

Редакционные материалы

De Gustibus

РЕСТОРАННАЯ КРИТИКА

*Герасимов Г.А.**Глобальная сеть по йоду (Iodine Global Network), Москва*

Почему здравоохранение в России отстает в развитии даже от общественного питания? В колонке обсуждается современное состояние российского здравоохранения и пути его совершенствования.

Ключевые слова: здравоохранение, кризис, приватизация.

Restaurant review

*Gerasimov G.A.**Iodine Global Network, Moscow, Russian Federation*

Why health care system in Russia lags even public nutrition in its development? Current status of health care and ways for its improvements are discussed in this column.

Key words: health care, crisis, privatization.

Однажды приятель затащил меня в известный в Москве пивной ресторан, стилизованный под забегаловку советской эпохи. Там можно было откусать комплексный обед из трех блюд, с той лишь разницей, что компот можно было заменить кружкой пива. Сервис в этой точке общепита был, как говорили раньше, “ненавязчивым”, а еду, видимо, доставляли прямо в кастрюльке на машине времени из середины 1980-х гг. Однако пиво, как, впрочем, и туалеты, было вполне на уровне.

Основную массу посетителей ретро-бара составляли молодые люди, которые никак не могли помнить ранние годы этого заведения, открывшегося еще в конце 1960-х гг. Думаю, что они были привлечены не столько дешевой едой и приличным пивом, сколько желанием ощутить атмосферу прошлых времен. Те же ощущения, но только не виртуальные, а вполне даже реальные, эти молодые люди могли бы получить, посетив районные поликлиники, в полной мере сохранившие все атрибуты советской эпохи: очереди, хамство, низкий профессионализм и отсутствие туалетной бумаги.

По моему мнению, здравоохранение, да и российское общество в целом, находится в некотором межумочном положении^{1,2}. С одной стороны, значительная часть нашей жизни проходит в XXI веке: по-

купки мы делаем в современных супермаркетах, ужинаем в ресторанах русской, японской, итальянской или иной кухни по выбору, пользуемся самыми совершенными ноутбуками и смартфонами. С другой стороны, случись проблема со здоровьем – и жизнь отбрасывает пациента на десятилетия “back in the USSR”³. В России много замечательных докторов, но как их найти? Поэтому немалая часть соотечественников считает, что “если я заболею, к врачам обращаться не стану. Обращусь я к друзьям (не сочтите, что это в бреду)”⁴. А наиболее состоятельные сразу отправляются на обследование и лечение за границу – по оценкам, на это россияне ежегодно тратят около 1 млрд долларов. А что еще делать, если в стране не существует ни одной многопрофильной больницы, отвечающей современным международным стандартам?

Из советского прошлого унаследована и боязнь врачей стать “обслуживающим персоналом”. Многие наши коллеги не хотят или не умеют соблюдать принципы дружелюбного сервиса. “Поликлиника не ресторан, где клиент всегда прав, здесь нужно слушать, что скажем мы: просим встать – встаньте, не задавать вопросов – молчите!” – такие правила поведения пациентов сфотографировал пользователь Facebook на двери врачебного кабинета одной из московских поликлиник. Видимо, и ресторан автор этой вывески представляет себе как трактир времен

¹ Врачи не хотят становиться “обслуживающим персоналом”. Vedomosti.ru 15.10.2014.

² Межумочный (устар.) – лишенный четкости, точности, половинчатый или промежуточный.

³ Знаменитая песня группы “Beatles” (1968).

⁴ Стихотворение Я. Смелякова, написанное в 1940 г.

писателя Гиляровского с хамоватыми купчиками и льстивыми половыми.

Попытки внедрить клинические стандарты диагностики и лечения и даже дружелюбного обслуживания пациентов часто сталкиваются с сопротивлением медиков. Читая комментарии врачей на популярном сайте www.vgachirf.ru, поражаешься удивительно злобной реакции некоторых коллег на любые инициативы, изменяющие их многолетний стереотип деятельности. В каждой дискуссионной группе находится хотя бы один человек, который сетует, что американский опыт нам не подходит, что отечественная медицина самая лучшая в мире, а врачи не обслуживающий персонал.

На самом деле лучшие годы российского (советского) здравоохранения пришлось на далекие уже 1960–70-е гг. К этому времени средняя ожидаемая продолжительность жизни в СССР достигла 68,7 года, т.е. была больше, чем в США, хотя в начале XX века продолжительность жизни в США была на 17 лет больше, чем в России. В 1960-е гг. младенческая смертность в СССР была ниже, чем в Италии, Австрии и Восточной Германии, и приближалась к показателям Бельгии и ФРГ.

По мнению американского демографа Н. Эберштадта [1], развал системы здравоохранения СССР начался еще в 1960-х гг. По его оценке, в 1955 г. доля ВВП Советского Союза, направляемая на нужды здравоохранения, составляла 9,8%, а в 1977 г. — только 7,5%. Тенденция к снижению финансирования здравоохранения сохранилась во все последующие годы, и в настоящее время этот показатель в России составляет 3,6%.

В 1970-х гг. в СССР начался процесс отхода от преимущественно профилактической модели здравоохранения, принятой в 1920–30-х гг., к высокотехнологической, направленной в первую очередь на раннее выявление, своевременное и эффективное лечение заболеваний. Но как развивать высокотехнологическую медицину при постоянном урезании бюджетов здравоохранения? Жертвой амбициозных проектов стало первичное звено, под которым я имею в виду не только сельские амбулатории и поликлиники, но и районные и городские больницы, в которые по сути “спихивались” больные из амбулаторной сети, требовавшие сколь-либо повышенного внимания врачей. Понятно, что проводимое в настоящее время сокращение больничных коек без существенного повышения финансирования и эффективности работы поликлиник вызывает негативную реакцию со стороны многих врачей.

Особое неприятие вызывает “страховая медицина”, якобы навязанная России со стороны США, которая не отвечает национальным традициям и опы-

ту. Лично я очень сильно сомневаюсь в том, что существующую сегодня в России систему здравоохранения можно вообще называть страховой, тем более сработанной с американской модели. Американская модель вообще невозможна без затрат сотен миллиардов долларов, когда в совокупности расходы на здравоохранение уже достигают 18% от ВВП страны. Какая разница, как называется тумбочка российского производства, откуда берутся государственные деньги на здравоохранение: из средств бюджета или обязательного медицинского страхования (ОМС)?

Вот недавно из СМИ я узнал, что с начала 2015 г. все поликлиники Москвы начали работать по принципу подушевого финансирования. За каждого прикрепленного человека, сколько бы раз он ни ходил к врачу, учреждение в год получает фиксированную сумму. При этом за женщин примерно в два раза больше, чем за мужчин. Пожилые женщины вообще стали самыми “дорогими” пациентами в поликлиниках: за каждую пациентку старше 65 лет учреждение получит 6,5 тыс. рублей в год — самый большой тариф. За мужчину такого же возраста дают в 1,6 раза меньше — 3,9 тыс. рублей. А если взять возраст 55 лет, то разница будет еще значительнее: “женский тариф” — 6,1 тыс. рублей, “мужской” — 2,8 тыс. рублей, то есть в 2,2 раза меньше⁵.

На мой взгляд, это фактически является государственным финансированием медицинских учреждений. Ранее поликлиникам страховые компании, администрирующие средства ОМС, платили по числу оказанных услуг. Но от этого принципа пришлось отказаться из-за массовых приписок и невозможности проконтролировать реальный объем оказанной медицинской помощи.

Любая страховая деятельность основана на двух основных принципах: эквивалентности и случайности. Принцип эквивалентности отражает требование равновесия между доходами страховой организации и ее расходами. Риск угрожает многим лицам, но лишь немногие из них действительно затрагиваются страховыми случаями. Выплаты по страховым случаям покрываются за счет взносов многих страхователей, избежавших данного риска. Принцип случайности состоит в том, что страховать могут только события, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления. Преднамеренно осуществленные действия не страхуются, так как в них отсутствует принцип случайности.

Понятие “страховой случай” (от автомобильной аварии до серьезного заболевания) подразумевает, что

⁵ Бабушки станут “VIP-пациентами” в московских поликлиниках. Известия. 25.02.2015. Доступно по ссылке: <http://izvestia.ru/news/583373#ixzz3SiMrdIDX>

событие это, во-первых, случается довольно редко, во-вторых, достаточно внезапно и, в-третьих, менее всего желаемо застрахованным лицом. В медицине страховым случаем (иногда называемым медицинской катастрофой) может быть травма или внезапно возникшее серьезное заболевание. Но как могут быть страховыми событиями лечение хронических заболеваний, профилактические осмотры или прививки? Ведь страховые компании не выплачивают страховку владельцам автомашин за обычный ремонт или регулярную смену масла.

Исходя из этих принципов реальной медицинской страховкой являются только те полисы, которые мы покупаем при поездке за границу. Они действительно страхуют от относительно редких событий (травма, впервые возникшее тяжелое заболевание), но не покрывают расходы на лечение хронических расстройств. Вместе с тем существующая система медицинского страхования в России и многих других странах должна в равной степени покрывать расходы и на медицинские катастрофы, и на рутинную медицинскую помощь.

Однако система страхования эффективна тогда, когда ею пользуется наименьшее число застрахованных (принцип эквивалентности). Система здравоохранения, напротив, наиболее эффективна тогда, когда к ней имеет беспрепятственный доступ наибольшее число людей (принцип доступности). В этом случае она позволяет осуществлять раннюю диагностику, лечение и профилактику заболеваний до того момента, когда они приняли тяжелое течение или развились серьезные осложнения. Таким образом, цели систем страхования и здравоохранения изначально противоположны.

По политическим причинам система здравоохранения в современной России долгое время остается заповедником “развитого” социализма, как та пивная, которую я описал в начале своего рассказа. Но это не может продолжаться бесконечно по одной простой причине – на содержание такой неэффективной системы у государства российского просто уже нет средств. Модель организации здравоохранения в России не изменилась с начала 1990-х гг., хотя тратить на нее стали в 5 раз больше, чем в 1995 г. Но сейчас уже нет возможности заливать зоны неэффективности деньгами, полученными от экспорта дорогой нефти.

По данным Федерального фонда ОМС⁶, численность лиц, застрахованных по обязательному меди-

цинскому страхованию, на 1 апреля 2014 г. составила 143,8 млн человек; в том числе 60 млн работающих и 83,8 млн неработающих граждан. В 2013 г. в среднем по Российской Федерации в систему ОМС поступило страховых взносов и налогов на одного работающего гражданина на сумму 12 332 рубля, а на одного неработающего – всего 4469 рублей. Суммы, мягко говоря, для нужд современного здравоохранения очень скромные.

А вот совсем свежая новость: по итогам исполнения бюджета ФОМС в I квартале 2015 г. расходы превысили доходы в 1,2 раза. Дефицит бюджета фонда составил более 76 млрд рублей при запланированном – 43 млрд рублей. Счетная палата РФ прогнозирует, что денег на финансирование здравоохранения может и не хватить. В этой ситуации замещение бесплатной медицины платной является вполне закономерным процессом, связанным с некорректным распределением финансовых потоков государства.

Вместе с тем, по мнению некоторых экспертов, власти предпочтут действовать по привычным сценариям: усилить организационные и бюрократические барьеры, вроде необходимых дополнительных подписей и направлений врача, чтобы максимально снизить потребление медицинской помощи. Все это сыграет отрицательную роль для трудоспособных, но не слишком обеспеченных россиян. Для них медицинская помощь будет наименее доступна, поскольку лекарственных льгот для них не предусматривается, а частная система будет не по карману. Стоит ожидать, что страховые компании начнут еще больше придирается к врачам, зарабатывая на штрафах и недоплатах учреждениям. Вслед за страховыми компаниями в медучреждения придут и другие контролеры, которые будут пытаться заставить врачей работать “больше и лучше”. Именно врачи и будут назначены виновниками низкой доступности и качества помощи. Вряд ли такая мотивация будет способствовать повышению внимания врача к пациенту. В итоге доступность помощи и ее качество будут еще сильнее падать. Это замкнутый круг, ловушка неэффективного управления⁷.

Медицинские учреждения в государственной собственности вообще неэффективны с экономической точки зрения, и их финансирование из бюджета сопряжено с коррупционными рисками. Бесплатные услуги всегда были сравнительно низкого качества и в ряде случаев не удовлетворяли даже минимальным требованиям большей части экономически ак-

⁶ Система обязательного медицинского страхования в России. Портал Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Доступно по ссылке: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about>

⁷ Попович Л. Лечить меньше или лечить хуже: два сценария для российской медицины. РБК. 13.04.2015. Доступно по ссылке: <http://daily.rbc.ru/opinions/society/13/04/2015/55228d559a79473d8d1d9ef1>

тивного населения страны. В итоге работодатели делают из зарплат своих сотрудников отчисления в социальные фонды, но граждане, приходя в больницу, вынуждены оплачивать медуслуги второй раз — особенно если они хотят получить более качественное обслуживание. И в некоторых случаях речь идет о необходимости оплатить вовсе не дополнительный комфорт, а минимальный набор услуг.

Аудиторы Счетной палаты недавно сообщили, что объем платных медицинских услуг за 2014 г. вырос в России более чем на 20%. Наступление платной медицины подтверждается также данными специалистов аналитического центра при правительстве РФ, который презентовал доклад “Человеческое развитие в условиях экономической неустойчивости” [2]. Один из выводов доклада состоит в том, что платность медицинских услуг нарастает, причем в хаотичной и неконтролируемой форме, когда неожиданно и непрозрачно вводится плата за услуги, которые формально должны предоставляться бесплатно, а пациенты лишены защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей. Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% — за амбулаторно-поликлиническую помощь. Вместе с тем руководство министерства здравоохранения продолжает упорно заявлять, что сокращение госгарантий по бесплатному оказанию медицинской помощи “ни сегодня, ни завтра, ни в перспективе до 2030 г. не планируется”.

Конечно, поликлиники и больницы не являются “резиновыми”, и необходимо разумное ограничение использования медицинской помощи. Но делать это следует не административными, а экономическими методами, хорошо известными в мире и доказавшими свою эффективность. Например, путем введения соплатежей и франшизы⁸.

Соплатежи взимаются с пациента при каждом визите к врачу в виде фиксированной суммы. Например, в США при визите к семейному врачу “из кармана” пациент платит небольшую относительно доходов сумму — около 10 долларов. Несколько большая сумма (обычно 30 долларов) взимается при консультации специалиста. Деньги эти платят непосредственно в офисе врача. Остальную оплату врач получает уже от страховой компании. Такие соплатежи в муниципальных поликлиниках можно ввести хоть завтра: почти все они уже и сейчас оказывают платные услуги и имеют кассы. Некоторые частные клиники в России уже используют соплатежи: при

прочих равных сооплата в размере 10% за услуги, оказываемые по полису добровольного медицинского страхования, снижает обращаемость на четверть⁹.

Несколько более сложным является введение франшизы. Для этого нужно ввести индивидуальный учет медицинских расходов на каждого гражданина, имеющего полис ОМС. Начало этому уже положено: с 1 января 2015 г. жители всех субъектов РФ начали получать информацию о стоимости услуг, оказанных им в рамках программ ОМС. По мнению фонда, “эта система позволит сформировать у населения объективное представление о затратах государства на оказание медицинской помощи”. Действительно, большинство пациентов зачастую даже не задумываются о реальной стоимости своего лечения и воспринимают его как должное. Информацию о стоимости услуг можно будет узнать в электронном личном кабинете. А те, кто не имеет доступа к компьютеру, смогут получить ее из специальной справки, выдаваемой вместе со стандартной медицинской документацией и больничным листом¹⁰.

При наличии такой информации введение франшизы — вопрос чисто технический. В этом случае обязанностью пациента станет оплата части расходов, обычно некой фиксированной суммы, до того как начнется страховое покрытие. Например, в США размер франшизы варьирует в очень широком диапазоне (от 500 до нескольких тысяч долларов) в зависимости от величины страховой премии. Чем больше страховая премия, тем меньше франшиза.

В качестве эксперимента директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Л. Попович предлагает введение системы на основе персонализированных ваучеров. К примеру, каждому выделяется по 1000 единиц, которые можно потратить на бесплатное лечение. Стационарное пребывание в такой системе будет стоить, например, 600 единиц. Тогда люди будут вынуждены беречь свое здоровье, чтобы не пришлось тратить деньги за пределами ваучера. Организовать такое “дестимулирование” непросто, но оно очень хорошо дисциплинирует.

Однако сами по себе все меры экономического стимулирования вряд ли дадут сколь-либо существенные результаты в закосневшей государственной системе здравоохранения. Опыт бывших социалистических стран Восточной и Центральной Европы и государств Балтии показал, что качественное улуч-

⁸ Франшиза (в страховании) — часть ущерба, удерживаемая страховой компанией при наступлении страхового случая (события). Франшиза может быть выражена как пропорциональная доля (в процентах от страховой суммы) либо как абсолютная величина (в денежном выражении).

⁹ Ключников В. Инъекция кризиса. Что спасет российскую медицину? SLON. 23.04.2015. Доступно по ссылке: <https://slon.ru/posts/50879>

¹⁰ Пациенты смогут получать информацию о стоимости услуг в рамках ОМС. NASHGOROD.ru 24.12.2014. Доступно по ссылке: <http://www.nashgorod.ru/news/news70938.html>

шение медицинской помощи населению можно достичь только за счет приватизации поликлиник, когда врач сам становится субъектом экономики, открывает частную практику самостоятельно или совместно с коллегами, заключает договора со страховыми компаниями и начинает зарабатывать деньги.

Раньше или позже, но придется открыто признать, что “даром лечиться — значит лечиться даром”. Надо всего лишь, чтобы деньги от пациента (сам ли он платит, или за него рассчитывается система ОМС) получал непосредственно врач общей практики, главное звено медицинской помощи, владелец собственного кабинета и распорядитель собственного рабочего времени. В 80% случаев его знаний и умений должно быть достаточно, а в остальных — именно врач общей практики направит больного в лабораторию или к специалисту, в компетенции которых он уверен.

Пять лет тому назад в одной из своих первых колонок в этом журнале я рассказал об опыте своего друга и коллеги из Эстонии [3]. Позволю себе пересказать ее вновь, чтобы читатель не рылся в подшивках старых журналов. Так вот: к концу 1990-х гг. Тоомас дорос уже до должности главного врача Эндокринологического центра в г. Тарту, когда правительство Эстонии провело радикальную реформу здравоохранения и закрыло это и многие другие существовавшие с советских времен учреждения. Вообще было решено, что для страны с населением меньше полутора миллионов человек нужно всего несколько штатных единиц врачей-эндокринологов в небольшом числе крупных многопрофильных больниц. Оставшимся вне этих больниц эндокринологам было предложено либо перепрофилироваться в семейные врачи, либо открыть частные практики, что и сделал Тоомас вместе с женой, тоже врачом-эндокринологом. Их частная практика успешно действует по настоящее время.

Система амбулаторной помощи в Эстонии устроена так, что первичным звеном медицинской помощи является частнопрактикующий семейный врач, а расходы на обследование и лечение населения страны практически полностью покрываются Фондом медицинского страхования (ФМС). Прием у семейного врача бесплатный (небольшая доплата существует только за визиты на дом). При необходимости семейный врач дает направление к эндокринологу или иному врачу-специалисту.

Частнопрактикующий врач-специалист берет с пациента “живыми деньгами” за амбулаторный прием всего 50 эстонских крон¹¹ (примерно 4 доллара

по тогдашнему курсу), а все остальное доплачивает ФМС. Количество специалистов ограничено, и очереди на прием у эндокринолога можно ждать 3–4 нед, а то и больше. За прием вне очереди нужно заплатить уже полную сумму — около 30 долларов.

Интересно, что по договору с ФМС каждому врачу-специалисту выдают своего рода годовой финансовый план с расценками на диагностические и лечебные процедуры. Врачу выгодно самому выполнять большинство этих процедур в своей собственной амбулатории. Это включает и УЗИ щитовидной железы, и ее пункцию, и взятие крови для лабораторного обследования. За цитологическую диагностику, биохимические или гормональные анализы врач платит лабораториям из своего собственного бюджета в рамках тех сумм, которые ему выделил ФМС. Пациент от всех этих дополнительных оплат освобожден.

Отсюда и желание врачей охватить как можно больше новых пациентов и выполнять большинство процедур самим, не отдавая без нужды деньги собственного бюджета на сторону. Например, кроме приема в собственной городской амбулатории в Тарту мои друзья еженедельно посещают с визитами соседние городки, где они снимают на время амбулаторию и ведут прием пациентов. Нужно оборудование, включая портативный аппарат для УЗИ, они берут с собой. Все данные пациентов вносятся в электронные амбулаторные карты, а сейчас врачи стали выписывать и “цифровые” рецепты. Само собой, за эту работу мои коллеги получают от ФМС очень приличную по любым западным меркам денежную компенсацию. Ее хватает и на содержание собственной амбулатории с медсестрой и регистратором, и на покупку оборудования и расходных материалов, ну и на свою зарплату, разумеется.

Кому-то это может показаться сказкой, но так могут работать врачи не только где-то за океаном, но и в стране, десятилетиями бывшей нашей “союзной” республикой. Вообще, на мой взгляд, опыт государств Балтии, а также других стран Восточной и Центральной Европы, которые за короткий исторический период смогли перестроить свои “советские” системы здравоохранения на более эффективные модели, заслуживает куда большего внимания и пристального изучения.

Как мы видим, результат приватизации первичного звена здравоохранения вполне предсказуем: деньги достанутся квалифицированным врачам, вокруг которых будет концентрироваться адекватная и доступная медицинская практика. А контроль за ними обеспечит профессиональная ассоциация, которая лицензирует их, и страховые компании, которые заплатят им львиную долю бюджета здравоохранения. Одна беда: непонятно, чем тогда будут зани-

¹¹Рассказ этот относится к 2010 г., до введения в Эстонии евро.



маться большинство чиновников, а также главные врачи поликлиник и их заместители.

Чем короче будет путь, который совершают деньги из кармана пациента на расчетный счет частнопрактикующего врача, тем эффективнее и дешевле становится медицинская помощь. Это хорошо отражено на рисунке, который я когда-то скопиро-

вал из журнала, не могу за давностью времен вспомнить какого. Простите за это невольное нарушение копирайта!

Информация о конфликте интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы

1. Eberstadt N. The health crisis in the USSR. In: *New York Review of Books*, 1981 (February 19), pp. 23–31. (Reprinted *Int J Epidemiol.* 2006;35:1384-94.)
2. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2014 год / под ред. Л.М. Григорьева и С.Н. Бобылева. – М.: Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации, 2014. 204 с. Доступно по ссылке: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/4758.pdf> [*Human Development Report for the Russian Federation 2014* / ed by L.M. Grigoriev and S.N. Bobilev. Moscow: Analytical Center under the Government of the Russian Federation, 2014. 204 pp. Available on: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/4758.pdf>]
3. Герасимов Г.А. De Gustibus “Недосол в голове...” // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2010. – Т. 6. – №4 – С. 4-7. [Gerasimov GA. De Gustibus. *Clinical and experimental thyroidology.* 2010;6(4):4-7.] doi: 10.14341/ket2010644-7.

Герасимов Григорий Анатольевич – доктор мед. наук, профессор, региональный координатор Глобальной сети по йоду по странам Восточной Европы и Центральной Азии, Москва, Россия.

Для корреспонденции: Герасимов Григорий Анатольевич – gerasimovg@inbox.ru