформы, то завтра снова понадобятся дополнительные средства, чтобы снова «затыкать дыры» – теперь уже другие. Врач останется без необходимой мотивации, а пациент – бесправным и незащищенным.

Острота структурных диспропорций в сочетании с отсутствием у всех субъектов здравоохранения достаточных стимулов к изменению ситуации может привести к тому, что дополнительные средства будут «проедены» неэффективной системой без видимого улучшения доступности и качества медицинской помощи.

Стратегия 3: *Достойное финансирование плюс комплексные реформы*. Пора отказаться от ложного противопоставления: деньги или реформы. Пора покончить как с дистрофией, так и с уродливыми конвульсиями в финансировании отечественного здравоохранения. Деньги нужны не для того, чтобы вечно сохранять систему, которой присущи дисбалансы, неэффективность и безответственность. Но и реформы требуются никак не ради бюджетной экономии, коммерциализации или фактического сокращения доступности. А значит, пора перестать выдергивать из концепций модернизации отрасли то небольшое, что непосредственно выгодно бюджету, пренебрегая главным – интересами пациента и врача. Именно так подчас поступают мнимые сторонники модернизации, которых менее всего заботят нужды здравоохранения, и точно так же трактуют реформы их непримиримые противники.

Пора, наконец, четко сказать: подмена комплексной, финансово сбалансированной модернизации отдельными мерами, выбранными с позиций вульгарной экономии, может лишь ухудшить сложившуюся ситуацию. Но и откладывать модернизацию дальше недопустимо, иначе придем к катастрофе. Пора осознать безусловность и безотлагательность следующих *минимальных требований*:

1. Базовая ставка зарплаты медсестры – не ниже средней по экономике региона: по стране в целом в среднем 10 тыс. руб. в месяц. Базовая ставка зарплаты врача, как минимум, в полтора раза выше, то есть в среднем 15 тыс. руб.
2. Действенное стимулирование эффективной работы, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества услуг. Следовательно, фонд оплаты должен превышать сумму базовых ставок не менее чем в полтора раза. В результате средняя оплата труда врача по стране должна составлять 20-25 тыс. руб., медсестры -13-15 тыс.
3. Обеспечить полностью бесплатное лекарственное обеспечение стационарного лечения. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами – предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы. Одновременно следует существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров.
4. Заменить в обозримые сроки хотя бы 50% изношенного и устаревшего медицинского оборудования, провести ремонт зданий медицинских учреждений.
5. Провести четкую регламентацию платной медицинской помощи, предотвращающую замещение бесплатных услуг платными.

Всего этого можно добиться, если энергично и синхронно:

- увеличить долю государственного финансирования здравоохранения с 2,9% до 4-4,5% ВВП;

- провести давно назревшие глубокие преобразования в системе оказания медицинской помощи, управления и финансирования здравоохранения, чтобы выделяемые средства принесли реальную пользу, что требует их трансформации в действенные стимулы качественной и результативной работы.

С нашей точки зрения, *это вполне осуществимо в течение пяти лет*, причем переломными могли бы стать уже ближайшие два-три года. Разумное эшелонирование мер во времени позволит, с одной стороны, добиться вполне ощутимых сдвигов в приемлемые сроки, с другой – предотвратить неэффективность в использовании дополнительных средств и подпитку инфляции, чем могли быть чреваты неподготовленное «вбросы» денег.

По существу, меры, предусмотренные Национальным проектом «Здоровье», соответствуют данной стратегии. Однако важно осознать, что это первые шаги на пути, движение по которому должно быть более решительным.

## **6. Гражданин и система здравоохранения**

### ***От деклараций к конкретным гарантиям медицинской помощи***

Государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть: а) максимально конкретными, б) ясными для населения, в) финансово сбалансированными. Для людей жизненно важно знать, что можно получить на

бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех.

Среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный – *конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания*. По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных клинических протоколов, выполняющих функцию минимальных социальных стандартов. Они конкретизируются клинико-экономическими стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ. Такой подход нашел свое отражение в законопроекте «О государственных гарантиях медицинской помощи населению».

Но этого мало: люди должны быть уверены в том, что эти гарантии будут реально обеспечены. Нужны новые механизмы их реализации, в которых четко определены роли тех, кто обеспечивает соблюдение гарантий (роль врача, администрации медицинской организации, страховщика, органа управления), простые процедуры рассмотрения жалоб, санкции за нарушения и прочее.

Ясность государственных гарантий обеспечивается информированием пациента о том, что ему положено. Пусть даже не каждый гражданин поймет содержание стандарта во всех деталях, но наиболее важные для него наборы услуг должны стать абсолютно прозрачными и доступными для пациента. И это вполне реально. Например, в США клинические руководства по каждому заболеванию представляют собой солидные документы, в которых могут разобраться только профессионалы, но в них есть очерченные красным цветом разделы услуг, которые адресованы не только врачу, но и обществу в целом: эта часть сформулирована на максимально доступном для непрофессионала языке, эти услуги должны быть предоставлены во всех случаях, иначе строгие финансовые санкции, а может быть и судебное разбирательство. Что-то подобное нужно и нам.

### ***Регулирование платной части медицинской помощи***

То, что превосходит государственные гарантии, может быть получено гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. Напомним, что у нас этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате.

Разумеется, мы не сможем в одночасье изменить это соотношение, но стремиться к этому надо. *Государство должно устанавливать стратегические и текущие рубежи снижения финансового бремени расходов населения*: если сегодня это 50%, то в следующем году – 45, а через пять-десять лет – приблизиться к среднеевропейскому соотношению государственного и частного финансирования. Аналогичный подход следует сделать на уровне отдельных регионов и муниципальных образований. При этом особенно важно защитить от непосильных расходов наименее обеспеченную часть населения.

Чтобы обеспечить эту цель, нужно не отмахиваться от инициативных оценок масштабов платности (сегодня этим занимаются научные центры и международные проекты), а наоборот наладить статистический учет и мониторинг.



Кроме того, необходимо усилить государственное регулирование платных услуг, оказываемых в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Во-первых, регулирование объемов платных услуг. Органы государственного управления не должны допускать перевод финансово обеспеченных гарантий в разряд платных услуг. Важнейший механизм – договорное определение объемов бесплатной помощи, предоставление права ЛПУ оказывать платные услуги только сверх этих объемов.

Во-вторых, перейти на принцип регулируемых цен платных услуг. Основания для этого есть. Взаимодействие спроса и предложения услуг на этом рынке складывается под сильным воздействием врача. Пациент не может рационально оценивать полезность предлагаемых услуг. Если в таких условиях не регулировать цены, то они в значительной мере отражают не соотношение спроса и предложения, а представления администраторов медицинских организаций о необходимой прибыльности той или иной услуги.

Справочно: Как показывают обследования, уровень цен на одни и те же медицинские услуги, оказываемые в отдельных федеральных медицинских учреждениях на платной основе, различается во много раз. Так, максимальная цена компьютерной томографии головного мозга превышает минимальную в 4 раза, коронарографии – в 12 раз, ангиографии – в 15 раз и т. д.

В-третьих государство и страховые компании должны совместными усилиями наладить информирование граждан о качестве медицинских услуг, предоставляя данные о результатах лечения в отдельных медицинских организациях по видам заболеваний. Ясно, что эта информация должна учитывать различия в степени сложности заболеваний в разных медицинских организациях (иначе начнется борьба врачей за показатель). Это сделать непросто, но возможно. В западных странах такая работа уже давно ведется. И есть уже определенные результаты для населения. Появляется основа для обоснованного выбора медицинской организации и врача. Рыночная риторика о праве выбора уступает место реальным действиям, облегчающим такой выбор. Человек начинает понимать, за что он платит.

У нас этот процесс и не начинался. При серьезном заболевании родственники больного начинают обзывать знакомых врачей и чиновников в поисках информации. Выигрывают те, кто ближе к источникам информации. Большинство же людей вынуждены платить, не зная ожидаемого результата. Сплошь и рядом мы платим совсем не тем, кто способен лечить качественно.

### ***Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг***

Необходимо предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по *дополнительным программам медицинского страхования*. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемые. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, – тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке.

Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

Дополнительные программы целесообразно формировать прежде всего по наиболее обременительным для семейных бюджетов видам медицинской помощи, например, лекарственной и стоматологической. Не только льготник, но и обычный гражданин может присоединиться к действующей программе льготного лекарственного обеспечения. Если развивать это обеспечение действительно по страховому принципу и с большим кругом участников (например, миллион человек застрахованных), то население получит право на пакет лекарственных средств стоимостью, как минимум, в 3-4 раза выше, чем размер страхового взноса. Например, заплатил 300 руб., а лекарства получил на 1000 руб. Суть этой выгоды состоит в том, что часть застрахованных не болеет, поэтому меньше нуждается в медицинской помощи.

Новый законопроект «Об обязательном медицинском страховании» предусматривает вариант дополнительных программ медицинского страхования, реализуемых по правилам ОМС. Но дело не только в законе. Нужна инициатива органов государственной власти.

### ***Расширение возможности граждан влиять на систему здравоохранения***

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

Необходимо также повысить роль застрахованного в системе ОМС. Он должен реально выбирать страховщика и обеспечивать обратную связь в этой системе – по результатам своего лечения давать «сигналы» страховщикам, какие медицинские организации и какие врачи пользуются его доверием. Только так можно поддержать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи.

## **7. Врач в реформируемой системе здравоохранения**

### ***Интерес и ответственность врача***

При явно нетерпимом состоянии системы здравоохранения основная масса врачей делает свое дело вопреки обстоятельствам. Им трудно выполнять свой долг, потому что многие годы общество и государство не выполняет долг перед ними. Пожалуй, впору удивляться тому, что в большинстве своем врачи помнят о клятве Гиппократа, а не тому, что все чаще встречаются поборы, равнодушие или просто неспособность помочь.

Складывается ощущение, что государство не хочет видеть происходящего во врачебном сообществе. Глубоко укоренившееся представление о «дешевом» враче по-прежнему является основой политики в сфере здравоохранения. Между тем хорошо известно, что уровень «человеческого капитала», заложенного во врачебной специальности, намного выше, чем в среднем по экономике страны. Чтобы стать врачом, нужно 6 лет учиться в вузе и долго накапливать опыт и квалификацию. В западных странах отдача от этого «капитала» очевидна: доход врача в 2-3 раза выше, чем в среднем по хозяйству. У нас – на 35% ниже. В Польше, Чехии, Венгрии, прибалтийских государствах уровень зарплаты врачей уже в конце 90-х годов превысил средний по хозяйству, хотя стартовые позиции у них были такими же, как в России.

Без существенного повышения зарплаты врачей и медицинского персонала все наши попытки что-то изменить в системе здравоохранения обречены на провал. Нужна ясная цель и ежегодные рубежи повышения зарплаты работников здравоохранения.

Но самое главное – это *избавиться от «уровниловки» и платить за реальные результаты труда*. Далеко не все врачи удовлетворены нынешней ситуацией, когда для получения достойного заработка надо брать деньги с больных. И все понимают, что это не обеспечивает соответствие размера оплаты реальному вкладу врача. Исключительно российский феномен «неоперирующего хирурга» (есть ставка, есть хирург, похож на настоящего, но не оперирует) – это оскорбительный вызов действительно квалифицированным врачам, не щадящим себя в своем желании помочь больному. Равно как и другие формы нерациональной организации работы медицинских учреждений.

Нужна новая система стимулов – как для медицинской организации, так и для отдельного врача. Медицинская организация должна быть заинтересована в том, чтобы повышать эффективность своей деятельности. Это предполагает отказ от доминирующего принципа содержания учреждений и переход в полном объеме на современные методы оплаты реальных объемов и качества медицинской помощи.

Участковый врач или врач общей практики должны *нести реальную ответственность за здоровье* приписавшегося к нему населения и иметь стимулы к расширению объема своей деятельности, не «сбрасывая» свою нагрузку на узких специалистов. Обеспечить такую мотивацию первичного звена с помощью оплаты за посещение и даже за детальную услугу очень сложно: врач всегда обеспечит нужные объемы, а самое главное – будет заинтересован в увеличении числа больных людей. После перехода на показатель посещений в ряде регионов число врачебных посещений выросло до 15-17 при среднем числе посещений в России около 10 и 5-7 в европейских странах.

Значительно лучше мотивирует участкового врача метод подушевого финансирования (на одного приписавшегося человека) и дополнительное поощрение за достижение установленных показателей деятельности – за уровень вакцинации детей, снижение частоты вызовов «скорой», смертности на дому и т.д. В регионах, «разогретых» в прошлом НХМ, целесообразно вернуться к методу «первичное звено - фондодержатель». После многих лет бездействия многие врачи-участники реализации этого метода ностальгически вспоминают о тех временах: вот тогда нам было интересно работать.

Врачи-специалисты в поликлинике помогают первичному звену в реализации принципа ответственности за здоровье населения и должны быть заинтересованы в расширении объема консультаций по направлениям врачей первичного звена. Врачи стационаров должны быть мотивированы к тому, чтобы *оптимизировать* объемы стационарной помощи – лечить действительно сложные заболевания, требующие стационарной помощи.

Пока 30% госпитализаций будут необоснованными, ресурсов всегда будет не хватать, а значит, врачи будут иметь низкую заработную плату.

Особенно важно создать реальную мотивацию поликлиники к расширению объемов деятельности. Для этого необходимо направить часть экономии от сокращения необоснованных госпитализаций в сектор амбулаторной помощи – путем повышения размера подушевого норматива финансирования поликлиники. Другая часть экономии должна оставаться в самом стационаре, чтобы стимулировать оптимизацию структуры работ и обеспечивать более высокое ресурсное наполнение лечения действительно сложных больных: сужается «фронт» работ стационара, растет цена лечения среднего случая, расширяются возможности для повышения оплаты труда. Врач стационара должен знать, что он выигрывает, если будет лечить более сложные случаи.

Другими словами, экономическая мотивация должна быть ориентирована не только на наращивание объемов услуг, но и на обеспечение более рациональной структуры оказания помощи, достижение максимально высоких клинических результатов и показателей здоровья населения на единицу затрат.

И конечно же, нельзя сводить проблему качества к проверкам страховщиков и наказаниям. Это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи – через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей. Но это предполагает и повышение ответственности врачей.

В конечном итоге государство должно изменить доминирующую форму регулирования и оплаты деятельности врачей. Необходим эффективный «социальный контракт» с врачом, основанный не на усредненной, а *индивидуальной* оплате его труда – с учетом квалификации, репутации и достигнутых результатов клинической деятельности. Для опытного и квалифицированного врача более высокая ставка зарплаты – это признание его заслуг, оправдывающее не только текущие усилия, но и многолетний труд по формированию репутации. А для менее опытного врача – сигнал к тому, что приобретаемая репутация имеет вполне осязаемое экономическое измерение. Важность репутационных характеристик оценки деятельности врача вытекает из самой природы его взаимодействия с пациентом – особого значения фактора доверия пациента к врачу.

Важнейшее условие эффективного контракта – установление такого размера оплаты труда, который даст врачу возможность заработать достаточно на одном рабочем месте и не размениваться на дополнительные ставки. Для этого необходимо отказаться от планирования фонда оплаты труда, исходя из числа имеющихся ставок и переходить к оплате физических лиц. Зачем обрекать врача на совмещение, если даже имеющиеся деньги позволяют заплатить больше, чем положено по должности?

Взамен эффективный контракт определяет требование безусловного соблюдения этических норм поведения врачей – исключение вымогательства, «накручивания» ненужных услуг, неоправданных с клинической точки зрения направлений к своим коллегам, связанным общим коммерческим интересом, а самое главное – обеспечение ответственности врача за свои действия. Ключевая роль в соблюдении этих норм принадлежит самим врачам – через различные формы их самоорганизации и сотрудничества.

Опираясь на свои профессиональные организации, врачи должны навести порядок в сфере платных медицинских услуг. Исследования показывают, что примерно 25-30% расходов на эти цели населения выпадает из общих поступлений медицинских учреждений, никак не способствуя улучшению их финансового положения.

Одновременно следует обеспечить прозрачное распределение поступлений от платных услуг – по специальному положению, принимаемому в каждой медицинской организации. Будущие общественные советы будут следить за их выполнением. Но решающая роль принадлежит врачебным организациям.

... Заместитель главврача одной крупной московской больницы рассказывает о том, как он вместе с группой врачей усилил охрану и направил поток больных и их родственников с «этажа» (то есть, от прямого контакта с врачом) в отделение платных услуг со своей кассой. А потом подвел итог сделанного. Оказалось, что в те дни, когда работала усиленная охрана, поступления больницы от платных услуг повышались в 3-4 раза. Разумеется, честного администратора уволили. Смысл его исповеди - призыв к органам государственного управления и врачебному сообществу навести порядок в этой сфере: «Надо хотя бы попробовать»...

### ***Врач и реформа здравоохранения***

Хорошо известно, что если врачи не хотят изменений в здравоохранении, то их не будет. В США уже не одно десятилетие пытаются создать более доступное и менее затратное здравоохранение, но эти попытки блокируются прежде всего «организованной медициной», заинтересованной в сохранении «статус кво». У нас влияние врачей не столь высоко, но тоже существенно. В первую очередь это касается врачебной элиты, формирующей мнение всего врачебного сообщества и имеющей доступ к лицам, принимающим решения.

Не будучи вовлеченными в подготовку реформы здравоохранения и не понимая ее содержания (никто толком не объяснил), врачи в основной своей массе безразличны или враждебны к происходящему. Логика рассуждений большинства: конечно, многое надо менять, но власть все равно нас не спросит и сделает по-своему, то есть не так, как нужно для нас и пациентов.

Есть только один выход из сложившегося положения – *включение самих врачей в реформу*, опираясь на его экономические и творческие интересы. Нерациональная система оказания и финансирования медицинской помощи наносит ущерб не только населению, но и врачам тоже, прежде всего наиболее квалифицированным. Поэтому в их интересах – внести свой вклад в обсуждение и проведение реформы.

### ***Приоритет первичного звена медицинской помощи***

Укрепление первичного звена – это не разовая акция повышения зарплаты и улучшения материального оснащения, а *постоянные и целенаправленные действия по превращению участкового врача и врача общей практики в центральное звено системы здравоохранения*. Стратегические и текущие планы развития территориального здравоохранения должны содержать целевые показатели роста этого сектора в общем объеме государственного финансирования отрасли. Если сегодня это 35%, то в следующем году 37, через три года 40% и т.д.

Опыт наших соседей убедительно свидетельствует о том, что вложения в укрепление в первичную помощь окупаются снижением потребности в стационарной и скорой медицинской помощи. Так, в Эстонии увеличение числа консультаций врачей общей практики по поводу сердечной недостаточности на 10% за 2000-2003 гг. повлекло за собой снижение числа госпитализаций на 15%, по астме – соответственно 13 и 8%.

Аналогичный пример из нашей практики: в Самарской области уже давно отработываются новые формы организации и оплаты первичной медицинской помощи. Прямой результат этих мер – число вызовов скорой медицинской помощи на одного жителя в области на 24% ниже, чем в среднем по стране (соответственно 264 и 346 вызовов).

Неожиданно вспыхнувшие в последнее время споры о врачах общей практики, на наш взгляд, не очень продуктивны. Не так важно как мы называем врача первичного звена, важна суть – он должен занять «водительское место» в общей системе здравоохранения. Для этого нужно менять работу участковой службы, приближая ее к модели врача общей практики, то есть *повышать ответственность за здоровье прикрепившегося населения и расширять круг выполняемых функций*, в том числе функции организации и координации медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами. Подготовка в крупной российской области 20-30 врачей общей практики в год и их образцово-показательное функционирование ничего не меняет. Такие врачи должны вызревать из среды участковых врачей и в массовом масштабе. При нарастающей финансовой поддержке государства и оплате труда за достигнутые результаты.

При этом совсем не нужно разрушать уже сложившийся «капитал» десятилетиями складывающейся педиатрической службы. Достоинства семейного принципа обслуживания очевидны, но к нему следует двигаться постепенно и крайне осторожно. Да и не это главное сейчас, на наш взгляд. Нужно изменить работу участковых врачей – и терапевтов и педиатров. Вызревающий в этой среде врач общей практики может быть «взрослым» и «детским». Постепенно их деятельность будет сближаться - с большим акцентом на обслуживание семьи в целом.

А пока имеет смысл развивать формы коопераций врачей разных специальностей с акцентом на обслуживание семьи в целом. В 80-90-е годы в ряде регионов России хорошо зарекомендовали себя акушерско-педиатрические-терапевтические комплексы. Восстановление этой формы покажет, стоит ли форсировать процесс объединения обслуживания взрослых и детей.

Другая важная проблема – наметившийся конфликт между врачами первичного звена и узкими специалистами. Национальный проект «Здоровье» обнажил эту проблему. Повышение зарплаты только врачам первичного звена вызвало далеко неоднозначную реакцию врачебного сообщества.

Наша позиция: приоритет выбран правильно. *Не будет у нас сильного и мотивированного врача первичного звена, значит сохранится неэффективность системы в целом.* Специалисты будут иметь дело с запущенными заболеваниями, нагрузка на них будет расти, врачей будет не хватать, потребуются наращивание их числа, а следовательно возможности повышения зарплаты специалистов будут ограничены. Это – замкнутый круг.

Выход из него - в системных преобразованиях в поликлинике. Не должен врач первичного звена направлять более 30% пациентов к специалистам. Подавляющая часть пациентов с наиболее распространенными заболеваниями (как минимум, 80%) в принципе могут

начинать и заканчивать лечение у врача первичного звена. Если же этот врач по-прежнему будет спихивать свою нагрузку на узкого специалиста, то можно платить ему зарплату американского врача и все равно ничего не изменится - врачей будет не хватать, пациенты будут недовольны.

Нужна персональная, а не коллективная (а значит обезличенная) ответственность врача первичного звена за состояние приписавшегося к нему населения! От этого выиграют все, в том числе и узкие специалисты.

Принцип этапности организации медицинской помощи всегда был преимуществом советской системы здравоохранения. Благодаря многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на первичное звено нам длительное время удавалось решать многие проблемы даже при низком уровне финансирования отрасли. В последние годы это преимущество оказалось утраченным – прежде всего в силу низкого уровня управления отраслью.

..В Англии шутят: раньше врачи общей практики присылали рождественские открытки специалистам больниц, сейчас наоборот. Врач общей практики в этой стране чувствует себя очень комфортно. Вот и нам нужно что-то подобное. Для этого требуется ясно оформленная государственная стратегия первоочередного развития первичного звена ее последовательное осуществление с акцентом на формирование новой мотивации этих врачей.

## **9. Реформа системы обязательного медицинского страхования**

Ошибки введения ОМС не должны привести к отказу от принципов медицинского страхования. Для общества это было бы утратой шансов на то, что система здравоохранения начнет работать в интересах пациентов.

Государственные гарантии медицинской помощи гражданам должны финансово обеспечиваться через систему обязательного медицинского страхования. Но существующая сегодня система ОМС должна быть существенно изменена.

Для обеспечения сбалансированности государственных гарантий и финансовых средств в системе ОМС, необходимо увеличить размеры страховых взносов за работающих граждан (являющихся составной частью социального налога) и установить четкие требования к размеру взносов за неработающее население (уплачиваемых из региональных бюджетов).

Необходимо пересмотреть роли и взаимоотношения участников системы ОМС: страхователей работающего и неработающего населения, федерального и территориальных фондов, страховых компаний, медицинских организаций, застрахованных. Обновленная система ОМС должна быть более управляемой и более прозрачной. Права застрахованных должны быть расширены.

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого – развивать конкурентную модель страхования – то есть конкуренцию между страховщиками и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель «одного покупателя», в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

На какую из моделей ориентироваться в дальнейшем – зависит прежде всего от готовности государственных органов тратить больше или меньше политических и управленческих ресурсов для их внедрения, отладки, контроля. Пока наиболее реалистичным представляется выбор модели с одним покупателем для оплаты медицинской помощи, которая будет предусмотрена базовой программой ОМС, одинаковой для всех граждан. В тех же случаях, когда органы государственной власти, работодатели и граждане будут обращаться к дополнительным программам медицинского страхования, то их реализацию в комплексе с базовой программой ОМС уместнее предоставить частным страховщикам, конкурирующим друг с другом.

В финансировании медицинских организаций из государственных источников должен быть реализован принцип «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений за результаты их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

В свою очередь, для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности своей работы, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. А для этого потребуется изменить их статус бюджетного учреждения. Проект закона о новом статусе государственных и муниципальных учреждений – об автономном учреждении давно разработан, но его принятие тормозится.

С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

## **10. Формирование движущих сил реформы**

Направления и варианты возможных действий по реформированию здравоохранения обрисовались вполне четко. Подготовлены законопроекты, которые могли бы стать основой для принятия политических решений. Но нет главного – активной поддержки реформы населением и профессиональным сообществом.

Во-первых, отсутствует ясное понимание предлагаемых мер в среде управленцев здравоохранения, врачей, страховщиков, то есть всех тех субъектов, которые должны их осуществлять. Во-вторых, широкие массы населения, не получив ничего от ОМС, весьма скептически относятся к любым новациям. В общественном сознании утверждается совершенно ложное представление о реформах, как о еще большей коммерциализации медицины.

Поэтому нужно максимально широко обсуждать необходимость реформы и ее пути. Нужно формировать ее движущие силы. Кто это должен делать? Решающая роль в этой работе, безусловно, принадлежит Минздравсоцразвития России. Но ему одному мало что удастся изменить. Гражданское общество должно оказать давление на власть и медицинское сообщество с тем, чтобы они из пассивных наблюдателей и оппонентов превратились в участников реформ.



Нужно предложить для обсуждения с общественностью ясную стратегию преобразований и этапности их осуществления. Широкое участие в ее анализе и доработке всех заинтересованных лиц станет началом процесса формирования движущих сил реформы.

Наша бюрократия обладает особым свойством: долго бездействует, потом в спешке принимает непродуманные решения, а далее героическими усилиями преодолевает ею же созданные завалы. Чтобы изменить эту закономерность, необходимо начать работу по подготовке новых механизмов реформы здравоохранения, не дожидаясь, пока будут приняты законы, дающие старт реформе. После их принятия времени на подготовку конкретных механизмов будет очень мало, а многие из нужных механизмов требуют серьезной многомесячной разработки. Значит, опять повторится обычная наша ситуация: сделанные в спешке нормативные акты (а их по главным законопроектам нужно подготовить порядка 70-80) дискредитируют смысл реформы.

Движущие силы реформы будут формироваться в процессе работы над новыми механизмами. Только так можно сделать их привлекательными для управленцев и медицинского сообщества. Поэтому первое, что нужно сделать, - это существенно расширить круг разработчиков.

Необходимо провести инвентаризацию наработок в регионах по всем планируемым механизмам. Практический опыт ряда регионов может быть полезным при разработке нормативной базы реформы. Кроме того, региональные лидеры поймут свою роль в этом процессе. Навязывание реформ сверху уступит место доверию регионам.

Важно четко осознать, что деятельность по реформированию здравоохранения – это не разовая акция и не проект, рассчитанный на один-два года. *Реформа потребует длительной работы.* Что-то нужно будет сделать сразу, а что-то придется долго настраивать по мере накопления реального опыта преобразований.

И последнее: необходимо изменить систему приоритетов развития нашей страны таким образом, чтобы здоровье и жизнь отдельного человека заняли в ней гораздо более высокое, чем сейчас, место. Укрепление здоровья должно рассматриваться в качестве ключевой задачи, ответственность за решение которой должны разделить государство, бизнес, гражданское общество, семья.

Отрасли здравоохранения, социальной защиты, образования, правоохранительные органы должны принять на себя свою часть ответственности за сокращение предотвратимых смертей, снижение заболеваемости, развитие профилактики и здорового образа жизни и реализовать эту ответственность в соответствующих изменениях практической деятельности отраслевых учреждений.